



Vlaams
Parlement

vergadering **C112 – WEL9**
zittingsjaar 2013-2014

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 28 januari 2014

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de handtekening van de zorgvrager op het elektronische formulier - 807 (2013-2014)	3
Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opmars van postnatale depressies - 626 (2013-2014)	7
Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de terugbetaling van incontinentiemateriaal door het VAPH - 822 (2013-2014)	
Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vermindering van de tegemoetkomingen voor incontinentiemateriaal door het VAPH - 823 (2013-2014)	11

■

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de handtekening van de zorgvrager op het elektronische formulier - 807 (2013-2014)

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Voorzitter, geachte leden, minister, op het eerste gezicht lijkt dit een detailvraag, maar ik heb deze vraag om uitleg toch ingediend omdat ik vind dat dit enigszins symptomatisch wordt voor het beleid dat wordt gevoerd door uw departement of departementen. Er wordt zwaar ingezet op informatisering, maar ik heb de indruk dat er vooral wordt ingezet op het informatiseren van de frontoffice, niet van de backoffice.

Hoe langer hoe meer wordt aan zorgvragers gevraagd om zaken elektronisch in te brengen. Vorige week heeft mevrouw De Vits nog vragen gesteld over het elektronisch ingeven van de inkomsten van mensen die gebruikmaken van inkomensgebonden kinderopvang, wat op het terrein tot onwaarschijnlijke situaties leidt.

Sorry, maar dat is echt wel zo. Ik kan u voorbeelden uit Antwerpen geven. Zo zijn er mensen met een voorlopige verblijfsvergunning die een token moeten aanvragen en naar het district worden gestuurd, waarop men bij het district zegt dat niet meer te doen. Ze worden dan naar een andere administratie doorgestuurd. Je kunt niet bedenken hoeveel energie mensen die op dit moment in de kinderopvang werken, besteden om ervoor te zorgen dat die ouders binnenkort niet het maximumtarief moeten betalen. Dat is maar een voorbeeld.

Dit is ook een beetje symptomatisch voor de manier waarop men eigenlijk met de gebruiker omgaat. Ik heb daarop al meermaals gewezen hier. Minister, zolang ik hier zit, zal ik daarop blijven hameren. Ik zit hier niet meer zo heel lang, dus het einde van uw miserie is in zicht. Nog tien weken, zei de voorzitter. De gebruiker wordt steeds meer gereduceerd tot een aan te vinken document dat op een digitale manier kan worden ingebracht.

Datgene waarover we het vandaag hebben, is opnieuw zo'n voorbeeld. Het gaat over mensen die een aanvraag willen doen voor dringende hulp voor personen met een handicap, via de regionale prioriteitencommissie (RPC). Daarvoor is een formulier ontwikkeld, en bij dat formulier is niet voorzien in de elektronische handtekening van de gebruiker. Met andere woorden, die gebruiker moet een formulier laten invullen door een contactpersoon, en die contactpersoon moet dat dossier zonder die handtekening indienen bij de RPC.

Deze vraag is ook belangrijk in verband met het volgende. Het ontwerp van decreet met betrekking tot de persoonsvolgende financiering ligt hier binnenkort op tafel. In dat ontwerp wordt ook voorzien in een verregaande digitalisering en elektronische indiening van een vraag voor handicapspecifieke zorg. Ter zake zullen we dus met hetzelfde probleem zitten.

Nu kaarten de gebruikers al heel lang het feit aan dat er geen handtekening aanwezig is op het formulier dat wordt behandeld door de RPC. U weet dat er nog altijd heel wat kritiek is op de werking van de regionale prioriteitencommissies. Samen met de gebruikers heeft men dus gewerkt aan een betere checklist voor de zorgvrager. De basiskritiek op de werking van de regionale prioriteitencommissies blijft, maar los daarvan zijn de gebruikers akkoord gegaan met een nieuw voorstel.

Op uw kabinet heeft er op 25 mei 2013 een vergadering plaatsgevonden, onder meer over de moeilijke werking en de participatie van de gebruikers aan de regionale prioriteitencommissies. Daar is gesproken over die nieuwe checklist. De gebruikers hebben u toen laten weten te vinden dat het absoluut niet kan dat er geen elektronische handtekening van de gebruiker aanwezig is op die checklist. U hebt de gebruikers toen beloofd dat dit in orde zou komen. U zei dat logisch te vinden.

Ondertussen is het een aantal maanden later. Er blijkt dat de administratie begin dit jaar een brief aan u heeft gestuurd, om te zeggen dat het absoluut onmogelijk is om toch te voorzien in die elektronische handtekening op het formulier dat moet worden gebruikt voor de regionale prioriteitencommissies. Ik heb een deel van de argumentatie van uw administratie in de tekst van mijn vraag opgenomen. Ik zal die niet voorlezen. Dat zijn heel veel technische argumenten. Zo zou Adobe Reader op elke computer moeten worden geplaatst enzovoort, wat veel geld zou kosten en niet mogelijk is.

Minister, ik durf toch wel te zeggen dat men bijvoorbeeld bij het aanvragen van een studietoelagedossier nog altijd kan kiezen tussen een schriftelijke indiening en een indiening met elektronische handtekening. In dat geval kan men een beroep doen op een aantal mensen om te helpen die eID toch in te brengen. Blijkbaar is de rigiditeit van administratie – alles moet op eenzelfde manier gebeuren – allesoverheersend.

Nadat ik mijn vraag had ingediend, vernam ik dat er nu een voorstel zou zijn uitgewerkt waarbij men toch akkoord gaat om in een bijkomend vakje te voorzien. De gebruikers zeggen me dat dit een voorlopig akkoord zou zijn. Men zou een vakje kunnen aanvinken waarbij wordt verklaard dat men een handtekening van de gebruiker op zijn bureau heeft. Men zou een vakje kunnen aanvinken waarbij wordt verklaard dat men een handtekening van een vertrouwenspersoon van de gebruiker op zijn bureau heeft, en waarbij men motiveert waarom met een vertrouwenspersoon wordt gewerkt in plaats van met de betrokkene. Men zou ook kunnen verklaren dat men geen handtekening heeft, en de redenen daarvoor kunnen aangeven.

Dat is natuurlijk een oplossing, en misschien een voorlopige oplossing, maar dit geeft geen antwoord op de fundamentele vraag waarmee ik ben begonnen, over de betrokkenheid van de gebruiker, van de zorgvrager bij een vraag die wordt gesteld over zijn nood aan zorg.

Ik wil u daarover enkele vragen voorleggen. Wat zult u ondernemen om uw belofte van 25 mei 2013 – de invoering van de elektronische handtekening op de aanvraag voor een zorgvraag – toch te realiseren? Hoe wilt u bij de op stapel staande veranderingen en bijhorende informatisering van de zorgaanvragen in het kader van het decreet Integrale Jeugdzorg en het nog goed te keuren decreet over de persoonsvolgende financiering de rechten van de zorgaanvrager garanderen? En ten slotte, een niet onbelangrijke zaak: wat is de rechtspositie van de zorgvrager? Ook het decreet over de persoonsvolgende financiering bepaalt niet dat de zorgvrager over zijn aanvraag voor handicapspecifieke zorg zelf wordt gehoord. Zal dat gebeuren met een formulier? Als dat formulier niet is ondertekend, en de betrokkene gaat niet akkoord met de beslissing van het agentschap of met de beslissing van de regionale prioriteitencommissie, hoe kan hij dan beroep aantekenen? Er is dan immers geen aantoonbaar bewijs dat hij een vraag heeft ingediend.

