

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1997-1998

2 maart 1998

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIYN, GEZONDHEID EN GEZIN

Interpellatie van de heer Etienne Van Vaerenbergh tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de maatregelen die sommige OCMW-ziekenhuizen treffen tegen wanbetalers

Mondelinge vraag van de heer Bart Vandendriessche tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de gezondheidszorg voor armen in sommige OCMW-ziekenhuizen

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de tuberculosebewaking in Vlaanderen
Met redenen omklede motie

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de bijkomende RVT-erkenning voor de rusthuizen
Mondelinge vraag van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de verdere toekenning van RVT-bedden
Met redenen omklede motie

Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin

Maandag 2 maart 1998

WAARNEMEND VOORZITTER : De heer Etienne De Groot

– *De interpellatie wordt gehouden om 14.05 uur.*

Interpellatie van de heer Etienne Van Vaerenbergh tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de maatregelen die sommige OCMW-ziekenhuizen treffen tegen wanbetalers

Mondelinge vraag van de heer Bart Vandendriessche tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de gezondheidszorg voor armen in sommige OCMW-ziekenhuizen

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van de heer Van Vaerenbergh tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidszorg, over de maatregelen die sommige OCMW-ziekenhuizen treffen tegen wanbetalers met daaraan toegevoegd de mondelinge vraag van de heer Vandendriessche tot minister Demeester, over de gezondheidszorg voor armen in OCMW-ziekenhuizen.

De heer Van Vaerenbergh heeft het woord.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de voorbije jaren heb ik vastgesteld dat de federale sociale zekerheid steeds meer mensen uitstoot, waardoor de OCMW's een soort lokale sociale zekerheid moeten uitbouwen.

De federale overheid trof verschillende besparingsmaatregelen zodat sommige mensen nauwelijks nog een beroep konden doen op de sociale zekerheid en bij het OCMW terecht kwamen. Dit fenomeen ontwikkelt zich al enkele jaren.

Intussen staan we weeral verder. De federale overheid heeft de OCMW's allerlei taken toegeschoven. Ik som er enkele op : de OCMW-bijstand via integratiecontracten, de OCMW-bijstand voor geneeskundige zorgen, de OCMW-bijstand bij huisuitzetting, de OCMW-bijstand voor sociale grondrechten, de OCMW-bijstand voor probleemwerkzoekenden. Door andere federale maatregelen worden de verpleegkosten, vooral in de psychiatrie, niet meer terugbetaald en dus afgewenteld op het OCMW. Het remgeld in de psychiatrie, de OCMW-steun voor werkloze schoolverlaters, de OCMW-schuldbemiddeling, het bestaansminimum voor schoolverlaters, het afschaffen van het speciaal onderstandfonds, uitvoeringsbesluiten in verband met de minimumlevering van energie : door al deze maatregelen worden de OCMW's steeds meer belast. Ze beginnen zich dan ook te verzetten, en ze zoeken wegen om die lasten te verlichten. Onlangs verschenen artikels in de pers die gewag maakten van een kwalijke zaak. Het gaat onder meer over de toeslagen op de erelonen van artsen in sommige ziekenhuizen. De OCMW's die met deze rekeningen worden geconfronteerd, raden de mensen aan naar een OCMW-ziekenhuis te gaan.

Verder kwamen gevallen aan het licht van mensen die niet meer werden geholpen in een OCMW-ziekenhuis omdat ze openstaande rekeningen hadden. Ze moesten eerst hun schulden betalen of minstens een afbetalingsovereenkomst sluiten alvorens te worden geholpen. In Antwerpen noemt men dat een embargo : slechts bij onmiddellijke betaling kan men worden geholpen.

De facturen van de OCMW's zijn gigantisch, de onbetaalde rekeningen stijgen. Ik begrijp dat dit voor talloze problemen zorgt. Kan een OCMW-ziekenhuis, per definitie een openbaar ziekenhuis, een dergelijk embargo instellen en hulpverlening weigeren ? Wat gebeurt er met de mensen die helemaal geen verzekering of geld hebben ? Krijgen zij

Van Vaerenbergh

geen medische verzorging? We leven zagezegd in een welvaartsstaat, iedereen zou minimale medische verzorging moeten kunnen genieten. Kan er geen wettelijke regeling worden uitgewerkt om de supplementen voor artsen te regelen?

Uit de studie van de onafhankelijke ziekenfondsen blijkt dat men supplementen durft aanrekenen van 1000 percent. Dat zijn aanzienlijke bedragen, zeker omdat men niet weet waar de supplementen precies op gebaseerd zijn en hoe hoog ze zullen zijn. Binnen één ziekenhuis verschillen de extra's zelfs van dokter tot dokter. De patiënt is onzeker en onbeschermd en de OCMW's staan eveneens voor schut.

De voorzitter : De heer Vandendriessche heeft het woord.

De heer Bart Vandendriessche : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de heer Van Vaerenbergh heeft de problematiek uitstekend geschetst. In de commissie ad hoc voor armoede en uitsluiting bleek uit een studie dat ziekte vooral bij armen voorkomt. Als hen sociale zekerheid en gezondheidszorg wordt ontzegd, hebben we te maken met een grote onrechtvaardigheid. We kunnen niet heftig genoeg reageren. Dit is het begin van een gezondheidszorg met twee snelheden. Dat moeten we vermijden, als we nog geloofwaardig willen blijven.

Het artikel in Humo over patiënten met openstaande rekeningen werd ook al aangehaald. Vooral in Antwerpen worden zieken met schulden geweigerd of onder embargo geplaatst. Zelfs als men dringende medische zorg nodig heeft, kan men zonder geld niet meer terecht in de OCMW-ziekenhuizen. Als ik hoor dat mensen nog maandenlang huizenhoge ziekenhuisrekeningen moeten afbetalen, stel ik ernstige vragen bij ons gezondheidssysteem.

De gezondheidszorg is een overheidstaak. Artikel 23 van de sociale grondwet verwijst uitdrukkelijk naar de verplichte behandeling of zorg. Volgens het kwaliteitsdecreet dat we enkele maanden geleden goedkeurden, moeten de verzorgingsvoorzieningen zich in de eerste plaats richten tot de kansarmen.

Concreet had ik de minister willen vragen of zij op de hoogte is van deze praktijken die door het OCMW van Antwerpen worden toegepast en welke maatregelen zij daar eventueel tegen zal nemen. Voorts had ik van de minister willen verne-

men of zij weet heeft van gelijkaardige situaties in andere OCMW-ziekenhuizen. Tot slot had ik willen weten welke richtlijnen in dit verband aan de OCMW-ziekenhuizen zijn verstrekt of zullen worden verstrekt.

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mevrouw de minister, ik wens kort aan te sluiten bij de vraagstelling van mijn collega's.

Uit onderzoek is gebleken dat er – helaas – nog steeds ongelijkheid is in de gezondheidszorg. Nog schrijnender is dat er een sociale ongelijkheid is op het vlak van het gebruik van de gezondheidszorg. Hoewel algemeen wordt aangenomen dat de medische zorg voor de armere bevolkingsgroepen in België en dus ook in Vlaanderen goed verzekerd is, moeten we toch vaststellen dat niet iedereen in gelijke mate toegang heeft tot die gezondheidszorgen. Dat hebben we trouwens bij de voorbereiding van het themadebat zelf overduidelijk kunnen vaststellen.

Hoewel de armen dus meer gezondheidszorg zouden ontvangen dan men op basis van hun gezondheidstoestand zou verwachten, denk ik toch dat er een probleem rijst dat ik vooral als een toegankelijkheidsprobleem zou willen kwalificeren.

Mijn concrete vraag aan u, mevrouw de minister, is dan ook hoe u die ontoegankelijkheid of die gebrekkige toegankelijkheid ongedaan denkt te kunnen maken.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mijnheer de voorzitter, collega's, vooraf wens ik te stellen dat we hier worden geconfronteerd met een materie waar niet alleen de Vlaamse overheid voor is bevoegd. Er zijn hier met name drie niveaus bij betrokken : het lokale, het Vlaamse en het federale.

We hebben allemaal de plicht erover te waken dat het recht op een kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen gewaarborgd blijft. De algemene toegankelijkheid en de universaliteit van de gezondheidszorg zijn volgens mij van fundamenteel belang.

