Parlementaire vragen en antwoorden

VRAAG nr. 4-799, op 18 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. VAN ERMEN, Senator

(Senaat, gewone zitting 2007-2008)

Sociale zekerheid – Strijd tegen de georganiseerde uitkeringsfraude – Actieplannen.

Op 13 maart 2008 stelde ik de geachte minister een mondelinge vraag (nr. 4-182, Handelingen nr. 4-20 van 13.3.2008, blz. 10) aangaande de fraude in de sociale zekerheid.

In haar antwoord gaf zij aan dat het niet gaat om fraude binnen het recht op maatschappelijke integratie, met andere woorden leefloonuitkeringen.

De sociale bijstand in ons land omvat:
1) uitkeringen aan gehandicapten;
2) het recht op maatschappelijk integratie-leefloon;
3) inkomensgarantie voor ouderen en tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;
4) gewaarborgde gezinsbijslag.

Misschien bedoelt zij dus geen fraude in de sociale bijstand? Kan de geachte minister dan nader bepalen over welke takken van de sociale zekerheid het dan wel precies gaat? Gezinsbijslag, werkloosheid, pensioenen, geneeskundige verzorging, ziekte-uitkeringen, moederschapsuitkeringen, arbeidsongevallen, beroepsziekten of jaarlijkse vakantie?

Als er sprake is van laaggeschoolden, met weinig kans op de arbeidsmarkt, die als zogezegde “werknemers” ingeschreven waren, met andere woorden een populatie die meestal op een leefloon moet terugvallen om enige bron van inkomsten te hebben, hoe komt het dan dat OCMW’s blijkbaar niets verdachts vonden? De vraag die ik mij hierbij stel is hoeveel gezinnen die een leefloon genieten hierbij zijn betrokken?

Volgens het artikel in De Standaard van 29 februari 2008, gaat het ook om invaliditeitsuitkeringen. Kan zij nader verklaren wat hier dan juist mee bedoeld wordt? Gaat het hier om de “voorkeursregeling” (ex-WIGW-statuut) of bedoelt men een inkomensvervangende tegemoetkoming? Als dit laatste bedoeld wordt dan stel ik mij de volgende vraag:

Hoeveel personen in België ontvangen een invaliditeitsuitkering? Welke is de verdeling binnen deze groep: percentage Belgen, genaturaliseerde Belgen en vreemdelingen? Hoeveel mensen binnen deze groep hebben eerst een uitkering via de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA) of ziekteverzekering genoten (gezien er binnen het fraudedossier sprake is van een koppeling tussen RVA en de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid - RSZ)?

Antwoord:

Het fraudeverschijnsel dat u beschrijft, betreft een onrechtmatige onderwerping aan de sociale zekerheid. Op grond van fictieve gegevens over fictieve bedrijven en niet bestaande tewerkstelling kan het recht op sociale uitkeringen, waaronder vooral de werkloosheidsuitkeringen, gezinsbijslagen en ziekte-uitkeringen, onrechtmatig worden geopend.

Naast de sociale sector wordt ook de fiscale en de banksector door deze fraude geraakt. Bijvoorbeeld, kunnen er op grond van valse loondocumenten leningen bij financiële instellingen aangegaan worden, die dan niet terugbetaald worden.

Een onverbiddelijke en snelle actie tegen deze georganiseerde circuits die door verkoop van kits met valse (loon)documenten, valse C4's, valse SIS-kaarten, de sociale zekerheid ondermijnen werd als absolute prioriteit in het actieplan 2008-2009 van het "College voor de strijd tegen fiscale en sociale fraude" opgenomen, dat samen met een "Ministerieel comité voor de strijd tegen fiscale en sociale fraude" opgericht werd bij de Koninklijke besluiten van 29 april 2008 (B.S. van 8.5.2008).

De inspanningen die in het verleden werden gedaan om de verschillende acties voor de bestrijding van fraude te centraliseren en te coördineren via de Sociale inlichtingen- en opsporingsdienst (SIOD) dienen verdergezet te worden. Om tot een doeltreffend en snel onderzoek te komen, dienen namelijk de activiteiten van de verschillende gespecialiseerde cellen van de betrokken instelling van sociale zekerheid nog meer op elkaar te worden afgestemd en dient de permanente verbinding met de gerechtelijke overheden te worden versterkt.

Wat betreft de uitkeringsfraude binnen de sector van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zal in de nieuwe bestuursovereenkomst die het RIZIV met de overheid zal afsluiten, bijzondere aandacht worden besteed aan een actieplan tegen vormen van sociale fraude. Hierbij zullen de prioriteiten worden voorgesteld; meer in het bijzonder zal aandacht besteed worden aan misbruiken in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

Wat betreft uw vraag naar het aantal personen die een invaliditeitsuitkering ontvangen, moet een onderscheid worden gemaakt tussen de eerste periode van arbeidsongeschiktheid (de primaire arbeidsongeschiktheid) en de periode na één jaar arbeidsongeschiktheid (de invaliditeit).

In 2006 waren er 363 086 ziektegevallen die beëindigd werden binnen 365 dagen. In deze cijfers zijn echter niet de gevallen opgenomen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid niet verder reikt dan de periode van het gewaarborgd loon, en die de uitkeringsverzekering bijgevolg niet vergoedt. Op 31 december 2006 waren er 215 822 invaliden. Ten opzichte van de vorige jaren zijn er momenteel geen belangrijke trendwijzigingen zichtbaar in de evolutie van het aantal invaliden.

Ik merk op dat in het kader van de uitkeringsverzekering geen onderscheid wordt gemaakt naargelang de nationaliteit van de gerechtigden.

Uw vraag naar het aantal betrokken gezinnen die leefloon genieten, valt onder de bevoegdheid van mijn collega, mevrouw Marie ARENA, Minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden. Ik wens wel op te merken, zoals ik reeds deed in mijn antwoord op uw mondelinge vraag nr. 4-182 (*Handelingen* nr. 4-20 van 13.3.2008, blz. 10), dat de OCMW's op de hoogte werden gebracht van de fraude, maar dat het vooral om fraude gaat die gesitueerd moet worden binnen het arbeids- en socialezekerheidsrecht, en niet in het kader van het recht op maatschappelijke integratie (sociale bijstand).

Ten slotte merk ik op dat de strijd tegen deze georganiseerde sociale fraude mijn bijzondere aandacht krijgt gezien de fraude zowel de financiering als de geloofwaardigheid van het stelsel van sociale zekerheid op de helling zet.