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Voorzitter, minister, collega's, ik sluit mij graag aan bij de gestelde vragen. De ondertekening van de aanvraag en van de checklist is een heikel punt. Ook wij hebben daarover al vragen gesteld. Onlangs ontvingen we een mail van het VAPH waarin staat dat het ICT-probleem is weggewerkt omdat men zal werken met een papieren afdruk van de checklist. Die afdruk wordt dan ondertekend door de zorggebruiker of zijn vertrouwenspersoon. Het besef dat er een handtekening nodig is, is al een belangrijke stap vooruit. Die mail toont aan dat men inziet dat de persoon met een handicap als betrokken partij wordt erkend. Hij wordt betrokken bij de procedures en krijgt inzage in de documenten die op hem betrekking hebben. De zaak zegt natuurlijk ook iets over de ICT-problemen in de gehandicaptensector. Ik houd mijn hart vast wanneer vanaf 1 januari 2015 de gehandicaptensector de switch moet maken van een instellinggebonden financiering naar een persoonsgebonden financiering. Hoe kijken we daartegenaan?

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Voorzitter, minister, collega's, de vraag van mevrouw Vogels legt de vinger op de wonde. Onze samenleving digitaliseert steeds meer. Almaar meer informatie

komt via digitale weg tot ons. Ik denk dus dat het VAPH niet goed bezig is op het vlak van de empowerment van personen met een beperking. In het regeerakkoord staat letterlijk dat de overheid beter, klantvriendelijker en probleemoplossender zou moeten werken. Het VAPH zou klantgerichter en efficiënter moeten werken. In het regeerakkoord staat dat de evaluatie een aandachtspunt moet zijn. Ik vraag me af of het VAPH, afgaande op dit probleem, wel goed bezig is. Ik vraag u dus om inspanningen te leveren om de werking van het VAPH klantvriendelijker te maken.

De mensen van het VAPH moeten beseffen dat niet iedereen op de digitale snelweg mee is. Zelfs ik heb het soms moeilijk om bijvoorbeeld Adobe Reader te openen. Moeten mensen met een handicap zich met dat soort van pietluttigheden bezighouden? Zij hebben andere problemen aan het hoofd. Ik pleit er dus voor om het probleem zo snel mogelijk weg te werken en met een klantvriendelijke oplossing voor de dag te komen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, ik sluit mij graag aan bij de terechte vraag van mevrouw Vogels en de terechte verwoording ervan. Zij heeft de situatie heel duidelijk geschetst. Het is belangrijk dat er voldoende waarborgen worden gegeven inzake de betrokkenheid van de gebruiker bij de bepaling van de zorgnood. Ik ga ervan uit dat u op dat punt onze bondgenoot bent. Het tegendeel zou mij verwonderen. Toch zou ik dat heel graag in uw antwoord horen. Ik dring erop aan dat u initiatieven neemt om te waken over de invoering van de elektronische handtekening, en dat er voldoende waarborgen worden gegeven die het recht op zorgvragen vrijwaren. Ik ben heel benieuwd naar uw antwoord.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, op 25 mei 2013 woonde ik een vergadering bij van de beleidsgroep zorgregie van het Vlaams Gebruikersoverleg voor Personen met een Handicap. Deze beleidsgroep mag worden beschouwd als het forum waarin de vertegenwoordigers van de gebruikersorganisaties op Vlaams niveau hun standpunten betreffende de zorgregie voorbereiden.

Naar aanleiding van dat gesprek is afgesproken dat de checklists voor de aanvragen prioritair te bemiddelen zorgvraag, met inbegrip van de vragen voor een persoonlijke assistentiebudget (PAB) en de aanvragen voor een persoonsvolgend convenant, moeten worden ondertekend door de zorgvrager. Toen is ook gesteld dat dit bij voorkeur met een elektronische handtekening zou gebeuren.

Daarnaast gaf ik opdracht aan het VAPH om de inzagemogelijkheden van zorgvragers in het elektronisch dossier van de betrokkenen dat via mijn.vaph.be beschikbaar is, uit te breiden. Zo kunnen alle individuele gegevens betreffende de zorgregie worden ingekeken en kan men ervoor zorgen dat zorgvragers zelf zicht krijgen op het openstaand aanbod van de voorzieningen. In het gesprek is gepleit voor een interactiever gebruik van mijn.vaph.be.

Het VAPH beloofde deze aanpassingen uit te voeren tegen begin 2014. Concreet werd de datum van 23 januari vastgelegd als datum van implementatie.

De informaticadienst van het VAPH heeft de checklist voor de aanvragen in de applicatie van de Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ) aangepast. Hierdoor kan ook een elektronische handtekening worden geplaatst.

De checklist zelf bestaat gedeeltelijk uit gegevens die al gekend zijn en gedeeltelijk uit antwoorden op vragen die de actuele situatie en de dringendheid moeten weergeven. Om die gegevens te kunnen combineren, is ervoor geopteerd te werken met een invulbaar document in pdf-formaat. Hierin worden de gegevens in de applicatie automatisch ingevuld. De aanvullende gegevens zijn antwoorden op vragen die de leden van de regionale prioriteitencommissies de nodige informatie ter beschikking stellen om de dringendheid van de situatie zo goed mogelijk in te schatten.

Die tool is dan ook eerst in een testversie geïmplementeerd en getest. Uit de tests is gebleken dat het ontwikkeld systeem te ingewikkeld is om zomaar te implementeren. De plaatsing van een elektronische handtekening in een pdf-formulier kan slechts indien de instellingen van het programma om het document te lezen, wat doorgaans een programma van Adobe is, zijn aangepast. Dat is niet overal het geval. Die wijzigingen zijn niet eenvoudig. Ze zijn afhankelijk van het gebruikte besturingssysteem en van de gebruikte versie van het programma.

Het is natuurlijk belangrijk dat dergelijke feiten tijdens de testfase aan de oppervlakte komen. Hierdoor kunnen we vermijden dat de zorgvragers die hun contactpersoon vragen een checklist in te dienen, de aanvraag niet kunnen ondertekenen. Om technische redenen is beslist de aanvraagdocumenten door de zorgvrager of door zijn wettelijke vertegenwoordiger op papier te laten ondertekenen. De zorgvrager en de contactpersoon krijgen elk een exemplaar.

We hebben die werkwijze bij de gebruikers afgetoetst. We werken verder aan een gebruiksvriendelijke implementatie. Het is uiteraard de bedoeling verder aan die elektronische handtekening te werken. We gaan momenteel na hoe we dit op een gebruiksvriendelijke wijze kunnen implementeren. Om dit tot stand te brengen, wordt de komende maanden met alle stakeholders strikt overleg gepleegd.

