Parlementaire vragen en antwoorden

VRAAG nr. 4-1294, op 24 juli 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. STEVENS, Senator

(Senaat, gewone zitting 2007-2008)

Forfait voor chronisch zieken – Aantallen 2002-2007.

Graag kreeg ik een antwoord op volgende vragen:

1. Hoeveel personen kwamen de laatste vijf jaren in aanmerking voor de forfaitaire tegemoetkoming aan chronisch zieken?

2. Is het mogelijk de gevraagde cijfers te bezorgen uitgesplitst per jaar en per gewest (Vlaanderen, Brussel, Wallonië)?

3. Welke interpretatie geeft de geachte minister aan de chronologische evolutie van dit cijfermateriaal?

Antwoord:

1. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen het aantal forfaits voor chronisch zieken dat is geboekt over de periode 2002 tot 2007 en het aantal forfaits voor chronisch zieken dat is verricht over de periode 2002 tot 2007.

1.1. Het aantal forfaits dat over de periode 2002 tot 2007 is geboekt, is vermeld in de onderstaande tabel:

	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
	128 911	195 033	169 967	206 464	177 073	167 663
Evolutie		51,00%	-13,00%	21,00%	-14,00%	-5,00%

Onder tijdens een jaar x geboekte forfaits moet worden verstaan de tijdens het jaar x geboekte forfaits, ongeacht of ze zijn verricht tijdens het jaar x of tijdens een vorig jaar.

1.2. Het aantal chronische forfaits dat over de periode 2002 tot 2007 is verricht, is vermeld in de onderstaande tabel:

	Totaal verricht (x+(x+1))				
	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
	171 493	173 562	197 907	198 022	146 182
Evolutie		1,00%	14,00%	0,00%	-26,00%

Onder tijdens een jaar x verrichte forfaits moet worden verstaan de forfaits die zijn toegekend in de loop van een jaar x en die zijn geboekt tijdens het jaar x en het jaar (x+1).

2. De uitsplitsing per gewest is vermeld in onderstaande tabel:

	Totaal verricht (x+(x+1))	
	2006	
Brussel	12 092	8,27%
Vlaanderen	85 981	58,82%
Wallonië	48 109	32,91%
	146 182	

Op grond van de gegevens waarover het RIZIV beschikt voor de jaren vóór 2006 kan geen betrouwbare regionale uitsplitsing worden gegeven.

3. De achterstand in de boeking van de forfaits voor chronisch zieken noodzaakt, zoals blijkt uit de vergelijking van de gegevens 1.1 en 1.2, dat de analyse van de chronologische reeks gebaseerd moet zijn op de verrichte gegevens en niet op de geboekte gegevens.

Uit de analyse van de verrichte gegevens blijkt dat het optrekken, op 1 januari 2003, van de grensbedragen voor de remgelden die moesten worden bereikt, ertoe had geleid dat de evolutie van de uitgaven tot 1% is beperkt gebleven. In 2004 werd een stijging met 14% genoteerd en in 2005 een nulgroei. De bezuinigingsmaatregelen die op 1 januari 2006 in werking zijn getreden, hebben geleid tot een negatieve evolutie van de uitgaven.

VRAAG nr. 256, op 10 juli 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door de h. CRUCKE, Volksvertegenwoordiger

(Bulletin nr. 034, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 8522)

Geneesmiddel – Terugbetaling.

"T." is een nieuw, bijzonder performant geneesmiddel dat gebruikt wordt voor het vertragen van de voortgang van multiple sclerose. De door het RIZIV opgelegde voorwaarden voor de terugbetaling van het geneesmiddel zijn echter dusdanig restrictief dat veel patiënten – acht op tien ! – momenteel uitgesloten worden van een nochtans aanmoedigende en veelbelovende behandeling.

De behandeling zou tweemaal efficiënter zijn bij het afremmen van de ziekte en veel minder schadelijk zijn dan een behandeling met cortisone, maar hoewel de behandeling sinds begin dit jaar toegankelijk is voor de Belgische patiënt, krijgt die ze niet terugbetaald zonder radiologisch onderzoek waaruit duidelijk het contrastbeeld van een plaque blijkt.

Volgens de specialisten, in het bijzonder de neurologen, is een dergelijk onderzoek niet onontbeerlijk om met zekerheid een MS-diagnose te stellen, er bestaan andere betrouwbare middelen.

1. Wat brengt het RIZIV ertoe om terugbetalingsvoorwaarden op te leggen die *de facto* de meeste kandidaten uitsluiten van het gebruik van het nieuwe geneesmiddel?

2.

a) Welk radiologisch onderzoek is nodig en wetenschappelijk aangewezen?

b) Volstaat de diagnose van multiple sclerose – op zich al voldoende zwaar om dragen – niet om het recht op dit geneesmiddel en de terugbetaling ervan te verkrijgen?

