

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

du

MERCREDI 30 MARS 2011

Après-midi

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 30 MAART 2011

Namiddag

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

Le développement des questions et interpellations commence à 15.28 heures. La réunion est présidée par M. 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 **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): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vragen houden verband met het fokken en verkopen van huisdieren.

Een eerste vraag heeft betrekking op de inteelt bij rashonden en katten, met als doel een perfect rasdier te kweken, met alle bijhorende raskenmerken. Men stelt vast dat die raskenmerken een probleem zijn voor de gezondheid van de dieren zelf. Er wordt veel gefokt met zogenaamd sterke honden van een bepaald ras, waardoor teveel honden rechtstreeks met elkaar verwant zijn. Dat zorgt voor een verhoogde kans op verschillende aangeboren erfelijke aandoeningen, afwijkingen en ziektes.

Onderzoekers erkennen reeds het probleem, maar de overheid moet nu voor een doeltreffende oplossing zorgen. De Europese Unie vaardigde al een richtlijn ter zake uit. In Zweden, Nederland en het Verenigd Koninkrijk bestaat al een aangepaste regelgeving, met de bedoeling duidelijkheid te creëren voor de fokkers en de dieren te beschermen. In ons land is de regelgeving door toedoen van de bevoegdheidsverdeling niet duidelijk. Het lot van landbouwdieren valt onder Vlaamse bevoegdheid, dat van de gezelschapsdieren onder de federale overheid.

Ik heb daarover de volgende vragen. Ik heb vernomen dat er onder voogdij van de Raad voor Dierenwelzijn een actieplan in de maak is. Wat is de stand van zaken in dat actieplan? Kunt u al een aantal voorgestelde actiepunten toelichten? Wordt er in dat raam ook overleg gepleegd over de verschillende stamboeken van de rashonden? Welke wetenschappelijke instanties zijn daarbij betrokken? Is er overleg met het gewestelijke niveau?

Ten tweede, er zijn problemen met de manier waarop er met dieren wordt omgegaan in bepaalde fokkerijen en bepaalde verkooppunten waar huisdieren verkocht worden. Het is niet nodig om bepaalde zaken bij naam te noemen. Alle betrokken mensen hebben voldoende weet van klachten her en der.

De dieren zitten vaak op elkaar gepakt in moeilijke omstandigheden. In het raam van de internationale handel van puppies wordt vaak gesuggereerd dat België als draaischijf zou fungeren in de handel van puppies en kittens uit voormalige Oostbloklanden. Te beperkte of niet volledig uitgevoerde controles zouden vaak een reden zijn dat deze toestand blijft aanhouden.

Bent u op de hoogte van zulke toestanden? Is er effectief sprake van een gebrekkige controle? Zijn er bepaalde acties gepland?

We weten nu ook dat de particuliere verkoopsector niet aan dezelfde regelgeving onderworpen is wat betreft huisvesting, verkoop en verzorging van jonge dieren. Deze zijn enkel onderworpen aan de dierenwelzijnwetgeving.

Worden particulieren ook aan controles onderworpen? Is het niet nuttig om rond deze categorie een specifiek beleid te ontwikkelen?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Is dit vraag nr. 3479 en nr. 3481 samen? Ik zal op de twee vragen tegelijk antwoorden.

01.03 **Ine Somers** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik verwijs naar een recent dossier omtrent een boeren erf in Dudzele waar dieren mishandeling op grote schaal is vastgesteld. De media berichten af en toe over zulke zaken.

Bereiken u veel zulke klachten? Moeten de controles worden opgedreven of al dan niet worden uitgebreid?

Ten slotte, is er nog de problematiek met betrekking tot de beschutting voor dieren die buiten worden gehouden, en dan hebben wij het vooral over schapen en paarden.

Op bepaalde plaatsen is het verboden om een schuilhok te plaatsen waardoor de dieren onbeschut staan in de zon, de sneeuw of de regen. Dit is een inbreuk op de dierenwelzijnwet. Vaak mag men evenwel op die locatie geen beschutting voor de dieren plaatsen.

