

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 30 MARS 2011

WOENSDAG 30 MAART 2011

Après-midi

Namiddag

La discussion des questions est ouverte à 15 h 28 par M. Hans Bonte, président.

01 Questions jointes de

- **Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le bien-être des animaux" (n° 3479)**
- **Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le bien-être des chiots et des chatons" (n° 3481)**

01.01 Ine Somers (Open Vld): Les risques d'affections, de malformations et de maladies sont plus importants chez les chiens et les chats de race issus de croisements consanguins. L'Union européenne a déjà promulgué une directive et la réglementation a déjà été adaptée en Suède, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Le sort des animaux d'exploitation est dans notre pays une compétence dévolue aux Régions et celui des animaux de compagnie est une compétence fédérale.

J'ai appris qu'un plan d'action est en cours de rédaction sous l'égide du Conseil du Bien-être des animaux.

Où en est le dossier? La ministre peut-elle déjà commenter une série des points d'action proposés? Une concertation est-elle également organisée sur les différents registres généalogiques des chiens de race? Quelles sont les instances scientifiques impliquées? Les Régions sont-elles consultées?

Le traitement des animaux dans certains élevages et points de vente a donné lieu à des plaintes. La Belgique serait une plaque tournante du commerce des chiots et des chatons en provenance de l'ancien bloc de l'Est. Le contrôle serait limité, voire incomplet.

La ministre est-elle au courant? Le contrôle laisse-t-il à désirer? Des actions sont-elles prévues? Les vendeurs particuliers auxquels ne s'applique pas la même réglementation sont-ils également contrôlés? Une politique spécifique ne s'avère-t-elle pas nécessaire pour cette catégorie de vendeurs?

Pour ma deuxième question, je m'en réfère à la maltraitance animale à grande échelle constatée dans une ferme de Dudzele.

La ministre reçoit-elle beaucoup de plaintes de ce genre? Les contrôles doivent-ils être multipliés ou approfondis?

À certains endroits, il est interdit de placer un abri pour les animaux qui restent à l'extérieur, des moutons et des chevaux essentiellement, alors que l'absence d'abri constitue une infraction à la loi sur le bien-être animal.

Ne peut-on donner à un éleveur le droit de construire un abri? Cette éventualité a déjà fait l'objet de

questions au Parlement flamand mais la répartition des compétences en la matière n'est pas très claire.

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Ces dernières années, plusieurs mesures ont été prises en vue d'améliorer les conditions de vie de nos animaux de compagnie et utilitaires. Des contrôles doivent permettre le respect de ces nouvelles normes légales.

Les chiffres relatifs aux contrôles indiquent clairement que l'Inspection du bien-être des animaux fournit de gros efforts en ce sens. Ainsi, le service d'inspection a procédé en 2010 à la saisie de 2 500 animaux et a dressé 360 procès-verbaux et 630 avertissements. L'augmentation sensible du volume de travail ressort également d'une augmentation importante du nombre de plaintes, qui est passé de 610 en 2005 à 1 520 en 2010.

La plupart des plaintes concernent des particuliers et, dans ce cas, les contrôles préventifs se révèlent difficiles.

Les animaux vivant en plein air doivent effectivement disposer d'un abri. La construction d'abris relève de l'aménagement du territoire, qui constitue une compétence régionale. Par ailleurs, la réglementation varie d'une Région à l'autre. Si un propriétaire se voit refuser le droit d'ériger un abri sur sa parcelle, il a toujours la possibilité de planter des abris naturels contre le soleil, comme des arbres ou des haies. À l'hiver, les animaux doivent être hébergés ailleurs, si aucune possibilité d'abri n'est prévue. Cette obligation est conforme à l'avis du Conseil pour le bien-être des animaux concernant les animaux élevés en plein air, approuvé en 2010 après consultation des Régions. Je suis en tout état de cause disposée à examiner cette problématique avec les Régions.

Le Conseil pour le bien-être des animaux s'intéressera au problème des tares héréditaires chez les chiens. Le collaborateur scientifique établira un dossier scientifique qui sera soumis comme base de discussion à un groupe de travail au sein duquel siègeront également des représentants des associations d'éleveurs et des marchands de chiens.

Le dossier a été repris par la Région flamande également et des réunions ont eu lieu à ce niveau avec des représentants du fédéral et les acteurs du secteur. Le bien-être animal est une compétence fédérale, ce qui n'empêche pas une collaboration. La Région ne peut imposer de règles aux éleveurs non affiliés à une association. Dès que le problème sera résolu au niveau régional, des pourparlers pourront débuter à l'échelon fédéral.

Je dispose d'une petite équipe d'inspecteurs-vétérinaires très motivés qui effectuent des contrôles et veillent au respect des dispositions légales en matière de bien-être animal. D'après ces contrôles, la grande animalerie dont il a été question est conforme aux dispositions légales. Les règles du libre échange étant ce qu'elles sont, le commerce ne peut être interdit.

Notre pays est le premier et le seul pays de l'Union européenne à avoir instauré des conditions minimales. Chats et chiens ne peuvent être vendus que s'ils proviennent d'un élevage satisfaisant aux conditions imposées aux éleveurs belges.

Les arrêtés cités par Mme Somers datent d'avant le 1^{er} janvier 2002, date à laquelle l'amélioration des espèces est devenue une compétence régionale. L'échelon fédéral a conservé notamment dans ses attributions les normes et le contrôle des normes relatives à la santé et au bien-être des animaux, ainsi qu'à la qualité des produits d'origine animale en vue d'assurer la sécurité de la chaîne alimentaire.

À l'heure actuelle, des conditions d'agrément sont uniquement imposées aux éleveurs qui élèvent plus de deux nichées de chiens ou de chats par an. Les autres doivent toutefois satisfaire aux conditions générales applicables au commerce des animaux, conformément à la loi relative au bien-être des animaux. Les contrôles chez les particuliers sont principalement effectués à la suite de plaintes ou d'une suspicion d'élevage clandestin.

Je ne suis pas convaincue que les éleveurs particuliers fassent moins bien que les professionnels en termes de bien-être animal. Selon certains spécialistes, la qualité serait même meilleure, notamment du point de vue de la socialisation.

L'incident est clos.

Le **président**: La question n° 3526 de Mme Sarah Smeyers est à nouveau reportée.

02 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le travail à temps partiel et les indemnités d'assurance maladie-invalidité" (n° 3605)

02.01 **Zoé Genot** (Ecolo-Groen!): De nombreux travailleurs engagés à temps partiel sont confrontés au non-paiement des indemnités d'assurance maladie-invalidité. En effet, pour bénéficier de celles-ci, il faut accomplir un stage, valide si, pendant une période de 6 mois, au moins 120 jours ou 400 heures de travail ont été prestés. Il doit également fournir la preuve de paiement de cotisations suffisantes.

Avez-vous connaissance de cette situation?

Quelles sont les pistes pour supprimer ce piège à l'emploi?

