Parlementaire vragen en antwoorden

VRAAG nr. 11, op 9 januari 2008 aan de Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. GILKINET, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 010, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 1311)

Zorgkundigen – Integratie in de thuisverpleging – Evaluatie.

Thuiszorg is een belangrijk instrument om hulpbehoevende mensen de mogelijkheid te geven thuis te blijven wonen. Thuiszorg kost echter geld, en die kosten stijgen naarmate er meer zorg nodig is. Het aandeel hiervan in de uitgaven van de betrokkenen is trouwens des te groter wanneer ze ernstig gehandicapt of zwaar ziek zijn. Thuiszorg is echter ook bijzonder belangrijk op het stuk van de sociale en affectieve relaties, en voor een optimale thuisverpleging is een echte vertrouwensrelatie tussen de verschillende actoren vereist.

De zorgverleners hebben diverse diploma's en competenties, die men zo goed mogelijk moet respecteren en valoriseren. Zo stelt het Koninklijk besluit van 12 januari 2006 de verpleegkundige activiteiten vast die zorgkundigen mogen uitvoeren wanneer ze in een welbepaald kader werken.

De uitvoering van dit koninklijk besluit brengt in de praktijk kennelijk een stijging mee van het aantal actoren met wie de gebruikers in aanraking komen, wat ten koste gaat van de veelzijdigheid en soms ook van de vertrouwensrelatie die in de loop der jaren tot stand is gekomen. In de relatie tussen de zorgverlener en de hulpbehoevende zal de handeling dus meer centraal staan, ten nadele van de vertrouwensrelatie die kan worden opgebouwd.

1.

a) Werd deze manier van werken reeds geëvalueerd?

b) Welke criteria werden gehanteerd en met welke actoren op het terrein werd er gewerkt?

2.

a) Brengt de toename van het aantal verzorgenden naar uw weten extra kosten voor de gebruikers?

b) Op welke statistieken baseert u zich desgevallend?

3. Is er volgens u een meerkost voor de sociale zekerheid ten gevolge van het toegenomen aantal verzorgenden in het kader van de thuiszorg?

Antwoord:

1.

a) De evaluatie van die integratie van zorgkundigen in de thuisverpleging wordt momenteel voorbereid.

Hieronder geef ik een kort overzicht van de verschillende stappen die leiden tot die evaluatie.

Op 3 februari 2006 werden de Koninklijke besluiten van 12 januari 2006 betreffende de zorgkundigen gepubliceerd. Het ene besluit betreft de registratie als zorgkundige, het andere de verpleegkundigeactiviteiten die zij mogen stellen.

Op 14 december 2006 verscheen de ministeriële omzendbrief over die Koninklijke besluiten met onder meer verduidelijkingen over de personen die een aanvraag tot registratie als zorgkundige konden indienen. De registratie van de zorgkundigen is dus gestart in de loop van het jaar 2007.

In juni 2007 heeft mijn voorganger, de heer DEMOTTE, het proefproject inzake de integratie van de zorgkundigen in de thuisverpleging opgestart. De bedoeling van dit project is ervoor te zorgen dat de gezondheidszorgverzekering de verstrekkingen ten laste kan nemen die door de thuisverpleegkundigen worden gedelegeerd aan zorgkundigen, op basis van de overeenkomsten tussen de diensten en de Belgische staat.

Aan dit proefproject is ook een wetenschappelijke begeleiding gekoppeld voor een kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie van de gevolgen van dit project op het niveau van de sector van de thuisverpleging. In het najaar van 2007 werd daarvoor een offerteaanvraag gepubliceerd. Op 28 januari 2008 werd die opdracht gegund zodat de wetenschappelijke evaluatie kan opgezet worden.

b) De volgende punten worden geëvalueerd:

- Stand van zaken: activiteiten van de verpleegkundigen en behoeften van de patiënten.
- Delegatie aan de zorgkundige.
- De voordelen van de integratie van een zorgkundige in de verpleegteams.
- Kwalificaties van de zorgkundige.
- Toezicht op de zorgkundige.
- Verpleging versus thuiszorg.
- Kosten.
- Organisatorische criteria.

Daarbij zullen zorgkundigen, verpleegkundigen, leidinggevenden van deelnemende diensten, patiënten en mantelzorgers worden betrokken. De uitvoering van die evaluatie wordt gevolgd door een stuurgroep bij het RIZIV met onder meer vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van organisaties van zorgverleners.

2. Voor eenzelfde niveau van zorgbehoeften wijzigt de activiteit van de zorgkundigen helemaal niet de kostprijs voor de patiënt, van de verpleegkundige verzorging die hij geniet.

3. Door het zorgaanbod echter uit te breiden dankzij de activiteit van de zorgkundigen, zal aan de groeiende zorgbehoeften van de bevolking wegens de vergrijzing ervan kunnen worden tegemoetgekomen. Er dient natuurlijk te worden op toegezien dat de stijging van de uitgaven voor de verzekering voor geneeskundige verzorging effectief in overeenstemming is met die toename van de behoeften en niet met een overconsumptie.