Vanaf 23 maart 2014 kan elke zorgvrager de ingediende checklist op de website mijn.vaph.be opvragen en desgewenst afdrukken. Wie niet over een computer met een internetverbinding beschikt, kan zijn contactpersoon, het Coördinatiepunt Handicap van zijn provincie of het VAPH om een volledige afdruk van zijn zorgregiedossier vragen.

In het licht van het strategisch project voor de herinrichting van de zorgregie in functie van de persoonsgebonden financiering voorzien we in een grondige hertekening van de zorgregie. Hierbij zal ook de positie van de individuele cliënt worden versterkt. Op dat ogenblik krijgt de aanvrager de keuze om zijn aanvraag zelf in te dienen en om zijn dossier op te volgen. Dit kan volgens de nieuwe regelgeving ook zonder de interventie van een contactpersoon. We zullen op dat ogenblik uiteraard de omslag naar een vraaggestuurd systeem moeten maken. Dit systeem zal de huidige registratie in functie van aanbodsvormen vervangen.

Wat de implementatie van het decreet betreffende de integrale jeugdhulp betreft, wil ik opmerken dat we ons momenteel nog volop in de eerste fase bevinden. De voorstartfase loopt sinds 16 september 2013 in Oost-Vlaanderen. De aanvragen voor jeugdhulp zullen in de toekomst door de intersectorale toegangspoort worden afgehandeld. Informatie technisch zal dit door de applicatie *Insisto* worden ondersteund. De beslissingen van de toegangspoort, zoals een indicatiestellingsverslag, een beslissing over prioritering, jeugdhulpbeslissingen en dergelijke zullen door middel van een brief aan de aanvrager worden meegedeeld.

Ook voor de integrale jeugdhulp is de toestemming van de gebruikers vereist. Momenteel kan dit door een manuele ondertekening van de gehanteerde documenten. We verkennen hoe die handtekening elektronisch kan verlopen.

Wat de transitie naar de persoonsvolgende financiering betreft, zal bij de uitwerking van de verschillende strategische projecten bijzondere aandacht worden besteed aan de positie van de aanvrager. Alles zal immers veel meer vraaggestuurd functioneren. De decretale onderbouw en de systeemwijziging lijken me de enige goede wijze te bieden om de gebruiker in de toekomst de regie van de ondersteuning in eigen hand te laten nemen.

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Het antwoord van de minister vormt eigenlijk een illustratie van mijn basiskritiek. Er bestaat een onwaarschijnlijke drang alles te informatiseren en langs het internet te laten gebeuren. Er wordt een elektronische tool ontwikkeld om het allemaal wat cliëntvriendelijker te maken.

In de welzijnssectoren hebben we echter te maken met kansarme mensen en met mensen die zich niet op de informatiesnelweg bevinden. De website mijn.vaph.be biedt iedereen de kans

zijn dossier en de formulieren af te drukken. Ik kan direct een aantal voorbeelden geven van mensen die niet zullen begrijpen wat er in dat formulier staat. De mensen hebben er nood aan face to face te horen hoe het met hun dossier staat en waar ze om bijkomende informatie kunnen vragen.

Minister, wat u doet, voorkomt steeds meer dat er een face-to-facecontact tussen de hulpvrager en de hulpverlener tot stand komt. Dat verloopt steeds langs websites, contactpersonen en dergelijke. Op het einde van uw antwoord hebt u naar de transitie naar de persoonsvolgende financiering verwezen. Dat zal het probleem niet oplossen. Die transitie zal ook online verlopen. Mensen willen niet in die bureaucratische afstandelijkheid terecht komen, maar in een menselijk contact, face to face: hoe staat het met mijn dossier, wat kan ik daarvan verwachten? Dat wordt volledig weggegomd. Uw antwoord heeft dat allemaal geïllustreerd.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: U mag er geen karikatuur van maken, mevrouw Vogels. Er zijn contactpersonen, er zijn vertrouwenspersonen, er wordt altijd voor gezorgd dat de betrokkene mensen in zijn nabijheid heeft die de situatie kennen en met wie de betrokkene een gesprek kan voeren. U weet goed genoeg dat dat in ieder geval de bedoeling is.

Uiteraard moeten we ervoor zorgen dat ook de rechten van mensen die niet vertrouwd zijn met internet, gevrijwaard blijven, maar moet dat feit dan verhinderen dat we gebruik maken van moderne technologieën om zo veel mogelijk administratieve processen te vereenvoudigen? Natuurlijk niet!

Ik herinner mij de vergadering met het gebruikersplatform zeer goed. Er werd mij daar gevraagd om naar een veel interactiever gebruik van mijn.vaph.be te gaan. Zij hebben dat dus zelf gevraagd. Ik vind dat die mensen een punt hebben, en dus willen we dat niet beperken tot een zeer passieve eenrichtingscommunicatie, maar willen we dat het zeer dynamisch kan zijn.

En nogmaals: voor degenen die het allemaal niet zelf bemeesteren – en dat is best wel een belangrijke groep – zijn er systemen om mensen in de nabijheid te hebben, die een rol en verantwoordelijkheid kunnen opnemen.

Mevrouw Mieke Vogels: De positie van die contactpersonen is nog altijd zeer onduidelijk, minister. Heel veel betrokkenen klagen erover dat, als ze contact opnemen met die contactpersonen, zij het eigenlijk zelf ook niet weten, en dan weer doorverwijzen naar hogere niveaus, naar de regionale prioriteitencommissie enzovoort.

Zoals het nu is, wordt het voor de gebruiker alsmaar afstandelijker en steeds minder duidelijk. En dat is geen karikatuur.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opmars van postnatale depressies - 626 (2013-2014)

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Minister, begin december werden we geconfronteerd met een schrijnend verhaal. Een jonge moeder van 31, die kampte met een postnatale depressie, onder andere door de vele huilbuien van haar kindje, verdronk haar zoontje van 5 maanden. De problematiek van de postnatale depressies is overigens weer zeer actueel, want gisteren nog stond in alle kranten dat steeds meer mama's met een postnatale depressie sukkelen.

Het verhaal van begin december is natuurlijk een extreem verhaal, dat gelukkig zeer zelden voorkomt. Het illustreert wel hoe groot de impact van huilbaby's en postnatale depressies op de menselijke psyche kunnen zijn.

Wat snel zoekwerk leverde de volgende cijfers op. Enkele generaties geleden kwam een postnatale depressie voor bij naar schatting 10 procent van de pas bevallen moeders. Vandaag heeft 12 tot 20 procent ermee te maken, in een variatie van mild tot zeer ernstig. Volgens een internationaal onderzoek van Sara Casalin van de onderzoeksgroep Klinische Psychologie van de KU Leuven, waarvan de resultaten gisteren in de krant stonden, gaat het om 13 procent. Er is dus sprake van een stijgende trend. De resultaten van dat onderzoek zijn overigens ook zeer nuttig voor de hulpverleners.

