Questions et réponses parlementaires

QUESTION n° 4-130 posée le 14 janvier 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Sénateur IDE

(Sénat, session ordinaire 2007-2008)

Invalidité – Reprise d'activité avec l'autorisation du médecin-conseil – Nombre de titulaires au 31 décembre 2006 – Cumul indemnité et revenu professionnel – Jours de vacances.

Cette question concerne les personnes qui, après un an d'incapacité de travail passent en invalidité dans le cadre de l'assurance-maladie. Après quelque temps, certaines d'entre elles reviennent sur le marché du travail, généralement à mi-temps et, bien entendu, après approbation par le Conseil médical de l'invalidité (CMI) sur la base d'un dossier préparatoire constitué par le médecin conseil. Elles reçoivent un salaire à mi-temps pour leurs prestations. Sur la base d'une attestation délivrée par l'employeur, elles obtiennent un complément d'allocation de maladie par l'intermédiaire de la mutualité.

Je souhaiterais que le Ministre réponde aux questions suivantes :

1. Combien de personnes relèvent-elles de cette réglementation ?

2. Combien de personnes relèvent-elles de cette réglementation en Flandre ?

3. Combien de personnes relèvent-elles de cette réglementation en Wallonie ?

4. Combien de personnes relèvent-elles de cette réglementation à Bruxelles ?

5. Le complément d'allocation est basé sur le salaire. Une personne qui reprend progressivement le travail ne peut jamais gagner plus. Ce qui vient s'ajouter d'un côté (salaire), est déduit de l'autre (allocation d'invalidité). Étant donné que l'indexation du salaire se fait plus rapidement que l'indexation du complément, l'indemnité diminue plus rapidement et par conséquent, le pouvoir d'achat des personnes concernées diminue également. Comment peut-on y remédier ?

6. Le système de la reprise progressive du travail a été mis sur pied pour réintégrer des personnes à temps plein sur le marché du travail. Cependant, pour des raisons de santé, certaines n'entrent plus en ligne de compte pour un travail à temps plein. N'est-il pas possible de créer un système séparé pour ces personnes ?

7. En cas de reprise progressive du travail, des jours de congé sont pris chez l'employeur. Le travailleur prend des demi-jours de congé. Aucune allocation d'invalidité n'est cependant prévue pour ces journées. Par conséquent, pendant cette période de congé, le travailleur ne perçoit un salaire que pour le travail à mi-temps et celui-ci n'est pas complété par une allocation. De ce fait, les personnes concernées perdent près d'un mois entier (20 jours) d'allocations. Un système est-il prévu pour compenser d'une manière ou d'une autre la perte subie par les intéressés ?

Réponse :

1. à 4. Le nombre de titulaires qui ont repris une activité avec l'autorisation du médecin-conseil (art. 100, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.7.1994) s'élève au 31 décembre 2006 par région :

- Bruxelles : 899 ;
- Flandre : 10 451 ;
- Wallonie : 4 007 ;
- Indéterminé : 61 ;
- Total : 15 418.

5. L'indemnité d'une personne reconnue incapable de travailler est calculée sur base de la rémunération proméritée par l'intéressé au début de l'incapacité de travail.

Lorsque le titulaire bénéficie d'un revenu issu de l'activité autorisée, ce dernier est déduit (en partie) du montant de l'indemnité conformément à la disposition relative au cumul visé à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Cette disposition a été adaptée en vue d'en atténuer la rigueur :

a) le montant des cotisations de sécurité sociale des travailleurs n'est plus considéré comme un revenu.

b) selon que le montant journalier du revenu professionnel dépasse les différentes tranches de 10,41 EUR on applique un pourcentage de réduction différent :

- première tranche de 10,41 EUR : 0 % ;
- deuxième tranche de 10,41 EUR : 25 % ;
- troisième tranche de 10,41 EUR : 50 % ;
- quatrième tranche : supérieure au total des tranches précédentes : 75 %.

Le montant de la tranche de revenus est indexé au même titre que les indemnités.