Op de concrete vraag of ik op de hoogte ben van de toegepaste praktijken, kan ik antwoorden dat we ons oor te luisteren hebben gelegd bij het

Demeester-De Meyer

OCMW van Antwerpen. Daar heeft men ons gezegd dat het hier niet zozeer gaat om mensen die geen toegang zouden hebben tot de gezondheidszorg, dan wel om mensen met openstaande facturen in Antwerpse OCMW-ziekenhuizen. De interpretatie moet dus enigszins worden genuanceerd. Het zogenaamde embargosysteem werd ons toegelicht als een systeem dat in essentie dient om wanbetalers van ziekenhuisfacturen opnieuw in contact te brengen met de administratie. Indien deze mensen zich in één van de OCMW-ziekenhuizen voor onderzoek of behandeling aanmelden, dan worden ze naar de benaerstigingsdienst – wat een woord! – verwezen waar een schuldbekentenis ter ondertekening wordt voorgelegd. Er wordt dan tevens een voorstel gedaan voor een afbetalingsplan. Ook dat plan moet dus eerst worden ondertekend. Bestaansminimumtrekkers vallen buiten die regeling.

Het is niet mijn bedoeling hieromtrent een polemiek te ontketenen, maar wat in de pers werd verteld moet dus enigszins worden genuanceerd. Zelfs in het geval van onwillige betalers wordt de patiënt doorverwezen naar de gewenste medische dienst waar de artsen autonoom en overeenkomstig hun deontologie dienen te beslissen over de toe te dienen zorgen. Ik herhaal dus dat het zogenaamde 'geen recht hebben op' gezondheidszorg toch enigszins moet worden genuanceerd. Het is hier vooral een zaak van wanbetaling.

Wat de maatregelen zelf betreft, kan ik heel duidelijk zijn. Zoals reeds door de heer Vandendriessche en andere sprekers werd aangehaald, hebben we in het Vlaamse regeerakkoord gesteld dat de gezondheidszorg toegankelijk dient te zijn voor de hele bevolking. In dit verband wens ik te verwijzen naar artikel 3 van het kwaliteitsdecreet dat we hier samen tot stand hebben gebracht. Daarin wordt uitdrukkelijk gesteld dat gezondheidsvoorzieningen, onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op hen van toepassing zijn, verplicht zijn aan iedere patiënt of cliënt, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene. Aan iedere patiënt of cliënt dient verantwoorde zorg of bijstand te worden verstrekt en ze moeten op een respectvolle manier worden behandeld of begeleid. Eigenlijk kan het niet duidelijker en beter worden omschreven.

Het is met andere woorden onaanvaardbaar dat verzorgingsinstellingen zich niet zouden openstel-

len voor wie dan ook. Ze moeten dus ook verzorging verstrekken aan kansarmen en ze moeten trouwens ook bijkomende inspanningen leveren om de groep mensen, voor wie er ook nog een psychologische drempel zou bestaan tot gezondheidszorg, efficiënte zorg te verstrekken.

Sinds de goedkeuring van het kwaliteitsdecreet door het parlement zijn we eigenlijk in staat om die toegankelijkheid, zoals bepaald in artikel 3, ook als erkenningsvoorwaarde toe te passen. Het spreekt vanzelf dat dit pas vanaf 2001 het geval zal zijn. We hopen dan ook dat dit waardevolle decreet zal worden toegepast zodra het Arbitragehof hieromtrent een uitspraak heeft gedaan. In afwachting van die uitspraak worden de nodige voorbereidingen getroffen om het decreet snel en onverkort te kunnen uitvoeren en om eventueel maatregelen te treffen mocht het Arbitragehof – sta mij toe het woord te gebruiken – dwalen.

Op de vraag of ik weet heb van gelijkaardige situaties in andere OCMW's, moet ik antwoorden dat, voor zover wij weten, het Antwerpse OCMW het enige is dat de zopas geschetste procedure hanteert ten aanzien van wanbetalers. Het is wel zo dat andere OCMW-ziekenhuizen andere systemen hanteren. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de verzoeningsprocedure via de vrederechter of de rechtsvordering via een advocaat.

Op de vraag van de heer Van Vaerenbergh of een OCMW-ziekenhuis wel het recht heeft een dergelijke embargoregel in te stellen tegen wanbetalers, moet ik antwoorden dat die procedure een onderscheid maakt tussen mensen die niet kunnen en mensen die niet willen betalen. Het is in essentie een administratief middel dat werd ingevoerd om gebeurlijke misbruiken te kunnen inperken.

In het geval van onwillige betalers wordt de medische hulp herleid tot de verplichting die aan het OCMW wordt opgelegd door artikel 58 van de organieke wet op de OCMW's. Daarin staat duidelijk – en ik citeer : 'Het OCMW verleent hulp aan iedere persoon die zich op het grondgebied bevindt van de door hem bediende gemeente buiten de openbare weg of een openbare plaats en in geval van ongeval of ziekte onmiddellijke geneeskundige verzorging nodig heeft. Het OCMW zorgt er ook voor dat die persoon, indien nodig, naar de geschikte verplegingsinrichting wordt overgebracht en erin wordt opgenomen.'

Met andere woorden : de behandelende geneesheer kan autonoom en volgens zijn deontologie beslissen over de toe te dienen zorgen. Voor zover

Demeester-De Meyer

er geen inbreuk wordt gepleegd op die bepaling en de medische deontologie kan een OCMW een systeem invoeren om misbruiken tot een minimum te herleiden. Het OCMW kan dit dus inderdaad doen, maar dan wel na toetsing met de organieke wet op de OCMW's.

Krijgen mensen die helemaal geen verzekering hebben, die niet zijn aangesloten bij een ziekenfonds of die helemaal geen geld hebben dan geen medische verzorging? Ik moet nog eens benadrukken, na consultatie van de OCMW's, dat het systeem niet van toepassing is op degenen die reeds recht hebben op een bestaansminimum. Iemand die een bestaansminimum geniet wordt dus nooit geconfronteerd met de procedure van de wanbetaling. Ook wie dit nog niet geniet, moet in principe recht hebben op gezondheidszorg en onmiddellijk kunnen worden verzorgd zonder enig probleem. In het kader van de ziekteverzekering is trouwens in een regeling voorzien voor de aansluiting van niet-beschermde personen tot de verzekering voor geneeskundige verzorging. Die regeling werd zopas door de federale overheid aangepast in uitvoering van het armoederapport.

Kan er dan een wettelijke regeling worden uitgebouwd in verband met het aanrekenen van supplementen en extra kosten? Voor de financiering van de ziekenhuizen en het bepalen van de honoraria is de federale overheid bevoegd. Op uw bekommernis over het feit dat soms 300 tot 1.000 procent meer wordt aangerekend, kan ik antwoorden dat er momenteel een regeling bestaat voor het supplement voor het verblijf in een kamer met één of twee bedden, meer bepaald in artikel 90 van de ziekenhuiswet. Het maximumbedrag dat voor een verblijf in een kamer met twee bedden mag worden aangerekend, wordt vastgesteld door de Koning.

Daarnaast bestaat er ook nog een regeling, waarin wordt voorzien door artikel 139 van de ziekenhuiswet en het KB van 3 oktober 1991, tot bepaling van de nadere regelen inzake de mededeling aan de patiënten van de supplementen die ten opzichte van de verbintenistarieven worden aangerekend en van ieder ander supplement dat door de ziekenhuizen wordt opgelegd. Hierin staat dat men de te hospitaliseren patiënt – en hier kom ik tot een heel belangrijk punt – bij opname een document moet laten tekenen waarin hij of zij in kennis wordt gesteld van enerzijds de kamersupplementen die kunnen worden aangerekend, en anderzijds de

supplementen die door de geneesheren moeten worden aangerekend.

Het probleem is dat dit niet overal wordt toegepast, maar in voorbereiding op de uitvoeringsbesluiten van het kwaliteitsdecreet met betrekking tot de thema's, zijn we nu bezig met de uitwerking van de indicatoren van die thema's. Een van de elementen in het thema van de patiëntensatisfactie zal zijn in hoeverre men dit document volledig voorlegt en in hoeverre men uitleg verschaft. In sommige ziekenhuizen – en dat weet ik uit ervaring van mensen die het mij verteld hebben – vraagt men of men een kamer wenst voor één of twee personen. Meer vraagt men echter niet. Men zegt er niet bij dat men in een kamer voor één persoon een supplement kan moeten betalen. Dat is het probleem. In het kader van de patiëntensatisfactie zullen we dit laten nagaan. Het gaat niet over de vraag of men tevreden is of niet, men moet ook kunnen nagaan of dit document al dan niet werd voorgelegd, welke vragen werden gesteld en welke boodschappen werden meegedeeld.