Postnatale depressies kunnen jaren aanslepen, maar met een goede emotionele en psychologische ondersteuning en praktische hulp geneest 60 tot 65 procent binnen het jaar. Als dat niet volstaat, kunnen antidepressiva helpen. Baat ook dat niet, dan kunnen de moeders die volkomen blokkeren, gehospitaliseerd worden in de psychiatrie. In Zoersel heb je bijvoorbeeld de Moeder-Baby-Eenheid, een psychiatrisch ziekenhuis dat zich daarin gespecialiseerd heeft.

Ik wil nog opmerken dat niet alleen mama's postnatale depressies krijgen: ook vaders kunnen daarmee kampen.

Minister, kunt u op basis van cijfermateriaal van Kind en Gezin bevestigen dat vandaag naar schatting 12 tot 20 procent van de moeders kampt met een postnatale depressie? Voorkomen is uiteraard beter dan genezen. Beschikt Kind en Gezin over de noodzakelijke hefboomen om toekomstige ouders te sensibiliseren over de gevaren van een postnatale depressie? Moeten die inspanningen volgens u nog opgedreven worden, gezien het stijgende aantal postnatale depressies?

Worden de signalen van postnatale depressie voldoende herkend door zorgverleners? Moeten ook daar de inspanningen rond sensibilisering opgedreven worden? Los van de sensibilisering, welke acties kunt u als Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verder ondernemen om het stijgende aantal moeders die kampen met een postnatale depressie, te keren?

Ik ben in mijn opzoekwerk ook op cijfers gestoten over prenatale depressies, dus tijdens de zwangerschap. Een op acht vrouwen heeft ook met een prenatale depressie te kampen. Dat vertraagt onder meer de ontwikkeling van het kind tijdens de zwangerschap. Moet ook daar geen extra aandacht aan besteed worden, om zo ook postnatale depressies te kunnen voorkomen?

De voorzitter: Mevrouw De Vits heeft het woord.

Mevrouw Mia De Vits: Het zijn cijfers waar we even stil bij moeten staan. We zien ook dat bij vier op de tien vrouwen de postnatale depressie blijft aanslepen. Ook dat is een onthutsende vaststelling. We stellen ook vast dat er categorieën zijn die daar veel meer risico op lopen. De jonge, alleenstaande moeders bijvoorbeeld hebben meer risico op een postnatale depressie. Ook moeders met een laag inkomen, met een slechte partnerrelatie of een depressief verleden maken veel meer kans. De opeenstapeling van verschillende factoren leidt tot een verhoogd risico op een postnatale depressie.

Het is belangrijk dat we die groep moeders beter kunnen begeleiden en dat we de signalen ook vlugger oppikken. Bovendien moeten we de moeders beter informeren. Die moeders komen allen in contact met de regioverpleegkundigen van Kind en Gezin. Die hebben vaak al een goed zicht op de situatie van moeder en kind. In hoeverre zijn die verpleegkundigen al vertrouwd met deze problematiek? Kunnen we aan Kind en Gezin niet vragen om de regioverpleegkundigen meer in te schakelen in die problematiek?

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Minister, welke acties worden er vandaag al ondernomen om deze depressies te detecteren en gericht actie te ondernemen?

De verpleegkundigen van de consultatiebureaus komen een aantal keren bij de ouders thuis op bezoek na de geboorte. Zijn zij in staat om de signalen van een postnatale depressie op te vangen?

Dan is er nog het verhaal van de huisartsen, die altijd belangrijk zijn. Zij zien heel veel mensen. Worden de huisartsen gesensibiliseerd om die signalen te capteren, eraan te werken en dat door te geven?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: De problematiek wordt de laatste tijd meer en meer onder de aandacht gebracht. De cijfers zijn inderdaad heel zorgwekkend, niet langer alleen die van postnatale depressies, maar meer en meer ook van prenatale depressies, een fenomeen dat vroeger vrijwel onbekend was, maar dat nu ook meer aandacht krijgt.

Uit de berichtgeving blijkt, minister, dat de zorgverstrekkers niet altijd voldoende opgeleid zijn om de signalen te herkennen, wat natuurlijk leidt tot een verhoogd risico. Mevrouw De Vits heeft terecht gewezen op een aantal risicogroepen die meer kans maken om slachtoffer te worden van een postnatale depressie. Minister, het is erg belangrijk dat u extra inspanningen levert om de begeleiding van zorgverleners te verbeteren. Ook Kind en Gezin moet de inspanningen opdrijven.

Mevrouw Godderis verwees naar een voorbeeld dat de voorzitter en ik zeer goed kennen: de Moeder-Kindeenheid in Zoersel. Die instelling levert goed werk. Maar zoals ook voor veel andere domeinen van de welzijnssector geldt, kampt de instelling met lange wachtlijsten. Het is dus niet evident om onmiddellijk te worden geholpen wanneer de nood zich aandient. Ik vraag u dus om bijkomende inspanningen te leveren en in meer bedden te voorzien. De voorzitter laat weten dat er al twee initiatieven in die zin bestaan, maar dat is veel te weinig. Kan men niet in elke provincie ten minste één initiatief oprichten?

Mevrouw Katrien Schryvers: Voorzitter, minister, collega's, ik ken de Moeder-Kindeenheid in Zoersel goed, want die ligt in mijn gemeente. In november had ik nog het genoegen om mee de vernieuwde afdeling te mogen openen. Wat volgens mij nog niet voldoende is benadrukt, is dat de zorg wordt verleend aan moeder én kind. De moeder mag van het kind niet worden gescheiden tijdens de behandeling van de postnatale depressie. En dit is misschien een antwoord op de vraag van mevrouw Dillen: de mensen in Zoersel vragen niet zozeer een uitbreiding van het aantal residentiële plaatsen, maar willen zich meer toeleggen op de ambulante begeleiding, in samenwerking met de huisartsen. Zo kan men veel meer moeders bereiken. Ik pleit er dus voor om de kinderen te betrekken bij een zorguitbreiding.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, wij konden inderdaad in de pers lezen dat uit een overzichtsstudie van de Onderzoeksgroep Klinische Psychologie van de KU Leuven blijkt dat 13 procent van de vrouwen na de bevalling te kampen krijgt met een depressie. Vandaar het belang van een goede preventie en een snelle detectie.

De artsen van de consultatiebureaus en de verpleegkundigen van Kind en Gezin gaan, op basis van een eenvoudige checklist, na of er bij de moeder sprake is van een vermoeden van post-partumdepressie. Als dat het geval is, wordt de moeder voor diagnose doorverwezen naar de huisarts. De doorverwijzingen worden momenteel niet geregistreerd. Kind en Gezin beschikt bijgevolg niet over incidentiecijfers van post-partumdepressie bij moeders in Vlaanderen. De cijfers die u in uw vraagstelling noemt, komen wel overeen met de in de literatuur beschreven incidentie.