VRAAG nr. 26, op 10 januari 2008 aan de Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. NOLLET, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 009, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 851)

Goedkope geneesmiddelen – Generische geneesmiddelen – Gegevens over voorschrijfgedrag.

Geneesmiddelen zijn vandaag goed voor 19 % van de kosten voor gezondheidszorg, en nu er steeds meer sprake is van de bestaansonzekerheid van de Belg, is het belangrijk om de kosten van de geneesmiddelen onder controle te houden.

De generische geneesmiddelen vormen een van de oplossingen om de kosten voor de consument te beperken. Ze werden op de markt gebracht om concurrentie te introduceren op monopolistische markten. Door deze mededinging worden geneesmiddelen minder duur voor de patiënt en wordt een goedkoper alternatief aangeboden.

Dit systeem stimuleert ook het onderzoek.

Op 23 oktober 2007 berichtte de pers evenwel dat het aandeel van de generische geneesmiddelen in België voor het eerst sinds 2001 is gedaald. Op basis van de resultaten van een enquête heeft de koepelorganisatie van de Belgische generieke geneesmiddelenbedrijven (FeBelGen) meer bepaald een daling van één procentpunt vastgesteld ten opzichte van het jaar 2006.

Het marktaandeel van de generische geneesmiddelen steeg van 2 % in 2001 tot 10 % vorig jaar. Dit jaar is dat aandeel teruggezakt naar 9 %.

In België vertegenwoordigen de voorschriften voor generische geneesmiddelen 14 % van het totaal van de voorschriften. In Duitsland is dat 40 % en in Groot-Brittannië of Nederland bijna 50 %.

Uw voorganger, minister DEMOTTE, spoorde de artsen ertoe aan meer generische geneesmiddelen voor te schrijven. Het ziet ernaar uit dat dat elan de afgelopen maanden wat gebroken is.

1. Welk beleid wilt u voeren inzake de generische geneesmiddelen, met het nodige respect voor de autonomie van de artsen?

2. Welke gevolgen zal de daling van het marktaandeel van de generische geneesmiddelen hebben voor de gezondheidszorgbegroting voor het jaar 2007?

Antwoord:

Mijn voorgangers hebben meerdere maatregelen ingevoerd die het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen bevorderen. U zult begrijpen dat, gelet op de korte tijd die verliep sedert ik in functie trad, ik nog geen nieuwe initiatieven kon nemen. Ik kan u in elk geval hetgeen volgt meedelen:

Op basis van de beschikbare gegevens uit Farmanet (januari tot en met mei 2007) stel ik vast dat de (bruto) uitgaven voor de generische specialiteiten 10,65 % vertegenwoordigen van de totale uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten in de open officina's, dat betekent 123,5 miljoen EUR op een totaal van 1 160,0 miljoen EUR. Uit dezelfde gegevens blijkt dat, uitgedrukt in dagelijkse dosissen (*Defined Daily Dose* van de WHO), 21,7 % van de «verbruikte » geneesmiddelen, generische geneesmiddelen zijn.

Uit een vergadering die mijn medewerkers eind vorige maand hadden met Febelgen, blijkt dat deze cijfers blijven toenemen, ook al is de stijging minder uitgesproken dan in het verleden, want de merkgeneesmiddelen hebben geregeld hun prijs verlaagd om meer in de lijn te liggen van die van de generische. Dit had tot gevolg dat, in het systeem van de referentieterugbetaling, de patiënten geen supplementen inzake de eigen bijdrage moesten betalen.

De promotie van het gebruik van generische geneesmiddelen kadert echter in de continue inspanning om artsen te sensibiliseren voor een doelmatig voorschrijfgedrag. Hierbij wordt niet specifiek het voorschrijven van generische geneesmiddelen beoogd, maar het voorschrijven van «goedkope alternatieven», dus zowel generische geneesmiddelen als «kopieën» en originele specialiteiten waarvan de prijs is gedaald in het kader van de instelling van een referentieprijzensysteem. Aan de voorschrijvende geneesheren werd trouwens een quota opgelegd, verschillend per specialiteit, van «goedkope» voorschriften. Zo moeten bijvoorbeeld de huisartsen 27 % van het totaal aantal van hun voorschriften uitvoeren als goedkope geneesmiddelen en dit percentage werd ruimschoots gerespecteerd. Verder moet er nota van genomen worden dat de geneesmiddelen die voorgeschreven worden onder een gemeenschappelijke internationale benaming ('t is te zeggen, onder de naam van de actieve stof in de specialiteit) meetellen bij deze afrekening en dat het aan de apotheker is om het meest adequate alternatief af te leveren. Deze werkwijze is bevorderlijk voor het aannemen van gewoontes, zodat de geneesheer niet meer systematisch moet nagaan of een bepaald geneesmiddel al dan niet als een generisch bestaat, aangezien het afleveren van het goedkope alternatief dan tot de bevoegdheid van de apotheker behoort.