Is die moeilijk te verkrijgen terugbetaling geen tweede onrechtvaardigheid die de zieken echt kunnen missen?

3.

a) Overweegt u een versnelde procedure voor de herziening van de terugbetalingscriteria zodat T. voor meer patiënten toegankelijk is?

b) Worden er andere maatregelen genomen om de toegang tot dit geneesmiddel te verbeteren?

c) Zo ja, welke?

Antwoord:

De Commissie voor tegemoetkoming van geneesmiddelen (CTG) heeft gezocht naar de meest gunstige verhouding van de voordelen en risico's van de specialiteit T. Momenteel is er een beperkte evidentie voor het gebruik van T. in de betrokken multiple sclerose-indicaties.

In het klinische ontwikkelingsprogramma van T. werd er geen vergelijkend onderzoek uitgevoerd met de huidige beschikbare specialiteiten (interferon-beta en glatirameer). Uit indirecte vergelijking kan geconcludeerd worden dat T. actief is wat betreft het verminderen van het aantal exacerbaties van een MS-patiënt. Maar anderzijds is het risico op ernstige bijwerkingen groter dan voor de momenteel beschikbare geneesmiddelen (interferon-beta en glatirameer).

Omwille van het feit dat het klinische ontwikkelingsprogramma van T. is onderbroken gedurende meer dan een jaar door het optreden van een ernstige virale herseninfectie met een mogelijke fatale afloop, hebben de Europese instanties bij de registratie van T. gevraagd een continu risk-managementplan uit te voeren. Het bedrijf zal hierover jaarlijks verslag uitbrengen aan de Europese instanties.

De beperking tot de patiënten met een duidelijk actief en inflammatoir ziektebeeld is gebeurd na afweging van de therapeutische voor- en nadelen van het gebruik van T. Tijdens de procedure van 180 dagen heeft de aanvrager dit voorstel niet weerlegd, derhalve wordt er van uitgegaan dat de aanvrager met het door de Commissie geformuleerde vergoedingsvoorstel akkoord was.

Op verzoek van meerdere in sclerose gespecialiseerde artsen, heeft de CTG niettemin een specifieke werkgroep opgericht, teneinde de huidige pertinence te onderzoeken van de modaliteiten die werden voorgesteld tijdens het onderzoek van het dossier voor de aanvraag tot toegang tot de terugbetaling.

Deze groep heeft onder meer onderzocht of het nog steeds nodig was om een RMN-examen aan te vragen na 6 maanden behandeling om te evalueren of het pertinent en gerechtvaardigd is de behandeling verder te zetten, zoals dat trouwens is vermeld in de wetenschappelijke nota van T. Het advies van een neuro-radioloog werd gevraagd om de werkgroep hierover te informeren. Een nieuwe vergadering van de werkgroep, samen met de interne experts van de Commissie, is voorzien voor eind september, om te beslissen of een herziening van dit criterium via een artikel 38 gerechtvaardigd is.

De uitbreiding van de vergoedingsmodaliteiten tot andere pathologische situaties en dus tot het toevoegen van andere inlassingscriteria naast die welke reeds weerhouden zijn, vereist daarenboven een formele aanvraag door de firma die de specialiteit in de handel brengt.

Het is ook evident dat de Commissie aandacht zal hebben voor de gegevens die zullen verzameld worden door de registratie van het “risk management” plan en die zullen meegedeeld worden aan de Europese autoriteiten.

Het actuele vergoedingsvoorstel is door de Commissie geformuleerd na consultatie van externe experten.

Tot op vandaag heeft de aanvrager nog geen nieuw dossier ingediend om een uitbreiding van de vergoedingsmodaliteiten te vragen.

VRAAG nr. 260, op 14 juli 2008 aan de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesteld door mevr. GERKENS, Volksvertegenwoordigster

(Bulletin nr. 034, Kamer, gewone zitting 2007-2008, blz. 8524)

Niet-Europese artsen – Gelijkwaardigheid van diploma's – Erkenning van de beroepstitel – Toekenning RIZIV-identificatienummer.

In ons land zijn vaak buitenlandse artsen uit niet-Europese landen te gast.

Aangezien er geen gelijkwaardigheid van diploma's bestaat, wordt hun over het algemeen gevraagd een goed deel van hun studies en hun specialisatie over te doen. Gelet op de quota van de RIZIV-nummers hebben ze overigens weinig kans erin opgenomen te worden.

Dit leidt tot aanzienlijke integratiemoeilijkheden voor artsen die soms voor het overige heel competent zijn. Die artsen moeten vaak met een ondergeschikt vak genoegen nemen zonder dat ze het beroep kunnen uitoefenen waarvoor ze soms meer dan tien jaar opleiding hebben gevolgd.