In het 'Zwangerschapsboekje' en de 'Zwangerschapsnieuwsbrieven' wijst Kind en Gezin nog voor de geboorte op het risico dat gevoelens van somberheid en lusteloosheid bij de moeder na de geboorte lang kunnen aanslepen. Hierbij wordt het belang beklemtoond om – als dit zich voordoet – daarover te spreken met onder meer de partner of de zorgverleners. In de 'Zwangerschapsnieuwsbrieven' wordt de link gelegd naar meer informatie op de website van

Kind en Gezin, onder meer over post-partumdepressie. Gezien het belang van het sensibiliseren van ouders over post-partumdepressie, zal bij de herdruk van het 'Zwangerschapsboekje' de term post-partumdepressie effectief worden opgenomen in de informatie over babyblues.

Reeds vanaf de eerste postnatale contacten met de ouders is het onderwerp in de dienstverlening van Kind en Gezin aanwezig. Regioteamleden zijn in contacten met ouders alert wanneer gevoelens van somberheid en lusteloosheid langer dan tien tot veertien dagen na de geboorte blijven aanslepen. Naast continue alertheid voor signalen van post-partumdepressie wordt in het bijzonder een vermoeden van post-partumdepressie nagegaan tijdens de contacten met de ouders wanneer het kind de leeftijd heeft van zes weken tot drie maanden. De regioteamleden beschikken daarnaast ook over de brochure 'Post-partumdepressie. Somberheid na de bevalling' van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) en het Fonds Psychische Gezondheid, als hulpmiddel om het onderwerp bij ouders bespreekbaar te maken.

Ook in de communicatiemiddelen van Kind en Gezin die betrekking hebben op de fase na de geboorte komt post-partumdepressie aan bod. Al bij de kennismaking met het jonge gezin ontvangt het gezin de brochure 'Het ABC van baby tot kleuter'. Deze brochure begint met een hoofdstuk waarin de gezondheid van de moeder wordt besproken. Hierin worden ouders onder meer attent gemaakt op het bestaan van post-partumdepressie en het onderscheid tussen babyblues en post-partumdepressie. Daarnaast vinden ouders informatie over post-partumdepressie op de website van Kind en Gezin en in de nieuwsbrief 'Van baby tot kleuter'. Er zal ook met betrekking tot post-partumdepressie informatie worden toegevoegd in het 'Kindboekje'. Dit boekje kent een groot bereik bij jonge ouders en zorgverleners, aangezien het door hen wordt gebruikt om kindgegevens van de eerste levensmaanden en -jaren te registreren.

Informatie over de signalen van een effectieve post-partumdepressie is online beschikbaar voor regioteamleden en consultatiebureau-artsen van Kind en Gezin. Eind 2010 maakte het thema post-partumdepressie deel uit van een studiedag voor consultatiebureau-artsen. Van deze studiedag werd gebruikgemaakt om op film externe experts over post-partumdepressie aan het woord te laten. Dit materiaal wordt momenteel geïntegreerd in een online cursus over post-partumdepressie. Deze cursus zal niet enkel ter beschikking zijn van regioteamleden en consultatiebureau-artsen, maar zal via de website van Kind en Gezin ook beschikbaar worden gemaakt voor externe zorgverleners.

In Vlaanderen worden er twee 'moeder-kindeenheden' gefinancierd, met name in het psychiatrisch ziekenhuis Zoersel en het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Denijs-Westrem. Deze eenheden zijn gespecialiseerd in de behandeling van moeders met post-partumpsychose en post-partumdepressie. Aangezien het over jonge moeders gaat, wordt er geld uitgetrokken voor extra personeelsleden die instaan voor de verzorging van de kinderen. Aanvankelijk werden deze 'moeder-baby-eenheden' met Vlaamse projectsubsidies gefinancierd, maar sinds een paar jaar wordt de extra personeelskost gedragen door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). In het kader van de zesde staatshervorming komt deze bevoegdheid over naar Vlaanderen en zal deze werking worden voortgezet. Beide psychiatrische ziekenhuizen oefenen tevens een signalisatie- en sensibiliseringsopdracht uit, onder meer naar Kind en Gezin.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord. Zowel een prenatale als een postnatale depressie is nog steeds bij veel mensen een taboe. Ik vraag u dus dat gynaecologen, artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en hulpverleners geregeld bijscholing over het probleem krijgen.

De instelling in Zoersel is in de provincie Antwerpen heel erg goed gekend. Dat geldt ook voor de instelling in Sint-Denijs-Westrem in de provincie Oost-Vlaanderen. Voor iemand uit de Westhoek is het niet haalbaar om met haar baby op dagtherapie naar Zoersel of Sint-Denijs-Westrem te gaan. Met de overheveling van de bevoegdheden van het federale naar het

Vlaamse niveau vraag ik om na te gaan of ook in de andere provincies zo'n instelling kan worden opgestart.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de terugbetaling van incontinentiemateriaal door het VAPH - 822 (2013-2014)

Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vermindering van de tegemoetkomingen voor incontinentiemateriaal door het VAPH - 823 (2013-2014)

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Voorzitter, afgelopen woensdag is in De Standaard het in mijn ogen hallucinant verhaal verschenen van een vader van een mentaal gehandicapte zoon die de wijziging in de tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) heeft aangekaart. Na contact met de betrokkene ben ik met verstomming achtergebleven. Zijn verhaal staat immers symbool voor de groep van tienduizend personen die blijkbaar met een volledige incontinentie te maken heeft.

De zoon van de man is blijvend en volledig incontinent. Hij mist elk bewustzijn van toiletgebruik. De hoeveelheden ontlasting en urine die een volwassen man dagelijks produceert, zijn volgens die vader nauwelijks in vijf grote luiers op te vangen. Een dergelijke luier kost minimaal 1 euro. De berekening is dan ook snel gemaakt. Om die kosten te dekken, moet hij jaarlijks 1825 euro betalen.

Tot het einde van 2012 beschikte het VAPH over een systeem dat mensen toeliet onder meer voor incontinentiemateriaal kostennota's in te dienen. Die kosten werden dan terugbetaald met een maximum van 895,48 euro per jaar. Daarnaast betaalde het RIZIV nog een forfaitair bedrag uit. Voor de betrokkenen bleef nog een jaarlijks uit het persoonlijk budget te betalen kostprijs van ongeveer 500 euro over.

Vanaf het begin van 2014 is het VAPH op een forfaitair systeem overgeschakeld. Dit betekent dat de betrokkenen, alle mensen die volledig incontinent zijn, van maximaal 895 euro op 555 euro terugvallen. Aangezien het om tienduizend mensen gaat, betekent dit voor het VAPH een besparing met 3,5 miljoen euro. Dit zijn peanuts voor het budget van het VAPH. De impact op die tienduizend gezinnen is echter enorm.

Bovendien wordt met betrekking tot dit forfaitair bedrag geen enkel onderscheid gemaakt tussen mensen die in een voorziening verblijven en dus over kost en inwonen beschikken en zwaar hulpbehoevende mensen die thuis door mantelzorgers worden verzorgd. Ten gevolge van de wachtlijsten moeten steeds meer mensen langer dan ze eigenlijk zelf zouden willen, voor die zorg blijven instaan. Ze moeten die kosten veel langer blijven dragen. Er is geen enkel verband tussen het inkomen van de betrokkenen en het forfaitair bedrag.