6. Même si une reprise de travail progressive peut mener à une intégration complète, à temps plein, de l'intéressé sur le marché du travail ; ceci ne constitue pas une condition pour pouvoir reprendre une activité autorisée. Une reprise peut être autorisée lorsque l'intéressé maintient encore une diminution de sa capacité sur le plan médical de 50 % au moins et lorsque l'activité est compatible avec son état de santé. Un titulaire peut également reprendre une activité bénévole ou non rémunérée.

7. Avant le 1er janvier 2006, les indemnités étaient refusées pour les jours de vacances accordés en raison de l'activité autorisée. Lorsque l'intéressé n'exerçait qu'une activité réduite, le refus pour lesdits jours de vacances des indemnités (calculées sur base du salaire antérieur à l'incapacité de travail) était disproportionné par rapport au montant du pécule de vacances accordé pour ces jours (pécule de vacances déterminé sur base d'une rémunération partielle).

Depuis le 1er janvier 2006, la règle de refus a été remplacée par une nouvelle disposition. Pour le titulaire invalide qui a repris une activité autorisée, pour les jours de vacances le montant de l'indemnité qui aurait été accordé en l'absence de reprise d'une activité autorisée est diminué à concurrence du double de la valeur des revenus professionnels du mois considéré, évalués en jours ouvrables et sans application des tranches de revenus.

QUESTION n° 4-132 posée le 14 janvier 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Sénateur IDE

(Sénat, session ordinaire 2007-2008)

Assurance indemnités – Détermination de la situation familiale du bénéficiaire fondée sur le revenu des membres de la famille – Plafonds – Distinction entre revenu professionnel et revenu de remplacement.

Cette question porte sur le formulaire 225 servant à déterminer la charge de famille. Ce formulaire établit une distinction entre un revenu professionnel et un revenu de remplacement.

Si le partenaire d'un invalide perçoit un revenu de remplacement inférieur à 758,63 EUR, l'invalide peut bénéficier d'une indemnité équivalant à 65 % du salaire brut. Si ce montant est plus élevé, l'intéressé a droit à une indemnité correspondant à 40 %.

Si le partenaire perçoit un revenu professionnel, le plafond est fixé à 1 283,91 EUR. Si le revenu du partenaire est supérieur, l'invalide concerné a droit à une indemnité correspondant à 40 %. Si le revenu professionnel se situe entre les deux montants susmentionnés, l'invalide a droit à une indemnité équivalant à 50 %. S'il est inférieur à 758,63 EUR, il a droit à une indemnité de 65 %.

Il convient en outre de souligner que précédemment, aucune distinction n'était opérée entre les différents types de revenus. Cette distinction a été instaurée afin d'offrir encore un avantage supplémentaire aux personnes qui exercent une activité professionnelle.

Quelle conception est-elle à l'origine de la distinction opérée entre un revenu professionnel et un revenu de remplacement ?

Prend-on des mesures pour éliminer cette discrimination ?

Réponse :

Les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité, payées dans le cadre de l'assurance indemnités, sont liées à la situation familiale du bénéficiaire. Afin de vérifier si un bénéficiaire a des personnes à charge, il est tenu compte du revenu des membres de la famille. Si le revenu de la personne à charge dépasse un certain plafond (actuellement 758,63 EUR), le bénéficiaire perd la charge de famille et est considéré comme cohabitant. Toutefois, un deuxième plafond (actuellement 1 283,91 EUR) est fixé depuis le 1er juillet 2004. Lorsque le revenu de la personne à charge est constitué de revenus professionnels dont le montant se situe entre les deux plafonds, le bénéficiaire n'est plus considéré comme cohabitant, mais est assimilé à un bénéficiaire isolé.

La mesure est limitée aux revenus professionnels de la personne à charge et ne porte pas sur les revenus de remplacement, étant donné que son but est d'éviter les pièges à l'emploi. La disposition permet d'éviter que le développement des activités de la personne à charge soit freiné ou interrompu.

Une généralisation à l'ensemble des revenus a été examinée par le Comité de gestion de l'assurance indemnités pour travailleurs salariés au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Il faut toutefois rappeler qu'une série de mesures de revalorisation ont déjà été prises pour les exercices 2007 et 2008. Ainsi, le plafond des revenus pour personnes à charge a été majoré de 2 % à partir du 1er septembre 2007. Une généralisation éventuelle à l'ensemble des revenus (et l'impact financier de pareille mesure) pourrait éventuellement être examinée lors des négociations avec les partenaires sociaux au sujet des mesures de liaison au bien-être des allocations pour les années 2009 et 2010.