02.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*): Pour pouvoir bénéficier des prestations prévues par l'assurance indemnités, la personne doit être titulaire de l'assurance indemnités des travailleurs salariés ou être en chômage contrôlé. Ensuite, elle doit avoir accompli un stage ou bien en être dispensée. En tant que travailleur à temps partiel, elle doit ainsi avoir totalisé au moins 400 heures de travail effectif au cours d'une période de 6 mois. Cette période peut être prolongée jusqu'à un maximum de 18 mois.

Durant ladite période, le travailleur à temps partiel doit également justifier d'un certain montant de salaire. Le montant minimum s'élève, pour un travailleur âgé de 21 ans et plus, à 5 660,96 euros pour l'année civile 2011. Si ce montant n'est pas atteint, il peut toutefois être complété par une cotisation personnelle.

Les conditions d'accomplissement du stage des travailleurs à temps partiel ont été assouplies.

En vertu de la loi du 3 juillet 1978 sur les contrats de travail, la durée hebdomadaire de travail du travailleur à temps partiel convenue dans le contrat de travail ne peut être inférieure à un tiers de la durée hebdomadaire de travail des travailleurs à temps plein de la même catégorie dans l'entreprise, sous réserve d'un arrêté délibéré en Conseil des ministres ou une convention collective de travail prévoyant une dérogation.

02.03 **Zoé Genot** (Ecolo-Groen!): Dans une série de secteurs, on ne raisonne plus en termes de travail mais de mission. Je vais tenter de réunir un certain nombre de cas concrets.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Thérèse Sney et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la situation en matière de dons et de transplantations d'organes en Belgique" (n° 3631)

03.01 **Thérèse Sney et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Pour faire face à la pénurie de donneurs d'organes, l'Académie royale de médecine de Belgique a proposé de retirer de la loi l'article 21 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe, de réévaluer la compensation financière du donneur afin d'encourager les dons entre vifs et de créer un registre national des donneurs vivants en régulant leur suivi médical au long cours.

Que pensez-vous de ces trois propositions? Quelles initiatives pouvez-vous mettre en œuvre pour faire face à cette pénurie?

03.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*): Bien que la Belgique n'ait pas ratifié cette convention, la gratuité du don d'organe figure dans de nombreuses législations à travers le monde et, depuis 1986, dans la loi belge, conformément à une conception du droit estimant le corps humain hors commerce.

L'article 13.4 de la directive européenne 2010/53 relative à la transplantation impose que le prélèvement

d'organes s'effectue sur une base non lucrative.

Une étude a été réalisée sur le coût pour un donneur vivant. Ses résultats doivent être examinés avant d'envisager comment couvrir les frais du donneur.

Vu les principes établis par la directive européenne, la Belgique devra disposer d'un registre de donneurs vivants et d'un système de suivi de ces donneurs. Ces procédures figureront dans la législation transposant la directive.

03.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je tiens à la gratuité et veux éviter la marchandisation du don d'organes mais il faut aussi motiver les donneurs et la prise en charge de leurs frais éventuels.

Vous comptez mettre en œuvre le registre, mais on n'est pas encore au point en matière de dédommagements du donneur d'organe. Il faut clarifier ce point et répondre aux risques encourus pour la santé.

L'incident est clos.

04 Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "des avantages sociaux pour le personnel infirmier" (n° 3632)

04.01 Manu Beuselinck (N-VA): Les médecins peuvent recevoir une allocation dans le cadre de leur statut social et une disposition s'applique aussi aux kinésithérapeutes et aux pharmaciens. Ce n'est pas le cas en ce qui concerne les infirmiers à domicile.

Une disposition dans ce sens est-elle aussi en cours d'élaboration? Quelle serait l'importance de cette allocation et à quelles conditions serait-elle octroyée? Un budget a-t-il été dégagé à cet effet? Quelle instance gère ce budget?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): La commission de conventions "praticiens de l'art infirmier" ne m'a adressé aucune question et n'a fait aucune proposition concernant une mesure instaurant un statut social pour les infirmiers. Aussi un budget n'a-t-il pas été prévu à l'INAMI.

À la suite de l'adoption de la loi-programme du 20 juillet 2006, un Fonds sectoriel pour les infirmiers indépendants a été créé à l'Office national des Pensions. À cette fin, l'INAMI a transféré 3 420 000 euros à l'Office national des Pensions.

04.03 Manu Beuselinck (N-VA): La majorité des infirmiers respecte les accords tarifaires. Ceux-là méritent un statut social.

L'incident est clos.

05 Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les interventions financières en faveur des organisations professionnelles" (n° 3633)

05.01 Manu Beuselinck (N-VA): Depuis peu, quatre mandats sur les seize de la commission de conventions infirmiers ont été attribués aux infirmiers à domicile indépendants. Début 2009, la ministre a déclaré que sa cellule stratégique collaborait avec l'INAMI pour élaborer une formule de financement permettant d'assurer le fonctionnement des fédérations professionnelles représentatives non soumises à la procédure d'élection.

Où en est ce dossier? Quel est le calendrier prévu à cet égard? Les fédérations professionnelles représentatives d'infirmiers indépendants pourront-elles encore prétendre à ce type d'intervention dans le cadre de leur nouvelle formule de financement? Quel est le montant total de ces interventions pour 2008, 2009 et 2010? Quel est le montant par fédération, pour ces mêmes années?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Un tel financement ne s'inscrit pas dans le cadre de la

réglementation INAMI mais ressortit plutôt aux compétences du SPF Santé publique. Le montant de 360 000 euros inscrit dans le budget de l'INAMI devrait alors être transféré.

Le Conseil des ministres se penchera donc prochainement sur une proposition d'arrêté royal. Une nouvelle réunion de concertation entre mes collaborateurs et ceux de la Santé publique est prévue le 30 mars. Il est donc trop tôt pour faire des déclarations sur, par exemple, les conditions auxquelles les organisations professionnelles doivent satisfaire et sur la répartition du montant de l'intervention prévue.

J'ai ici un tableau des données demandées.

Le **président**: La ministre pourrait remettre ce tableau au secrétariat.

05.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Nous attendons l'issue de ces discussions. Toutes les associations professionnelles doivent faire leur travail et ont besoin à cet effet d'une intervention.

L'incident est clos.

06 **Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rôle des pharmaciens dans la prescription de médicaments" (n° 3671)**

06.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Ma question porte sur le rôle des pharmaciens.

La vente d'antidépresseurs a augmenté de 4,3 %, en Belgique, par rapport à 2009. La quantité vendue de somnifères est également en augmentation. Les médecins et les pharmaciens jouent à ce niveau un rôle crucial, puisque ce sont eux qui accompagnent les patients par des conseils sur les exigences spécifiques des médicaments. Les pharmaciens délivrent de plus en plus de médicaments sans ordonnance.

En 2012, il existera un dossier pharmaceutique partagé moyennant l'accord des patients.

Donnera-t-on aux pharmaciens les moyens d'exercer pleinement leur nouveau rôle de conseil? Quelles mesures devraient-elles être prises pour ce faire?