Wat ik ongelooflijk vond, was dat in de krant te lezen stond dat dit volgens de woordvoerder van het VAPH allemaal op een studie is gebaseerd. Ik vraag me af of het VAPH dan geen andere studies uit te besteden heeft. Het gaat hier om een studie over de vraag hoeveel pampers een volledig incontinent persoon met een handicap nodig heeft. Ik houd dit niet voor mogelijk. Helemaal van de pot gerukt, om het toepasselijk uit te drukken, vind ik de stelling van de woordvoerder van het VAPH dat mensen niet in een apart systeem moeten voorzien voor mensen die enkel hun plas niet kunnen ophouden en mensen die ook hun stoelgang niet kunnen ophouden. Dat kan immers in dezelfde pampers gebeuren. Het is zeer

denigrerend voor een persoon met een handicap of voor zijn familie zoiets in de krant te moeten lezen.

Als grootmoeder ben ik ervaringsdeskundige. Als ik de pampers van mijn kleinkinderen vervang, weet ik dat die pampers een kwartier later gegarandeerd vuil zijn. Ik laat mijn kleinkinderen geen vier uur wachten tot ze opnieuw recht op nieuwe pampers hebben. Waar zijn we hier eigenlijk mee bezig?

Het VAPH heeft erop gewezen dat betrokkenen die het moeilijk hebben om die kostprijs te betalen, altijd bij de Bijzondere Bijstandscmissie (BBC) terecht kunnen. We weten echter allemaal wie er naar de BBC trekt. Dat zijn waarschijnlijk die mensen die het geld het minst nodig hebben. Ze moeten opnieuw een hele procedure doorlopen. Dat vormt een hele drempel. Zeker in dit geval moeten ze zichzelf en hun moeilijkheden blootgeven. Dit staat haaks op de door de Vlaamse Regering altijd aangehaalde automatische toekenning van rechten aan mensen in armoede.

Minister, ik heb de indruk dat het VAPH hier op een totaal wereldvreemde en voor mij totaal onaanvaardbare wijze besparingen zoekt. Ik hoop dat u straks zult verklaren dat uw administratie zich heeft vergist, dat dit niet kan, dat we ons niet hierop mogen baseren en dat dit die 3,5 miljoen euro niet waard is.

Onderschrijft u deze maatregelen van het VAPH om op incontinentiemateriaal te besparen? Op basis van welke redenering onderschrijft u die beslissing? Hoe valt die maatregel te rijmen met het pleidooi voor een vermaatschappelijking van de zorg? U stuurt aan op een maximale zorgverstrekking door het eigen netwerk. We nemen dat netwerk wel een gedeelte van zijn middelen af. Hoe past deze maatregel in de door de Vlaamse Regering beloofde automatische rechtentoeckenning die deel uitmaakt van de strijd tegen armoede? We weten immers heel goed dat precies die mensen de weg naar uw BBC niet zullen vinden en bijgevolg die bijkomende middelen niet zullen ontvangen.

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Voorzitter, de refertelijst, die op de website van het VAPH kan worden geraadpleegd, biedt personen met een handicap de mogelijkheid na te gaan welke forfaitaire tegemoetkoming voor de aankoop van hulpmiddelen ze op jaarbasis kunnen ontvangen. Bij die hulpmiddelen horen ook de hulpmiddelen ter aanvulling of vervanging van de zindelijkheid, kortom het incontinentiemateriaal.

Sinds december 2010 is de refertelijst zeven keer herzien. Meestal gaat het om indexaanpassingen. Ik verwijs in dit verband echter ook naar mijn vraag om uitleg van 31 januari 2012, waarin ik de vermindering van de tegemoetkomingen voor de hulpmiddelen voor blinden en slechtzienden heb aangekaart.

Sinds 1 januari 2014 zijn een aantal punten op de refertelijst voor incontinentiemateriaal gewijzigd. Voor jonge kinderen van 3 tot 4 jaar die dag en nacht incontinent zijn, kunnen de ouders nog een tegemoetkoming van 141,10 euro ontvangen. In 2013 ging het nog om 205,07 euro. Voor 5- tot 11-jarige kinderen die enkel 's nachts incontinent zijn, gaat de tegemoetkoming dan weer omhoog van 128,17 euro tot 191,50 euro. Hetzelfde geldt voor personen van 12 jaar en ouder.

Het valt me op dat vooral voor kinderen en personen die dag en nacht incontinent zijn, in de forfaitaire tegemoetkomingen worden gesnoeid. De ouders van deze kinderen moeten vaak al uit eigen zak op de kosten van luiers en ander incontinentiemateriaal toeleggen. In De Standaard van 22 januari 2014 heeft een ouder van een zoon met een zware verstandelijke handicap verklaard dat hij uit eigen zak 500 euro moet betalen. Hiervoor wordt op vijf luiers per dag gerekend. Ten gevolge van de vermindering van de forfaitaire tegemoetkoming van het VAPH moet boven op het zelf te betalen bedrag nog eens 340 euro worden betaald. Dit betekent, kortom, dat zijn gezin 1825 euro per jaar betaalt. Hiervan komt 840 euro uit eigen zak.

Ik heb het dan nog niet gehad over de andere kosten waarmee dat gezin en veel andere gezinnen worden geconfronteerd. Het blijft uiteraard niet bij incontinentiemateriaal. Er zijn ook andere uitgaven, zoals de rolstoelgebonden uitgaven en dergelijke. Dat komt er allemaal nog bij. We mogen deze handicapgerelateerde uitgaven niet onderschatten. Dat zijn zware meerkosten.

Net als in het begin van 2012 heeft het VAPH verklaard dat het niet om een besparingsoperatie gaat. Sommige groepen krijgen immers meer. De reden zou zijn dat op basis van grondig onderzoek is besloten geen onderscheid meer te maken tussen fecaal en urinair incontinentie mensen.

Het VAPH biedt de mogelijkheid bij de BBC een dossier in te dienen indien de reële kosten hoger dan 300 euro uitvallen. Dit betekent echter bijkomend papierwerk voor de ouders, die al veel andere zaken aan hun hoofd hebben.

Minister, wie deed het onderzoek waarvan sprake, waarop de aanpassing van de refertelijst is gebaseerd? Is daar een verslag van beschikbaar, dat openbaar kan worden gemaakt? Waarom is er een onderscheid tussen mensen die hun plas niet kunnen ophouden en zij die hun ontlasting ook niet kunnen controleren? Hoe werd de studie uitgevoerd en met wie? Welke wetenschappelijke parameters zijn daarvoor gebruikt?

Hoe verklaart u de redenering dat iemand die enkel 's nachts incontinent is, een verhoging van de tegemoetkoming verkrijgt, terwijl iemand die continu incontinent is, een vermindering in de tegemoetkoming ziet? Daar zie ik de logica niet van in.

Zijn er in de volledige refertelijst nog aanpassingen bij andere hulpmiddelen? Zo ja, om welke redenen gebeurden die aanpassingen?