Het Ministerie van Middenstand organiseert bijvoorbeeld examens die voor een aantal vakken toegang geven tot het beroep en die bedoeld zijn voor personen met een bepaalde ervaring of een beroepsbekwaamheid zonder dat ze daarom over een bewijs van gelijkwaardigheid beschikken. Wanneer men voor dat examen slaagt, krijgt men toegang tot het beroep en kan men in België als zelfstandige het beroep uitoefenen.

De FOD Volksgezondheid zou hetzelfde soort examen kunnen organiseren (desgevallend in samenwerking met de Gemeenschappen) waarmee men hun geschiktheid om hun beroep als huisarts in een eerste fase en vervolgens als specialist uit te oefenen, zou kunnen inschatten. Zo zouden de artsen die slagen voor dat examen, hun beroep als loontrekkende of als zelfstandige arts in België kunnen uitoefenen.

1. Aan de hand van welke criteria wordt beslist welke studies moeten worden overgedaan?

2. Is het niet mogelijk de bekwaamheid van die artsen te evalueren met een examen, om ze vervolgens te vragen de nodige aanvullende studies te doen?

3. De uitreiking van diploma's van dokter in de geneeskunde, chirurgie en verloskunde behoort tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen, bestaan er akkoorden met hen over die problematiek?

4. Hoe kunnen die artsen opgenomen worden in de RIZIV-quota?

Antwoord:

1. De houders van een diploma van arts dat werd behaald buiten de Europese Economische Ruimte en Zwitserland die in België de geneeskunde wensen uit te oefenen, moeten op basis van artikel 49*bis* van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen in eerste instantie een aanvraag indienen tot gelijkwaardigheid van hun diploma bij de Gemeenschappen; slechts na het bekomen van de volledige gelijkwaardigheid kunnen deze personen terecht bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu die de nodige stappen zal ondernemen met het oog op de beroepsuitoefening.

De aanvragen tot gelijkwaardigheid moeten worden ingediend bij het Ministerie van Onderwijs van de Vlaamse of de Franstalige Gemeenschap die de criteria vastlegt met betrekking tot de toekenning van de gelijkwaardigheden. Over welke criteria het echter precies gaat, kan niet nader worden uitgelegd aangezien de federale overheid terzake geen bevoegdheden heeft.

2. In het kader van de Europese richtlijn 2005/36/EG van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties zal er in bepaalde gevallen een bekwaamheidsproef worden uitgewerkt voor de basisartsen wier beroepskwalificaties onder het algemeen stelsel van deze richtlijn vallen. Deze bekwaamheidsproef zal uitgewerkt worden in samenspraak met de drie Gemeenschappen en de Orde der geneesheren en zal enerzijds betrekking hebben op de materies waarvan de kennis een wezenlijke voorwaarde vormt voor de uitoefening van het beroep van arts op Belgisch grondgebied en anderzijds op het bestaande deontologisch kader voor de artsen in België.

In principe zou deze bekwaamheidsproef enkel en alleen gelden voor personen die hun diploma van arts behaalden op het grondgebied van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland, maar het is inderdaad niet uitgesloten dat dit principe wordt uitgebreid naar personen die hun diploma behaalden in een derde land.

Dit laatste zal echter nog aan een diepgaand onderzoek worden onderworpen en een sluitend antwoord op deze vraag is op heden derhalve nog niet mogelijk.

3. Er bestaat geen akkoord tussen de federale overheid en de Gemeenschappen met betrekking tot de invulling van de basisopleiding tot arts.

4. De contingentering van de artsen situeert zich bij de federale overheid ter hoogte van de toegang tot de opleiding die leidt tot de beroepstitel en niet ter hoogte van de erkenning van de beroepstitel zelf op het einde van die opleiding, noch ter hoogte van de aanvraag van een nummer als geneesheer-specialist of huisarts bij het RIZIV. In die zin is er technisch geen sprake van RIZIV-quota.

Voor de meeste beroepstitels krijgen de kandidaten een RIZIV-kwalificatie die aanduidt dat ze in opleiding zijn. Van zodra de opleiding is beëindigd en de arts werkelijk is erkend als geneesheer-specialist of huisarts, wordt deze RIZIV-kwalificatie omgezet tot een definitieve.

Eén van de beroepstitels is deze van huisarts. De huisartsen worden in België beschouwd als een specialisatie. Er is immers een bijkomende opleiding na het behalen van het basisdiploma nodig.

Op dit ogenblik voorziet het Koninklijk besluit betreffende de planning van het medisch aanbod van 12 juni 2008 dat de contingentering enkel van toepassing is op diploma's afgeleverd door de Belgische universiteiten (art. 1, 1°).

Artsen met louter een basisdiploma van geneeskunde vallen sowieso niet onder de contingentering, ongeacht het land waar het diploma werd gehaald. Dit basisdiploma maakt geen enkele terugbetaling mogelijk van bezoeken, consultaties of technische assistentie.

Artsen die een specialisatie halen in het buitenland en van wie de specialisatie als dusdanig door België wordt erkend, zijn niet onderhevig aan de contingentering.