VRAAG nr. 15, op 10 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. BULTINCK, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 6431)

Maatregelen met het oog op rechtszekerheid en transparantie betreffende de honorariatarieven van (gedeeltelijk) geconventioneerde artsen en de honorariasupplementen in ziekenhuizen.

Test-Aankoop kloeg zeer recentelijk aan dat artsen zelden melden welke tarieven ze aanrekenen. Maar zelden of nooit afficheren artsen de honorariatarieven, of zelf maar het feit dat ze die al dan niet naleven.

1. Is de arts (huisarts, specialist) verplicht al dan niet op het medisch attest melding te maken van het aangerekende tarief?

2. Veelal ondervindt de patiënt pas na de consultatie welke tarieven werden gehanteerd.

Welke regels gelden dienaangaande voor huisartsen en specialisten?

3. Wat is het verschil wanneer ze zich «deconventioneren» of «gedeeltelijk deconventioneren»?

4.

a) Overweegt u hier initiatieven om de patiënt meer duidelijkheid met betrekking tot de tariefzekerheid te bezorgen?

b) Zo ja, welke?

Antwoord:

1. In het raam van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en ongeacht de fiscale bepalingen, moet de geneesheer (huisarts, specialist) in het daartoe bestemde kader op het getuigschrift voor verstrekte hulp (K.B. van 15.7.2002):

- ofwel «ja» vermelden, indien de rechthebbende het totale bedrag van het vastgelegde persoonlijk aandeel heeft betaald, ofwel «nee» indien de rechthebbende geen persoonlijk aandeel heeft betaald;

- ofwel het bedrag van het honorarium dat door de rechthebbende is betaald, indien dat bedrag begrepen is tussen het «officiële» honorarium en het bedrag van de tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

2. De geconventioneerde arts moet in zijn wachtkamer - en waar het gaat om inrichtingen, ofwel in de wachtkamers, ofwel in het ontvangstlokaal, ofwel in het inschrijvingslokaal - een document aanbrengen dat vermeldt dat hij tot het akkoord is toegetreden en waarin ook de raadplegingdagen en - uren zijn opgegeven waarop hij de tarieven van dit akkoord toepast, net als de raadplegingdagen en - uren waarop hij die tarieven niet toepast.

3. Een geconventioneerde arts is verplicht de afspraken uit het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen na te leven, terwijl een niet geconventioneerde arts zich niet moet houden aan deze afspraken en bijvoorbeeld zijn tarieven zelf kan bepalen. Een arts is gedeeltelijk geconventioneerd indien hij zijn beroepsactiviteit die hij volgens het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen uitoefent, in tijd beperkt. De arts meldt aan het RIZIV, via het daarvoor bestemde formulier, de dagen en uren welke hij wel of niet volgens het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen werkt.

4. Om de patiënt meer tariefzekerheid te bezorgen in het kader van ieder voorgenomen wijziging van de honorariasupplementen in ziekenhuizen wil men een overleg organiseren met de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen teneinde zowel voor patiënten als voor verstrekkers een grotere rechtszekerheid en transparantie te waarborgen.

Verder zal op basis van een analyse van de ziekenhuisfacturen overleg worden gepleegd tussen de partners van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

VRAAG nr. 39, op 15 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. STEVENHEYDENS, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 031, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 7939)

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008 – Bepalingen betreffende het recht van artsen om vanaf een bepaald niveau van gezinsinkomen te mogen afwijken van de vastgestelde honoraria.

Voor het jaar 2008 werd net zoals de voorgaande jaren een nationaal akkoord gesloten door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

Op bladzijde 15, onder punt 20.4, staat het volgende:

«De bij dit akkoord vastgestelde hoegrootheden inzake honoraria en reisvergoedingen worden toegepast voor alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, inclusief de rechthebbenden met recht op de voorkeursregeling, zoals bedoeld in de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden, leden van een gezin waarvan het jaarlijkse belastbaar inkomen hoger ligt dan:

- hetzij 59 835,05 EUR per gezin, verhoogd met 1 993,78 EUR per persoon ten laste, wanneer er maar één gerechtigde is;
- hetzij 39 889,62 EUR per gerechtigde, verhoogd met 1 993,78 EUR per persoon ten laste, wanneer er verscheidene gerechtigden zijn.» (einde citaat).

In feite wil deze alinea bedoelen dat geneesheren inzake honoraria en reisvergoedingen meer mogen vragen dan is vastgelegd, indien een gezin meer dan een bepaald inkomen heeft. Dit is op zich al een economische discriminatie, temeer daar de kinderen in zo'n gezin worden gediscrimineerd volgens afkomst. Er doet zich een probleem voor met de toepasbaarheid omdat een arts in zulke omstandigheden zou moeten informeren naar het inkomen van de patiënt of een afschrift zou moeten vragen van de belastingaangifte.

1.

a) Bent u op de hoogte van deze alinea in het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen?

b) Bent u op de hoogte van de draagwijdte van deze bepaling?

2. Heeft u bevoegdheid om hierover een standpunt te formuleren en heeft men hierover reeds contact gehad met de organisatie van geneesheren en de ziekenfondsen?

Antwoord:

1.

a) Deze alinea bestond reeds in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen van 1964. Dit akkoord tussen de artsen en de verzekeringsinstellingen, bevatte immers reeds in zijn artikel 6 de volgende bepalingen: «De bedragen van de in artikelen 4 en 5 vastgestelde honoraria gelden voor alle rechthebbenden van de verzekering, met inbegrip van de weduwen, de gepensioneerden, invaliden en wezen bedoeld in artikel 25 van de Wet van 9 augustus 1963. Toch mogen de geneesheren voor de rechthebbenden, leden van een gezin waarvan de jaarlijkse inkomsten een bedrag van 200 000 Belgische frank, verhoogd met 15 000 Belgische frank per kind ten laste overschrijden, afwijken van die bepaling».

b) Akkoorden en overeenkomsten kunnen voorzien in uitzonderingen wat betreft de overeengekomen honoraria: hogere inkomsten en de zogenaamde bijzondere eisen van de patiënt.

2. Het is duidelijk dat ik van de akkoorden en overeenkomsten de grootst mogelijke tariefzekerheid verwacht en dit voor alle verzekerden. Akkoorden en overeenkomsten zijn evenwel per definitie het resultaat van overleg tussen de betrokken partijen, namelijk de representatieve artsenorganisaties en de verzekeringsinstellingen, waarbij vanzelfsprekend rekening wordt gehouden met hun respectieve wensen en gevoeligheden. Volgens dergelijk compromis hebben de artsen het recht om vanaf een bepaald niveau van gezinsinkomen te mogen afwijken van de vastgelegde honoraria.