Bestaat er geen mogelijkheid om aan de dierenhouder het recht toe te kennen om op een bepaalde plaats van het land, om het even waar dit gelegen is, een schuilhok te plaatsen voor de dieren die daar worden gehouden?

Dit is weer een vermenging van een federale en gewestelijke bevoegdheid. Die bevoegdheidsverdeling is niet steeds helemaal duidelijk voor iedereen. Mijn collega's hebben gelijkaardige vragen gesteld in het Vlaams Parlement, waarbij werd verwezen naar de bevoegdheden op het federale niveau. Vandaar dat ik deze vraag ook hier stel.

01.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Somers, wat uw eerste vraag betreft, de jongste jaren werden diverse maatregelen genomen om de levensomstandigheden van onze gezelschaps- en nutsdieren te verbeteren. Daartoe moet de controle van de bestaande regelgeving worden verzekerd en moet ervoor worden gezorgd dat de nieuwe wettelijke normen worden nageleefd.

De controlecijfers geven duidelijk aan dat de Inspectiedienst Dierenwelzijn belangrijke inspanningen levert en een grote vastberadenheid aan de dag legt om het dierenwelzijn te garanderen. 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 de stijging van het aantal klachten: 610 in 2005, 830 in 2006, 960 in 2007, 930 in 2008, 1 330 in 2009 en 1 520 in 2010.

Aangezien de meeste klachten over problemen bij particulieren gaan, is het heel moeilijk om hierop preventieve controles uit te voeren.

Dieren die in alle weersomstandigheden 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 hieromtrent 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. Dit volstaat zeker als bescherming tegen de zon. In de winter is het voornamelijk van belang dat de dieren een voldoende droge plaats hebben en bescherming vinden tegen neerslag en wind. Indien er dieren worden gehouden op een perceel waar onvoldoende beschutting aanwezig is, moet er een mogelijkheid zijn om de dieren bij extreme weersomstandigheden elders onder te brengen. Dit is conform het advies van de Raad voor Dierenwelzijn over dieren die buiten worden gehouden, goedgekeurd in 2010.

Ik ben natuurlijk bereid om de problematiek inzake het oprichten van schuilhokken met de Gewesten te bespreken. Ik wens u er ter zake attent op te maken dat de vertegenwoordigers van de Gewesten betrokken waren bij de werkgroep van de Raad voor Dierenwelzijn.

Ik kom tot uw tweede vraag. Ik heb inderdaad in een eerder antwoord over de problematiek van de erfelijke gebreken bij honden gezegd dat de Raad voor Dierenwelzijn dit ter harte zal nemen. De wetenschappelijke medewerker van deze raad zal ter zake een wetenschappelijk dossier voorbereiden dat als discussietekst aan een werkgroep van de raad zal worden voorgelegd. Het is duidelijk dat de vertegenwoordigers van de fokverenigingen evenals de handelaars in honden deel zullen moeten uitmaken van deze werkgroep.

Het dossier is eveneens opgenomen door het Vlaams Gewest en op dat niveau worden dus ook vergaderingen belegd. De wetenschappelijke vertegenwoordiger van de raad evenals een vertegenwoordiger van mijn federale dienst bevoegd voor dierenwelzijn nemen deel aan deze debatten. Hiermee wil ik duidelijk maken dat er geen betwisting is over het feit dat de bevoegdheid voor dierenwelzijn federaal is, maar dat dit evenmin uitsluit dat mijn federale dienst in alle collegialiteit samenwerkt met het Vlaams Gewest waarvan de bevoegdheid volgens mijn informatie beperkt is tot het opleggen van voorwaarden voor de erkenning van fokverenigingen van zowel landbouwhuisdieren als van gezelschapsdieren. Het is dan ook duidelijk dat het Gewest geen regels kan opleggen aan fokkers van honden die niet aangesloten zijn bij een fokvereniging. Met het oog op de efficiëntie zal het resultaat van de hoger bedoelde besprekingen op gewestelijk niveau afgewacht worden vooraleer de discussie ook op federaal niveau te lanceren.

