Parlementaire vragen en antwoorden

VRAAG nr. 4-130, op 14 januari 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de heer IDE, Senator

(Senaat, gewone zitting 2007-2008)

Invaliditeit – Werkhervatting met toestemming van de adviserend geneesheer – Aantal gerechtigden op 31 december 2006 – Cumul en beroepsinkomen – Vakantiedagen.

Deze vraag handelt over mensen die na één jaar arbeidsongeschiktheid overstappen naar de invaliditeit in het kader van de ziekteverzekering. Bij deze mensen zijn er na verloop van tijd ook mensen die opnieuw op de arbeidsmarkt komen, meestal halftijds en uiteraard na de goedkeuring van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) op basis van een voorbereidend dossier van de adviserend geneesheer. Deze mensen krijgen voor de werkprestaties een halftijds loon. Via een attest van de werkgever krijgen ze een ziekte-uitkeringsaanvulling via het ziekenfonds.

Graag kreeg ik van de geachte Minister een antwoord op de volgende vragen:

1. Hoeveel mensen vallen onder deze regeling?

2. Hoeveel mensen vallen in Vlaanderen onder deze regeling?

3. Hoeveel mensen vallen in Wallonië onder deze regeling?

4. Hoeveel mensen vallen in Brussel onder deze regeling?

5. De uitkeringsaanvulling is gebaseerd op het loon. Iemand die progressief wordt tewerkgesteld kan nooit meer verdienen. Wat erbij komt aan de ene kant (loon), gaat eraf aan de andere kant (invaliditeitsuitkering). Aangezien de indexering van het loon sneller gaat dan de indexering van de aanvulling, vermindert de uitkering sneller en vermindert bijgevolg ook de koopkracht van deze mensen. Wat kan hieraan gedaan worden?

6. Het systeem van progressieve tewerkstelling is in het leven geroepen om mensen opnieuw voltijds te integreren op de arbeidsmarkt. Sommigen komen echter om gezondheidsredenen niet meer in aanmerking voor voltijdse arbeid. Is het niet mogelijk om voor deze mensen een apart systeem te creëren?

7. Bij progressieve tewerkstelling wordt ook verlof opgenomen bij de werkgever. De werknemer neemt halve dagen verlof. Tijdens deze verlofdagen wordt evenwel geen invaliditeitsuitkering voorzien. Bijgevolg krijgt de werknemer tijdens deze verlofperiode enkel een loon voor de halftijdse arbeid en wordt dit niet aangevuld met een uitkering. Hierdoor verliezen deze mensen bijna een volledige maand (20 dagen) aan uitkeringen. Wordt er een systeem voorzien om de betrokkenen op de een of andere manier te compenseren?

Antwoord:

1. tot 4. Het aantal gerechtigden dat met toestemming van de adviserend geneesheer een activiteit heeft hervat (art. 100, § 2, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.7.1994) bedraagt op 31 december 2006 per regio:

- Brussel: 899;
- Vlaanderen: 10 451;
- Wallonië: 4 007;
- Onbekend: 61;
- Totaal: 15 418.

5. De uitkering van een arbeidsongeschikt erkende persoon wordt berekend op basis van het loon dat de betrokkene verdient bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid.

Wanneer de gerechtigde een inkomen verdient uit de toegelaten activiteit, wordt dit volgens de cumulatiebepaling van artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, (gedeeltelijk) aangerekend op het bedrag van zijn uitkeringen. Deze bepaling werd aangepast met het oog op een beter aanrekeningsmechanisme:

a) Het bedrag van de socialezekerheidsbijdragen als werknemer wordt niet meer in aanmerking genomen als een inkomen.

b) Op de overschrijding door het dagbedrag van het beroepsinkomen van opeenvolgende schijven van 10,41 EUR wordt een verschillend percentage toegepast om de vermindering te berekenen:

- eerst schijf van 10,41 EUR: 0%;
- tweede schijf van 10,41 EUR: 25%;
- derde schijf van 10,41 EUR: 50%;
- vierde schijf: hoger dan het totaal van de vorige schijven: 75%.

Het bedrag van de inkomensschijf wordt geïndexeerd zoals de uitkeringen.