Maken de artsen misbruik van deze bepaling? In dit geval zou men zich aan klachten kunnen verwachten. Uit navraag bij het RIZIV blijkt evenwel dat dergelijk geschil in jaren niet werd voorgelegd aan het terzake bevoegd orgaan, namelijk de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Men mag bovendien niet uit het oog verliezen dat, al mogen de artsen - conform het akkoord - afwijken van de overeengekomen honoraria, eventuele misbruiken terzake kunnen beteugeld worden door de Orde van geneesheren.

Samengevat geloof ik in de motiverende kracht van afspraken, onder meer qua honoraria, tussen de betrokken groep zorgverleners en de door de rechthebbenden vrij gekozen verzekeringsinstellingen. Vanuit mijn contacten met betrokken partijen gaat mijn bijzondere zorg uit naar het voorkomen van een zorgverzekering met twee snelheden: een voor de personen met een modaal tot lager inkomen en een voor meer vermogende personen. Ons akkoordensysteem zorgt ervoor dat een universele ziekteverzekering kan worden aangeboden, waartoe alle rechthebbenden solidair bijdragen en die geldt voor de verstrekkingen van alle zorgverleners.

VRAAG nr. 76, op 24 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. NYSSENS, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 6437)

Vreemdelingen die – op grond van artikel 9ter van de Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen – een verblijfsvergunning vragen met het oog op de behandeling van een ernstige ziekte, hebben tijdens het onderzoek van hun aanvraag geen recht op geneeskundige verzorging als inwonende gerechtigde volgens de huidige reglementering geneeskundige verzorging en uitkeringen (Gecoördineerde Wet van 14.7.1994 art. 32, 1e lid, 15° en K.B. van 3.7.1996, art. 128quinquies, § 1) – Uitzondering voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen.

Wie een regularisatieaanvraag indient op grond van artikel 9*ter* van de Wet van 15 december 1980, kan aanspraak maken op het leefloon zodra zijn aanvraag door de Dienst Vreemdelingenzaken ontvankelijk is verklaard. De betrokkenen krijgen een leefloon gedurende een periode van 3 maanden min 1 dag. Hoewel ze een verblijfsvergunning hebben, weigeren de ziekenfondsen hen als lid in te schrijven, met als argument dat enkel houders van een verblijfsvergunning van meer dan drie maanden zich kunnen aansluiten.

1. Vindt u dit antwoord van de ziekenfondsen niet inadequaat? De bij artikel 9*ter* vastgelegde procedure die met de hervorming van de Wet van 15 december 1980 werd ingevoerd, heeft immers onder meer tot doel de betrokkenen toe te laten zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Op die manier kan worden voorkomen dat zij tijdens de periode waarin hun aanvraag wordt onderzocht, onder de regeling van de dringende medische hulp vallen en dat hun ziektekosten dientengevolge voor rekening komen van de Belgische Staat.

2. Nu vallen deze mensen, die legaal in ons land verblijven zodra ze een leefloon ontvangen, dus niet langer onder de regeling van de dringende medische hulp, maar onder die van de gezondheidskaart, waarbij de kosten door de OCMW's moeten worden vergoed. Welke maatregelen denkt u te nemen om dat probleem op te lossen?

Antwoord:

Artikel 9*ter* van de Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, laat toe aan de vreemdeling die in België verblijft en die over een identiteitsdocument beschikt en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, een machtiging tot verblijf in het Rijk aan te vragen.

Deze aanvraag wordt rechtstreeks bij de Dienst Vreemdelingenzaken ingediend.

Wanneer de aanvraag ontvankelijk wordt verklaard, zal de aanvrager van regularisatie op basis van artikel 9*ter* een immatriculatieattest model A afgeleverd krijgen, met een geldigheidsduur van drie maanden, driemaal hernieuwbaar voor een duur van drie maanden, in afwachting van een beslissing ten gronde over de verblijfsaanvraag. Gedurende deze ganse periode van onderzoek van de ontvankelijk verklaarde aanvraag, bevindt de betrokkene zich in een situatie van onzeker verblijf waaraan op ieder ogenblik een einde kan worden gemaakt.

Zolang hij geniet van dit precair verblijf, heeft de vreemdeling recht op sociale bijstand vanaf het ogenblik van de kennisgeving van de beslissing voor zover de overige wettelijke voorwaarden vervuld zijn, en zal hij geen recht hebben op geneeskundige verzorging als inwonende gerechtigde met toepassing van artikel 32, eerste lid, 15°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en artikel 128*quinquies*, § 1, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 houdende uitvoering van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, die de personen uitsluiten die niet van rechtswege toegelaten zijn om gedurende meer dan drie maanden in het Rijk te verblijven.

Indien de aanvraag onontvankelijk werd verklaard of ontvankelijk maar ongegrond, zal de betrokken persoon nog louter recht hebben op dringende medische hulp.

Indien de aanvraag gegrond is verklaard, zal de vreemdeling toegelaten worden tot verblijf en zal hij een BIVR ontvangen geldig voor minstens een jaar. Op basis van de inschrijving in het vreemdelingenregister, en op voorwaarde dat aan de andere reglementaire voorwaarden is voldaan, zal hij recht hebben op geneeskundige verzorging als inwonende gerechtigde.

Dit is de huidige reglementering. Echter in geval van een aanvraag voor een verblijfsvergunning verbonden met een ernstige ziekte, kan men zich de vraag stellen of het gerechtvaardigd is dat men deze categorie vreemdelingen op dezelfde manier gaat behandelen als anderen die hun aanvraag op alle andere motieven baseren.

Zou het voor die mensen niet beter zijn om, nog voor men weet of hun aanvraag ontvankelijk en gegrond is, hen een tijdelijk recht toe te kennen op de sociale dekking van de gezondheidszorg?

Na analyse van de haalbaarheid en de eventuele kost ervan, verdient deze vraag een politiek debat. Ik zal aan het RIZIV een studie vragen over deze mogelijkheid van onmiddellijke sociale dekking voor de vreemdelingen die een verblijfsvergunning vragen, met het oog op de behandeling van een ernstige ziekte.

Volledigheidshalve herinner ik er verder aan dat de Wet van 26 maart 2007 een wettelijke basis invoerde die het sedert 1 januari 2008 mogelijk maakt dat de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen kunnen genieten van de sociale dekking van hun uitgaven voor gezondheidszorg als titularis van de verplichte ziekteverzekering. In het ontwerp van Gezondheidswet dat thans op regeringsniveau in voorbereiding is, stel ik aan het parlement een bepaling voor die dit recht zal uitbreiden tot de kinderen van deze minderjarigen, met terugwerkende kracht op 1 januari 2008.