QUESTION n° 4-536 posée le 3 avril 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Sénateur BUYSSE

(Sénat, session ordinaire 2007-2008)

Dossier médical global – Taux de couverture par province et par région.

La Ministre peut-elle me communiquer, pour 2006 et, si possible, pour 2007 également, le nombre de patients qui ont intégré le système du dossier médical global ? Peut-elle ventiler les chiffres par province ou par région ?

Comment la Ministre évalue-t-elle l'évolution de ces chiffres ? Des mesures ou des initiatives sont-elles attendues sur la base de cette évaluation afin d'inciter davantage de patients à intégrer le système ?

Réponse :

Le dossier médical global (DMG) est en croissance constante. Il y en a actuellement 3,1 millions. Le taux de couverture de la population est d'approximativement 30 %.

Le taux de couverture est de 43 % en Flandre, de 18 % en Wallonie et de 15 % à Bruxelles.

La distribution par province en Flandre oscille de 37 % en Brabant flamand à 52 % dans le Limbourg. En Wallonie, la couverture va de 16 % en province de Luxembourg à 20 % dans la province de Namur.

Province	Total	% DMG/hab.
Anvers	744 719	44 %
Brabant flamand	387 727	37 %
Brabant wallon	65 985	18 %
Bruxelles-Capitale	151 494	15 %
Flandre occidentale	517 656	45 %
Flandre orientale	559 688	40 %
Hainaut	243 296	19 %
Liège	186 358	18 %
Limbourg	421 709	52 %
Luxembourg	40 894	16 %
Namur	90 600	20 %
Total	3 410 126	32 %
Wallonie	627 133	18 %
Bruxelles-Capitale	151 494	15 %
Flandres	2 631 499	43 %

La couverture par arrondissement montre que cette différence entre la Flandre et le reste du pays est uniforme, comme l'illustre la carte du taux de couverture [1] :

- en bleu : les taux de couvertures inférieurs à 30 % ;
- en rouge : les taux de couvertures supérieurs à 30 %.

Les couleurs foncées représentent les extrêmes : aucun arrondissement ne dépasse 60 % et aucun arrondissement n'est inférieur à 10 %. En Flandre, les arrondissements en tête de liste sont situés dans le Limbourg et à Ypres. En Wallonie, les arrondissements les mieux couverts sont Philippeville, Tournai et Mouscron.

Le niveau global d'adhésion au DMG est encourageant pour un système lancé il y a à peine six ans. Je suis consciente des efforts qui doivent encore être entrepris pour encourager la fidélisation des patients. Je voudrais d'ailleurs vous signaler que le DMG a été récemment valorisé financièrement et qu'il est en plus maintenant prolongé automatiquement chaque année, pour autant que le patient ait eu un contact au courant de l'année précédente. Je suis également consciente des différences qui existent entre les différentes parties du pays.

La Flandre dispose d'une meilleure couverture que Bruxelles et la Wallonie, en partie parce que sa population est plus âgée. En effet, le DMG était initialement prévu pour les patients âgés. Mais ceci n'explique pas complètement le retard de la Wallonie et de Bruxelles. D'autres facteurs jouent un rôle, comme la place du médecin généraliste dans l'offre de soins ou comme des facteurs socioculturels influençant l'adhésion de la population au système.

Pour renforcer et encourager le rôle du médecin de famille, les récents accords médico-mutualistes ont prévu, dès 2008, une augmentation de l'honoraire.

Quant à la sensibilisation de la population, ce sont les mutuelles qui s'en chargent. Pour augmenter cette adhésion, une campagne d'information à grande échelle a été organisée en 2007 à l'initiative de mon prédécesseur, Rudy Demotte. Celle-ci n'a pas encore pu être évaluée.

QUESTION n° 4-541 posée le 3 avril 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Sénateur IDE

(Sénat, session ordinaire 2007-2008)

Dossiers médical global – Taux de couverture – Apport de nuances aux chiffres.