6. Hoewel een progressieve werkhervatting kan leiden tot een voltijdse integratie van de betrokkene op de arbeidsmarkt, is dit geen vereiste om een toegelaten activiteit te kunnen hervatten. Een hervatting is mogelijk wanneer de betrokkene vanuit medisch oogpunt nog een vermindering van zijn vermogen behoudt van 50% en de activiteit verenigbaar is met zijn gezondheidstoestand. Een gerechtigde kan ook een activiteit hervatten als vrijwilliger of een onbezoldigde activiteit.

7. Vóór 1 januari 2006 werden de uitkeringen geweigerd voor de vakantiedagen voortvloeiend uit de toegelaten activiteit. Wanneer de betrokkene echter een beperkte activiteit uitoefende, stond de weigering van de uitkeringen (berekend op het loon bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid) voor deze dagen niet in verhouding tot het bedrag aan vakantiegeld voor die dagen (vakantiegeld op basis van het deeltijds loon).

Vanaf 1 januari 2006 werd de weigeringsregel vervangen door een nieuwe bepaling. Voor de invalide gerechtigde die een toegelaten activiteit hervat heeft, wordt voor de vakantiedagen het bedrag van de uitkering waarop hij recht zou hebben indien hij geen toegelaten activiteit hervat had, verminderd met de dubbele waarde van het beroepsinkomen van die maand, in werkdagen gewaardeerd, zonder toepassing van de inkomensschijven.

VRAAG nr. 4-132, op 14 januari 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de heer IDE, Senator

(Senaat, gewone zitting 2007-2008)

Uitkeringsverzekering – Bepaling van de gezinssituatie van de gerechtigde op basis van het inkomen van de gezinsleden – Grensbedragen – Onderscheid tussen beroeps- en vervangingsinkomen.

Deze vraag handelt over het formulier 225 voor de bepaling van de gezinslast. Dit formulier maakt een onderscheid tussen een beroepsinkomen en een vervangingsinkomen.

Wanneer de partner van een invalide een vervangingsinkomen geniet dat lager ligt dan 758,63 EUR, dan kan de invalide persoon genieten van 65% van het brutoloon. Ligt dit bedrag hoger, dan heeft de betrokkene recht op 40%.

Heeft de partner een beroepsinkomen, dan is het grensbedrag 1 283,91 EUR. Is het inkomen van de partner hoger, dan heeft de betrokken invalide persoon recht op 40%. Ligt het beroepsinkomen tussen de twee eerder vermelde bedragen, dan heeft men recht op 50%. Ligt het lager dan 758,63 EUR dan heeft men recht op 65%.

Het dient nog gezegd dat er vroeger geen onderscheid werd gemaakt tussen de verschillende soorten inkomens. Dit verschil werd in het leven geroepen om mensen die werken toch nog een financieel voordeel te verschaffen.

Wat is de achterliggende gedachte achter het gemaakte onderscheid tussen een beroepsinkomen en een vervangingsinkomen?

Wordt er iets gedaan om deze discriminatie weg te werken?

Antwoord:

De arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen die in het kader van de uitkeringsverzekering worden uitbetaald zijn afhankelijk van de gezinssituatie van de gerechtigde. Om na te gaan of een gerechtigde personen ten laste heeft, wordt rekening gehouden met het inkomen van de gezinsleden. Indien het inkomen van de persoon ten laste hoger is dan een bepaald grensbedrag (momenteel 758,63 EUR) verliest de gerechtigde de gezinslast en wordt hij als samenwonende beschouwd. Sinds 1 juli 2004 is echter een tweede grensbedrag vastgelegd (momenteel 1 283,91 EUR). Wanneer het inkomen van de persoon ten laste samengesteld is uit beroepsinkomsten waarvan het bedrag ligt tussen de twee grensbedragen, wordt de gerechtigde niet meer beschouwd als samenwonende, maar gelijkgesteld met een alleenstaande gerechtigde.

De maatregel is beperkt tot de beroepsinkomsten van de persoon ten laste en heeft geen betrekking op de vervangingsinkomens, gezien de doelstelling ervan is om werkloosheidsvallen te vermijden. De bepaling vermijdt dat de ontwikkeling van de activiteiten van de persoon ten laste worden afgeremd of gestopt.