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*): L'arrêté royal du 21 janvier 2009 prévoit, au niveau des pharmacies ouvertes au public, la tenue du dossier de suivi des soins pharmaceutiques à partir du 1^{er} janvier 2012, complétant le dossier dans lequel le pharmacien enregistre l'ensemble des médicaments qu'il délivre au patient. À partir de 2012, il sera enrichi par tous les conseils et avis que le pharmacien aura donnés au patient.

La constitution de ce dossier sera soumise au consentement du patient et, si nécessaire, du médecin. Le développement de ce dossier de suivi des soins pharmaceutiques partagé est encore en discussion entre les associations professionnelles et les acteurs publics. La plate-forme eHealth est gratuite pour tous les utilisateurs.

06.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Il faudra voir comment, dans la pratique quotidienne, ils vont pouvoir consacrer le temps nécessaire pour conseiller un patient.

L'incident est clos.

07 **Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'évolution de la plate-forme eHealth" (n° 3690)**

07.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Il serait utile d'avoir un échange plus général avec les membres de la plate-forme e-Health dans cette commission.

En attendant, l'appel à candidatures pour le recrutement du médecin directeur – en principe francophone – a été publié en décembre 2010.

Y a-t-il des candidats? Dans quels délais peut-on espérer une désignation?

Le Réseau Santé Wallon, que j'ai rencontré le 24 janvier, relie déjà la quasi-totalité des hôpitaux wallons et a pour objectif de s'élargir aux généralistes et spécialistes extra-hospitaliers via une application basée sur des *web services* standardisés. Vu son succès et ses performances, ce modèle devrait être utilisé sur l'ensemble du territoire belge. Cependant, l'architecture existante, basée sur des sites web répondant à des collectes spécifiques de données (registre du cancer, défibrillateurs cardiaques, etc.), ne permet pas aux médecins de transférer des données depuis les logiciels qu'ils utilisent et exige beaucoup de temps de réencodage. Une connexion par *web services* serait préférable.

Si on fonctionne par sites web, on a une approche saucissonnée de la santé plutôt que des informations accessibles et connectées par le dossier médical. Or la mission de eHealth est de jouer un rôle central pour une prestation de services et un échange électronique efficace, effectif et sécurisé. La démarche évolue-t-elle dans ce sens? Quel est le nombre d'utilisateurs de ces sites web à valeur ajoutée qui utilisent la plateforme eHealth?

En inter-hospitalier, le Réseau Santé Wallon a arrêté le déploiement de sa plateforme notamment parce qu'il y a une divergence de vues entre un consentement du patient selon le mode *opt in* ou *opt out*. Le comité de gestion de eHealth aurait choisi un système *opt in* enregistré par les prestataires, mais sans signature du patient. Comment garantir au patient qu'il y aura transmission de ses données médicales aux différents prestataires de soins intervenants?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): En ce qui concerne la vacance d'emploi de directeur général de la section "Gestion des programmes, des projets, des clients", elle a été publiée au *Moniteur belge* du 20 décembre 2010. L'administrateur délégué du Selor nous a averti qu'aucune personne remplissant les conditions ne s'était présentée. Le 11 février, le comité de gestion de la plateforme eHealth a décidé que tous les canaux devaient être utilisés pour informer un maximum de candidats et a demandé au Selor de publier un deuxième appel.

Le projet *hub & metahub* a pour but de permettre à un prestataire de soins de consulter l'ensemble des documents médicaux électroniques d'un patient, indépendamment de leur lieu de stockage et du point d'entrée dans le système. L'objectif est l'échange de données pour la continuité des soins, sans centralisation et au travers des relais locaux ou régionaux. Ce système est lié à l'instauration du répertoire des références, qui est la clef de voûte du système. Le choix s'est porté sur un système nécessitant le consentement explicite du patient avant que les références ne puissent être consultées dans le répertoire. Cette solution ne requiert pas la signature effective du patient, mais uniquement un enregistrement explicite de son consentement. Aucun document papier ne doit être conservé. Par ailleurs, le patient dispose, à tout moment, de la possibilité de retirer son consentement.

Avant que le consentement ne puisse être enregistré, le patient doit être informé de manière exhaustive sur le système ainsi que les conditions d'échange d'informations. Les modalités du consentement ont été reprises dans une note qui a été approuvée par le comité de gestion le 15 mars dernier. Cette note sera soumise à l'approbation du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

07.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Cette procédure m'inquiète. Comment peut-on avoir la garantie que le patient est informé et qu'il a donné son accord, puisqu'il n'y aura pas de signature? Le patient saura-t-il que ses données seront diffusées au corps médical? Les patients qui utilisent internet pourront vérifier mais tous ne le feront pas. Je sais que c'est pour le bien des patients mais cela mérite néanmoins réflexion.

En ce qui concerne le recrutement du médecin directeur, pourquoi ne pas interroger ceux dont on sait qu'ils ont les compétences et qui pourraient postuler à ce poste? Il est inquiétant qu'une telle structure ne trouve pas preneur.

Le **président**: Plusieurs personnes étaient demandeuses de l'organisation d'une audition et cette demande s'amplifie. Il y a quelques mois, nous avons demandé aux groupes quelles étaient leurs priorités. Nous examinons donc la demande de séance thématique sur la base de cette liste de priorités.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'avis du Conseil supérieur de la santé sur le XMRV" (n° 3696)

08.01 Rita De Bont (VB): En septembre dernier, la ministre a demandé au Conseil supérieur de la santé un avis concernant l'importance du XMRV ou virus xénotropique de la leucémie murine, sur l'utilité du screening et du diagnostique et sur la pertinence étiologique de l'agent pour diverses maladies, dont le SFC.

La ministre a-t-elle déjà reçu cet avis? Un lien entre le rétrovirus XMRV et le SFC peut-il être établi? Des mesures doivent-elles être prises d'urgence.

Un arrêté royal concernant les centres de référence actuels pour le SFC serait prêt. Existe-t-il un lien entre cet arrêté royal et les constatations du Conseil supérieur de la santé? Des problèmes sont-ils à l'origine de la non-promulgation de l'arrêté royal? Quel est précisément le contenu de cet arrêté royal?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Le Conseil supérieur de la santé me fait savoir qu'il étudie toujours la littérature ad hoc avant de rendre son avis sur le virus XMRV que je lui ai demandé.

L'arrêté royal actuel en matière de soins aux patients SFC concerne uniquement les centres de référence avec lesquels des accords ont été passés. L'INAMI prépare un nouvel arrêté royal relatif au SFC qui ne concernera pas uniquement les centres de référence. L'objectif est d'instaurer un cadre législatif permettant de conclure des accords de financement avec des consortiums pour traiter le SFC. Il s'agit des réseaux de dispensateurs de soins de première ligne, tels les médecins et les kinésithérapeutes, les hôpitaux et les centres de référence. Le nouvel arrêté vise à améliorer le traitement grâce à l'intervention d'un plus grand nombre de dispensateurs de soin. L'arrêté royal n'est encore qu'au stade de projet. Quant à savoir si ce dossier peut être traité dans le cadre des affaires courantes, la question ne figure pas à l'ordre du jour.