De wetgeving is duidelijk, mijnheer Van Vaerenbergh, maar de praktijk is veel belangrijker. Daarom is de toepassing van ons kwaliteitsdecreet zo fundamenteel. We kunnen ermee een stap verder zetten dan alleen bepaalde erkenningsnormen toetsen.

De voorzitter : De heer Van Vaerenbergh heeft het woord.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Mevrouw de minister, ik wil u danken voor uw antwoord. De regelgeving is blijkbaar duidelijk.

Het enige wat me een beetje stoort, is een thema waar ik mee ben begonnen. De problemen worden deels veroorzaakt door het feit dat men de verantwoordelijkheden om geldgewin te maken op federaal vlak, doorschuift naar het lokale vlak. Ik heb voorbeelden aangehaald. De voorbije drie maanden heb ik de minister van Welzijn een vijftiental vragen gesteld. Het is schrijnend hoe het OCMW de jongste drie tot vier jaar overal moet optreden omdat er op het federale vlak andere beslissingen worden getroffen. Ik vind dat we meer oog moeten hebben voor het feit dat men systematisch een verdoken doorschuifoperatie doorvoert.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mijnheer de voorzitter, ik zit hier niet om het federale niveau te verdedigen, maar ik denk niet dat men dit van de gezondheidszorg op zich kan zeggen. De regels zijn immers duidelijk. De regels worden echter niet

Demeester-De Meyer

perfect toegepast, en als de controle op die regels niet mogelijk is, ontstaan er problemen. Iemand die steun krijgt van het OCMW krijgt volledig gratis gezondheidszorg. Daar doet zich geen probleem voor.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Daarmee ben ik het eens, mevrouw de minister, maar ik heb het over het feit dat iemand op een bepaald ogenblik steuntrekker wordt.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat is een ander probleem, namelijk dat van de hele armoede. Dit kwam uitvoerig in het debat aan bod.

Anderzijds moeten we vaststellen dat een groep van 5 procent van de bevolking onder de armoedegrens zit. Vlaanderen is het land met het laagste percentage ter wereld. We moeten ook durven zeggen wat goed is.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Inderdaad, maar daar ben ik mee begonnen.

De voorzitter : De heer Vandendriessche heeft het woord.

De heer Bart Vandendriessche : Mevrouw de minister, iedereen weet dat we één van de beste systemen hebben, maar we moeten dit vrijwaren en we moeten heftig reageren als we zouden evolueren naar een gezondheidszorg op twee sporen. We moeten de gezondheidszorg bewaren zoals ze is. Het is een geruststelling dat ze goed is en dat we op regelgevend vlak ook heel ver staan, maar de controle daarop is iets anders.

Ik vroeg me af waar iemand terecht kan die klachten heeft over zijn behandeling wat de financiële kant betreft. Wie lid is van een ziekenfonds, gaat uiteraard daarheen. Gelukkig zijn er niet veel mensen meer die geen lid zijn van een ziekenfonds, maar wat moeten zij doen ? Bestaat er iets gelijkaardig als een klachtentelefoon voor de rusthuizen ?

Mijn tweede vraag luidt of naar aanleiding van deze feiten er algemene richtlijnen zijn uitgevaardigd, of zullen worden uitgevaardigd ten aanzien van de OCMW's, opdat deze zaken zich in de toekomst niet meer zouden voordoen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Wat de algemene richtlijnen betreft, wil ik wachten tot het kwaliteitsdecreet in werking kan treden. Ik ben

immers geen voogdijminister van het OCMW. We komen beter tot een algemene richtlijn voor alle ziekenhuizen, en we moeten dit doen via het kwaliteitsdecreet.

Er wordt in een prille beginfase een onderzoek gevoerd of een zeer duidelijke klachtenprocedure kan worden opgezet. We willen geen nieuwe ombudsdienst creëren, maar we willen nagaan of we een heel duidelijke en goed georganiseerde klachtenprocedure op gang kunnen brengen. Zo kan men de klacht indienen bij de juiste dienst, bijvoorbeeld op het niveau van het ziekenhuis, en op de plaats waar die kan worden opgelost. Een van de voorgestelde thema's – maar ik was niet van plan dit op te nemen – is onder meer de behandeling van een klacht. Mijn ervaring in andere systemen heeft me geleerd dat, als men de klachten laat behandelen op het niveau van de zorg, men veel meer effect krijgt, dan wanneer men de klacht laat binnenkomen op een hoger niveau.

Ik heb zelf de rusthuisinfofoon opgezet. Die werkt zeer goed, maar het ware nog beter een systeem te hebben dat iets getrapter is. Ik bedoel de duidelijke bepaling van een procedure waarin een klacht op het niveau van de voorziening wordt behandeld, en pas als men daar geen voldoening krijgt, gaat men naar een hoger niveau. Als overheid moeten we onderzoeken op welke manier we een procedure moeten opzetten. Mijn ervaring met de rusthuisinfofoon heeft geleerd dat van zodra men een signaal geeft, men pieken krijgt.

Er zijn echter ook een aantal klachten waarbij men een systeem op gang moet brengen waar de voorziening zelf wordt verplicht in te gaan op de klacht. Ik herinner me bijvoorbeeld klachten omtrent voeding. Men moet eerst nagaan of men dit niet op het niveau van de voorziening kan oplossen. We zouden hetzelfde moeten doen bij de rusthuizen. Daarom moeten we zo spoedig mogelijk, voor het einde van het jaar, het systeem van het kwaliteitsdecreet beginnen implementeren. Dan moeten we nagaan of we nog verder moeten gaan. De belangrijkste stap situeert zich op het niveau van de voorziening zelf.

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mevrouw de minister, ik heb nog twee korte opmerkingen. U zegt dat alles wettelijk is geregeld en dat er geen probleem is voor bestaansminimumtrekkers. Maar mijns inziens hebben de negatieve ervaringen van sommige mensen toch ook een zeker afschrik-

Van Den Heuvel

kingseffect op toekomstige patiënten of cliënten. Sommige mensen gaan niet naar het ziekenhuis omdat ze niet genoeg geld hebben. Daar zouden we toch iets aan moeten doen. Het is immers onaanvaardbaar dat sommigen verstoken blijven van al dan niet dringende medische zorgen.

Mijn tweede opmerking gaat over de informatie-brochures van de OCMW-ziekenhuizen. Samen met enkele collega's uit het Antwerpse heb ik daaromtrent een klein onderzoek verricht. De resultaten ervan zijn bijzonder teleurstellend. Ik vind het heel belangrijk dat in die onthaalbrochures alle nodige informatie komt, bijvoorbeeld ook over de facturatie van één- en tweepersoonskamers. Mijn concrete vraag is of de manier waarop een ziekenhuis de patiënten vooraf informeert, onder meer door een infobrochure, eventueel kan worden opgenomen als kwaliteitsindicator.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Van Den Heuvel, in het voorgestelde thema concentreren we ons op onthaal en opname. Er werden al een aantal indicatoren vastgelegd. Wat u nu naar voren schuift, kan inderdaad ook als indicator worden opgenomen. Ik vind dit een zeer goede suggestie. Momenteel zijn we de indicatoren nog aan het verzamelen.

Uw andere vraag ging meer over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Die vind ook ik zeer belangrijk. Momenteel is de gezondheidszorg nog altijd veel toegankelijker voor diegenen die het niet al te moeilijk hebben. Dat probleem is ook al aan bod gekomen bij eerdere besprekingen. Mijns inziens kan dit enkel worden opgevangen door de uitbouw van de lokale gezondheidszorg veel sterker te maken. Vorige week heb ik nog een aantal modellen bestudeerd. Ik ben tot de conclusie gekomen dat het zeer belangrijk is dat de lokale gezondheidszorg zo sterk mogelijk wordt gemaakt. Alleen zo kunnen we de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg optimaliseren.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, zijn er gegevens over het profiel van de wanbetalers ? Ik weet dat er in bepaalde afdelin-

gen van een aantal OCMW-ziekenhuizen in het Antwerpse een serieuze consumptiemarkt is. Ik heb het dan specifiek over niet-dringende medische hulpverlening. Gaat het in dat verband over steuntrekkers, of ook over illegalen ? Hebt u daar een duidelijk beeld van ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Avontroodt, op die vraag kan ik niet antwoorden. Ik heb daar geen gegevens over.