Een veralgemening naar alle inkomsten werd besproken door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers binnen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Er dient echter aan herinnerd te worden dat reeds een aantal herwaarderingsmaatregelen genomen werden voor de dienstjaren 2007 en 2008. Zo werd het grensbedrag van de inkomsten voor personen ten laste vanaf 1 september 2007 verhoogd met 2%. Eén mogelijke veralgemening naar alle inkomsten en de financiële weerslag van dergelijke maatregel zouden eventueel besproken kunnen worden tijdens de onderhandelingen met de sociale partners over de maatregelen inzake het koppelen aan de welvaart van de uitkeringen voor de jaren 2009 en 2010.

VRAAG nr. 4-536, op 3 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de heer BUYSSE, Senator

(Senaat, gewone zitting 2007-2008)

Globaal medisch dossier – Dekkingsgraad per provincie en per gewest.

Graag had ik van de geachte minister de cijfers gekregen van het aantal patiënten dat zich in 2006 en, indien mogelijk, ook in 2007 heeft ingeschreven in het systeem van het globaal medisch dossier. Gelieve de cijfers op te splitsen per provincie of per gewest.

Hoe evalueert zij de evolutie in deze aantallen, en worden op basis van die evaluatie maatregelen of initiatieven verwacht om nog meer patiënten aan te zetten om in het systeem te stappen?

Antwoord:

Het globaal medisch dossier (GMD) kent een constante groei. Er zijn momenteel 3,1 miljoen GMD's. De dekkingsgraad van de bevolking bedraagt ongever 30%.

De dekkingsgraad bedraagt 43% in Vlaanderen, 18% in Wallonië en 15% in Brussel.

De uitsplitsing per provincie in Vlaanderen levert cijfers op tussen 37% in Vlaams-Brabant en 52% in Limburg. In Wallonië bedraagt de dekkingsgraad tussen 16% in de provincie Luxemburg en 20% in de provincie Namen.

Provincie	Totaal	% GMD/woon.
Antwerpen	744 719	44%
Vlaams-Brabant	387 727	37%
Waals-Brabant	65 985	18%
Brussel Hoofdstad	151 494	15%
West-Vlaanderen	517 656	45%
Oost-Vlaanderen	559 688	40%
Henegouwen	243 296	19%
Luik	186 358	18%
Limburg	421 709	52%
Luxemburg	40 894	16%
Namen	90 600	20%
Totaal	3 410 126	32%
Wallonië	627 133	18%
Brussel Hoofdstad	151 494	15%
Vlaanderen	2 631 499	43%

De dekking per arrondissement toont dat dit verschil tussen Vlaanderen en de rest van het land uniform is, zoals blijkt uit de kaart van de dekkingsgraden[1]:

- in blauw: de dekkingsgraden onder 30%;
- in rood: de dekkingsgraden van meer dan 30%.

De donkere kleuren stellen de uitersten voor: geen enkel arrondissement overschrijdt het percentage van 60% en geen enkel arrondissement heeft een dekkingsgraad die lager is dan 10%. In Vlaanderen voeren de arrondissementen in Limburg en het arrondissement van Ieper de lijst aan. In Wallonië hebben de arrondissementen van Philippeville, Doornik en Moeskroen de hoogste dekkingsgraad.

Het globale toetredingsniveau tot het GMD is bemoedigend voor een systeem dat amper zes jaar geleden is opgestart. Ik besef welke inspanningen er nog nodig zijn om de patiënten met dit systeem vertrouwd te maken. Ik ben me eveneens bewust van de verschillen tussen de verschillende delen van het land. Ik wijs u er trouwens op dat het GMD recent financieel gevaloriseerd werd en dat het thans daarenboven elk jaar automatisch wordt verlengd, voor zover de patiënt een contact had in de loop van het jaar voordien. Ik ben me eveneens bewust van de verschillen tussen de verschillende delen van het land.

Vlaanderen beschikt over een hogere dekkingsgraad dan Brussel en Wallonië, voor een deel omdat de bevolking er ouder is. Het GMD was immers in het begin voor oudere patiënten bedoeld. Maar dit verklaart onvoldoende de achterstand van Wallonië en Brussel. Andere factoren spelen eveneens een rol, zoals de plaats van de huisarts in het zorgaanbod of de socioculturele factoren die de toetreding van de bevolking tot het systeem beïnvloeden.