VRAAG nr. 80, op 28 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. VAUTMANS, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 6442)

Kanker – Statistieken inzake incidentie en sterfte – Verzekering geneeskundige verzorging – Terugbetaalde bedragen anti-kankergeneesmiddelen sinds 2000 – Prijs behandeling per patiënt.

Iedereen kent wel iemand die kanker heeft of gehad heeft.

1.

a) Hoeveel personen kregen de diagnose dat ze kanker hebben?

b) Kan u deze opdelen per soort kanker en per jaar sinds 2000 (of gegevens voor de jongste vijf jaar)?

2.

a) Hoeveel personen sterven elk jaar aan kanker?

b) Kan u een opdeling geven per soort kanker?

3. Welk bedrag betaalt de Schatkist sedert 2000 (of gegevens voor de jongste vijf jaar) jaarlijks globaal voor het gebruik van medicijnen tegen kanker?

4. Welke bedragen werden betaald voor de specifieke medicijnen (…)?

5. Wat is de kostprijs van deze medicijnen per behandeling?

6. Welk bedrag wordt sedert 2000 (of gegevens voor de jongste vijf jaar) jaarlijks globaal door de Schatkist besteed aan kankerresearch?

Antwoord:

1.

a) Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling Epidemiologie, beschikt niet over incidentiestatistieken voor kanker in België. De bron van onderstaande gegevens is het Kankerregister. De gegevens, waarvan de recentste van 2003 zijn, zijn eveneens beschikbaar op volgende website: *www.kankerregister.be*.

In 2003 werden in België 49 832 nieuwe diagnoses van kwaadaardige tumoren geregistreerd, waarvan 26 782 bij mannen (54%) en 23 050 bij vrouwen (46%). Het gaat hier om de tweede doodsoorzaak voor de gehele populatie en de eerste in de leeftijdscategorie 40-60 jaar. Kanker komt meer bij mannen voor (528 nieuwe diagnoses per 100 000 inwoners per jaar) dan bij vrouwen (435 nieuwe diagnoses per 100 000 inwoners per jaar).

b) Als we de cijfers voor beide geslachten samenvoegen, zijn borstkanker en prostaatkanker de meest frequent voorkomende tumoren (respectievelijk 9 053 en 7 975 in 2003), gevolgd door colorectale kanker (6 575) en longkanker (5 781). Deze vier lokalisaties samen maken ongeveer 60% van alle geregistreerde tumoren uit.

Bij de vrouwen komt borstkanker (39,3%) op de eerste plaats; bij de mannen neemt prostaatkanker (29,8 %) de eerste plaats in, gevolgd door longkanker (17%) en colorectale tumoren (13%). Bij de vrouw gaan colorectale kanker (13,4%) en gynaecologische tumoren en eierstokkanker (11,9%), longkanker (5,2%) vooraf.

De tabel hieronder geeft een overzicht van de 5 meest frequent voorkomende tumoren per geslacht voor de jaren 2000-2003:

Mannen

Jaar	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prostaat (C61)	6 945	28,2	7 329	29,3	7 343	28,9	7 975	29,8
Long (C34)	4 435	18,0	4 356	17,4	4 392	17,3	4 574	17,0
Colon/rectum (C18-20)	3 123	12,7	3 175	12,3	3 289	13,0	3 495	13,0
Blaas (C67)	1 322	5,4	1 367	5,6	1 427	5,6	1 336	5,0
Lymfomen (C81-85)	840	3,4	871	3,5	886	3,5	1 002	3,7

Vrouwen

Jaar	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Borst (C50)	7 656	36,5	8 118	38,0	8 508	38,7	9 053	39,3
colorectale (C18-20)	2 750	13,0	2 863	13,4	2 859	13,0	3 080	13,4
Cervix uterus ovarium (C53-56)	2 656	12,7	2 661	12,4	2 677	12,2	2 736	11,9
Long (C34)	933	4,5	1 051	4,9	1 136	5,2	1 207	5,2
Lymfomen (C81-85)	816	3,9	789	3,7	786	3,6	817	3,5

2.

a) en b) Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling Epidemiologie, beschikt over oorzaakspecifieke sterftestatistieken voor België. De brutogegevens worden aangeleverd door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, maar we zien een belangrijke achterstand bij de aanlevering. De laatste oorzaakspecifieke sterftecijfers voor ons land dateren van 1997.

In 1997 bedroeg het sterftecijfer voor kanker (ICD-9 = 140-208) 274/100 000. Dit cijfer is licht gestegen ten opzichte van 1987, toen het 269/100 000 bedroeg. Wanneer we dit opdelen per soort kanker, dan is 6,56% van de totale sterfte in 1997 te wijten aan longkanker, 3,04% aan colorectale kanker, 2,33% aan borstkanker en 1,85% aan prostaatkanker.

Omdat deze specifieke kankers vaak gerelateerd zijn aan het geslacht, is het beter om hiervoor een opsplitsing te maken. Longkanker is bij mannen de belangrijkste specifieke kanker: 11,03% van de mannen gestorven in 1997, stierf aan deze oorzaak. Daarna komen prostaatkanker (3,71%) en colorectale kanker (2,95%).

Bij vrouwen komt borstkanker op de eerste plaats (4,65% van het totale sterftecijfer), gevolgd door colorectale kanker (3,13%) en longkanker (2,10%).

U kunt deze gegevens en gedetailleerde analyses terugvinden op volgende interactieve website: *http://www.iph.fgov.be/epidemio/spma/*.

Op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zijn er wel al recentere oorzaakspecifieke sterftegegevens.

In Vlaanderen bijvoorbeeld was het voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer door kanker voor vrouwen in 2005 181/100 000 en voor mannen 334/100 000 (ter vergelijking: deze cijfers waren voor België in 1997 196/100 000 voor vrouwen en 334/100 000 voor mannen).

Bij mannen is het grootste aantal sterfgevallen door kanker te wijten aan longkanker, met 2 994 dodelijke slachtoffers en een voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer van 107/100 000. Bij vrouwen is dit borstkanker met 1 321 sterfgevallen en een voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer van 38/100 000. Zowel bij mannen als bij vrouwen is de op één na dodelijkste kanker colorectale kanker, met respectievelijk 952 en 811 sterfgevallen.

Ook deze gegevens vindt u op het Internet:
http://www.zorg-en-gezondheid.be/doodsoorzaken.aspx.