Mevrouw Yolande Avontroodt : In bepaalde afdelingen, bijvoorbeeld in de tandheelkunde, is er een enorme overconsumptie. Er is dus een echte markt ontstaan.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik weet het echt niet.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de tuberculosebewaking in Vlaanderen

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Avontroodt tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de tuberculosebewaking in Vlaanderen.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, in een recent schrijven van de Internationale Unie tegen Tuberculose en Longaandoeningen wordt het belang van tuberculosebewaking uiteengezet. Als ik me niet vergis, hebt ook u een exemplaar van die brief ontvangen. Die internationale vereniging pleit voor het behoud van een doeltreffende structuur om tuberculose te bewaken en te bestrijden. Het aantal gevallen van tuberculose is wel gedaald, maar dat is net dankzij het opzetten van die doeltreffende structuren. In de brief kregen Vlaanderen en Wallonië daarom trouwens een eervolle vermelding.

Er zijn uiteraard een aantal nieuwe risicogroepen. Zo zijn er de immigranten uit landen met een hoge

Avontroodt

tuberculose-endemie. Voorts is er een hogere prevalentie bij HIV-positieven. Vervolgens zijn er de kansarmen of de marginalen. Ik meen me te herinneren dat er sprake is van een kansarmoede-index van 6 percent.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Voor België gaat het inderdaad om 6 percent, voor Wallonië om 8 percent en voor Vlaanderen om 5 percent.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De demografische evolutie toont duidelijk aan dat het aantal bejaarden stijgt. Ook zij vormen een groep met verhoogd risico op tuberculose. Ten slotte is er ook nog de groep van de intraveneuze druggebruikers.

Bovendien pleit de internationale organisatie voor een strikte bewaking om resistentie tegen medicatie te vermijden. Die resistentie wordt alleen veroorzaakt door onvoldoende behandeling. Net dat wil de VRGT met die structuren bestrijden. Ook op Europees niveau streeft men naar uniforme diagnosecriteria, naar een uniforme registratie en naar een gecoördineerde strijd.

De Wereldgezondheidsorganisatie pleit ervoor dat er in elk land competente organisaties blijven bestaan. In de Verenigde Staten was er een terugval van het aantal tuberculosegevallen. Men heeft de bewaking verminderd, waarna er een opstoot is gekomen. Men heeft dan de DOT-strategie – Directly Observed Therapy – opnieuw ingevoerd. Door die nauwlettende bewaking van de therapie is er opnieuw een daling merkbaar van het aantal tuberculosegevallen.

De Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding heeft uiteraard enerzijds als doelstelling de preventie, bewaking en registratie van tuberculose. Anderzijds spitsen ze zich ook toe op de niet-tuberculeuze respiratoire aandoeningen. In de toekomst zullen dergelijke organisaties naar mijn mening een meerwaarde kunnen ontlenen aan hun werk rond een aantal respiratoire aandoeningen, die bijvoorbeeld worden veroorzaakt door allergieën of milieufactoren. Daarover hebben we het in deze commissie reeds gehad. De organisaties vrezen het eventuele ontmantelen of afschaffen na 1998 van de VRGT, wat tot ernstige moeilijkheden zou kunnen leiden bij de preventie van tuberculose. De praktijkkennis die ze hebben verworven over niet-tuberculeuze respiratoire aandoeningen dreigt zo verloren te gaan. Ik zou derhalve van de minister willen weten

hoe ze een en ander zal kunnen verzoenen en in werking doen treden.

Die grote aandacht voor aandoeningen als astma en voor de chronische obstructieve respiratoire aandoeningen vindt men ook internationaal zeer duidelijk terug, in alle internationale wetenschappelijke publicaties. Men verwacht dat de sociale en economische gevolgen van deze zogenaamde nieuwe epidemieën zonder infectie aanzienlijk zullen zijn. Ook hier zijn relatief dringende maatregelen geboden om hoge prevalentiecijfers – in Australië bijvoorbeeld 30 percent en meer bij kinderen – te vermijden. De risicofactoren voor astma en chronische specifieke respiratoire aandoeningen zijn voldoende bekend. Toch is nog onvoldoende duidelijk hoe men bij die risicogroepen tot doelmatige preventie kan overgaan. Ik denk dat ook hier zich een van de aandachtspunten van de VRGT situeert.

Mevrouw de minister, zowel deze mensen als ik hebben heel wat vragen voor u. Vele vragen komen op hetzelfde neer : hoe zullen de opgebouwde expertise, de zekerheid die we nu hebben en de goede resultaten die er tot nu toe zijn, kunnen worden voortgezet ? Men heeft heel wat vragen bij het ontmantelen van een tuberculosebewakingsapparaat, dat centrale deskundigheid heeft opgebouwd en een lokale werking heeft op het terrein. Is dit ontmantelen wel verantwoord, gezien de goede resultaten ? Hoe zal de deskundigheid op het terrein bewaard blijven als de rechtstreekse band tussen de lokale werking en de centrale koepel wordt doorgeknipt ? Dat is een van de grootste bekommernissen. Er is een verschil tussen het begeleiden van patiënten met een besmettelijke ziekte en het motiveren van patiënten die hun levenswijze moeten aanpassen om gezond te blijven. Als die lokale organisatie wordt opgeslorpt door een LOGO, hoe zal dan haar specifieke werking kunnen worden voortgezet ? Met haar specifieke werking bedoel ik het rechtstreeks opzoeken van patiënten, waarbij ze daardoor heel dicht betrokken is. Mevrouw de minister, ik meende immers dat u tijdens een vorige commissievergadering hebt verklaard dat die verpleegsters net zo goed andere taken op zich kunnen nemen. Vandaar deze vraag.

De kansarme patiënten maken eveneens een van de risicogroepen uit. De vraag is of ook deze geen recht hebben op vroegtijdige detectie. Men weet dat kansarmen zich alleen in uiterste nood tot een medische dienst wenden. Door onderzoek ter plaatse, met de mobiele röntgeneenheden waarover men beschikt, kan men ook hen vroegtijdig

Avontroodt

behandelen. Zo zullen in hun omgeving minder besmettingen kunnen optreden. Het contactonderzoek over die tuberculosepatiënten is een probleem van volksgezondheid, waarvoor sinds jaren door de gezondheidsinspectie zelf een beroep wordt gedaan op de VRGT. Dankzij die goede lokale contacten met de verschillende instanties uit de verzorgingssector kan het contactonderzoek efficiënt gebeuren, terwijl bij de diagnose de behandelende arts uiteraard een belangrijke rol speelt.

Mevrouw de minister, voor dat grondig contactonderzoek is een zeer specifieke praktijkkennis vereist. Dat beaam ik volmondig. Het coördinerend orgaan in zijn huidige vorm is voor de behandelende geneesheer eigenlijk absoluut noodzakelijk om dergelijke zaken te kunnen verhelderen. Bij veel tuberculosegevallen moet men na ontdekking immers een heel breed- en diepgaand onderzoek verrichten om de bronnen op te sporen. Ik geloof niet dat de huisarts daar alleen toe in staat is. Hij heeft dat gespecialiseerd netwerk echt wel nodig. Zowel het werk-, het school-, het vrijetijds- als het familiaal milieu moet men onder de loep kunnen houden. En nog belangrijker : men moet ervoor zorgen dat de therapie niet wordt onderbroken, dat er voldoende wordt behandeld opdat er geen multiresistentie zou optreden. Dat laatste is immers nog veel gevaarlijker. Vandaar mijn vraag : kan de LOGO instaan voor tuberculosebewaking als deze niet als prioriteit wordt geselecteerd in het preventieprogramma ? Onder welke voorwaarden ziet u de continuïteit van die DOT-methode gewaarborgd ? Zal de LOGO ook op dat punt worden ingeschakeld, of zal de specifieke deskundigheid van die lokale groepen kunnen bewaard blijven ?

Ook over de asielzoekers wil ik een heel specifieke vraag stellen. Ik weet wel dat men dit probleem van zich kan afschuiven door erop te wijzen dat dit volksgezondheid betreft en dus federale materie is. Ik meen echter dat dit niet klopt. Het is eveneens een probleem van preventie. Bij asielzoekers is de tuberculose-incidentie dertig maal hoger dan bij Belgen. Deze mensen worden over het hele land verspreid. Hoe pakt men dit probleem aan of zal men het aanpakken ?

Een andere bekommernis betreft de registratiegegevens. Daar is men nu heel tevreden over : er bestaat een heel goede samenwerking met de universiteiten, de pneumologen en de behandelende

geneesheren. Men is tot registratiegegevens gekomen die zeer betrouwbaar zijn. Hoe betrouwbaar zullen ze echter nog zijn als de band tussen de centrale organisatie en de lokale afdelingen wordt verbroken ? Wie zal het register van de multiresistente gevallen bijhouden ? Nu wordt dit bijgehouden op het centrale niveau.