In de recente akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen is vanaf 2008 voorzien in een verhoging van het honorarium om de rol van de huisarts te versterken en te bevorderen.

De ziekenfondsen zijn verantwoordelijk voor de bewustmaking van de bevolking. In 2007 is er op initiatief van mijn voorganger Rudy Demotte een grootschalige informatiecampagne georganiseerd om die toetreding te bevorderen. Die campagne heeft men nog niet kunnen evalueren.

VRAAG nr. 4-541, op 3 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de heer IDE, Senator

(Senaat, gewone zitting 2007-2008)

Globaal medisch dossier – Dekkingsgraad – Nuancering cijfergegevens.

Het globaal medisch dossier (GMD) is een dossier dat de arts voor zijn patiënt bijhoudt. In dit dossier bevinden zich allerlei medische gegevens in verband met de patiënt. Dit heeft als voordeel dat de communicatie tussen artsen gemakkelijker wordt, en dat onnodige en dubbele onderzoeken vermeden worden. Op die manier wordt de patiënt onnodige uitgaven bespaard. Dit dossier kan in overleg met de arts aangelegd worden en kost 22,36 EUR op jaarbasis.

---

[1] De door het geachte lid gevraagde gegevens werden hem rechtstreeks meegedeeld. Gelet op de aard ervan worden zij niet gepubliceerd, maar liggen zij ter inzage bij de griffie van de Senaat.

Uit de cijfers van de Christelijke Mutualiteiten van 31 december 2007 blijkt dat er nog steeds veel meer mensen met een GMD zijn in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel. Dit bevestigt mijn stelling dat de taalgrens in weze ook een medische breuklijn, zeg maar zorggrens, is. Vlaanderen steunt inderdaad meer op een geneeskunde waarvan de huisarts de spil is, terwijl Wallonië zich meer schaart achter een hospitalo-centrische geneeskunde.

Dit zijn echter enkel de cijfers van de Christelijke Mutualiteiten. Om een ruimer beeld te krijgen op de situatie, en de gevolgen hiervan beter te kunnen inschatten, had ik graag een antwoord gekregen op de volgende vragen:

1. Hoeveel patiënten beschikken in België over een GMD?

2. Hoeveel patiënten beschikken in Vlaanderen over een GMD?

3. Hoeveel patiënten beschikken in Wallonië over een GMD?

4. Hoeveel patiënten beschikken in Brussel over een GMD?

Antwoord:

In België zijn er in totaal 3 410 126 globale medische dossiers (GMD), waarvan 2 631 499 in Vlaanderen, 627 133 in Wallonië en 151 494 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (gegevens 2006). In verhouding tot hun respectieve bevolking vertegenwoordigen die cijfers een dekkingsgraad per inwoner van 30% voor het hele land, met de volgende uitsplitsingen per gewest: 43% in Vlaanderen, 18% in Wallonië en 15% in Brussel.

Die cijfers moeten echter worden genuanceerd:

- De reële dekkingsgraad ligt hoger, want het GMD wordt enkel voorgesteld aan de patiënten van de algemene regeling.

- Vlaanderen heeft een betere dekking dan Brussel en Wallonië, deels omdat de Vlaamse bevolking ouder is. Het GMD was oorspronkelijk immers bedoeld voor oudere patiënten; pas later werd het uitgebreid tot alle patiënten.

Dat verklaart echter niet volledig de achterstand van Wallonië en Brussel. Andere factoren spelen hierbij een rol, zoals de plaats van de huisarts in het zorgaanbod of socioculturele factoren die de toetreding van de bevolking tot het systeem beïnvloeden.

Trouwens vestig ik de aandacht erop dat wanneer het GMD niet wordt gefactureerd, het niet betekent dat de arts niet beschikt over een dossier voor zijn patiënt en dat die patiënt niet correct wordt gevolgd. De cijfers waarover wij beschikken, staven immers de hypothese dat de Franstaligen hun huisarts evenveel raadplegen als de Nederlandstaligen: in 2005 had 68% van de bevolking minstens één contact met een husiarts, in Vlaanderen bedroeg het percentage 70%, in Wallonië 67%. Het is daarentegen waar dat die frequentiegraad duidelijk minder hoog is in de grote steden zoals Brussel, namelijk 56%.