08.03 Rita De Bont (VB): Je ne peux qu'inciter la ministre à faire preuve de célérité. Les intéressés attendent une décision.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les problèmes financiers des hôpitaux flamands à partenariat public à la suite du financement des pensions des agents statutaires" (n° 3697)

09.01 Rita De Bont (VB): Dans l'accord social 2011 relatif aux hôpitaux publics, récemment conclu unilatéralement avec les syndicats, la ministre continue de promouvoir les nominations statutaires. Ces nominations génèrent des charges de pension plus élevées. Ce faisant, elle aggrave encore la situation financière difficile de nombreux hôpitaux flamands associés à des partenaires publics.

A-t-elle une idée du nombre d'hôpitaux flamands qu'elle met ainsi en difficulté? Y a-t-il également des hôpitaux bruxellois et wallons qui rencontrent des difficultés à la suite de la fusion avec des hôpitaux publics? Pourquoi continue-t-elle à promouvoir les désignations statutaires? Les autorités fédérales ne peuvent-elles pas contribuer à résoudre ces problèmes?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Quinze hôpitaux flamands privés auraient un partenaire de fusion public et emploieraient par conséquent du personnel statutaire. Sept établissements hospitaliers wallons et un bruxellois se trouvent dans une situation identique.

Conformément à l'accord social 2011, le secteur privé dispose d'un budget d'un peu moins de 34 millions d'euros. L'accent est mis sur le deuxième pilier des pensions, les mesures en faveur de l'emploi et les prestations irrégulières. Le budget du secteur public est légèrement supérieur à 16 millions d'euros, dont près de 7,5 millions d'euros sont réservés aux mesures de "statutarisation" et il met en avant les mesures en faveur de l'emploi et le maintien du personnel statutaire dans les hôpitaux publics.

Une demande d'augmentation du budget, hors accord social, a été introduite pour 2011 pour pouvoir financer les majorations de cotisations patronales pour les pensions du personnel statutaire dans les hôpitaux privés

et publics. Lors du conclave budgétaire d'octobre 2010 consacré aux nouvelles mesures politiques 2011, cette demande de budget n'a toutefois pas été retenue.

Une nouvelle demande d'augmentation de budget sera établie pour 2012, mais le Conseil général devra juger si dans le contexte budgétaire que nous connaissons cette mesure est prioritaire.

09.03 Rita De Bont (VB): Les autorités fédérales ont leur mot à dire en ce qui concerne les accords sociaux. Les hôpitaux confrontés à des problèmes financiers sont répartis à travers l'ensemble du pays. Les autorités fédérales doivent contribuer à trouver des solutions à ces difficultés financières.

L'incident est clos.

10 Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les prescriptions médicales sous DCI" (n° 3743)

10.01 Manu Beuselinck (N-VA): Depuis le mois d'octobre 2005, les médecins peuvent indiquer sur une prescription le nom de la substance active au lieu d'une marque de médicament. Le pharmacien doit en principe délivrer un médicament générique, une copie ou une spécialité originale, autant de produits pour lesquels le patient ne doit payer aucun supplément. Le pharmacien ne peut vendre une autre spécialité que s'il n'est pas possible de fournir les autres variantes.

Sur la base de quels critères cette mesure est-elle évaluée? Quelles sont les conclusions des évaluations? Quels facteurs augmentent ou réduisent la difficulté de prescrire des médicaments sous DCI? La ministre estime-t-elle qu'il est utile de prendre de nouvelles mesures susceptibles d'encourager la prescription sous DCI? Quelle est l'incidence budgétaire éventuelle de ce type de prescription? Dans quelle mesure le comportement prescripteur des médecins correspond-il aux objectifs budgétaires fixés? Quelles différences observe-t-on entre les différents types de médecins prescripteurs? À quel montant estime-t-on l'incidence budgétaire des prescriptions sous DCI pour les années 2009 et 2010? Quelle est l'évolution annuelle du nombre de prescriptions mentionnant le nom de la substance depuis l'instauration du système? Quelle est la part de ces prescriptions pour les années 2009 et 2010? Quelles différences note-t-on à cet égard entre les différents types de prescripteurs?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): L'objectif qui était poursuivi lorsqu'on a offert aux médecins la possibilité de prescrire des médicaments sous le nom de la molécule était de leur faciliter la vie. Ce mode de prescription permet en effet aux praticiens de prescrire un traitement d'une certaine dose par jour pendant un nombre donné de jours. Ensuite, le pharmacien décide du conditionnement en tenant compte du prix coûtant et des particularités du patient.

Cette mesure n'est donc pas directement liée à un objectif d'économies mais elle est susceptible de permettre de réaliser des économies. Celles-ci ne peuvent être chiffrées parce qu'il faudrait pour cela prendre en compte ce que le médecin aurait fait si la possibilité de prescrire sous le nom de la molécule n'avait pas existé.

Après l'instauration de cette mesure, le nombre de prescriptions de médicaments peu onéreux a augmenté de près de 5 %. Je pense que cette mesure est un outil de nature à permettre de réaliser des économies et qu'il serait dès lors judicieux de continuer à sensibiliser les médecins et les pharmaciens à l'utilité de la prescription sous le nom de la molécule.

La première année, ce mode de prescription a concerné 3 % des médicaments non brevetés et a augmenté constamment chaque année pour atteindre 9 % en 2010.

Sur l'ensemble des prescriptions, avec et sans brevet, les prescriptions sur la base du principe actif représentaient 6 % en 2010. Les prescriptions sur la base du principe actif sont surtout utilisées par les spécialistes.

L'incident est clos.

Le président: La question n° 3745 de Mme Almaci est reportée.

La réunion publique est levée à 16 h 39.

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.28 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het welzijn van dieren" (nr. 3479)
- mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het welzijn van pups en kittens" (nr. 3481)

01.01 Ine Somers (Open Vld): Inteelt bij rashonden en -katten zorgt voor een verhoogde kans op aandoeningen, afwijkingen en ziektes. De Europese Unie vaardigde al een richtlijn uit en in Zweden, Nederland en het Verenigd Koninkrijk bestaat er al een aangepaste regelgeving.

In ons land is het lot van landbouwdieren een Vlaamse bevoegdheid, dat van de gezelschapsdieren een bevoegdheid van de federale overheid.

Ik heb vernomen dat er onder voogdij van de Raad voor Dierenwelzijn een actieplan in de maak is.

Wat is de stand van zaken? Kan de minister al een aantal voorgestelde actiepunten toelichten? Wordt er ook overleg gepleegd over de verschillende stamboeken van de rashonden? Welke wetenschappelijke instanties zijn daarbij betrokken? Is er overleg met het gewestelijke niveau?

Er zijn klachten over de manier waarop er met dieren wordt omgegaan in bepaalde fokkerijen en bepaalde verkooppunten. België zou ook als draaischijf fungeren voor de handel in puppies en kittens uit het voormalige Oostblok. De controle zou beperkt of onvolledig zijn.