Op basis van de beschikbare gegevens uit Farmanet stel ik vast dat de gebruiksgegevens voor die voornoemde alternatieven 43 % vertegenwoordigen voor de farmaceutische specialiteiten in de open officina's.

Ik meen echter dat er op dit moment nog te weinig relevante gegevens beschikbaar zijn om een bruikbaar trendonderzoek te kunnen uitvoeren en om een antwoord te formuleren op de vaststellingen die al in de pers zijn bekendgemaakt.

Ik zal de evolutie van de gegevens aandachtig opvolgen en alle adequate maatregelen nemen om een rationeler gebruik van geneesmiddelen nog meer te bevorderen.

VRAAG nr. 28, op 10 januari 2008 aan de Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. GILKINET, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 010, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 1315)

Zorgkundigen – Integratie in de thuisverpleging – Pilootproject.

Thuiszorg is een belangrijk instrument om hulpbehoevende mensen de mogelijkheid te geven thuis te blijven wonen. Thuiszorg kost echter geld, en die kosten stijgen naarmate er meer zorg nodig is. Het aandeel hiervan in de uitgaven van de betrokkenen is des te groter wanneer ze ernstig gehandicapt of zwaar ziek zijn. Thuiszorg is ook bijzonder belangrijk op het stuk van de sociale en affectieve relaties, en voor een optimale thuisverpleging is dan ook een echte vertrouwensrelatie tussen de verschillende actoren vereist.

De zorgverleners hebben diverse diploma's en competenties, die men zo goed mogelijk moet respecteren en valoriseren. Zo stelt het Koninklijk besluit van 12 januari 2006 de verpleegkundige activiteiten vast die de zorgkundigen mogen uitvoeren wanneer ze in een welbepaald kader werken. In dit kader doet het opstarten van het pilootproject betreffende de activiteit van de zorgkundigen in de thuiszorgsector vragen rijzen over de plaats van de gezinshulp binnen de diensten ten behoeve van personen, want deze gezinshelpers zullen op termijn nog slechts zeer algemene hulptaken mogen uitvoeren.

Doordat activiteiten die door verpleegkundigen aan zorgkundigen worden gedelegeerd nu door het RIZIV terugbetaald kunnen worden, dreigen er verschuivingen plaats te vinden tussen de dienstverleners. Al mag men ervan uitgaan dat die verschuivingen intern vanzelf wel in de plooi zullen vallen binnen de hulp- en zorgdiensten, toch moet men zich afvragen welke plaats de diensten die uitsluitend thuishulp aanbieden in de toekomst nog zullen innemen.

De differentiatie in terugbetaling voor bepaalde prestaties (hulp bij het eten bijvoorbeeld) zou volgens mij kunnen leiden tot een enorme toename van het aantal actoren rond de gebruikers, waarbij de handeling voortaan centraal zou staan in de relatie.

1.

a) Heeft de oproep voor het bovenvermelde pilootproject van minister DEMOTTE veel respons gekregen van de thuiszorg- en thuishulpdiensten?

b) Over welke diensten gaat het?

2. Welke plaats kunnen de gezinshelpers volgens u innemen binnen de thuishulpdiensten, naast de huishoudhulpen (waar in ruime mate een beroep op gedaan wordt via de dienstencheques), de gezondheidshelpers en de zorgkundigen?

3. Bent u zich ervan bewust dat die toename van het aantal actoren die we mogen verwachten de veelzijdigheid, en bijgevolg ook de vertrouwensrelatie tussen de actoren en de gebruikers, in het gedrang dreigt te brengen?

4. Overweegt u de mogelijkheid om een opleidingsplan voor de gezinshelpers uit te werken, zodat de lijst van de handelingen die ze mogen uitvoeren kan worden uitgebreid en bijgevolg het aantal actoren bij de gebruikers kan worden verminderd?

5.

a) Zal de toename van het aantal actoren volgens uw ramingen extra kosten voor de gebruikers meebrengen?

b) Hoeveel zal die meerkost bedragen?

c) Op grond van welke statistieken raamt u desgevallend die extra kosten?

6.

a) Zal er volgens die raming een meerkost zijn voor de sociale zekerheid?

b) Hoeveel zal die meerkost bedragen?

Antwoord:

Er dienen eerst nadere gegevens te worden verstrekt over het pilootproject betreffende de activiteit van de zorgkundigen in een dienst voor thuisverpleging.

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de activiteit van de «dienst thuisverpleging» en de eventuele activiteit van de «dienst voor thuishulp», zelfs als eenzelfde organisatie in sommige gevallen de twee diensten aanbiedt. Het vermelde project betreft enkel het aspect «dienst thuisverpleging».

Bijgevolg gaat het enkel om de activiteit van de zorgkundigen die specifiek zijn opgeleid om de verpleegkundige, onder diens toezicht, bij te staan in het verstrekken van verpleegkundige verzorging en dit in overeenstemming met het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst.