3. Terugbetaalde bedragen voor antikankergeneesmiddelen sedert 2000:

Jaar	Uitgaven RIZIV	Uitgaven RIZIV Ziekenhuizen
2000	4 859 946	50 500 854
2001	4 851 419	59 527 764
2002	6 532 681	79 988 795
2003	15 204 733	103 489 607
2004	19 474 635	120 703 956
2005	22 193 464	141 413 855
2006	24 333 771	174 569 514
2007 11 maanden	23 638 950	-

Bron: Pharmanent en documenten PH

4. Bedragen uitgegeven voor bepaalde specifieke geneesmiddelen: de IMS-gegevens met opgave van de uitgaven voor individuele uitgaven van bepaalde producten zijn beschikbaar bij het RlZIV maar mogen contractueel niet openbaar worden gemaakt.

5. Prijs van de behandeling per patiënt:

Het aantal patiënten die aan de criteria beantwoorden zou tussen 180 en 240 bedragen. Op basis van de maximale schatting zou het budget er dus als volgt uitzien:

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3
Aantal patiënten	97	121	145
Aantal dagen behandeling (pt x 96,2 dagen)	9 360	11 676	13 993
+ 10 % (*)	10 297	12 844	15 392
Aantal verpakkingen (30 capsules)	343	428	466
Kost voor het RIZIV (5 603,91 EUR)	1 922 000 EUR	2 398 500 EUR	2 611 500 EUR

(*) Houdt rekening met mogelijke verspilling bij het staken van de behandeling.

(…)

6. Overheidsfinanciering van het kankeronderzoek: gelet op de verdeling van de bevoegdheden inzake wetenschappelijk onderzoek tussen de federale overheid en de gedefedereerde entiteit, konden de gewenste gegevens nog niet worden verzameld.

VRAAG nr. 150, op 9 mei 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. DE BLOCK, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 6448)

Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, artikel 71quinquies – Regeling verdeling van de reserves van de diensten geneeskundige verzorging "kleine risico's" voor zelfstandigen van de ziekenfondsen, tussen de personen die lid waren van een dergelijke dienst.

Sinds 1 januari 2008 zijn alle zelfstandigen verplicht verzekerd voor kleine risico's. Tot 31 december 2007 moesten zelfstandigen zich daarvoor afzonderlijk verzekeren hetzij bij een mutualiteit, hetzij bij een verzekeringsmaatschappij.

Ziekenfondsen hebben de afgelopen jaren op basis van de bijdragen en de overheidstoelage die zij kregen voor deze aanvullende verzekering een reserve opgebouwd. Er werd beslist dat zij deze bijdragen terug zouden betalen aan hun leden, dus de zelfstandigen die bij hen een aanvullende verzekering kleine risico's hadden afgesloten.

De regering zou de parameters vaststellen volgens welke de terugbetaling zou gebeuren.

1. Wat is de stand van zaken van dit dossier?

2. Wanneer zullen de zelfstandigen die aanvullend verzekerd waren voor kleine risico's bij mutualiteiten hun aandeel in de reserves concreet terugbetaald krijgen?

Antwoord:

1 en 2. De diensten geneeskundige verzorging «kleine risico's» voor zelfstandigen die ingericht werden door de mutualistische entiteiten, werden van rechtswege ontbonden met ingang van 1 januari 2008 ingevolge de integratie, in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, van de prestaties die voorheen door deze diensten gedekt waren. De rekeningen van deze diensten zullen definitief afgesloten worden op 31 december 2008.

De reserves van deze diensten zullen in toepassing van artikel 71*quinquies*, van de Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, verdeeld worden tussen de personen die ten minste vanaf 27 april 2007 (datum van inwerkingtreding van voormeld artikel) tot 1 januari 2008 (datum van de voormelde integratie in de verplichte verzekering) ononderbroken lid zijn geweest van een dergelijke dienst.

Een voorontwerp van Wet voorziet dat voormelde verdeling zal geschieden in evenredigheid met de duur van de aansluiting vanaf 1 januari 1993. Deze datum stemt overeen met de datum van inwerkingtreding van de eerste richtlijnen van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen betreffende de samenstelling van de reserves van deze dienst.

Indien een persoon in de periode van 27 april 2007 tot en met 31 december 2007, opeenvolgend en zonder onderbreking van de dekking in verschillende mutualistische entiteiten lid was van een dergelijke dienst, heeft hij bij elk van deze entiteiten recht op een deel van de reserves van de betreffende dienst, rekening houdend, zoals hierboven gesteld, met zijn aansluitingsduur bij deze dienst.

Artikel 71*quinquies*, van voormelde Wet, voorziet bovendien dat de verdeling uitgevoerd zal worden door toekenning van een geldsom in twee betalingen: een eerste betaling bij wijze van voorschot, uiterlijk op 31 december 2008 en de betaling van het saldo uiterlijk op 31 december 2009.

Wat de methode van berekening van het voorschot betreft, stelt voormeld ontwerp van Wet voor dat het voorschot, waarvan de berekeningswijze zal worden opgenomen in artikel 71*quinquies*, 80% zou bedragen van het gedeelte van de boekhoudkundige reserves, reservefondsen en overblijvende activa op 31 december 2007 dat 12,5% van de uitgaven inzake de prestaties van het boekjaar overschrijdt. Bovendien voorziet dit ontwerp dat de tweede betaling het saldo van de boekhoudkundige reserves, reservefondsen en overblijvende activa omvat, dat overblijft bij de definitieve afsluiting van de rekeningen op 31 december 2008.

In dit wetsontwerp wordt ten slotte ook voorgesteld, met het oog op een administratieve vereenvoudiging voor de mutualistische entiteiten, om in voormeld artikel 71*quinquies*, te voorzien dat hun algemene vergadering kan beslissen om de uitvoering van de eerste betaling uit te stellen en beide bedragen dus samen uit te betalen uiterlijk op 31 december 2009, indien de eerste betaling een lager bedrag dan 25 EUR zou betreffen.

VRAAG nr. 165, op 16 mei 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. BULTINCK, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 025, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 5907)

Koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot invoering van het OMNIO-statuut, art. 24, § 1 – Voor de berekening worden de bruto belastbare gezinsinkomens in aanmerking genomen – Uitbetaalde onderhoudsuitkeringen worden daarvan niet afgetrokken.

In artikel 24 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot invoering van het OMNIO-statuut, worden de inkomensvoorwaarden verduidelijkt om het OMNIO-statuut te kunnen genieten.

Dit artikel bepaalt onder meer: «Onder belastbare bruto-inkomens moet worden verstaan het bedrag van de inkomens zoals ze zijn vastgesteld inzake de inkomensbelasting vóór elke aftrek».