Is de minister hiervan op de hoogte? Is de controle gebrekkig? Zijn er acties gepland? Worden particuliere verkopers, die niet aan dezelfde regelgeving onderworpen zijn, ook gecontroleerd? Is er voor deze categorie geen specifiek beleid nodig?

Voor mijn tweede vraag verwijs ik naar de vaststelling van grootschalige dierenmishandeling op een boerderij in Dudzele.

Bereiken de minister veel zulke klachten? Moeten de controles worden opgedreven of uitgebreid?

Op bepaalde plaatsen is het verboden om een schuilhok te plaatsen voor dieren die buiten worden gehouden – het gaat dan voornamelijk over schapen en paarden, terwijl het ontbreken van een schuilhok een inbreuk is op de dierenwelzijnwet.

Is het niet mogelijk om aan een dierenhouder hoe dan ook het recht te geven ergens een schuilhok te bouwen? Er werden daarover al vragen gesteld in het Vlaamse Parlement, maar ook op dit punt is de bevoegdheidsverdeling niet helemaal duidelijk.

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De jongste jaren werden diverse maatregelen genomen om de levensomstandigheden van onze gezelschaps- en nutsdieren te verbeteren. Controles moeten ertoe leiden dat de nieuwe wettelijke normen worden nageleefd.

De controlecijfers geven duidelijk aan dat de Inspectiedienst Dierenwelzijn daartoe grote inspanningen levert. Zo werden er in 2010 door de Inspectiedienst 2.500 dieren in beslag genomen en 360 processen-verbaal en 630 waarschuwingen opgesteld. Dat het werkvolume gevoelig is toegenomen, blijkt ook uit een grote stijging van het aantal klachten: van 610 in 2005 tot 1.520 in 2010.

De meeste klachten gaan over particulieren en preventieve controles zijn dus moeilijk.

Dieren die buiten worden gehouden, hebben inderdaad behoefte aan beschutting. Het oprichten van

schuilhokken valt onder de ruimtelijke ordening, wat een bevoegdheid van de Gewesten is. De regelgeving verschilt per Gewest. Als een eigenaar geen toelating krijgt om op zijn perceel een schuilhok te bouwen, kan hij nog steeds natuurlijke beschutting, zoals bomen en hagen, aanplanten tegen de zon. In de winter moet hij zijn dieren elders onderbrengen als er geen mogelijkheid is tot beschutting. Dit is conform het advies van de Raad voor Dierenwelzijn over dieren die buiten worden gehouden, goedgekeurd in 2010 en na consultatie van de Gewesten. Dat neemt niet weg dat ik de problematiek wel wil aankaarten bij de Gewesten.

De Raad voor Dierenwelzijn zal het probleem van de erfelijke gebreken bij honden ter harte nemen. De wetenschappelijke medewerker zal een wetenschappelijk dossier voorbereiden dat als discussietekst aan een werkgroep zal worden voorgelegd waarin ook vertegenwoordigers van de fokverenigingen en van de handelaars in honden zullen zitten.

Het dossier is eveneens opgenomen door het Vlaams Gewest en op dat niveau worden dus ook vergaderingen belegd, met federale vertegenwoordigers en met mensen uit de sector. Dierenwelzijn is een federale bevoegdheid, maar dat neemt niet weg dat we kunnen samenwerken. Het Gewest kan geen regels opleggen aan fokkers die niet aangesloten zijn bij een fokvereniging. Nadat die problematiek op gewestelijk niveau afgerond is, zullen we de besprekingen starten op federaal niveau.

Ik heb een klein team van inspecteurs-dierenartsen die zeer gemotiveerd controles verrichten en toekijken op de naleving van de wettelijke voorschriften inzake dierenwelzijn. Zo voldoet luidens die controles de in de vraag niet met naam genoemde grote dierenhandelszaak aan de wettelijke voorschriften. De handel kan niet verboden worden in het kader van het vrije handelsverkeer.

Toch heeft ons land als eerste en enige land van de Europese Unie minimumvoorwaarden opgelegd. Honden en katten mogen in ons land alleen nog worden verhandeld als ze van een fokkerij komen die voldoet aan de voorwaarden die aan de Belgische fokkers worden opgelegd.

De besluiten die mevrouw Somers aanhaalt, dateren van voor 1 januari 2002, de datum waarop rasverbetering een gewestmaterie werd. De federale overheid behield onder meer de normering en de daarop toepasbare controle inzake de dierengezondheid, het dierenwelzijn en de kwaliteit van de dierlijke producten met het oog op het verzekeren van de veiligheid van de voedselketen.

Momenteel worden alleen erkenningsvoorwaarden opgelegd aan fokkers die meer dan twee nestjes honden of katten per jaar fokken. De anderen moeten wel voldoen aan de algemene voorwaarden die door de dierenwelzijnswet aan de handel in dieren opgelegd worden. Controles worden bij particulieren in hoofdzaak verricht na klachten of bij vermoeden van zwartkweek.

Ik ben er niet van overtuigd dat particuliere fokkers slechter scoren op dierenwelzijn. Integendeel zelfs, sommige specialisten zeggen dat de kwaliteit er beter is en dat de socialisatie er beter verloopt.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 3526 van mevrouw Smeyers wordt nogmaals uitgesteld.

02 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "deeltijdwerk en ziekte- en invaliditeitsuitkeringen" (nr. 3605)

02.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Heel wat deeltijdwerkers kunnen geen aanspraak maken op ziekte- en invaliditeitsuitkeringen. Een sociaalverzekerde moet immers eerst een wachttijd van 6 maanden volbrengen én in die periode minstens 120 arbeidsdagen of 400 arbeidsuren presteren. Daarnaast moet hij ook het bewijs leveren dat er voldoende socialezekerheidsbijdragen werden betaald.

Bent u op de hoogte van die situatie?

Hoe denkt u die werkloosheidsval aan te pakken?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Om recht te hebben op prestaties van de uitkeringsverzekering

moet de sociaalverzekerde een gerechtigde van de uitkeringsverzekering voor werknemers zijn of in gecontroleerde werkloosheid verkeren. Voorts moet hij een wachttijd hebben volbracht of daarvan zijn vrijgesteld. Een deeltijdwerker moet wat dat betreft in totaal minstens 400 effectieve arbeidsuren hebben gewerkt in een periode van 6 maanden. Die periode kan worden verlengd tot maximaal 18 maanden.

De deeltijdwerker moet tevens bewijzen dat hij tijdens die periode een bepaald loon heeft ontvangen. Voor een werknemer van 21 jaar of meer is het minimumbedrag 5.660,96 euro voor het jaar 2011. Indien dat bedrag niet wordt bereikt, kan er een aanvullende persoonlijke bijdrage worden betaald.

De voorwaarden voor het volbrengen van de wachttijd voor deeltijdwerkers werden versoepeld.