Tot slot vind ik dat die globale niveaus van toetreding tot het GMD bemoedigend zijn voor een systeem dat nauwelijks zes jaar geleden werd ingevoerd, en ik ben mij bewust van de verschillen die tussen de verschillende landsdelen bestaan en van de inspanningen die nog moeten worden geleverd om de patiëntenbinding aan te moedigen.

De recente inspanningen die worden toegespitst op de artsen en de patiënten, zouden de dekkingsgraden nog moeten verbeteren:

- Om de rol van de huisarts te versterken en aan te moedigen, is in de recente akkoorden tussen de geneesheren en de ziekenfondsen voor 2008 een verhoging van de honoraria gepland.

- De ziekenfondsen zijn belast met de sensibilisering van de bevolking. Om het aantal toetredingen tot het GMD te vergroten, werd er in 2007 op initiatief van mijn voorganger Rudy Demotte een informatiecampagne voor het grote publiek georganiseerd. Die campagne kon nog niet worden geëvalueerd.

VRAAG nr. 23, op 11 april 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de heer NOLLET, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 021, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 4590)

Generische middelen en kopieën - Beleid.

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

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

Dit systeem stimuleert ook het onderzoek.

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

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

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

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

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

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

Antwoord:

Vooraleer te antwoorden op de gestelde vragen wens ik eerst te melden dat de getallen die ter beschikking staan van mijn administratie, de informatie over een terugval van het aandeel generieken in 2007 niet bevestigen.

Op basis van de laatste Farmanetgegevens (afleveringen tot in november 2007 – vergoedbare geneesmiddelen afgeleverd in openbare officina's) is het aandeel van generieken en kopieën in 2007 gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor. In volume (aantal *Defined Daily Dose* of DDD) is dat aandeel sinds 2006 van 23,1% naar 24,1% gegaan. In brutobedrag (totale uitgaven) is het gestegen van 11,9% naar 12,1%. Wat de ziekenhuissector betreft, is het aandeel van generieken en kopieën er eveneens op vooruitgegaan in 2007 (gegevens IMS volgens de omzet).

1.Voor mij is de opmars van de generieken een mogelijkheid om de persoonlijke aandelen van de patiënten te verlichten en middelen vrij te krijgen om de vergoedbaarheid van nieuwe innoverende geneesmiddelen toe te laten. Bij een gelijke prijs maak ik echter geen verschil tussen het statuut – origineel, generiek of kopie – van een geneesmiddel. Het zijn de "goedkope" geneesmiddelen die moeten bevorderd worden, niet alleen de generieken.

De maatregelen die deze laatste jaren een invloed hadden op de generieken (systeem van de referentieterugbetaling, goedkoop voorschrijven, voorschrijven op stofnaam) hebben belangrijke resultaten opgeleverd (vermindering van de gemiddelde kost van de geneesmiddelen), niet alleen dankzij de opmars van de generieken en kopieën maar eveneens door de verhoogde druk op de prijzen van de vergelijkbare originele specialiteiten. In 2007 vertegenwoordigde de gemiddelde kost per DDD van originele specialiteiten die vergelijkbare generieken hebben, 65% van het niveau van 2001, wat in hoofdzaak een gevolg is van de voornoemde maatregelen.

Gezien de positieve impact van die maatregelen zullen deze in de volgende jaren zeker en vast opgevolgd, zo niet opgedreven worden.

2.Aangezien ik, zoals uitgelegd in de inleiding, geen ineenstorting van marktaandelen vaststelde, kan ik uw vraag niet beantwoorden.

Ik kan u echter wel zeggen dat ik de intentie heb om de objectieven van de regering die uitdrukkelijk opgenomen zijn in haar regeringsverklaring uit te voeren en om de investeringen en de bestaande inspanningen op het vlak van de generische geneesmiddelen en kopiegeneesmiddelen in functie van het optimaal gebruik van de financiële mogelijkheden van de sociale zekerheid verder te zetten en te versterken.