Het pilootproject heeft dus geenszins betrekking op de activiteit van de gezins-, de huishoud- of de gezondheidshelpers. Deze beroepsmensen vallen immers onder de thuishulp en zijn niet specifiek opgeleid om verpleegkundige activiteiten uit te voeren zoals gedefinieerd in het Koninklijk besluit van 12 januari 2006 (*B.S.* 3.2.2006) dat de verpleegkundige activiteiten vastlegt die mogen worden uitgevoerd door de zorgkundigen en de voorwaarden waaronder deze zorgkundigen deze activiteiten kunnen uitvoeren.

Om te kunnen deelnemen aan het pilootproject moeten de diensten voldoen aan de voorwaarden waaronder zij van de forfaitaire tegemoetkoming kunnen genieten, die is bedoeld in artikel 37, § 13, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en moeten zij een type-overeenkomst hebben gesloten met de staat.

In het kader van het pilootproject bedraagt het aantal diensten voor verpleegkundige verzorging die voor een duur van vier jaar een overeenkomst hebben gesloten met de staat, 38.

…

De werklast van de thuisverpleegkundigen dreigt steeds zwaarder te worden, zowel op kwalitatief als op kwantitatief vlak. In een dergelijke context is het van primordiaal belang dat die zorgverleners:

- in hun dagelijkse activiteiten kunnen worden ondersteund door bekwame zorgkundigen specifiek opgeleid voor de activiteiten die hun zijn toevertrouwd;

- zich optimaal kunnen inzetten en hun rol autonoom kunnen valoriseren.

Bijgevolg moet men zich snel kunnen aanpassen en op die talrijke evoluties kunnen anticiperen door een zeer kwaliteitsvol gezondheidsbeleid te waarborgen.

Voor eenzelfde niveau van zorgbehoeften wijzigt de activiteit van de zorgkundigen geenszins de kostprijs voor de patiënt, van de verpleegkundige verzorging die hij geniet.

Door het zorgaanbod echter uit te breiden dankzij de activiteit van de zorgkundigen, zal aan de groeiende zorgbehoeften van de bevolking kunnen worden tegemoetgekomen en kunnen we een antwoord bieden op de problematiek van de vergrijzing van de bevolking.

Er is trouwens bij afloop van dit project een zowel kwalitatieve als kwantitatieve evaluatie voorzien.

Tot slot zullen de diensten voor geneeskundige verzorging die van een conventie genieten begeleid worden door een wetenschappelijk team.

…

VRAAG nr. 43, op 11 januari 2008 aan de Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. D'HAESELEER, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 014, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 2505)

SIS-kaart – Misbruik.

Regelmatig beklagen zorgverstrekkers zich erover dat zij dikwijls constateren dat de SIS-kaart wordt doorgegeven aan niet-rechthebbenden en op die manier ons stelsel van de sociale zekerheid ondermijnd wordt.

1.

a) Op welke manier tracht uw administratie deze vorm van fraude te beperken?

b) Welke maatregelen zijn dienaangaande genomen?

2.

a) Wat gebeurt er wanneer fraude wordt vastgesteld?

b) Welke sancties zijn mogelijk?

3.

a) Hoeveel gevallen van misbruik werden er de jongste drie jaar ontdekt, opgesplitst per gewest?

b) In hoeveel van deze gevallen werd er gesanctioneerd?

4. Indien de SIS-kaart zou geïntegreerd worden in de elektronische identiteitskaart, zoals in de toekomst wordt vooropgesteld, hoeveel zou hiermee kunnen bespaard worden?

5. Hoeveel meldingen van verlies of diefstal van de SIS-kaart zijn er de jongste drie jaar bij de verzekeringsinstellingen binnengekomen?

Antwoord:

1. Het fundamentele principe van de SIS-kaartreglementering is vervat in artikel 6 van het Koninklijk besluit van 22 februari 1998 houdende uitvoeringsmaatregelen inzake de sociale identiteitskaart volgens hetwelk «de sociaal verzekerden die onder het toepassingsgebied van de sociale zekerheid vallen aan wie een sociale identiteitskaart wordt uitgereikt, alle natuurlijke personen zijn die sociale prestaties genieten of vragen te genieten door tussenkomst van een instelling van de sociale zekerheid». Het is niet omdat een persoon een SIS-kaart heeft dat hij automatisch in orde is inzake verzekerbaarheid.

De sociale identiteitskaart is voor de sociaal verzekerde een elektronische drager waarop zijn uniek identificatienummer wordt vermeld. Het is een persoonlijk document waarvan de sociaal verzekerde gebruik dient te maken wanneer hij in contact komt met de instellingen van de sociale zekerheid en met de personen die sociale persoonsgegevens van deze laatste moeten doorgeven. Dankzij de sociale identiteitskaart worden de sociaal verzekerden binnen het systeem van de sociale zekerheid beter geïdentificeerd.