Krachtens de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten mag de wekelijkse arbeidsduur van de deeltijds tewerkgestelde werknemer die in de overeenkomst is overeengekomen niet lager liggen dan een derde van de wekelijkse arbeidsduur van de voltijds tewerkgestelde werknemers die in de onderneming tot dezelfde categorie behoren onder voorbehoud van een bij ministerraad overlegd besluit of van een collectieve arbeidsovereenkomst die in een afwijking voorziet.

02.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): In een aantal sectoren wordt er niet meer geredeneerd uit het oogpunt van arbeid maar van opdrachten. Ik zal proberen om een aantal concrete gevallen te verzamelen.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de stand van zaken inzake orgaandonatie en -transplantatie in België" (nr. 3631)

03.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Om het tekort aan orgaandonors te ondervangen, heeft de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België voorgesteld om artikel 21 van het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde van de Raad van Europa in de wet te schrappen, de financiële compensatie voor donors te herevalueren om orgaandonatie onder levenden te bevorderen, en een nationaal register van levende donors op te richten en hun medische follow-up op lange termijn te regelen.

Hoe staat u tegenover die drie voorstellen? Welke initiatieven kan u nemen om dat tekort te ondervangen?

03.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): België heeft dat Verdrag niet geratificeerd, maar het principe van de kosteloosheid van orgaandonatie is in de wetgeving van veel landen in de wereld opgenomen en sinds 1986 ook in de Belgische wetgeving, in overeenstemming met een rechtsopvatting die stelt dat een menselijk lichaam niet verhandelbaar is.

Artikel 13.4 van de Europese richtlijn 2010/53 inzake kwaliteits- en veiligheidsnormen voor menselijke organen, bestemd voor transplantatie bepaalt dat de lidstaten ervoor moeten zorgen dat de verkrijging van organen zonder winstoogmerk plaatsvindt.

Er werd een studie uitgevoerd over de kosten waarmee een levende donor wordt geconfronteerd. De resultaten van die studie moeten worden onderzocht alvorens wordt bekeken hoe de kosten van de donor kunnen worden gedekt.

Rekening houdend met de beginselen die in de Europese richtlijn zijn opgenomen, zal België een register van levende donoren moeten bijhouden en in een follow-up van deze donoren moeten voorzien. Deze procedures zullen moeten worden opgenomen in de Belgische wetgeving waarin die richtlijn wordt omgezet.

03.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Ik wil dat de procedure kosteloos blijft; orgaandonatie mag namelijk geen handel worden. Donoren moeten echter ook worden gestimuleerd. Hun eventuele kosten moeten worden vergoed.

U wil werk maken van het register, maar we moeten ook nog knopen doorhakken inzake de vergoeding van de donor. Daarin moet klaarheid worden geschapen, en tevens moeten ook de risico's voor de gezondheid in kaart worden gebracht.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer **Manu Beuselinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "sociale voordelen voor verpleegkundigen" (nr. 3632)

04.01 **Manu Beuselinck** (N-VA): Artsen kunnen in het kader van hun sociaal statuut een tegemoetkoming ontvangen, ook voor kinesitherapeuten en apothekers bestaat er een regeling. Niet zo voor thuisverpleegkundigen.

Is ook voor hen een soortgelijke regeling in de maak? Wat zou de omvang van de tegemoetkoming zijn en wat zijn de voorwaarden? Werd hiervoor een budget vrijgemaakt? Welke instelling beheert dat budget?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De overeenkomstencommissie Verpleegkundigen heeft mij geen vraag gesteld of een voorstel gedaan over een maatregel voor een sociaal statuut voor verpleegkundigen. Er is dan ook niet in een budget voorzien bij het RIZIV.

Als gevolg van de programmawet van 20 juli 2006 werd er bij de Rijksdienst voor Pensioenen een Sectoraal Fonds voor de zelfstandige verpleegkundigen opgericht. Het RIZIV heeft daarvoor 3.420.000 euro overgemaakt aan de Rijksdienst voor Pensioenen.

04.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): De meerderheid van de verpleegkundigen houdt zich aan de tariefafspraken. Zij verdienen zo'n statuut.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer **Manu Beuselinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "financiële tegemoetkomingen voor beroepsorganisaties" (nr. 3633)

05.01 **Manu Beuselinck** (N-VA): Sinds kort zijn vier van de zestien mandaten binnen de overeenkomstencommissie Verpleegkundigen toegewezen aan de zelfstandige thuisverpleegkundigen. Begin 2009 verklaarde de minister dat haar beleidscel toen al samenwerkte met het RIZIV om een financiering uit te werken voor het functioneren van representatieve beroepsorganisaties die niet onderworpen zijn aan de verkiezingsprocedure.

Hoever staat het met het uitwerken van deze financiering? Wat is het tijdschema? Zullen de representatieve beroepsorganisaties van zelfstandige verpleegkundigen binnen deze nieuwe financiering ook aanspraak kunnen maken op een dergelijke tegemoetkoming? Hoeveel zullen die tegemoetkomingen bedragen, in totaal en per beroepsvereniging, voor 2008, 2009 en 2010?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Een dergelijke financiering valt niet binnen de regelgeving van het RIZIV, maar past wellicht beter bij de bevoegdheden van de FOD Volksgezondheid. Het bedrag van 360.000 euro op de begroting van het RIZIV zou dan getransfereerd worden.

De ministerraad zal zich dus in de nabije toekomst over een voorstel van KB moeten buigen. Een nieuwe overlegvergadering hierover tussen mijn medewerkers en de FOD Volksgezondheid is gepland voor 30 maart. Het is dus nog te vroeg om reeds uitspraken te doen over bijvoorbeeld de voorwaarden waaraan de beroepsorganisaties moeten voldoen en de verdeling van het bedrag van de geplande tegemoetkoming.

Ik heb hier een tabel bij met de gevraagde gegevens.

De **voorzitter**: De minister kan die gegevens misschien aan het secretariaat bezorgen.

05.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Wij wachten de uitslag van de gesprekken af. Alle beroepsverenigingen moeten hun werk goed kunnen doen en hebben daarvoor een toelage nodig.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de rol van de apothekers bij het voorschrijven van geneesmiddelen" (nr. 3671)

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Mijn vraag betreft de rol van de apothekers.

In België is de verkoop van antidepressiva met 4,3 procent toegenomen in vergelijking met 2009. Ook de verkoop van slaapmiddelen is gestegen. Artsen en apothekers spelen hierbij een cruciale rol, want zij zijn het die de patiënten advies geven over medicijnen en de specifieke eigenschappen ervan. Het blijkt dat apothekers almaar meer zelfzorgmiddelen afleveren.

In 2012 zal er een gedeeld farmaceutisch dossier ingevoerd worden, althans als de patiënten daarmee instemmen.