De voorzitter : De heer Vandendriessche heeft het woord.

De heer Bart Vandendriessche : Mijnheer de voorzitter, ik deel de bekommernis van mevrouw Avontroodt. Deze werd trouwens ook op de hoorzitting omtrent de LOGO uitvoerig naar voren gebracht door de mensen van de VRGT. We waren toch even geschrokken bij het horen van termen als implosie en ontmanteling. Er is ongetwijfeld niemand die betwist dat er een bijzondere kennis en knowhow zijn vereist, in het bijzonder met betrekking tot kansarmen, illegalen en gevangenen. Het gaat immers om een zeer specifieke methodiek. Momenteel zijn in Vlaanderen 32 verpleegkundigen werkzaam. Ik heb echter vernomen dat 20 van deze mensen hun opzeg hebben gekregen in januari. Dit heeft bij deze groep ongetwijfeld commotie en onzekerheid teweeggebracht. Bij een aantal onder hen heeft dit zelfs een verloop van knowhow teweeggebracht. Ik vraag me dan ook af of er onderhandelingen worden gevoerd en of er nog perspectieven zijn voor deze mensen. Het zou bijzonder jammer zijn indien we op korte termijn al deze kennis en deskundigheid verliezen.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mijnheer de voorzitter, collega's, ik wil hier kort en duidelijk op antwoorden. Het tuberculosebewakingsapparaat wordt niet ontmanteld. Het besluit van de Vlaamse regering van 19 december 1997 tot wijziging van het besluit van 31 juni 1991 inzake de gezondheids promotie bepaalt trouwens duidelijk dat de opdracht van de VRGT blijft bestaan zolang de deskundigheid niet wordt gecontinueerd via de LOGO's of via de Gezondheidsinspectie. Het tuberculosebewakingsapparaat heeft bij ons goed gefunctioneerd en zal in de toekomst zonder enig probleem goed blijven functioneren. We zullen het dus zeker niet ontmantelen.

De profylaxe tegen tuberculose is trouwens een wettelijke opdracht van de administratie. De tuberculosebewaking zal in de toekomst centraal worden georganiseerd, vanuit de administratie, zoals

Demeester-De Meyer

mevrouw Uydebrouck in de commissie heeft gezegd. Ze heeft verwezen naar het Nederlandse model. Daarbij stelde ze alleen de vraag of er eventueel nog een kleine centrale kern moet bestaan of dat de centrale kern in de administratie moet worden opgenomen. We zullen die vraag onderzoeken. Door het inschakelen van de centrale organisatie van de VRGT in de administratie gaat er geen enkele deskundigheid verloren terwijl de samenwerking op het terrein gemakkelijk verder kan worden uitgebouwd. Ik heb ondertussen reeds een aantal positieve gesprekken gevoerd met mensen die daar zijn tewerkgesteld. Ze hebben zelf aangeboden om mee te werken aan het onderzoek met het oog op de start van de LOGO's.

De deskundigheid op het terrein moet uiteraard gewaarborgd blijven door diegenen die daarvoor specifiek zijn opgeleid en door de verpleegkundigen. Binnenkort hebben we een gesprek met alle mensen die daar werkzaam zijn zodat we kunnen nagaan hoe kan worden vermeden dat er een eventueel verloop zou plaatsvinden en dat mensen die zich onzeker voelen, elders werk gaan zoeken waardoor de verzamelde knowhow verloren zou gaan. We willen de huidige doelstellingen en strategieën van de Wereldgezondheidsorganisatie uiteraard verder invullen. De opsporing bij risicogroepen moet verlopen zoals dit in het verleden is gebeurd. We zullen ons hier zeker niet aan onttrekken.

Een artikel in de convenants betreft de organisatie waarbij op lokaal vlak zal worden geregistreerd, met sturing en kwaliteitsbewaking vanuit de centrale overheid. Dit zal eveneens het geval zijn voor de registratie van tuberculose. Dit jaar is eigenlijk het jaar van de overgang. We zullen dan ook nagaan op welke manier dit verder kan worden uitgebouwd.

Uit de gesprekken die ik met de verpleegkundigen heb gevoerd, blijkt ook dat een intense begeleiding nodig is voor een aantal specifieke doelgroepen van patiënten. Zo is het voor een verpleegkundige uit Sint-Niklaas bijvoorbeeld niet efficiënt als hij een patiënt moet verzorgen in Ronse, Oudenaarde of Nazareth. We moeten ervoor zorgen dat de organisatie van de begeleiding op de meest efficiënte manier en in overleg met de verpleegkundigen gebeurt.

Wat de preventie van andere respiratoire aandoeningen betreft, ben ik van mening dat dit geen specifieke structuur vergt, zoals die van de VRGT. De

voornaamste opdracht van de VRGT is de profylaxe van besmettelijke ziekten via bronopsporing en het toezicht op de behandelingstrouw. We zullen de juiste kanalen moeten zoeken om dit te kunnen blijven doen. Tuberculose komt momenteel meer voor bij migranten dan bij de eigen bevolking. De opvolging van de behandelingstrouw is daar veel noodzakelijker dan bij andere groepen.

De behandeling van astma, allergieën en chronisch obstructief respiratoire aandoeningen situeert zich enerzijds in het toezicht op de relatie tussen mens en milieu en anderzijds in het treffen van individuele hygiënische maatregelen. Deze taak kan het best worden uitgevoerd binnen de relatie tussen arts en patiënt. De vraag is natuurlijk hoeveel huisartsen daar heel actief aan zullen meewerken. Het huidige instrument wordt aangepast aan de nieuwe situatie. Dit wil echter nog niet zeggen dat we de strijd tegen tuberculose verhinderen, wel integendeel. Momenteel zijn we bezig met onderhandelingen. Er is te weinig communicatie geweest, waarvoor ik mijn verantwoordelijkheid wil opnemen. Die communicatie is nu zeer intens en ik ben dan ook van mening dat we al onze doelstellingen kunnen bereiken.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Dit is een antwoord op één aspect, met name de doelstelling van de tuberculosepreventie en -bewaking in Vlaanderen. Behoudt u de VRGT als bevoorrechte partner voor het aspect van de coördinatie en de knowhow, die is opgebouwd binnen de coördinatiecommissie en de centrale koepel en het andere aspect van de VRGT, namelijk de respiratoire gezondheidszorg ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : De voorzitter, de heer Vermeiren, heeft te kennen gegeven dat we ervoor moeten zorgen dat de longspecialisten zeer actief betrokken blijven. We moeten alleen de nodige tijd krijgen om uitvoerig met hen te onderhandelen. Dit probleem moet trouwens niet door het parlement worden opgelost, maar wel door de daartoe geëigende groepen. U hebt echter wel de taak en de plicht erover te waken dat we het goed doen.

Met redenen omklede motie

De voorzitter : Door mevrouw Avontroodt werd tot besluit van deze interpellatie een met redenen omklede motie aangekondigd. Ze moet uiterlijk 24 uur na de sluiting van de vergadering zijn ingediend.

Voorzitter

Het parlement zal zich daarover tijdens een volgende plenaire vergadering uitspreken.

Het incident is gesloten.

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de bijkomende RVT-erkenning voor de rusthuizen

Mondelinge vraag van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de verdere toekenning van RVT-bedden

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Avontroodt tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de bijkomende RVT-erkenning voor de rusthuizen met daaraan toegevoegd de mondelinge vraag van mevrouw Van Cleuvenbergen tot minister Demeester, over de verdere toekenning van RVT-bedden.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, mijn interpellatieverzoek betreft de bijkomende RVT-erkenning voor rusthuizen. De Vlaamse regering heeft inspanningen geleverd om via het federaal protocolakkoord, dat tot een engagement heeft geleid, tot een gelijkwaardige financiering van alle zwaar zorgbehoevende bejaarden te komen. Zowel de heer Vandendriessche als de heer Van Vaerenbergh en anderen hebben hun bezorgdheid daarover al vaak geuit. Die inspanningen hebben behoorlijke resultaten opgeleverd.

Ik neem aan dat de zorgfinanciering wordt opgetrokken, zodat 86 percent van de zwaar zorgbehoevende bejaarden de daarbijbehorende financiering kunnen krijgen. Dit is een aanzienlijke verbetering. Er blijven daaromtrent echter nog een aantal knelpunten bestaan.