Le dossier médical global (DMG) est un dossier que le médecin conserve pour son patient. Il contient diverses données médicales relatives au patient. Il a pour avantage de faciliter la communication entre les médecins et d'éviter de pratiquer des examens qui auraient déjà été effectués ou des examens inutiles. On évite de cette manière des dépenses inutiles au patient. Ce dossier peut être constitué en concertation avec le médecin et coûte 22,36 EUR par an.

---

[1] Les données demandées par l'honorable Membre lui ont été transmises directement. Étant donné leur nature, elles ne sont pas publiées, mais elles peuvent être consultées au greffe du Sénat.

Il ressort des chiffres émanant de la Mutualité chrétienne et datant du 31 décembre 2007 qu'il y a toujours beaucoup plus de DMG en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Cela confirme mon constat selon lequel la frontière linguistique marque également une rupture médicale, en tout cas une rupture en matière de soins. La Flandre soutient davantage une médecine où le médecin généraliste occupe une place centrale, alors que la Wallonie est davantage favorable à une médecine hospitalocentrique.

Toutefois, ce ne sont que les chiffres de la Mutualité chrétienne. Pour avoir une idée plus précise de la situation et des répercussions de ces différences, je souhaiterais obtenir une réponse aux questions suivantes :

1. Combien de patients disposent-ils en Belgique d'un DMG ?

2. Combien de patients disposent-ils en Flandre d'un DMG ?

3. Combien de patients disposent-ils en Wallonie d'un DMG ?

4. Combien de patients disposent-ils à Bruxelles d'un DMG ?

Réponse :

Le nombre de dossiers médicaux globaux (DMG) (données 2006) est de 3 410 126 pour l'ensemble du pays, dont 2 631 499 en Flandre, 627 133 en Wallonie et 151 494 pour la région bruxelloise. Rapportés à leur population respective, ces chiffres représentent un taux de couverture par habitant de 30 % pour l'ensemble du pays, avec les ventilations suivantes par région : 43 % en Flandre, 18 % en Wallonie et 15 % à Bruxelles.

Ces chiffres doivent cependant être nuancés :

- Le taux de couverture réel est plus élevé, car le DMG n'est proposé qu'aux patients du régime général.

- La Flandre dispose d'une meilleure couverture que Bruxelles et la Wallonie, en partie parce que sa population est plus âgée. En effet le DMG était initialement prévu pour les patients âgés avant d'être élargi à tous les patients.

Mais ceci n'explique pas complètement le retard de la Wallonie et de Bruxelles. D'autres facteurs jouent comme la place du médecin généraliste dans l'offre de soins, ou des facteurs socioculturels influençant l'adhésion de la population au système.

J'attire d'ailleurs l'attention sur le fait que ce n'est pas parce que le DMG n'est pas facturé que le médecin ne dispose pas d'un dossier pour son patient et que ce dernier n'est pas suivi correctement. En effet les chiffres en notre possession soutiennent l'hypothèse que les francophones fréquentent autant leur médecin de famille que les néerlandophones : en 2005, 68 % de la population a eu un contact au moins avec un médecin de famille ; en Flandre ils étaient 70 %, en Wallonie, 67 %. Par contre il est vrai que dans les grandes villes comme Bruxelles ce taux de fréquentation est nettement moins élevé, à savoir 56 %.

Pour conclure, je considère que ces niveaux globaux d'adhésion au DMG sont encourageants pour un système lancé voici à peine six ans et je suis consciente des différences qui existent entre les différentes parties du pays et des efforts qui doivent encore être entrepris pour encourager la fidélisation des patients.

Les efforts récents ciblés sur les médecins et sur les patients devraient encore améliorer les taux de couverture :

- Pour renforcer et encourager le rôle du médecin de famille les récents accords médico-mutualistes ont prévu pour 2008 une augmentation de l'honoraire.

- Quant à la sensibilisation de la population, ce sont les mutuelles qui s'en chargent. Pour augmenter cette adhésion, une campagne d'information grand public a été organisée en 2007 à l'initiative de mon prédécesseur, Rudy Demotte. Celle-ci n'a pas encore pu être évaluée.