Zullen de apothekers de nodige middelen krijgen om hun nieuwe raadgevende rol ten volle te kunnen spelen? Welke maatregelen zouden er daartoe genomen moeten worden?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Volgens het koninklijk besluit van 21 januari 2009 moeten de voor het publiek toegankelijke apotheken vanaf 1 januari 2012 een dossier voor voortgezette farmaceutische zorg bijhouden. Dit ter aanvulling van het dossier waarin de apotheker alle geneesmiddelen die hij aan de patiënten aflevert, registreert. Vanaf 2012 zal het nog worden aangevuld met alle raadgevingen en adviezen die de apotheker aan de patiënten verstrekt.

De patiënt zal, zo nodig in samenspraak met de behandelende arts, zijn goedkeuring moeten verlenen voor het opstellen van het dossier. Er wordt nog overleg gepleegd met de beroepsverenigingen en de overheidsactoren met betrekking tot de verdere ontwikkeling van dit gedeeld dossier voor voortgezette farmaceutische zorg. Alle gebruikers kunnen gratis het eHealth-platform raadplegen.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Er zal moeten nagegaan worden hoe zij in de dagelijkse praktijk de nodige tijd zullen uittrekken om de patiënten te adviseren.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de evolutie van het eHealth-platform" (nr. 3690)

07.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Het zou nuttig zijn om in deze commissie een meer algemene gedachteswisseling met de leden van het eHealth-platform te hebben. In afwachting daarvan werd er in december 2010 een oproep tot kandidaatstelling met het oog op de aanwerving van de – in principe Franstalige – geneesheer-directeur bekendgemaakt.

Zijn er kandidaten? Wanneer mogen we de aanwijzing van de betrokkene verwachten?

Het Réseau Santé Wallon (Waals gezondheidsnetwerk), waarvan ik de vertegenwoordigers op 24 januari heb ontmoet, omvat nu al bijna alle Waalse ziekenhuizen en streeft ernaar om zich verder uit te breiden tot de huisartsen en extramurale specialisten op grond van een op gestandaardiseerde *web services* gebaseerde toepassing. Gelet op het succes en de prestaties van dat model, zou het in heel België moeten kunnen worden gebruikt. In het kader van de bestaande architectuur, die gebaseerd is op websites voor de specifieke inzameling van gegevens (Kankerregister, hartdefibrillatoren, enz.), kunnen de artsen met de software die zij gebruiken echter geen gegevens verzenden. De hercodering neemt inderdaad veel tijd in beslag. Een aansluiting via *web services* zou dan ook verkieslijk zijn.

Als men met verschillende websites werkt, krijgt men een versnipperd beeld van de gezondheidstoestand van een patiënt, veeleer dan toegankelijke informatie die middels het medisch dossier onderling in verband kan worden gebracht. Voor eHealth is evenwel een centrale rol weggelegd bij de ontwikkeling van een

effectieve, efficiënte en goed beveiligde elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling. Evolueert men in die richting? Hoeveel gebruikers van die websites, die een meerwaarde bieden, maken ook gebruik van het eHealth-platform?

Wat de samenwerking tussen de ziekenhuizen betreft, heeft het Réseau Santé Wallon de ontplooiing van zijn platform stopgezet, onder meer omdat men van mening verschilt over de manier waarop de patiënt zijn toestemming moet verlenen: volgens het *opt in*- dan wel volgens het *opt out*-principe. Het beheerscomité van eHealth heeft naar verluidt gekozen voor een *opt in*-systeem, met registratie door de zorgverstrekkers maar zonder handtekening van de patiënt. Hoe zal men de patiënt garanderen dat zijn medische gegevens wel degelijk zullen worden doorgegeven aan de betrokken zorgverleners?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): De vacature voor de betrekking van directeur-generaal van de afdeling Programma-, Project- en Klantenbeheer werd op 20 december 2010 in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd. De gedelegeerd bestuurder van Selor verwittigde ons dat geen enkele persoon die aan de voorwaarden beantwoordt, zich kandidaat had gesteld. Op 11 februari besliste het beheerscomité van het eHealth-platform dat alle mogelijke kanalen moesten worden benut om een zo groot mogelijk aantal kandidaten te informeren en Selor werd gevraagd een tweede oproep te publiceren.

Het project hub & metahub moet een zorgverlener in staat stellen alle elektronische medische documenten van een patiënt te raadplegen, ongeacht de plaats waar ze opgeslagen zijn en waar men op het systeem inlogt. Het doel is de uitwisseling van gegevens met het oog op de continuïteit van de zorgverstrekking, zonder centralisatie, maar met behulp van lokale of regionale doorgeefluiken. Dat systeem hangt nauw samen met de oprichting van het referentierepertoire, dat de hoeksteen van het systeem vormt. De keuze is gevallen op een systeem waarin de patiënt zijn uitdrukkelijke toestemming moet geven voordat de referenties in het repertorium kunnen worden geraadpleegd. Voor dat systeem is er geen effectieve handtekening van de patiënt vereist, maar alleen de uitdrukkelijke registratie van zijn toestemming. Er dient geen papieren versie van documenten bewaard te worden. De patiënt kan voorts op om het even welk moment zijn toestemming intrekken.

Vooraleer de toestemming van de patiënt kan worden geregistreerd, moet hij afdoende informatie hebben gekregen over het systeem en over de voorwaarden voor de uitwisseling van gegevens. De modaliteiten voor de toestemming werden opgenomen in een nota die door het beheerscomité op 15 maart jongstleden werd goedgekeurd. Deze nota zal ter goedkeuring worden voorgelegd aan het Sectoraal comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid.

07.03 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen!): Ik maak mij ongerust over deze procedure. Hoe kan worden gegarandeerd dat de patiënt geïnformeerd wordt en dat hij zijn toestemming heeft gegeven als er geen handtekening is? Zal de patiënt weten dat zijn gegevens aan het geneesherenkorps worden doorgegeven? De patiënten die gebruikmaken van het internet zullen dit kunnen controleren, maar niet iedereen zal dat doen. Ik weet dat het in het belang van de patiënt is, maar we moeten ons daar toch over beraden.

Wat de aanwerving van een geneesheer-directeur betreft, waarom vraagt men geen uitleg aan diegenen die duidelijk de nodige bekwaamheden hebben en die voor de functie zouden kunnen postuleren? Het is onrustwekkend dat er niemand belangstelling heeft om een dergelijke organisatie te leiden.

De **voorzitter**: Verschillende mensen waren vragende partij om een hoorzitting te organiseren, wat meer en meer wordt gevraagd. Wij hebben een paar maanden geleden de fracties gevraagd naar hun prioriteiten. Wij bekijken de vraag naar een themazitting dus op basis van deze prioriteitenlijst.

Het incident is gesloten.

08 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad over het XMRV" (nr. 3696)**

08.01 **Rita De Bont** (VB): De minister heeft in september een advies gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad over het belang van het xenotroop murine leukemie virus of XMRV, over het nut van screening en diagnostiek en over de etiologische relevantie van het agens voor diverse ziektebeelden,

waaronder CVS.

Heeft de minister het advies al ontvangen? Kan er een verband tussen het retrovirus XMRV en CVS worden aangetoond? Moeten er dringende maatregelen worden getroffen?