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Voorzitter, wij sluiten ons graag aan bij deze vraag. Met 'wij' verwijs ik vooral naar collega Van der Borght, die hierover ook een vraag klaar had, maar ze niet heeft ingediend, omdat ze hier vandaag niet kon zijn.

Het VAPH heeft zijn refertelijst voor incontinentiemateriaal aangepast. De nieuwe bedragen zijn van toepassing sinds 1 januari 2014. De belangrijke wijzigingen voor wie ouder is dan 12 jaar, zijn intussen gekend. De rest van het verhaal is door de collega's al toegelicht.

Minister, ik wil nog twee concrete bijkomende vragen stellen. Hoe kunt u ethisch verantwoord dat diegenen die geconfronteerd worden met de grootste incontinentie, in de nieuwe regeling moeten inleveren? Hoe kunt u verklaren dat u, lid zijnde van een regering die zich tot doel heeft gesteld uitkeringen maximaal automatisch toe te kennen, hier suggereert dat de oplossing voor de mensen met de zwaarste incontinentie bestaat uit nog een bijkomende aanvraag bij de bijzondere bijstandsc commissie, en dat voor een groep mensen die al met enorm veel administratieve belasting geconfronteerd worden door hun handicap?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, de perceptie dat de recente aanpassing van de tegemoetkomingen voor personen met een handicap met een incontinentieprobleem bedoeld is om te besparen, is natuurlijk niet correct. In 2012 werd het forfaitaire systeem op vraag van de Permanente Werkgroep Individuele Materiële Bijstand & Universal Design (IMB&UD) geëvalueerd. Aan de hand van een onderzoek van de reële kosten dat werd gemaakt gedurende een jaar, en rekening houdend met de tegemoetkomingen van het RIZIV voor personen met een incontinentieproblematiek, bleek dat een bijsturing van een aantal bedragen en categorieën verantwoord was.

Op basis van die vaststellingen, die eveneens met de permanente werkgroep werden besproken – dat is dus echt niet in een achterkamertje of zo beslist –, werden ten aanzien van diezelfde werkgroep voorstellen tot bijsturing geformuleerd.

De aanpassingen die sinds 1 januari 2014 in de refertelijst opgenomen zijn, werden dus zeker niet eenzijdig doorgevoerd, noch is het de bedoeling geweest om te besparen. Het uitgangspunt is integendeel steeds geweest dat de forfaitaire vergoeding van het VAPH een gepaste tegemoetkoming moet zijn voor de reële kosten. U zult in de aangepaste lijst dan ook vaststellen dat een aantal tegemoetkomingen eveneens verhoogd zijn.

Bij de bepaling van de hoogte van die gepaste vergoeding werd rekening gehouden met het feit dat iedereen met een incontinentieproblematiek die dermate ernstig is dat men ervoor door het VAPH erkend wordt, minimaal in aanmerking komt voor het RIZIV-forfait voor onbehandelbare incontinentie, het laagste van de twee RIZIV-voorfaits. Enkel de categorie die gebruikmaakt van sondes voor zelfsondering, vormt daar een uitzondering op, wat geleid heeft tot een verhoging van de tegemoetkoming voor die groep.

Zoals gezegd, werden de aanpassingen doorgevoerd na een analyse van de reële kosten. Er werd vastgesteld dat personen met incontinentie 's nachts te vaak kosten hadden die het refertebedrag overschreden. 65 procent van de bevroegden hadden minimaal 50 euro oplegkosten boven op de vergoeding van het VAPH, vandaar dat de tegemoetkoming daarvoor is opgetrokken.

Anderzijds bleek bij de evaluatie van andere categorieën dat de tegemoetkoming te vaak te hoog was ten opzichte van de werkelijke kosten. Bij de categorie 'fecale incontinentie of fecale en urinaire incontinentie, dag en nacht', voor de recente aanpassing de hoogste forfaitcategorie met een bedrag van 794,61 euro, bleek bijvoorbeeld dat iets meer dan 73 procent van de bevroegde personen maximaal 50 euro oplegkosten had boven op het forfait. Iets meer dan 60 procent van de bevroegden voor die categorie had 50 euro minder kosten dan er uitgekeerd werd.

Daarbij komt dat naast de VAPH-vergoeding ook nog minimaal het RIZIV-forfait voor personen met onbehandelbare incontinentie – 158,75 euro in 2013 – en in sommige gevallen ook het forfait voor incontinentiemateriaal voor zwaar zorgbehoevenden – 486,39 euro in 2013 – aangevraagd kan worden via de mutualiteiten. Dat toont aan dat het forfait voor heel wat personen onaangepast was en bijgestuurd moest worden, in dit geval door het bedrag te verlagen.

Bij de bijsturing van de refertebedragen werd enkel uitgegaan van het laagste RIZIV-forfait. Een groot aantal personen ontvangt echter ook het hogere forfait voor zwaar zorgbehoevenden.

De maatregel wijzigt niet de wijze waarop het incontinentieforfait wordt toegekend. In 2011 werd het forfait nog gekoppeld aan het voorleggen van individuele facturen. Dat is toen geschrapt en vervangen door een forfaitaire vergoeding met een aantal categorieën. Het gaat dus om een procedure die veel minder administratief belastend is dan voor 2011, ook voor de gebruiker. Dat wijzigt niet. Wat wel wijzigt, is dat het aantal voorfaits is vereenvoudigd na een evaluatie. Er is ook een afstemming gebeurd met de bestaande RIZIV-voorfaits.

De wijze waarop het toegekend wordt, blijft relatief eenvoudig, namelijk op medisch attest. De forfaitbedragen kunnen niet geïjkt worden op maat van personen met uitzonderlijke kosten. Daarvoor is de bijzondere bijstandsc commissie steeds bevoegd geweest en die mogelijkheid blijft ook in de toekomst bestaan.

In de toekomst zou ook onderzocht kunnen worden hoe we op administratief vlak verder kunnen afstemmen met het RIZIV om de aanvraagprocedure voor de gebruiker verder te vereenvoudigen. Een volledig automatische toekenning is op korte termijn niet mogelijk, aangezien een medisch attest noodzakelijk is.

Het onderzoek werd uitgevoerd door het VAPH zelf. Er werd daarvoor geen beroep gedaan op externen. Het onderzoek bestond erin dat men via een steekproef een groep personen met een incontinentieproblematiek selecteerde, waarna die gecontacteerd werden. Via een huisbezoek werden de kosten nagegaan. Uiteindelijk werden 250 personen geselecteerd als basis voor de conclusies. De conclusies, gekoppeld aan de suggesties van de administratie, werden in een nota voorgesteld en besproken met de Permanente Werkgroep IMB&UD.

Het onderscheid tussen een louter urinaire problematiek en een fecale en/of urinaire problematiek was een onderscheid dat gemaakt werd bij het verfijnen van de referte-categorieën in 2011. Uit de evaluatie bleek echter dat het gemiddelde van de reële kosten niet noemenswaardig verschilt tussen beide groepen, vandaar dat het onderscheid vanaf januari niet langer gehanteerd wordt.