Aangezien van de zorgverleners niet verwacht kan worden dat ze de identiteit van de betrokkenen controleren op basis van hun identiteitskaart kan de in de vraag beschreven fraude niet beperkt worden. Gelet echter op de ontwikkeling van het CareNet-netwerk en de bedoeling om de sociale identiteitskaart te vervangen door de elektronische identiteitskaart zal in de toekomst dergelijke fraude bijna volledig uitgesloten kunnen worden.

Een ander voorbeeld van misbruik van de SIS-kaart is het gebruik van een niet-geüpdate kaart. De gegevens betreffende de gewijzigde verzekerbaarheid werden in die gevallen niet fysisch aangepast op de kaart. In dit verband kan worden verwezen naar de reglementering en naar de omzendbrieven van het Nationaal Intermutualistisch College die voorschrijven dat de verzekeringsinstellingen achteraf bij de betrokken persoon de onterecht toegekende bedragen moeten terugvorderen.

2.

a) Het Koninklijk besluit van 18 december 1996 houdende maatregelen met het oog op de invoering van een sociale identiteitskaart ten behoeve van alle sociaal verzekerden, met toepassing van de artikelen 38, 40, 41 en 49 van de Wet van 26 juli 1996 houdende de modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de wettelijke pensioenstelsels voorziet in artikel 8 strafbepalingen voor diegene die een sociale identiteitskaart gebruikt voor een ander doel dan beoogd wordt door het uitvoeringsbesluit.

b) Het betreft een mogelijkheid om eenieder die de sociale identiteitskaart zonder toelating gebruikt of die ervan gebruik maakt met een ander doel dan hetgene waartoe hij gemachtigd is gevangenisstraffen (3 maanden tot een jaar) of geldboetes (200 tot 10 000 EUR) op te leggen.

3. De Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid beschikt niet over het aantal misbruiken per streek die in de loop van de laatste drie jaar vastgesteld werden.

De Dienst voor administratieve controle van het RIZIV beschikt evenmin over cijfergegevens betreffende het misbruik dat gemaakt wordt van de sociale identiteitskaart.

4. Tijdens de vergadering van de Ministerraad van 23 juni 2006 werd overeengekomen dat het de bedoeling is van de regering om op termijn de sociale identiteitskaart te vervangen door:

- enerzijds, het gebruik van de elektronische identiteitskaart, wat betreft de identificatie van de personen;

- anderzijds, het voorzien van een toegang voor de zorgverstrekkers tot het netwerk van de sociale zekerheid, wat hen zal toelaten van on line de gegevens betreffende de verzekerbaarheid te consulteren bij de verzekeringsinstellingen.

Wanneer dit project gerealiseerd is, zal het niet langer nodig zijn de sociale identiteitskaart te vernieuwen en valt de kost van het aanmaken van sociale identiteitskaarten volledig weg. Het bedrag van die besparing is niet gekend.

5. Volgens de gegevens van het centrale register van de sociale identiteitskaarten werden gedurende de jongste drie jaren 764 760 kaarten als verloren aangegeven en 191 045 kaarten werden aangegeven als gestolen.

Over de periode van 1 november 2006 tot en met 31 oktober 2007 werden 943 525 SIS-kaarten geannuleerd, en wel om volgende redenen:

- verlies van de SIS-kaart: 255 848;
- verstrijken geldigheidsduur: 241 914;
- einde vernieuwingsoperatie: 144 542;
- overlijden titularis: 100 520;
- diefstal: 61 675;
- defect van de chip: 60 855;
- niet ontvangen van verstuurde kaart: 34 305;
- wijziging van de gegevens: 20 851;
- vernietiging van de kaart: 190 701;
- productiefout: 3 009;
- slechte werking van de kaart: 305.

…

VRAAG nr. 63, op 18 januari 2008 aan de Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. De PADT, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 014, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 2510)

ROB-RVT – Controle op gebruik Katz-schaal (KAPPA) – Resultaten – Gegevens 2005 – 2007.

Teneinde na te gaan of in de rustoorden correct wordt omgegaan met de Katz-schaal, wordt door het RIZIV een lokaal college (afgevaardigden van de grote mutualiteiten) ter plaatse gestuurd, dat aan de hand van een concordantietest (KAPPA) een controle uitvoert. Op het eind van de controle worden de geconstateerde zorgscores vergeleken met de bestaande zorgscores en worden de wijzigingen meegedeeld aan de instelling. Het kan zijn dat een instelling systematisch te hoge scores doorgeeft aan de mutualiteit of overscoort. Dit betekent dat de instelling voor de controle een hoger dagforfait (F1) ontvangt op basis van te zware zorgscores. En wordt een nieuw dagforfait (F2) bepaald, dat lager is dan het oorspronkelijk dagforfait (F1) De sanctie is afhankelijk van het procentueel verschil tussen deze twee forfaits. Wanneer het verschil tussen F1 en F2 minder is dan 5 %, worden de forfaits van de instelling gedurende zes maanden verminderd met het verschil x 1,01. Wanneer het verschil tussen F1 en F2 meer is dan 5 %, worden de forfaits van de instelling gedurende zes maanden verminderd met het verschil x 1,5.