Ik heb een team, weliswaar klein, van inspecteurs-dierenartsen die zeer gemotiveerd en gedreven controles verrichten en toekijken op de naleving van de wettelijke voorschriften inzake dierenwelzijn. Zo voldoet luidens die controles de door u niet met naam genoemde grote dierenhandelszaak aan de wettelijke voorschriften. De bezettingsdichtheid is dezelfde als degene die in heel het land gerespecteerd dient te worden, tenminste bij elke controle die er verricht wordt en die, zoals het hoort, steeds onaangekondigd gebeurt.

Deze handel is wettelijk toegestaan, meer nog, kan zelfs niet wettelijk verboden worden in het kader van het vrije handelsverkeer. Toch heeft ons land als eerste en enige land van de Europese Unie minimumvoorwaarden ter zake gesteld. Zo is verhandeling in België van honden en katten uit het buitenland nog slechts toegestaan indien deze dieren gefokt zijn in een land of een fokkerij die ten minste voldoet aan de voorwaarden die ook aan de Belgische fokkers opgelegd worden.

De besluiten die u aanhaalt, namelijk het KB van 25 mei 1992 en het KB van 31 januari 1997, werden genomen in de periode dat deze aangelegenheid federaal was en onder de bevoegdheid viel van het toenmalige ministerie van Landbouw. Door wijziging van de bijzondere wet van augustus 1980 tot hervorming van de instellingen is het aspect rasverbetering sinds 1 januari 2002 een gewestmaterie. 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 slechts erkenningsvoorwaarden opgelegd aan fokkers die meer dan twee nestjes honden of katten per jaar fokken. Particulieren die dus een of twee nestjes per jaar fokken, vallen hier dus niet onder. Deze laatsten dienen evenwel ook te voldoen aan de algemene voorwaarden die in uitvoering van de dierenwelzijnswet aan de handel in dieren opgelegd worden. Controles worden bij particulieren in hoofdzaak verricht indien er specifieke klachten van dierenverwaarlozing geformuleerd werden of indien er een vermoeden is van zwartkweek, dat wil zeggen van de kweek van meer dan twee nestjes per jaar.

Ik ben er niet van overtuigd dat er veel dierenleed gemoeid is met de verkoop van dieren door particulieren. Meer nog, sommige specialisten stellen dat de kwaliteit van honden en katten er beter is en dat er meer

garanties zijn bij particuliere fokkers op het vlak van socialisatie van honden en katten.

01.05 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord, alsook voor het feit dat u dit aspect in acht zult nemen bij alle besprekingen en bij het overleg tussen het federaal Parlement, de federale regering en de Gewesten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Het volgende punt op de agenda is de vraag nr. 3526 van mevrouw Smeyers, maar zij heeft gevraagd om deze vraag nogmaals uit te stellen.

Daarna is de vraag nr. 3592 van de heer De Clercq aan de orde, maar hij is vooralsnog niet aanwezig.

Bijgevolg geef ik het woord aan mevrouw Genot voor het stellen van haar vraag.

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 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!): Monsieur le président, madame la ministre, j'ai été interpellée par un article du journal *Syndicats* qui nous rappelait que "Marie travaille dans une société de nettoyage où elle preste 5 heures par semaine. Elle tombe malade et remet immédiatement les documents nécessaires à sa mutuelle. En réponse à son courrier, la mutuelle l'informe qu'elle n'a pas presté le nombre d'heures requises afin de percevoir l'indemnisation de sa maladie". Le journal précise que cette situation n'est pas unique, de nombreux travailleurs engagés à temps partiel y étant confrontés.