Daarnaast is er de RIZIV-omzendbrief V.I. nr. 2007/204 van 11 juni 2007 (3991/192) (*).

Concreet betekent dit dat ook de onderhoudsuitkeringen (alimentatie) niet in mindering mogen gebracht worden, om al dan niet het OMNIO-statuut te kunnen genieten.

1. Onderschrijft u deze interpretatie?

2. Vindt u niet dat de betrokkenen hier dan dubbel gestraft worden?

3. Heeft u reeds laten onderzoeken wat de impact zou zijn indien alimentatie-uitkeringen wel in mindering mochten gebracht worden?

Antwoord:

Artikel 24, § 1, van het in de vraag aangehaalde Koninklijk besluit van 1 april 2007, voorziet dat in het kader van de toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (zowel voor de zogenaamde «WIGW» als voor het OMNIO-statuut), het de bruto belastbare gezinsinkomens zijn die in aanmerking worden genomen, en met name het bedrag van die inkomens zoals ze zijn vastgesteld inzake de inkomstenbelasting, vóór elke aftrek.

In toepassing van deze bepaling, preciseert de omzendbrief V.I. nr. 2007/204 dat de onderhoudsuitkering niet wordt afgetrokken van de inkomens van diegene die ze uitbetaalt, omdat geen rekening wordt gehouden met de aftrek die de belastingsplichtige kan verrichten op fiscaal vlak.

De reglementering inzake de verhoogde tegemoetkoming heeft steeds verwezen naar dit criterium van «bruto-inkomens», ook vóór de invoering van het OMNIO-statuut. De vaststelling van de inkomens-grensbedragen gebeurde dan ook in functie van - en rekening houdend met - dit principe.

Het criterium van de «bruto-inkomens» heeft het voordeel dat het een objectief en eenvormig criterium is. De mogelijkheid om hierbij uitzonderingen te voorzien kan bestudeerd worden, maar daarbij moet dan de gelijke behandeling van alle verzekerden die de inkomensvoorwaarden moeten vervullen, steeds gevrijwaard blijven.

In het algemeen is het zo, dat een herziening van het principe van de «bruto-inkomens» een herberekening van de geldende inkomensgrensbedragen met zich zou meebrengen.

(*) Gepubliceerd in het I.B. nr. 2007/3.

VRAAG nr. 174, op 22 mei 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. VAN DAELE, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 6451)

Performantie Belgisch gezondheidszorgsysteem – Ontwikkeling indicatoren voor meting en sturing door KCE – Bespreking indicatoren gebruikt in rapport Itenera – Belang beschikbaarheid geactualiseerde gegevens.

De denktank Itinera bracht in april 2008 een rapport uit waaruit onder meer blijkt dat de Belgen tevreden zijn over de zorg, het meeste vertrouwen hebben in artsen, er nauwelijks wachtlijsten zijn, enz. in vergelijking met andere EU-landen. Minder goede punten: ons land staat op de zesde plaats wat betreft het aandeel dat de patiënt zelf betaalt (27%) en behoort daarmee tot de duurste stelsels in het Westen, in rangschikkingen betreffende de algemene kwaliteit scoren we middelmatig, mede omdat er over verschillende aspecten van de beoordeling geen cijfers zijn.

In de beleidsnota hebben wij het belang van een goed en doeltreffend zorgsysteem beaamt. Kwantificeerbare doelstellingen, met andere woorden een monitoring- of evaluatiesysteem is noodzakelijk om de nieuwe uitdagingen van de toekomst te kunnen opvangen.

Mijn vragen betreffen de geplande evaluatie van het gezondheidszorgbeleid naar kwaliteit en performantie toe.

1. Hebben de FOD, het RIZIV, het WIV en het Kenniscentrum reeds de opdracht gekregen om een monitoringinstrument te ontwikkelen?

2.

a) Hoe luidt deze opdracht, met andere woorden heeft u al bepaalde meetbare doeltellingen/indica-toren «opgelegd»?

b) Wat zijn deelaspecten van de opdracht?

c) Wat is de uiterlijke datum?

3. Gaat u akkoord met de resultaten die in het rapport van Itinera staan?

Antwoord:

1. Ik heb het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) eind februari 2008 de opdracht toevertrouwd om in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) een studie uit te werken voor het sturen van de performantie van het gezondheidszorgsysteem in België, en dit op initiatief van de verantwoordelijke overheidsdiensten voor de gezondheidszorg, zoals het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de FOD Sociale Zekerheid. De administraties van de deelstaten zijn betrokken bij dit initiatief.

2.

a) De studie bestaat in het opstellen van een globale en coherente reeks indicatoren om op termijn de performantie van het gezondheidszorgsysteem te meten en verder te volgen conform de doelstellingen en de verschillende functies die het systeem moet vervullen. Die functies kunnen worden ingedeeld volgens (sub)dimensies die een reële impact kunnen hebben op de gezondheid, zoals de billijke spreiding of de relevantie van de verzorging, de productiviteit of de resultaten van de verzorging, om maar enkele dimensies te noemen.

Elke dimensie zal door één of meerdere indicatoren worden omschreven. Het is niet de bedoeling om elke (sub)dimensie exhaustief te omschrijven, maar om valabele indicatoren te kiezen (verduidelijkt de indicator de (sub)dimensie volledig?)

Het pragmatisme zal de keuzes (reeds bestaande, maar betrouwbare gegevens) oriënteren. De overheidsdiensten hebben nu al voorgesteld om zich te baseren op lijsten van indicatoren die we op internationaal niveau zullen verstrekken, om zo nodig voordeel te halen uit de benchmarking (van referentiewaarden). De indicatoren zullen gevoelig genoeg zijn om in een boordtabel te worden gebruikt.

De rapportering zal globaal zijn, omdat de performantiegraad wordt beoordeeld op basis van het evenwicht tussen de verschillende functies/dimensies. In een dergelijk model heeft één afzonderlijke indicator immers weinig zin. Er kan echter wel een bijzonder of prioritair accent op sommige dimensies worden gelegd.

b) De studie zal 1 jaar duren en zal in 5 fasen verlopen:

- De eerste fase bestaat in het geven van een vergelijkend internationaal overzicht van de verschillende performantiesystemen en de manier waarop ze door de beleidsmakers worden gebruikt (duur 1 maand).

- De tweede fase bestaat uit het houden van een enquête over informatiebehoeften bij de Belgische beleidsmakers (duur 3 maanden).