1. Hoeveel bedragen alle vergoedingen (cijfers 2005, 2006 en 2007) die de mutualiteiten (opgesplitst per mutualiteit) ontvangen voor het uitvoeren en verwerken van deze controles?

2. Hoeveel sancties (opgesplitst volgens voormelde onderverdeling) en voor welke bedragen (opgesplitst per gewest) werden er in voormelde jaren toegepast?

3. Hoeveel instellingen (opgesplitst per gewest en naargelang het om openbare of private instellingen gaat) komen in aanmerking voor dergelijke controles?

4. Hoeveel instellingen (opgesplitst per gewest en naargelang het om openbare of private instellingen gaat) werden in voormelde jaren gecontroleerd?

Antwoord:

Op de eerste vraag kan ik u antwoorden dat de kost van het uitvoeren van de controles vervat zit in de administratiekosten van de mutualiteiten. Deze administratiekosten werden niet aangepast bij het invoeren van dit controlesysteem. De mutualiteiten voeren in het nieuwe systeem niet meer controles uit dan vroeger. Wel gebeuren deze controles nu intermutualistisch en telkens voor een volledige instelling. Op die manier krijgen we een duidelijker beeld over de manier waarop een instelling haar residenten scoort.

Er zijn momenteel 1 637 erkende rustoorden in België. De verdeling over gewest (Vlaanderen, Wallonië, Brussel) en statuut (OCMW, VZW en privé-commercieel) werd opgenomen hieronder, die op de griffie van de Kamer (Dienst parlementaire vragen) geraadpleegd kan worden. Deze 1 637 instellingen maken allen evenveel kans op een controle, gezien deze gebeurt bij willekeurige trekking.

Aantal erkende instellingen ROB-RVT op 17 december 2007

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	235	330	184	749
Wallonië	153	113	437	703
Brussel	27	21	137	185
België	415	464	758	1 637

Aantal gecontroleerde instellingen ROB-RVT in 2005

	OCMW	ASBL	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	47	79	35	161
Wallonië	22	28	77	127
Brussel	9	3	27	39
België	78	110	139	327

Aantal gesanctioneerde instellingen ROB-RVT in 2005

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	5	3	10	18
Wallonië	1	2	12	15
Brussel	3	0	2	5
België	9	5	24	38

Raming totale sanctie ROB-RVT in 2005

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	-55 519,92 EUR	-62 764,43 EUR	-418 373,05 EUR	-536 657,39 EUR
Wallonië	-21 785,40 EUR	-145 161,65 EUR	-472 751,83 EUR	-639 698,88 EUR
Brussel	-51 954,72 EUR	0,00 EUR	-23 998,52 EUR	-75 953,24 EUR
België	-129 260,04 EUR	-207 926,08 EUR	-915 123,39 EUR	-1 252 309,51 EUR

Aantal gecontroleerde instellingen ROB-RVT in 2006

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	57	61	43	161
Wallonië	31	13	82	126
Brussel	6	6	31	43
België	94	80	156	330

Aantal gesanctioneerde instellingen ROB-RVT in 2006

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	5	6	4	15
Wallonië	6	2	16	24
Brussel	2	0	7	9
België	13	8	27	48

Raming totale sanctie ROB-RVT in 2006

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	-167 011,03 EUR	-210 192,80 EUR	-436 541,38 EUR	-813 745,21 EUR
Wallonië	-199 578,47 EUR	-23 429,68 EUR	-658 444,70 EUR	-881 452,85 EUR
Brussel	-16 304,47 EUR	0,00 EUR	-378 844,65 EUR	-395 149,12 EUR
België	-382 893,97 EUR	-233 622,48 EUR	-1 473 830,72 EUR	-2 090 347,17 EUR

Aantal gecontroleerde intstellingen ROB-RVT in 2007

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	70	55	35	160
Wallonië	22	22	77	121
Brussel	5	6	29	40
België	97	83	141	321

Aantal gesanctioneerde instellingen ROB-RVT in 2007 (situatie tot september)

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlanderen	3	1	0	4
Wallonië	0	1	6	7
Brussel	0	0	4	4
België	3	2	10	15

Raming totale sanctie ROB-RVT in 2007 (situatie tot september)

	OCMW	VZW	Privé-comm.	Totaal
Vlaanderen	-69 747,86 EUR	-131 646,06 EUR	0,00 EUR	-201 393,92 EUR
Wallonië	0,00 EUR	-23 044,11 EUR	-224 064,57 EUR	-247 108,68 EUR
Brussel	0,00 EUR	0,00 EUR	-188 281,18 EUR	-188 281,18 EUR
België	-69 747,86 EUR	-154 690,17 EUR	-412 345,75 EUR	-636 783,78 EUR

Bekijken we vervolgens de resultaten van de controles, dan zien we dat er 327 rustoorden een controle ondergingen in 2005, waarvan er 38 uiteindelijk gesanctioneerd werden (voor een totaal geraamd bedrag van 1 252 000 EUR). Dat aantal en het bedrag van de sanctie kunnen nog wijzigen, naargelang de vonnissen van de rechtbanken in de beroepsprocedures. U vindt in de bijlage de opsplitsing van de rustoorden en hun sancties naar gewest en statuut. Daaruit leid ik af dat de privé-rusthuizen vaker gesanctioneerd werden dan de OCMW- en VZW-instellingen.