L'octroi des allocations de maladie ou indemnités d'assurance maladie-invalidité pour un travailleur en incapacité n'est pas toujours automatique. Pour en bénéficier, il faut accomplir un stage. Pour que ce stage soit valide, deux conditions doivent être remplies pendant une période de six mois. Primo, le bénéficiaire doit démontrer qu'il a, au cours de cette période, presté au moins 120 jours ou 400 heures de travail ou de jours assimilés à des jours de travail. Secundo, il doit également fournir la preuve que des cotisations suffisantes ont été payées pendant cette période.

Pour le travailleur à temps partiel, il n'est pas simple de remplir cette condition de jours de travail minimums. Un assouplissement est prévu par la législation pour le travailleur qui, en raison de son régime de travail, se trouve incapable d'accomplir son stage dans les six mois. La période dudit stage peut dès lors être portée de six mois à un maximum de dix-huit mois.

Madame la ministre, avez-vous connaissance de cette situation? Quelles sont les pistes pour supprimer ce piège à l'emploi?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Genot, je vous confirme que pour pouvoir bénéficier des prestations prévues par l'assurance indemnités, plusieurs conditions doivent être remplies. La personne doit être titulaire de l'assurance indemnités des travailleurs salariés au moment où elle fait appel aux prestations. Il faut notamment être un travailleur assujéti à la sécurité sociale des travailleurs salariés, secteur des indemnités, ou un titulaire en chômage contrôlé. Ensuite, pour pouvoir bénéficier des prestations, la personne 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 ou heures assimilées au cours d'une période de six mois. Cette période de référence de six mois peut cependant être prolongée jusqu'à un maximum de dix-huit mois pour les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage dans les six mois.

Durant ladite période, le travailleur à temps partiel doit également justifier d'un certain montant de salaire, sur lequel sont prélevées des cotisations pour le secteur des indemnités. 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 donc été assouplies par rapport aux conditions applicables aux travailleurs à temps plein, ces derniers devant totaliser, au cours d'une période de six mois précédant l'obtention du droit, au moins 120 jours de travail ou assimilés.

L'INAMI ne dispose cependant pas d'informations précises au sujet de la situation concrète que vous avez décrite.

L'INAMI se demande s'il s'agit d'un travail intérimaire ou d'une activité accessoire au sens de la réglementation sur le chômage.

Je souhaite enfin attirer votre attention sur le fait qu'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, ce sous réserve d'un arrêté délibéré en Conseil des ministres ou une convention collective de travail prévoyant qu'il soit dérogé à la limite d'un tiers dans les branches d'activité, les catégories d'entreprises ou les branches d'entreprises et pour les catégories de travailleurs ou de travaux auxquels cette limite n'est pas appliquée.

02.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, dans une série de secteurs, on ne raisonne plus en termes de travail mais de mission. On se voit confier autant d'heures par semaine à tel ou tel endroit, ce qui morcèle encore davantage les temps partiels. On en arrive dès lors à des situations très regrettables car les personnes en viennent à regretter leur situation initiale.

Je vais tenter de réunir un certain nombre de cas concrets, de manière à ce que l'on puisse étudier les éventuelles adaptations.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il faut tenir compte des situations très concrètes. S'agit-il d'une activité accessoire, intérimaire, etc.? Comme je vous l'ai dit, la réglementation change en fonction de ces statuts.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 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 "la situation en matière de dons et de transplantation d'organes en Belgique" (n° 3631)

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!): Monsieur le président, madame la ministre, en décembre 2010, j'ai suivi une séance de l'Académie Royale de Médecine de Belgique: avec son pendant néerlandophone, elle organisait un symposium sur le don d'organes et la transplantation en Belgique.

La question centrale soulevée était la suivante: malgré l'existence d'excellents programmes de transplantation d'organes provenant de personnes décédées, une pénurie croissante de donneurs prévaut dans le pays. Comment compenser celle-ci, dans un contexte strict renforcé par la déclaration d'Istanbul sur le commerce d'organes et le tourisme en transplantation?

Afin d'améliorer le cadre législatif et l'organisation de la donation et de la transplantation d'organes en Belgique, l'Académie Royale de Médecine de Belgique a formulé trois propositions en conclusion de ce colloque.