Op vraag van de permanente werkgroep werd, eveneens met ingang vanaf 1 januari 2014, een refertebedrag ingevoerd voor de trippelstoel en werd de omschrijving van de aangepaste werk- en bureaustoel aangepast. De basiskost die betaald moet worden voor deze laatste referterubriek, werd licht verhoogd tot op hetzelfde niveau als dat van de trippelstoel.

Ik wil tot slot nog opmerken dat het absoluut niet de gewoonte is dat de minister intervenueert in de werking van de permanente cel, en ook niet in de manier waarop de evaluatie van die refertelijst wordt gemaakt, maar aangezien er ook gewerkt is met een steekproef van 250 personen, van wie de reële kosten zijn bekeken, kunnen we wel vragen dat men op het niveau van de werkgroep ook de evaluatie kan maken van wat aan de refertelijst is gewijzigd. Ik denk dat je dat het best zo geobjectiveerd mogelijk doet, uiteraard met veel aandacht en respect voor de individuele situatie. Als je natuurlijk probeert om forfaits te ijken op de juiste kosten, en je ziet dat er bij een aantal aanleiding is om te zeggen dat die forfaits aangepast moeten worden in plus en in min, dan moet je de mensen die dat werk doen, ook ernstig nemen.

Afgaande op de signalen die we krijgen, zou ik de suggestie kunnen doen dat de permanente cel eens nagaat of het effect niet anders uitdraait dan oorspronkelijk uit de metingen zou kunnen blijken.

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik snap niet dat u die beslissing blijft verdedigen. U hebt het over een permanente cel, maar wie zit daarin? Zitten daar ook vertegenwoordigers van de gebruikers in, of is dat iets binnen de administratie?

Wat die permanente cel doet, is inderdaad hun verantwoordelijkheid. Zij hebben dat wetenschappelijk onderbouwd, maar u kunt natuurlijk wel de lijnen meegeven. Ik snap nog altijd niet waarom men in 2011 is afgestapt van de individuele facturen in dergelijke gevallen, de enveloppes waar mensen recht op hebben en waarbij ze hun eigen kosten bewijzen. Dat staat toch haaks op 'zorg op maat'?

Perspectief 2020 gaat uit van een persoonsgebonden nood van mensen. Als je werkt op basis van facturen en enveloppes, kun je rekening houden met de verschillen. Hier legt u een lineaire grens. Of die mensen nu thuis zijn of in een voorziening, of die mensen nu een hoog inkomen hebben of een laag, die forfaitaire maatregel is absoluut geen zorg op maat. Ik snap dus niet waarom er afgestapt is van het systeem dat bestond tot 2011.

U verwijst nog eens naar het feit dat mensen altijd een beroep kunnen doen op de bijzondere beroepscommissie. Niemand vraagt om incontinent te zijn. Incontinentiemateriaal koop je niet zomaar. Dat behoort tot het meest intieme van een mens. De sociale diensten van de mutualiteit zeggen me bovendien dat heel veel mensen niet weten dat ze een RIZIV-forfait kunnen krijgen. Het zijn altijd weer diezelfde mensen die uit de boot vallen.

U zegt dat het geen besparing is, maar laat toch alstublieft het gezond verstand spelen, en laten we ons niet baseren op steekproeven bij 250 personen, bij wie men een onderzoek gedaan heeft naar de behoeften. Laat ons hier ingaan op de reële behoeften die een mens heeft, en terugkeren naar het systeem van 2011, dat gebaseerd was op reële facturen.

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Minister, u zegt dat het VAPH een onderzoek heeft gedaan op basis van een steekproef met 250 personen, maar ik weet niet of zo'n steekproef de situatie van iedereen dekt en iedereen erbij betreft. Als ik hoor dat er mensen zijn die 800 tot

misschien zelfs 1000 euro op jaarbasis moeten opleggen, louter en alleen voor dergelijk incontinentiemateriaal, denk ik eerlijk gezegd dat wij niet goed bezig zijn.

We moeten meer kijken naar de individuele situatie van de mensen, in de geest van de persoonsvolgende financiering. Het woord zegt het zelf: persoonsvolgend, dat wil zeggen dat je rekening moet houden met de individuele noden en de situatie van eenieder. Ik begrijp dat je ook rekening moet houden met de administratieve overhead, maar je moet toch kijken naar de noden van de mensen zelf. Ik weet niet hoe groot of klein de groep is, maar als blijkt dat het om een relatief kleine groep gaat, moet het toch zeker mogelijk zijn om een dergelijke inspanning te doen voor die groep?

U verwijst naar de mogelijkheden om dan via de bijzondere bijstandsc commissie te passeren, maar dat vraagt opnieuw papierwerk enzovoort. Ik denk dat we het eenvoudiger moeten maken voor die mensen. Bovendien moeten zij zowel bij het RIZIV als bij het VAPH aankloppen voor een forfait, en dan nog eens papierwerk invullen voor iets anders. Op den duur is het einde zoek en ben je de hele dag bezig. Dat kan niet de bedoeling zijn.

Ik wil met klem vragen om dat dossier opnieuw te bekijken, zeker voor de mensen die het nodig hebben.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, er is een forfaitair systeem, en op vraag van de permanente werkgroep is er een evaluatie van gemaakt. In die evaluatie is nauwkeurig onderzocht of de ambitie realistisch is om met een relatief eenvoudig systeem – met forfaits – de reële kosten van de betrokkenen te betalen. De conclusie was dat er met het laagste RIZIV-forfait voor ogen voldoende dekking is en dat die soms zelfs iets te veel is, maar dat in een aantal gevallen een groter bedrag ter beschikking moet worden gesteld. Ik ben wat verbaasd dat men suggereert dat het VAPH moet interveniëren, hoewel men recht heeft op een bijdrage van het RIZIV. Vanuit een inclusief beleid gaan we de betrokkenen zo veel mogelijk ondersteunen opdat zij ervoor zorgen dat zij krijgen waar zij recht op hebben. Wie recht heeft op een RIZIV-forfait, moet de nodige informatie en bijstand krijgen om dat forfait te kunnen genieten.

Het is evident dat het een goede zaak zou zijn wanneer wij dankzij afspraken met het RIZIV het probleem van het medisch attest zouden kunnen regelen. Dat moeten we kunnen vereenvoudigen en automatiseren. Met veel schroom, want met de toestand van veel mensen voor ogen, zeg ik ook dat ik niet eigengereid de beslissingen van de administratie en de permanente werkgroep zal wijzigen. Het gaat om mensen uit de voorzieningen, gebruikers en vertegenwoordigers uit het regionaal overleg. Als ik dat zou doen, zou ik die mensen niet aanmoedigen om verantwoordelijkheden op te nemen en adviezen uit te brengen. Ik ben bereid om de permanente cel te vragen om in het licht van wat in de media verschijnt eens een evaluatie te maken van de bijstellingen. De signalen zijn ernstig genoeg. Het is immers de bedoeling dat wij de mensen financieel bijspringen, in verhouding tot de werkelijke kosten die zij hebben gemaakt.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

■