Uit de cijfers van 2006 kunnen we eenzelfde conclusie trekken: 330 gecontroleerde rusthuizen leverden 48 sancties op, goed voor een totaal geraamd bedrag van 2 090 000 EUR. Opnieuw zijn de meeste en de zwaarste sancties voor de privé-rusthuizen.

Voor 2007 zijn de cijfers uiteraard nog niet volledig, maar ook hier tekent zich eenzelfde tendens af: minder en kleinere sancties voor OCMW- en VZW-instelllingen. Het verheugt mij wel te kunnen vaststellen dat, op basis van de onvolledige gegevens voor 2007, zowel het aantal sancties als het geraamd bedrag ervan lijken te dalen. Ik meen daaruit te mogen concluderen dat de rustoorden met steeds meer zorg en nauwkeurigheid de afhankelijkheidscategorie van hun residenten opvolgen.

VRAAG nr. 80, op 28 januari 2008 aan de Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. DE BLOCK, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 013, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 2215)

K.B. van 20.7.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, artikel 20bis, artikel 22, 1°, artikel 23, en artikel 23bis – Zelfstandige arbeidsongeschikte gerechtigde – Maatregelen betreffende hervatting activiteit of beroepsherscholing.

Om de overgang van arbeidsongeschiktheid naar arbeidsgeschiktheid geleidelijk te laten verlopen, bestaat de mogelijkheid van progressieve werkhervatting. In het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen is de hervatting van een toegelaten activiteit gericht op de herklassering van de betrokkene binnen eenzelfde tijdvak van arbeidsongeschiktheid slechts mogelijk voor maximaal drie periodes van zes maanden waarin de zelfstandige de vroegere activiteit gedeeltelijk kan hervatten. Wie zijn of haar arbeidsactiviteit gedeeltelijk wil hervatten, maar dan in een andere activiteit, krijgt slechts éénmaal de mogelijkheid voor een periode van zes maanden.

Dergelijke bepalingen belemmeren personen met een arbeidshandicap of arbeidsongeschiktheid om de stap te zetten naar een progressieve werkhervatting. Het is dan ook wenselijk dat dergelijke activiteitsvallen worden weggewerkt.

1. Blijkt uit de praktijk dat bovengenoemde bepalingen de progressieve werkhervatting van arbeidsongeschikten in de weg staan?

2. Overweegt u een initiatief te nemen om deze activiteitsval op te heffen door middel van een uitbreiding of opheffing van de voorziene periodes van gedeeltelijke werkhervatting?

Antwoord:

De zelfstandige gerechtigde kan inderdaad met de voorafgaandelijke toestemming van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds zijn vroegere zelfstandige activiteit geleidelijk aan hervatten voor een maximumperiode van driemaal zes maanden (art. 23*bis* van het K.B. van 20.7.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten).

De betrokkene kan onder dezelfde voorwaarden een andere activiteit hervatten voor een maximumperiode van tweemaal zes maanden (art. 23 van het voormelde K.B. van 20.7.1971; de 2de periode van zes maanden werd ingevoerd bij het K.B. van 21.4.2007 tot wijziging, wat de socio-professionele reïntegratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden betreft, van het K.B. van 20.7.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, *B. S.* van 11.5.2007, 25 814).

In deze beide situaties geldt een maximumduur omdat de hervatting van de activiteit gericht moet zijn op de beroepsherklassering van de betrokkene.

Indien een herklassering niet mogelijk is, kan een invalide gerechtigde (vanaf het begin van het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid) voortaan ook een deel van zijn vroegere zelfstandige activiteit hervatten indien hij aan de voorwaarden blijft voldoen om arbeidsongeschikt beschouwd te kunnen worden (art. 20*bis* van het K.B. van 20.7.1971, ingevoegd bij het voormelde K.B. van 21.4.2007). De betrokkene moet, op voorstel van de adviserend geneesheer, de voorafgaandelijke toestemming verkregen hebben van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) van het RIZIV. Hier geldt geen maximumduur.