- In de derde fase worden de gegevens in verband met de sociale zekerheid en volksgezondheid geëvalueerd op het vlak van hun nut, beschikbaarheid, geldigheid en nauwkeurigheid (duur 4 maanden).

- In de laatste fase wordt ten slotte gezocht naar een antwoord op de vraag: welke plaats bekleedt België op het vlak van de performantie van het gezondheidszorgsysteem, welke lacunes vertonen de huidige gegevens, hoe kunnen de gegevens duidelijk en begrijpelijk worden voorgesteld en vervolgens toegepast (duur 5 maanden)?

- Ten slotte is er nog de definitieve synthesefase om dit rapport regelmatig operationeel te maken (duur 1 maand).

c) Het resultaat wordt dus in september 2009 verwacht.

3. De studie heet «Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?» en is door het Itinera institute opgesteld. Dat is een onafhankelijke denktank die verklaart te ijveren voor duurzame economische groei en sociale bescherming. De studie is gebaseerd op officiële en publieke cijfers, waaruit besloten wordt dat de Belgische performantie op het vlak van kwaliteit slecht is. Ik vel geen oordeel over de conclusies die ze hieruit hebben getrokken, maar ik wil er wel op wijzen dat die cijfers genuanceerd moeten worden.

Betreffende de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem:

- De weinige kwaliteitsindicatoren die in deze studie zijn gebruikt, hebben voornamelijk betrekking op de gezondheid van de bevolking, meer bepaald op basis van de sterftecijfers (overlevingspercentage bij kanker, kindersterftepercentage, enz.). Bovendien zijn die sterfte-indicatoren niet relevant genoeg om de kwaliteit van de geneeskundige verzorging te evalueren. Maar het is wel juist dat die cijfers niet uitstekend zijn. Zoals u benadrukt, zal deze situatie na de actualisering van de gegevens opnieuw moeten worden bekeken: het probleem van de achterstand in de gegevens staat, zoals ik reeds vermeld heb in een vorige tussenkomst, op het punt om te worden opgelost dankzij de hervorming van het kankerregister en de versnelde gegevensverzameling in de Franse Gemeenschap. De performantiestudie zal, zoals ik hierboven heb vermeld, eveneens het probleem van de nauwkeurigheid van de verstrekte gegevens aansnijden.

- De indicator van de ziekenhuisinfecties houdt al veel meer verband met de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem. Dat aspect is trouwens zeer goed gedocumenteerd in ons gezondheids-zorgsysteem, omdat het sinds enkele jaren deel uitmaakt van een specifiek beleid en van een performante gegevensverzameling dankzij het «antibiotica platform». We zijn in dat geval misschien door onze eigen uitstekende gegevensbanken bestraft. In ieder geval voeren we op dat vlak in onze ziekenhuizen en bij de bevolking een performant beleid, maar we geven toe dat er nog inspanningen op het niveau van de RVT's (rust- en verzorgingstehuizen) moeten worden geleverd.

Betreffende het aandeel van de privé-uitgaven in de financiering van de gezondheid:

- U hebt me een vraag gesteld over het hoge percentage van 27% aan privé-uitgaven in de gezondheidsuitgaven, dat in deze studie is vermeld. Ik zou willen onderstrepen dat de geboekte totaaluitgaven niet noodzakelijk uitgaven zijn die volgens ons gezondheidszorgsysteem hadden moeten worden terugbetaald. Zo worden bijvoorbeeld in deze cijfers ook de cosmetische uitgaven in de eigen praktijkkamer meegeteld. Het zou misschien verstandig zijn om het privé-aandeel in de gerechtvaardigde uitgaven te vermelden (uitgaven aanvaard in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging) zoals misschien uit de studie zal blijken.

In ieder geval wijzen zowel het Itinera-rapport als de studie die enkele maanden eerder door de «*Health consumer powerhouse*» (een internationale patiëntenvereniging die één van hun bronnen is) is bekendgemaakt, op het belang van het initiatief dat in het kader van deze regering is genomen, namelijk het benadrukken van de noodzakelijke beschikbaarheid van geactualiseerde gegevens. Deze gegevens kunnen immers eenduidig worden geïnterpreteerd en ze maken een globale denkoefening over het gezondheidsbeleid mogelijk.

VRAAG nr. 182, op 27 mei 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. DEOM, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 6460)

Cochleaire implantaten – Levensduur en vervanging – Verzekeringstegemoetkoming voor onderhoud implantaat en revalidatie patiënt – Efficiëntie als behandeling doofheid..

Dankzij de almaar performantere technologie op het stuk van cochleaire implantaten (inwendige gehoorprothesen) kunnen doven reeds vanaf jonge leeftijd zo een prothese geïmplanteerd krijgen. Het vermogen om te horen ligt hierdoor binnen ieders bereik, en dat is uiteraard een goede zaak, maar toch blijven er een aantal grijze zones bestaan.

Die binnenoorimplantaten, die in het slakkenhuis van een zuigeling worden geïmplanteerd, gaan 10 tot 20 jaar mee. Gelet op de huidige levensverwachting van ongeveer 80 jaar betekent dat dat iemand die in 2006 geboren werd en als kind een gehoorprothese ingeplant kreeg, zich in zijn leven ten minste vijf keer opnieuw zal moeten laten opereren voor een nieuw implantaat.

1.

a) Hoe kan men er zeker van zijn dat die opeenvolgende operaties uit een medisch oogpunt mogelijk zullen zijn?

b) Is het mogelijk dat men iemand op een dag zal moeten meedelen dat hij of zij niet meer operabel is?

c) Zouden doven die het grootste gedeelte van hun leven hebben kunnen horen, bijgevolg plots beroofd kunnen worden van hun gehoor?

2. Onder voorbehoud van de goedkeuring van de adviserend geneesheer en van het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV, neemt het ziekenfonds de kosten van die implantaten, die toch ongeveer 20 400 EUR bedragen, volledig voor zijn rekening.

a) Hoeveel kost het onderhoud van zo een implantaat?

b) Moet de patiënt die kosten betalen?

3. Als gevolg van de voortdurende vooruitgang van de cochleaire technologie evolueren ook de implantaten, die almaar gesofisticeerder worden. De geluidsperceptie moet echter bij elke nieuwe prothese opnieuw aangepast worden, en de patiënt moet logopedie krijgen.

a) Wil dat zeggen dat die nieuwe generatie doven met een implantaat hun hele leven lang logopedie zullen moeten volgen?

b) Wat gebeurt er met patiënten die geen implantaat willen met de nieuwe technologieën? Naar verluidt zou het voor hen moeilijk zijn om het bij hun «oude prothese» te houden, omdat de industrie de oude modellen niet blijft voeren.