QUESTION n° 23 posée le 11 avril 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant NOLLET

(Bulletin n° 021, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 4590)

Médicaments génériques et copies – Politique.

A l'heure où les médicaments représentent 19 % du coût des soins de santé et au moment, où l'on parle de plus en plus de la précarité des Belges, il est important de contrôler le coût des médicaments.

Un des procédés visant à limiter les coûts au consommateur est le médicament générique. Le médicament générique est apparu sur le marché afin d'instaurer une concurrence sur les marchés monopolistiques. Cette concurrence a pour effet de faire diminuer le coût des médicaments au patient et de créer ainsi une alternative moins onéreuse pour ceux-ci.

Ce système entraîne aussi la stimulation des services de recherche.

Cependant, on apprend, dans la presse du 23 octobre 2007, que pour la première fois depuis 2001, les parts de médicaments génériques en Belgique diminuent. En effet, la Fédération des entreprises de médicaments génériques (FeBelGen) a enregistré une chute de un point de pourcentage par rapport à l'année 2006.

Pour rappel les parts de marché des médicaments génériques en 2001 étaient de 2 % et ont progressé jusqu'à atteindre 10 % l'année dernière. Cette année, elles sont redescendues à 9 %.

En Belgique, les prescriptions de médicaments génériques représentent 14 % des prescriptions. En Allemagne, les parts de prescriptions de médicaments génériques sont de 40 % et proches de 50 % en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas.

Votre prédécesseur, M. Demotte, avait incité les médecins à prescrire de plus en plus de médicaments génériques. Il semblerait que cette incitation se soit quelque peu estompée ces derniers mois.

1. Quelle politique envisagez-vous mener en matière de médicaments génériques, tout en permettant une indépendance de travail pour les médecins ?

2. Pourriez-vous communiquer l'impact qu'aura eu la chute des parts de marchés des génériques pour l'année 2007 sur le budget soins de santé ?

Réponse :

Avant de répondre aux questions posées, je voudrais d'abord vous signaler que les chiffres dont dispose mon administration ne confirment pas les informations selon lesquelles la part des génériques serait en recul en 2007.

Sur la base des dernières données Pharmanet (délivrances jusqu'en novembre 2007 inclus — médicaments remboursés délivrés en officines publiques), la part des génériques et des copies a augmenté en 2007 par rapport à l'année précédente. En volume (nombre de *Defined Daily Dose* ou DDD), elle est passée depuis 2006 de 23,1 % à 24,1 %. En montant brut (dépenses totales), elle est passée de 11,9 % à 12,1 %. Quant au secteur hospitalier, la part des génériques et copies y a également progressé en 2007 (données IMS en chiffre d'affaires).

1. Pour moi, la progression des génériques est une opportunité pour alléger les tickets modérateurs des patients et dégager des moyens pour permettre le remboursement de nouveaux médicaments innovants. À prix égal, je ne fais cependant pas de distinction entre le statut — original, générique ou copie — d'un médicament. Ce sont les médicaments «bon marché» qui doivent être encouragés, non les seuls génériques.

Les mesures qui ont eu un impact ces dernières années sur les génériques (système du remboursement de référence, prescriptions bon marché, prescriptions en DCI) ont produit des résultats très importants (réduction des coûts moyens des médicaments), non seulement grâce à la progression des génériques et des copies, mais également par la pression accrue sur les prix des spécialités originales comparables. En 2007, le coût moyen par DDD des spécialités originales ayant des génériques comparables représente 65 % du niveau de 2001, ce qui est en grande partie une conséquence des mesures précitées.

Vu les impacts positifs de ces mesures, elles seront certainement poursuivies dans les prochaines années, voire intensifiées.

2. N'ayant pas constaté de chute de parts de marché, comme expliqué en introduction, je ne peux répondre à votre question.

Je peux cependant vous informer que j'ai l'intention d'exécuter les objectifs du gouvernement, explicitement repris dans sa déclaration gouvernementale, et de continuer à renforcer les investissements et les efforts existants dans le domaine des médicaments génériques et des copies en fonction de l'optimisation des moyens financiers de la sécurité sociale.