Voor de verdeling van de bijkomende bedden wordt het aantal tachtigplussers per arrondissement als norm gehanteerd. Sommige regio's of arrondissementen komen daardoor niet aan het

quorum van 86 percent. Dat zou bijvoorbeeld het geval zijn voor de regio Roeselare-Tielt, waar men maar aan 50 percent zou komen.

Mijn interpellatieverzoek heeft betrekking op de brief van uw administratie van 9 januari 1998 aan de rusthuizen die wel in aanmerking komen voor een bijkomende RVT-erkenning.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Die brief werd intussen ingetrokken en ik heb een nieuwe geschreven. Dit is gebeurd op 3 februari, toen uw interpellatie al was ingediend. Als u zaken uit die brief wilt aanhalen, dan moet u daarmee rekening houden.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Misschien is het nuttig dat u aan het parlement mededeelt welke informatie uit die brief u hebt ingetrokken. Men vreesde dat er een aantal bijkomende normen zouden worden opgelegd voor de aanvullende RVT-erkenning. Een aantal van die bijkomende normen zou ik even willen aanhalen.

Zo wordt vermeld dat de coördinerende geneesheer ook de taak heeft om een geneesmiddelenformularium op te stellen en daar toezicht op uit te oefenen. Hij zou dus een vorm van coördinatie moeten waarmaken tussen de verschillende geneesheren in een rusthuis. U weet dat de vrije keuze van een arts een van de meest gevoelige en cruciale punten blijft bij de opname in een rusthuis of RVT. Die vrijheid moet absoluut gewaarborgd blijven. Daarom was er een grote ongerustheid bij die ziekenhuizen toen ze werden geconfronteerd met de aanstelling van een coördinerend geneesheer.

Daarnaast was er ook sprake van een verpleegkundige permanentie van 24 uur. Ook die is niet terug te vinden in de federale normen. Ik zou daarnaast nog een aantal bijkomende normen kunnen opnoemen. De belangrijkste zijn specifieke deskundigheid omtrent dementerenden en specifieke bepalingen over palliatieve zorgen. Verder zijn er technische bepalingen, zoals de aanwezigheid van liften, zetels, bedpannen, enzovoort. Dat zijn normen die niet zijn terug te vinden in de federale erkenningsnormen.

Daarnaast hebben een aantal normen betrekking op de kwaliteit. Daarmee komen we terug op het kwaliteitsdecreet, dat hier in het parlement uitvoerig werd besproken. Er werd bepaald dat de rusthuizen met RVT-erkenning onder de toepassing van het kwaliteitsdecreet zouden vallen van de minister die verantwoordelijk is voor de bijstand

Avontroodt

aan personen en niet van de minister van Volksgezondheid.

Om de rechtszekerheid van die rusthuizen niet in het gedrang te brengen, is het belangrijk dat er geen bijkomende normen worden opgelegd op basis van de toekenning van die bijkomende RVT-bedden. Dat zou namelijk een minder gunstig effect hebben. Vermits u zegt dat de brief werd ingetrokken en dat er een andere is, zal dat wellicht uit uw antwoord blijken.

In die kwaliteitsnormen werd ook de opnameprocedure en een kwaliteitshandboek vermeld. Dat behoort duidelijk evenmin tot uw bevoegdheid. Daarom herhaal ik de volgende vragen. Hebt u overleg gepleegd met de minister bevoegd voor bijstand aan personen, over de eisen die betrekking hebben op de kwaliteitszorg? In welke mate garandeert u de rechtszekerheid voor de rusthuizen die een bijkomende RVT-erkenning aanvragen? Welke normen zullen worden gehanteerd voor zo een bijkomende erkenning? Op welk besluit berust de toewijzing van de bijkomende RVT-bedden in de rusthuizen?

De voorzitter : Mevrouw Van Cleuvenbergen heeft het woord.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Mijn vraag sluit hier enigszins bij aan. Eind december werd aan de rusthuizen die in de praktijk al zwaar zorgbehoevenden opvangen, meegedeeld dat er de volgende jaren bijkomende RVT-bedden zouden komen in Vlaanderen. Ik veronderstel dat niet al deze rustoorden op dit aanbod zullen kunnen ingaan en dat er een pool zal overblijven.

De meeste rustoorden waren erg tevreden. Dat komt misschien omdat wij in Limburg een belangrijke inhaaloperatie hebben gekend. Men voelde zich erkend voor een beleid dat al jarenlang met eigen middelen werd gefinancierd. Dat beleid was afgestemd op de demografische versnelling, die in Limburg voor de volgende vijf jaar veel hoger ligt dan in alle andere provincies. Als de termijn op tien jaar wordt gebracht, ligt ze zelfs nog veel hoger.

Mijn vraag gaat echter over die pool van niet-invalbare RVT-bedden. In alle provincies is een aantal rustoorden nog niet lang genoeg opgestart om al een beroep te kunnen doen op deze bijkomende RVT-erkenning. Deze rustoorden dreigen twee keer te worden gestraft. Als ze begin 1996 zijn

gestart en in de loop van 1996 een volledige bezetting bereikten, is dat waarschijnlijk vlugger verlopen dan de planning van het Riziv-forfait toeliet. Hun bezetting overstijgt de Riziv-subsidiëring. Verder vallen ze als rustoorden bij de RVT-verdeling ook uit de boot. Dat is tragisch.

Sommige instellingen zijn twee jaar aan het werk. Ze richten zich op deze doelgroep en hebben daar het geschikte personeel voor aangeworven. Zij halen 55 percent B- en C-forfaits, ondanks de recente aanpassing.

In de eerste plaats, mevrouw de minister, om hoeveel nog niet-toegekende RVT-bedden gaat het? Volgens welke verdeelsleutel zullen de erkenningen gebeuren? Wanneer zal de bijkomende verdeling plaatsvinden? Dat kan van belang zijn omdat men, afhankelijk van zijn keuze, misschien personeel moet laten afvloeien. Hoeveel bijkomende jobs kunnen de toegekende RVT-bedden opleveren wanneer de uitvoering van de erkenning op kruissnelheid is?

De voorzitter : Mevrouw Becq heeft het woord.

Mevrouw Sonja Becq : Mevrouw Van Cleuvenbergen heeft mijn eerste vraag al gesteld: wat is het effect op de tewerkstelling? Twee, hebt u zicht op de impact op de kosten voor de bewoners? Zullen ze meer of minder moeten betalen? Welke houding kunnen de rusthuizen daarin aannemen?

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik zal eerst meedelen op welk besluit de toewijzing van de bijkomende RVT-bedden is gebaseerd. Op geen enkel besluit, want er bestaat geen. Ik had arbitrair kunnen optreden zoals men in het verleden deed. Twintig jaar lang kreeg de snelste instelling de meeste toegevingen en kansen. Dat wou ik niet voortzetten.

De nieuwe RVT-bedden en de bestaande geprogrammeerde en erkende RVT-bedden werden samengevoegd tot één pool. Via een simulatie werd de pool herverdeeld over de verschillende arrondissementen in het Vlaams Gewest. Dat gebeurde op basis van het gewogen aandeel van de leeftijdscategorie 80+. Dat is in dit verband de meest voorkomende categorie. Daarbij werd een weging van die leeftijdscategorie volgens een bevolkingsprognose voor het jaar 2003 uitgevoerd, per arrondissement en in functie van het gebruikersrisico inzake RVT-voorzieningen. We maakten een prognose tot

Demeester-De Meyer

2003 omdat de toewijzingen gedurende de eerstkomende vijf jaar gebeuren. We hebben ook een simulatie gemaakt over 1998, maar dat was niet logisch.

Door van dit theoretisch berekend aantal RVT-bedden het reeds bestaande aanbod aan geprogrammeerde en erkende RVT-bedden per arrondissement af te trekken, bekwam men het aantal nieuwe RVT-bedden dat per arrondissement kon worden verdeeld. De verdeling van de nieuwe RVT-bedden over de erkende rusthuizen in één arrondissement, gebeurde op basis van de gemiddelde bezettingscijfers van voorzieningen in de Riziv-zorgafhankelijkheidscategorieën B en C, zowel in ROB als in RVT-bedden. Om een kwalitatieve RVT-werking te kunnen uitbouwen, werd in de eerste fase van de verdeling een minimum aantal RVT-bedden gegarandeerd aan de rusthuizen die een drempelwaarde bereikten inzake bezetting. Aan rusthuizen met een gemiddelde bezetting van minstens 25 B- en C-gerechtigden werden minstens 25 RVT-bedden toegekend. We vonden dat het meest logische. We vertrokken van de meest penibele situatie.