Premièrement, retirer de la loi l'article 21 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe.

Deuxièmement, réévaluer la compensation financière du donneur, qui ne prend pas en charge les frais réels de la donation, afin d'encourager la donation entre vifs.

Enfin, réguler le suivi médical au long cours du donneur vivant et créer un registre national des donneurs

vivants.

Dès lors, madame la ministre, quelles sont vos positions face à ces trois propositions?

Quelles initiatives pouvez-vous mettre en œuvre pour faire face à cette pénurie d'organes?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chers collègues, bien que la Belgique n'ait pas ratifié cette convention, la notion de gratuité du don d'organes est un principe inscrit dans de nombreuses législations à travers le monde. Il figure depuis 1986 à l'article 4, §1, de la loi belge relative au prélèvement et à la transplantation d'organes, conformément à une conception du droit qui estime le corps humain hors commerce.

En outre, l'article 13.4 de la directive européenne 2010/53 relative aux normes de qualité et de sécurité des organes humains destinés à la transplantation dont nous élaborons la transposition en droit belge impose également que le prélèvement d'organes s'effectue sur une base non lucrative. Ainsi, je ne peux que constater les assises solides du principe de non-profit en dehors de la convention d'Oviedo.

Ensuite, une étude a été réalisée sur le coût d'un don pour un donneur vivant. Les résultats de cette étude doivent être examinés attentivement avant d'envisager dans quelle mesure et de quelle manière on pourrait couvrir plus largement les frais supportés par le donneur vivant.

In fine, au vu des principes établis par la directive européenne en matière de qualité et de sécurité des dons d'organe de donneurs vivants, la Belgique devra disposer à l'avenir d'un registre de donneurs vivants ainsi que d'un système de suivi de ces donneurs. Ces procédures obligatoires figureront prochainement dans la législation belge suite à la transposition de la directive.

03.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Comme vous, je tiens à la gratuité et je veux éviter la marchandisation d'actes tels le don d'organes mais le problème est de motiver les donneurs, y compris les membres de la famille du receveur, et la prise en charge de ses frais médicaux éventuels.

J'entends que vous allez mettre en œuvre le registre mais je constate qu'on n'est pas encore au point en matière de dédommagements de celui qui donnerait ses organes en tant que membre de la famille ou en tant que donneur compatible. Je me joins à l'Académie de médecine pour dire qu'il faut clarifier ce point et permettre de répondre au mieux aux risques encourus pour la santé.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 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): Mijnheer de voorzitter, ik wil eerst mevrouw Snoy meegeven dat onder andere de heer Louis Ide van onze partij inzake het onderwerp van haar vraag een heel interessant wetsvoorstel in de Senaat heeft ingediend. U kunt het wetsvoorstel misschien eens inkijken.

Mevrouw de minister, artsen kunnen onder bepaalde voorwaarden in het kader van hun sociaal statuut een tegemoetkoming ontvangen. Voor kinesitherapeuten en apothekers zijn soortgelijke regelingen uitgewerkt. Voor thuisverpleegkundigen is een dergelijke regeling vooralsnog niet het geval.

Ten eerste, is voor thuisverpleegkundigen een soortgelijke regeling in de maak? Zo niet, waarom gebeurt zulks niet? Zo ja, wat is de omvang van de geplande tegemoetkoming? Wat zijn de voorwaarden die aan bedoelde, sociale voordelen zouden worden gesteld?

Ten tweede, werd in het vooruitzicht van een dergelijke regeling voor thuisverpleegkundigen binnen het RIZIV, de Rijksdienst voor Pensioenen of een andere instelling al een budget vrijgemaakt? Zo niet, waarom is zulks niet gebeurd? Zo ja, sinds wanneer gebeurt het? Wanneer werd ter zake welk budget vrijgemaakt?