Er dient ook aan herinnerd te worden dat de arbeidsongeschikte gerechtigde een programma inzake beroepsherscholing kan volgen. Tijdens de duur van dit programma wordt de betrokkene verder arbeidsongeschikt beschouwd (art. 22, 1°, van het K.B. van 20.7.1971). De bevoegdheden van het College van geneesheren-directeurs van de Dienst voor geneeskundige verzorging op dit vlak zouden wel overgedragen moeten worden aan de GRI. In dit kader worden ook een aantal nieuwe maatregelen voorzien die de nodige garanties bieden naar de gerechtigde toe die een programma inzake beroepsherscholing heeft doorlopen.

Gelet op de verschillende maatregelen die genomen werden (*cf.* K.B. van 21.4.2007) en de geplande wijzigingen op het vlak van de beroepsherscholing, is het aangewezen de impact van deze nieuwe maatregelen te evalueren. De Dienst voor uitkeringen van het RIZIV zal gelast worden met het opvolgen van die verschillende maatregelen met het oog op een latere evaluatie.

VRAAG nr. 98, op 28 januari 2008 aan de Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. LAHAYE-BATTHEU, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 014, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 2522)

Levende orgaandonatie – Ondersteunende maatregelen – Vergoeding voor kosten van geneeskundige verstrekkingen en inkomstenderving.

Bij levende donatie is er geen enkele vorm van ondersteuning voor de donoren. Het RIZIV komt wel tegemoet voor de ingreep zelf, doch alle remgelden en inkomstendervingen zijn ten laste van de donor.

Een donor krijgt wel ziekteverlof - zij het dan met loonverlies -, doch dient nog te rekenen op de goodwill van de werkgever. Voor zelfstandigen is het probleem dus nog veel groter.

Bovendien bestaat er geen verzekering bij levende donatie. Een tijd geleden werd in de media het idee gelanceerd om hiervoor een fonds op te richten. Tegenstanders zwaaien hier met het gevaar van de «betaalde donatie», doch dat is totaal naast de kwestie. Het komt er enkel op neer dat mensen, die hun naaste én de gemeenschap een dienst bewijzen, hier financieel geen nadeel bij ondervinden.

1.

a) Erkent u dat er behalve de tegemoetkomingen van het RIZIV voor de ingreep zelf, geen ondersteuning wordt gegeven aan de donor bij levende donatie?

b) Acht u dit voldoende?

2.

a) Overweegt u maatregelen te treffen opdat de donor die op zelfstandige basis werkt, minstens gelijkgeschakeld wordt aan de werknemer die als donor fungeert?

b) Welke initiatieven overweegt u?

3.

a) Is het idee om een fonds op te richten voor het creëren van een verzekering in geval van levende donatie, volledig afgevoerd?

b) Werd op dit punt al enige vooruitgang geboekt?

Antwoord:

1 tot 3. In het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gaat men uit van het volgende :

- de verstrekkingen uitgevoerd op de donor en de hospitalisatiekosten worden aangerekend aan de ontvanger, met dien verstande dat aangemerkt wordt dat ze betrekking hebben op de donor;
- aan de donor mogen geen remgelden worden aangerekend. De persoonlijke aandelen worden gedragen door de ontvanger.

Ik ben van mening dat de vergoedingsprocedure die in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt toegepast, de donor een maximale bescherming biedt, gezien in principe alle geneeskundige kosten bij een levende donor in principe het voorwerp kunnen uitmaken van een verzekeringsvergoeding, welke ten last komt van het ziekenfonds van de ontvanger.

De donor heeft recht op vergoedingen toegekend voor inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid zoals gedefinieerd in het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Daarenboven heeft de Koning, in uitvoering van het artikel 4 van de Wet van 13 juni 1986, betreffende het wegnemen en transplanteren van organen, de regels vastgesteld om een vergoeding toe te kennen aan de levende donor. Het Koninklijk besluit van 27 februari 1987 tot vaststelling van een vergoeding aan de levende donor, bedoeld in artikel 4, § 2, van de Wet van 13 juni 1986, heeft betrekking op de levende donor die geen verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen heeft. De kosten van de vergoedingen vallen ten laste van de FOD Volksgezondheid.

Het uitvoeringsbesluit voorziet met name in een vergoeding voor de kosten van geneeskundige verstrekkingen en voor de inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid zoals gedefinieerd in de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en in het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van zelfstandigen en van meewerkende echtgenoten, indien de kosten rechtstreeks uit de wegneming van organen of weefsels voortvloeien.

Bedoelde vergoedingen worden niet toegekend indien de levende donor aanspraak kan maken op gelijkaardige vergoedingen ingevolge Belgische, buitenlandse of internationale wets- of reglements-bepalingen.

Het bedrag van de vergoeding voor de kosten van geneeskundige verstrekkingen, wordt bepaald overeenkomstig het Koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van kloostergemeenschappen wordt verruimd. Het bedrag van de vergoeding voor inkomstenderving wordt bepaald overeenkomstig het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten. De vergoeding wordt toegekend vanaf de eerste dag van de inkomstenderving.

Momenteel wordt er geen enkele wijziging van de bestaande regelgeving overwogen.