Er zou een KB met betrekking tot de huidige CVS-referentiecentra klaarliggen. Is er een verband tussen dit KB en de bevindingen van de Hoge Gezondheidsraad? Zijn er bepaalde problemen waardoor het KB niet kan worden uitgevaardigd? Waarover gaat het KB specifiek?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De Hoge Gezondheidsraad meldt mij dat men nog bezig is met de literatuurstudie voor het advies over het XMRV-virus dat door mij werd gevraagd.

Het huidige KB inzake de verzorging van CVS-patiënten heeft enkel betrekking op de referentiecentra waarmee overeenkomsten zijn gesloten. Het RIZIV bereidt een nieuw KB voor inzake CVS, dat niet enkel betrekking heeft op de referentiecentra. Het is de bedoeling een wetgevend kader te creëren waardoor men financieringsovereenkomsten kan sluiten met consortia voor CVS. Dit zijn netwerken van eerstelijnsverzorgers, zoals huisartsen en kinesisten, ziekenhuizen en referentiecentra. De bedoeling is de behandeling te verbeteren door er meer zorgverleners bij te betrekken. Het KB bevindt zich nog in de ontwerpfase. De vraag of het in het kader van lopende zaken kan worden behandeld, is dus niet aan de orde.

08.03 **Rita De Bont** (VB): Ik kan de minister alleen maar tot haast aanzetten. De betrokkenen dringen ook aan op een beslissing.

Het incident is gesloten.

09 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de financiële problemen bij Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners als gevolg van de pensioenfinanciering van de statutaire medewerkers" (nr. 3697)**

09.01 **Rita De Bont** (VB): In het sociaal akkoord 2011 voor openbare ziekenhuizen, dat de minister onlangs eenzijdig afsloot met de vakbonden, blijft zij statutaire aanstellingen promoten. Dit zorgt voor hogere pensioenlasten. Daardoor maakt zij de penibele financiële situatie van veel Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners nog erger.

Heeft zij een idee hoeveel Vlaamse ziekenhuizen zij hiermee in de problemen brengt? Zijn er ook ziekenhuizen in Brussel en Wallonië die als gevolg van de fusie met publieke ziekenhuizen in de problemen komen? Waarom blijft zij statutaire aanstellingen promoten? Kan de federale overheid geen bijdrage leveren tot de oplossing van deze problemen?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Er zouden vijftien Vlaamse private ziekenhuizen zijn die een openbaar ziekenhuis als fusiepartner hebben en dus statutair personeel in dienst hebben. Er bevinden zich zeven Waalse ziekenhuizen en één Brussels ziekenhuis in dezelfde situatie.

Door het sociaal akkoord 2011 beschikt de private sector over een budget van iets minder dan 34 miljoen euro. De klemtoon ligt op de tweede pensioenpijler, tewerkstellingsmaatregelen en de ongemakkelijke prestaties. De openbare sector heeft een budget van iets meer dan 16 miljoen euro – waarvan ongeveer 7,5 miljoen euro voor de maatregelen statutarisatie – en legt het accent op de tewerkstellingsmaatregelen en de handhaving van het statutair personeel in de openbare ziekenhuizen.

Opdat de verhoogde werkgeversbijdragevoeten voor pensioenen voor statutair personeel in de openbare en private ziekenhuizen zouden kunnen worden gefinancierd, is voor 2011 een aanvraag voor een budgetverhoging, exclusief het sociaal akkoord, ingediend. Deze budgetaanvraag werd echter in het budgetconclaf van oktober 2010 betreffende de nieuwe beleidsmaatregelen 2011 niet behouden.

Voor 2012 zal opnieuw een aanvraag voor een budgetverhoging worden opgesteld, maar de Algemene Raad zal moeten oordelen of dat in de bekende budgettaire context voorrang moet krijgen.

09.03 Rita De Bont (VB): De federale overheid heeft een vinger in de pap bij de sociale akkoorden. De ziekenhuizen met financiële problemen zijn over het hele land verspreid. Ik dring erop aan dat de federale overheid behulpzaam is bij het oplossen van deze financiële problemen.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het voorschrijven op stofnaam" (nr. 3743)

10.01 Manu Beuselinck (N-VA): Sinds oktober 2005 mogen artsen geneesmiddelen voorschrijven op stofnaam in plaats van op geneesmiddelenmerk. In de eerste plaats moet een apotheker een generisch middel, een kopie of een originele specialiteit afleveren waarvoor de patiënt geen supplement moet betalen. Enkel wanneer dit niet lukt, mag de apotheker een andere specialiteit afleveren.

Op basis van welke criteria wordt deze maatregel geëvalueerd? Wat zijn de bevindingen? Welke factoren verhogen of verlagen de drempel om voor te schrijven op stofnaam? Acht de minister het zinvol om nieuwe maatregelen te nemen die het voorschrijven op stofnaam kunnen aanmoedigen? Wat is op jaarbasis de mogelijke budgettaire impact van voorschrijven op stofnaam? In welke mate beantwoordt het voorschrijfgedrag van de artsen aan de beoogde budgettaire doelstellingen? Welke verschillen zijn er vast te stellen tussen de verschillende soorten voorschrijvers? Hoe groot wordt de budgettaire impact van voorschriften op stofnaam voor 2009 en 2010 ingeschat? Wat is de evolutie per jaar van het voorschrijven op stofnaam sinds de invoering? Hoe groot was het aandeel van voorschriften op stofnaam in de voorschriften voor 2009 en 2010? Welke verschillen zijn hierin vast te stellen tussen de verschillende soorten voorschrijvers?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De mogelijkheid om op stofnaam voor te schrijven was bedoeld om het artsen gemakkelijker te maken. Met een voorschrift op stofnaam kan de dokter een behandeling voorschrijven van een bepaalde dosis per dag gedurende een bepaald aantal dagen. Daarna beslist de apotheker over de verpakking, waarbij hij rekening houdt met de kostprijs en de eigenheid van de patiënt.

Deze maatregel is dus niet direct aan een besparingsdoelstelling gekoppeld, maar kan wel een besparing opleveren. Dat valt niet te becijferen, omdat men dan in rekening zou moeten brengen wat de dokter zou hebben gedaan mocht de mogelijkheid om op stofnaam voor te schrijven niet hebben bestaan.

Na de introductie van de maatregel steeg het aantal voorschriften voor goedkope geneesmiddelen met bijna 5 procent. Ik denk dat de maatregel een instrument is dat tot besparingen kan leiden en dat het dus zinvol zou zijn om artsen en apothekers verder te sensibiliseren.

Het voorschrift op stofnaam bereikte in het eerste jaar 3 procent van de geneesmiddelen buiten patent en steeg elk jaar gestaag tot 9 procent in 2010.

Op het geheel van voorschriften, zonder en met patent, vertegenwoordigen de voorschriften op stofnaam 6 procent in 2010. Vooral specialisten gebruiken voorschriften op stofnaam.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 3745 van mevrouw Almaci wordt uitgesteld.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.39 uur.