Rusthuizen met een gemiddelde bezetting tussen 20 en 25 B- en C-gerechtigden kregen minimum 20 RVT-bedden toegewezen. In een volgende stap werden de overblijvende RVT-bedden op basis van de gemiddelde bezetting over de rusthuizen verdeeld, uitgaande van het principe dat de rusthuizen op dat vlak verhoudingsgewijs moeten worden gelijkgeschakeld. Het gaat dus om het aantal RVT-bedden per gemiddelde B- en C-gerechtigden, zowel in ROB als RVT. Dat heeft tot gevolg dat Limburg inderdaad aan een maximale bezetting komt, omdat de prognose tot 2003 loopt en omdat die regio met een achterstand te kampen had. In andere regio's, waar men ooit op arbitraire manier extra toekenningen heeft gedaan, krijgt men natuurlijk een andere situatie. In Roeselare-Tielt en in Diksmuide bijvoorbeeld beschikt men respectievelijk over 59 percent en 47 percent. Dat komt doordat deze rusthuizen mensen opvangen van over de taalgrens of uit Frankrijk. Als men daar de maximale bezetting niet bereikt, is dat geen onregelmatigheid. Ik kon omwille van deze uitzonderingen niet arbitrair beginnen schuiven met de bedden. Ofwel moest ik arbitrair optreden, ofwel werkte ik met een model.

En dat model is het meest rechtvaardige dat we hebben kunnen uitwerken. Toegegeven, aan elk model zal wel een kantje zitten dat niet helemaal

strookt met de situatie op het veld. Ik denk echter niet dat we het op een andere manier hadden kunnen aanpakken. Het moet me trouwens van het hart dat ik toen, precies omwille van die objectiviteit, heel wat felicitaties heb gekregen, een eer die me nog maar zelden te beurt is gevallen. Uiteraard zijn er vandaag nog een aantal beroepsprocedures, maar dat heeft er enkel mee te maken dat rusthuizen oordelen dat ze nog meer bedden nodig hebben. Men kan die evenwel niet toekennen aan de hand van de gebruikte criteria. Dat is logisch.

Op de concrete vraag van mevrouw Van Cleuvenbergen kan ik antwoorden dat er op dit ogenblik nog 491 RVT-bedden in de pool zitten. Er waren er 14.116, maar nu blijven er nog 491 over. De verwachting is dat de meeste rusthuizen de nodige inspanningen zullen leveren om aan de erkenningsvoorwaarden te beantwoorden en dat ze in staat zullen zijn om de toegewezen RVT-bedden in gebruik te nemen op de vastgesteld data. We hebben hun gevraagd voor welke eventuele bijkomende tewerkstelling dit zal zorgen en welke invloed dit eventueel kan hebben op de gevraagde prijzen. Al die gegevens zijn ondertussen binnengekomen en tot op heden hebben slechts twee rusthuizen formeel de hun toegekende RVT-bedden geweigerd. Momenteel zijn ook een zeventigtal bezwaren in behandeling van rusthuizen die verzet hebben aangetekend tegen de niet-toewijzing van RVT-bedden of tegen het aantal wel toegewezen RVT-bedden.

Op uw vraag volgens welke verdeelsleutel het saldo zal worden verdeeld, kan ik antwoorden dat we het saldo en wat daaraan wordt toegevoegd door eventuele niet-opname, zo objectief mogelijk opnieuw zullen toewijzen. Die criteria zijn momenteel nog niet definitief vastgelegd en een en ander zal ook afhangen van de bezwaarschriften die zullen binnenkomen. De bijkomende verdeling kan slechts gebeuren na behandeling van de klachtenprocedures. In principe moeten deze bedden in het najaar kunnen worden toegewezen. Des te beter indien dit vroeger kan, maar u moet begrijpen dat voor de behandeling van klachtenprocedures reeds drie maanden nodig zijn. De herfst lijkt me dan ook een goede timing.

Op de vraag over de bijkomende tewerkstelling denk ik te kunnen antwoorden dat die in theorie zal neerkomen op rond de 1.700 à 1.800 voltijdse equivalenten verzorgend, verplegend en paramedisch personeel. In de praktijk zal dit aantal wel wat lager liggen omdat heel wat rusthuizen in het verleden al ernstige tewerkstellingsinspanningen hebben geleverd. We hebben ook gepleit voor een

Demeester-De Meyer

beter beheer en een betere beheersing van de prijzen opzichte van de gebruikers.

Mevrouw Avontroodt stelde een vraag over de eisen op het vlak van kwaliteitszorg en bijstand aan personen. Nog steeds is het kwaliteitsdecreet in de verzorgingsinstellingen enkel van toepassing op de zuivere ziekenhuis-RVT's. Wat die omzendbrief betreft, is het inderdaad zo dat de administratie in haar vele vragen misschien wat voortvarend is geweest. Ik denk echter dat het vooral om aanbevelingen ging en niet om eisen. Ik kan u ook zeggen dat de vrije keuze van de huisarts strikt gewaarborgd moet blijven. In de omzendbrief staat letterlijk, ik citeer : 'Bij ontstentenis van een eigen behandelende arts moet de verzorgingsbehoefende een beroep kunnen doen op een door de inrichtende macht aangewezen geneesheer. De vrije keuze van de huisarts moet evenwel strikt gewaarborgd blijven.' Einde citaat. Daarmee is deze vraag beantwoord.

Het tweede deel van die concrete vraag handelde over de verpleegkundige permanentie van 24 uur op 24. Ik kan u als antwoord het volgende voorlezen : 'Zowel overdag als tijdens de nacht dient het toezicht op de verzorgingsbehoefende permanent te worden verzekerd. Een RVT-populatie wordt gekenmerkt door een vrij grote zorgafhankelijkheid en door een toenemende complexiteit van zorgen, inclusief verpleegtechnische handelingen die, in toepassing van de wet op de uitoefening van de verpleegkunde, voorbehouden zijn aan de beoefenaars van de verpleegkunde.' Einde citaat. Daarom wordt ten minste op het niveau van de instelling een verpleegkundige permanentie van 24 uur op 24 wenselijk geacht. De algemene verpleegkundige activiteiten en de verpleegtechnische prestaties dienen steeds, dus ook 's nachts, verricht te worden door verpleegkundigen. Dat staat ook in de wet op de verpleegkunde. Is de permanentie onmogelijk, dan moet een verpleegkundige kunnen worden opgeroepen. Dat is de juiste benadering en onze plicht. Het staat heel expliciet in de huidige reglementering.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, u hebt niet op alle vragen geantwoord : bijvoorbeeld niet op die naar de implicaties voor de rusthuisbewoners zelf. In een van uw publicaties stelt u dat er door deze maatregel voor de instelling meer geld vrijkomt om bijkomend personeel

aan te werven en dat de dagprijs voor de rusthuisbewoner zal kunnen worden verlaagd. Ik denk dat dit een beetje voorbarig is.

Ik heb nog een aanvullende opmerking. De rusthuizen hebben zelf ook al wel wat rekenwerk verricht. Ze komen tot de vaststelling dat dit alles veel geld zal kosten, en zeker om bedrijfseconomische redenen zou er een minimum van tien RVT-bedden nodig zijn om die vaste meerkosten te kunnen dragen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het minimum aantal bedraagt twintig, mevrouw Avontroodt.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ja, maar ik bedoel extra bedden. Als een aantal rusthuizen er maar vier of zes zouden bijkrijgen, zou dit hun juist meer geld kosten.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ten eerste is het een plan van vijf jaar. Ze krijgen iets bij op basis van wat ze hebben, maar ik zie dat er gemiddeld vier tot vijf bedden per jaar bijkomen. Men heeft een minimum van twintig.

Ten tweede staat op het einde van de brief – en dat is meteen een meer concreet antwoord op de vraag van mevrouw Becq – het volgende : 'Met het oog op de uitvoering van deze vergunning verzoeken we u om vóór 31 januari 1998 te willen aangeven welke gevolgen de toekenning van deze RVT-bedden zal hebben op de personeelsomkadering in uw rusthuis en of er een vermindering van de dagprijs die wordt aangerekend aan de rusthuisbewoners, wordt doorgevoerd. Gelieve daarom mede te delen wat uw huidige personeelsomkadering is, in voltijds equivalenten per functie, en hoe hoog de aangerekende dagprijs is. Beide gegevens moeten de situatie weergeven op 31 december 1997. In tweede instantie dient te worden aangegeven hoe de personeelsomkadering, eveneens in voltijds equivalenten per functie, en de dagprijs zullen evolueren vanaf 1 januari 1998. De opname in de programmering kan enkel ingaan na en in functie van het antwoord dat uw instelling voor 31 januari 1998 aan de administratie verstrekt met de bovenvermelde vragen.'