4.

a) Kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot de technische, medische en financiële aspecten van de behandeling van doofheid en de cochleaire implantaten?

b) Hoeveel personen hebben er vandaag een gehoorprothese?

c) Zijn de baten van die operaties en die nieuwe technologieën daadwerkelijk apert?

Antwoord:

De techniek van de cochleaire implantaten wordt nog maar recent toegepast. De eerste apparaten werden een twintigtal jaar geleden geplaatst. Bijgevolg kunnen we enkel antwoord geven op basis van een beperkte ervaring. De verwachte levensduur van die implantaten (10 tot 20 jaar) is het resultaat van versnelde slijtagetesten die in de fabriek zijn uitgevoerd, en houdt een «theoretische» marge in. In de realiteit is het mogelijk dat de werkelijke levensduur van het implantaat (niet te verwarren met die van de batterij, het implanteerbare deel bevat geen batterij, het is enkel een ontvanger die de informatie van buitenaf verspreidt) die raming overtreft. De wetenschappelijke gegevens wijzen momenteel op overlevingscijfers van het interne deel van het implantaat tot vijftien jaar van 89% (Cullen, R.D.-2008) en tot elf jaar van 92% (Maurer, J.-2005). Gezien de huidige stand van zaken van de vooruitgang van het evaluatieproces is het niet mogelijk de maximale overlevingsduur van het interne deel te kennen. Door de technologische vooruitgang zou de levensduur van die implantaten uiteindelijk nog verlengd moeten kunnen worden waardoor het aantal noodzakelijke vervangingen tijdens het leven van een patiënt *de facto* vermindert. Het is redelijk te denken dat de helft van de patiënten opnieuw geïmplanteerd zullen worden na 20 of 25 jaar.

1.

a) tot c) Door de beperkte medische ervaring van 20 jaar is het moeilijk om zich over langere periodes uit te spreken (bijv. 80 jaar). We kunnen toch opmerken dat er als gevolg van defecten of andere problemen een aantal volledige vervangingen (processor en elektrode) zijn uitgevoerd. Evenwel moeten we opmerken dat slechts 3% van de patiënten binnen de vijf jaar opnieuw geïmplanteerd moet worden (Dutt-2005). We hebben genoeg ervaring in dit gebied om te laten zien dat explantatie mogelijk is en dat reïmplantatie goede resultaten geeft. Bovendien evolueren de chirurgische technieken zowel tijdens implantatie als explantatie. Het doel is dat ze zo min mogelijk traumatisch worden en dat ze de geopereerde weefsels behouden. Momenteel worden tweede en derde implantaties reeds uitgevoerd. Reïmplantaties vormen geen probleem. Indien de cochlea te veel beschadigd werd voor dit type van toestel, blijft de mogelijkheid om een implantaat op een hoger niveau van de centrale gehoorweg (cochleaire kern of hoger) te plaatsen. Er bestaan dus aanvullende oplossingen.

2.

a) en b) De kosten voor het onderhoud van een cochleair implantaat variëren afhankelijk van het type van implantaat. Artikel 35, § 1, E, van de nomenclatuur voorziet in verschillende maatregelen betreffende het onderhoud van een cochleair implantaat. Twee verstrekkingen maken de vervanging mogelijk van het te implanteren deel van het apparaat, alsook de verzekeringstegemoetkoming voor de vervanging van de spraakprocessor. Er wordt een lijst opgesteld voor elk van beide verstrekkingen. Als het gebruikte product in deze lijst is opgenomen, wordt het 100% terugbetaald. Een derde verstrekking voorziet in een verzekeringstegemoetkoming voor de herstelling(en) van de spraakprocessor van een cochleair implantaat. Die tegemoetkoming kan pas drie jaar na de implantatiedatum van het apparaat worden toegekend. De tegemoetkoming bedraagt maximaal 400 EUR (forfait per kalenderjaar) en geldt enkel voor de herstelling of de vervanging van onderdelen, met uitzondering van de batterijen. Die moeten immers door de patiënt worden betaald.

3.

a) en b) Wat de revalidatie van patiënten met cochleaire implantaten betreft: in gespecialiseerde centra die daarvoor een revalidatieovereenkomst met het RIZIV hebben gesloten, kan een multidisciplinaire revalidatie worden ten laste genomen. Voor de patiënten met gehoorstoornissen, die de voorwaarden voor de toekenning van de terugbetaling van een cochleair implantaat vervullen, kan er maximum één maand voor de datum waarop het implantaat wordt ingebracht, een terugbetalingsperiode van 2 opeenvolgende jaren ingaan, die zowel voor een volwassene als voor een kind doorgaans volstaat. Die revalidatie kan zo nodig worden uitgebreid met monodisciplinaire logopediezittingen voor een betere taalbeheersing. Voor de vervanging van alleen het implanteerbaar gedeelte van een implantaat of van alleen de spraakprocessor is normaliter geen nieuwe volledig multidisciplinaire logopediebehandeling nodig. Maar ze eist een aanpassingsperiode want men moet de gehoorgegevens volgens de nieuwe elektrische stimulaties die op niveau van de zenuwen aankomen opnieuw coderen. Afhankelijk van de patiënt kan een korte revalidatieperiode na de vervanging van het volledige apparaat (processor en elektrode) nodig zijn. Wat het oude apparaat betreft: de patiënt kan altijd het oude toestel behouden. Momenteel is er geen explantatie wegens technische reden zolang het interne deel werkt.

4.

a) Een uiteenzetting over de technologische, medische en financiële zorg van doofheid, en cochleaire implantaten zou een studie van meerdere bladzijden vragen. Inderdaad impliceert deze meer dan één sector: de medische sector, de sector van de verstrekkers van implantaten, de sector die voor revalidatie en logopedie zorgt, vzw's, enz. Het is niet mogelijk om een studie van dit type in het kader van een parlementaire vraag uit te voeren.

b) Tussen 1994 (jaar van de eerste terugbetalingen) en 2007 heeft het College van geneesheren-directeurs de terugbetaling van het cochleaire implantaat aan 1 898 patiënten goedgekeurd. We beschikken niet over statistieken voor de volledige populatie.

c) Het voordeel van deze operaties en van nieuwe technologieën is duidelijk. Er zijn Evidence Based gegevens die laten zien dat het cochleaire implantaat efficiënt is om het gehoor bij dove volwassenen en kinderen te herstellen. Dit laat hen toe gemakkelijker met andere mensen te communiceren en zich beter te situeren in hun geluidsomgeving, enz.