We zijn deze gegevens inmiddels aan het analyseren. Ze blijken volledig in overeenstemming met wat u hebt voorgelezen. Het gaat uiteindelijk over 5 miljard frank aan middelen die worden ter beschikking gesteld door de federale overheid. Als er effectief meer middelen komen, dan moet er toch iets veranderen in de instelling. Het kan toch

Demeester-De Meyer

niet dat er zoveel extra middelen komen zonder dat er personeel bijkomt en de dagprijs zakt.

Sommige voorzieningen zeggen ook uitdrukkelijk dat ze al vele jaren heel moeizaam hebben moeten functioneren, en dat ze het nu wat gemakkelijker willen hebben. Daarom hebben we zeer wel overwogen – en ik heb dit zelf herschreven – om op een bepaald ogenblik te laten zeggen hoeveel bedden ze hebben op 1 december, en hoeveel ze er zullen hebben vanaf 1 januari, en hoe dit zal evolueren. Sommigen wilden dat er hoe dan ook een duidelijk verschil zou zijn tussen 1 december en 1 januari, op het ogenblik dat er bijkwamen. Met al deze zorgen is rekening gehouden.

We staan voor drie belangrijke uitdagingen. Ten eerste is er de zorg van de ouderen zelf, die door deze toekenning moet verbeteren. Voor hen is het ook belangrijk dat de prijs door deze maatregel kan worden beheerst. Ik heb het nog niet over verlagen, maar wel over het niet-verhogen tijdens de eerstkomende periode. Ten tweede hebben we de zorg om de tewerkstelling, in functie van de mensen die worden verzorgd. Ten derde hebben we ook de zorg om de voorzieningen zelf, die goed moeten functioneren. In deze paragraaf zijn de drie zorgen ingecalculeerd. De analyse van de gegevens die binnenkomen, zal ons leren in welke mate daaraan wordt tegemoetgekomen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Als ik het goed begrijp, mevrouw de minister, wordt dat een voorwaarde.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het staat er ook in, mevrouw Avontroodt. Het is toch logisch dat men die drie zorgen bekijkt.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Worden dat dan de aanvullende voorwaarden om de bijkomende RVT-bedden te krijgen ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het zijn elementen van de analyse. De brief was daarin zeer duidelijk. Vindt iemand onder u misschien dat we zomaar RVT-bedden en middelen moeten toekennen zonder dat we daaraan de voorwaarde verbinden dat de zorg om de ouderen, om de tewerkgestelden en om de werkgever zelf verbetert ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : Neen, maar de maatregel moet wel duidelijk zijn en rechtszekerheid geven.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Maar mevrouw Avontroodt, is de tekst duidelijk of niet ? Ik heb ze u voorgelezen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Dat is een nieuwe brief.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Neen mevrouw Avontroodt, dat is helemaal geen nieuwe brief. Dat is de brief aan de voorzitter van het OCMW of aan de directeur, waarin staat hoeveel men krijgt op 1 januari. De laatste paragraaf heb ik zopas aan u voorgelezen. Die dateert van 23 december.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Hoe zit het dan met de brief die u hebt ingetrokken ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat was een omzendbrief van de administratie ter begeleiding. Deze is vervangen door een nieuwe brief.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Die nieuwe brief krijgen we nu ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Die brief is op 3 februari aan de voorzieningen toegezonden.

De voorzitter : Mevrouw de minister, ik stel voor dat alle leden van de commissie een kopie van die brief krijgen.

Mevrouw Van Cleuvenbergen heeft het woord.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Mevrouw de minister, u hebt het al gehad over het extra personeel of de prijsverlaging. Om dat helemaal te begrijpen moet men er rekening mee houden dat heel wat instellingen al jarenlang meer hebben geïnvesteerd. Het is uiteraard overbodig om die nog eens extra personeel te doen aannemen. Het geld moet dan inderdaad zichtbaar voor de bejaarden worden gebruikt. Dit is al in voldoende mate verduidelijkt.

Ik heb ook nog een bedenking in verband met de coördinerende arts. Ik ben voor vrijheid in de keuze van arts. Toch moet ik vaststellen dat een coördinerende arts duidelijk een positief effect heeft. Ik verwijs naar het RVT De Wingerd in Leuven. Daar heeft men een aantal coördinerende artsen aangetrokken, met het akkoord van de familie en van de ouderen. Onmiddellijk kwam er een enorme daling van het medicamentegebruik. Bovendien zijn de verpleegkundigen veel beter in staat om op neveneffecten te letten. In de bestaande voorzieningen is dat momenteel een probleem.

Van Cleuvenbergen

Ik wil deze hele discussie nu niet te berde brengen, maar wil wel beklemtonen dat het positief zou zijn als er voor dergelijke instellingen naar meer eenvormigheid wordt gestreefd.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Van Cleuvenbergen, dat evenwicht heb ik proberen te bereiken. We moeten echter rekening houden met drie partijen. Ook in de commissie merkt u dat er zekere nuanceverschillen bestaan tussen verschillende hoeken. Heel wat RVT's hebben al inspanningen geleverd om hun mensen zo goed mogelijk op te vangen. Anders had ik hun als het ware moeten vragen om aan te tonen dat hun dagprijs daalt of hun personeel stijgt. We hebben wel degelijk rekening gehouden met al die elementen. Men moet kunnen aantonen dat men een goede evolutie heeft, zodat ten behoeve van de ouderen de zorg beter is. Ik deel volledig uw mening dat het medicamentengebruik in deze voorzieningen dankzij een coördinerende arts kan dalen. U hebt verwezen naar een experiment in het RVT De Wingerd. Er zijn ook nog andere experimenten, die alle een zeer goed resultaat opleveren.

De voorzitter : Mevrouw de minister, vanuit mijn ervaring van de behandeling van mensen in rusthuizen wil ik de volgende opmerking maken. Een coördinerende geneesheer zal er uiteraard voor zorgen dat het geneesmiddelenverbruik daalt. Ik ben er echter van overtuigd dat, als we voortgaan op de weg van de 'managed care', de mensen in de rusthuizen in de toekomst alleen nog recht zullen hebben op een minimale verzorging, en dat enkel en alleen om financiële redenen. Ik heb het dan vooral over het farmaceutische aspect.

De heer Bart Vandendriessche : Mijnheer de voorzitter, in verband met de coördinerende geneesheer is dat al jaren verplicht in RVT's. Heel wat gewone ROB's passen dit systeem toe. Dit is zo gegroeid. Er zijn rusthuizen waar honderd bedden zijn, en waar niet minder dan veertig geneesheren komen. Men mag niet aan 'shopping' doen, want dan wordt men tegen elkaar uitgespeeld. Een coördinerende geneesheer is dan echt wel nodig. Ik ken voorbeelden waar dat systeem bijzonder goed werkt.

Ik heb nog een korte opmerking over het formulier. In het rusthuis in mijn gemeente bestaat dat al tien jaar. Het is trouwens het stokpaardje van onze OCMW-voorzitter. Het wordt begeleid door Pharmaca. Dit werkt al tien jaar zeer goed.

Mevrouw de minister, de OCMW's hebben eind december de brief in kwestie gekregen. Ik heb van verschillende OCMW's de opmerking gekregen dat die procedure zeer ingewikkeld is, zodat het bijna onmogelijk is om alles tegen eind januari in orde te brengen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat is aangepast.

De heer Bart Vandendriessche : Inderdaad, maar ik wil gewoon signaleren dat het toch wel een probleem was.

Ten slotte wil ik nog een korte vraag stellen. U zegt dat zeventig rusthuizen een bezwaar hebben ingediend. Is het mogelijk dat diegene die een bezwaar hebben ingediend, eventueel nog minder RVT-bedden krijgen ? Dat was immers de vrees van een aantal rusthuizen : als ze een bezwaar indienden, kregen ze misschien nog minder.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mijnheer Vandendriessche, op die laatste vraag kan ik uiteraard pas antwoorden als we de analyse van de bezwaarschriften hebben gemaakt.

Met redenen omklede motie

De voorzitter : Door mevrouw Avontroodt werd tot besluit van deze interpellatie een met redenen omklede motie aangekondigd. Ze moet uiterlijk 24 uur na de sluiting van de vergadering zijn ingediend.

Het parlement zal zich daarover tijdens een volgende plenaire vergadering uitspreken.

Het incident is gesloten.

[...]

– *De vergadering wordt gesloten om 16.15 uur.*