Welke instelling heeft de middelen in kwestie vrijgemaakt? Wie beheert de bedoelde middelen nu?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De overeenkomstencommissie Verpleegkundigen heeft mij met betrekking tot een dergelijke maatregel van sociaal statuut voor verpleegkundigen geen prioritaire vraag gesteld of een concreet voorstel gedaan. In het RIZIV is dit jaar niet in een budget voor een dergelijke maatregel voorzien. Artikel 55 van de programmawet van 20 juli 2006 vermeldt wel dat er bij de Rijksdienst voor Pensioenen het Sectoraal Fonds voor de Zelfstandige Verpleegkundigen wordt opgericht. In 2006 werd trouwens beslist dat het RIZIV aan de Rijksdienst voor Pensioenen daarvoor 3 420 000 euro zou overmaken. Die bepaling werd uitgevoerd. Het fonds staat in voor het beheer van die middelen.

04.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor het antwoord. De overgrote meerderheid van de verpleegkundigen houdt zich aan de tariefafspraken. Zij verdienen zo een statuut. Ik zal de zaak dus van nabij blijven volgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 **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): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag gaat ook over verpleegkundigen. Ingevolge de wet van 21 april 2007 zijn sinds kort vier van de zestien mandaten binnen de RIZIV-overeenkomstencommissie Verpleegkundigen toegewezen aan de zelfstandige thuisverpleegkundigen. De vertegenwoordiging gebeurde hier op basis van een telling en niet op basis van verkiezingen zoals dat bij artsen wel het geval is.

Begin 2009 stelde u in de Senaat, in een antwoord op een vraag van Louis Ide, dat uw beleidscel toen al samenwerkte met het RIZIV om een financiering uit te werken voor het functioneren van de representatieve beroepsorganisaties die niet onderworpen zijn aan de verkiezingsprocedure.

Hoever staat het met het uitwerken van een financiering ten behoeve van de representatieve beroepsorganisaties die niet onderworpen zijn aan de verkiezingsprocedure?

Wat moet hiervoor nog gebeuren en wat is het voorziene tijdspad?

Zullen de representatieve beroepsorganisaties van zelfstandig verpleegkundigen binnen deze nieuwe financiering ook aanspraak kunnen maken op een dergelijke tegemoetkoming? Zo ja, hoeveel zullen die tegemoetkomingen bedragen, in totaal en per beroepsvereniging? Zo niet, waarom niet?

Hoeveel bedragen de financiële tegemoetkomingen voor alle beroepsorganisaties voor 2008, 2009 en 2010? Graag de cijfers per jaar, telkens opgesplitst per beroepsvereniging.

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, ten eerste, uit het overleg met het RIZIV en rekening houdend met de eigenschappen van het beroep van verpleegkundige, waarvan het RIZIV slechts één deel rechtstreeks financiert, is gebleken dat een dergelijke financiering niet binnen de regelgeving van het RIZIV valt maar wellicht beter bij de bevoegdheden van de FOD Volksgezondheid past. Die piste laat ik momenteel onderzoeken. Het bedrag van 360 000 euro dat steeds op de begroting van het RIZIV stond zou dan worden getransfereerd.

Ten tweede, hiertoe moet een koninklijk besluit worden genomen. De Ministerraad zal zich dus in de nabije toekomst over een voorstel van koninklijk besluit moeten buigen.

Ten derde, een nieuwe overlegvergadering hierover tussen mijn medewerkers en experts van de FOD Volksgezondheid is gepland voor morgen 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 voor u met de gevraagde gegevens.

De **voorzitter**: Misschien kunt u de gegevens aan het secretariaat bezorgen zodoende wij ze ook kunnen opnemen in het publicatieblad.

05.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, wij wachten de uitslag van die gesprekken af. Wij zijn er in elk geval van overtuigd dat alle beroepsverenigingen, ook van de thuisverpleegkundigen, hun werk op een goede manier moeten kunnen doen en daarvoor een toelage nodig hebben, zoals de anderen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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 **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!): Monsieur le président, madame la ministre, il ne s'agit pas de la même question que celle à laquelle vous avez répondu en plénière jeudi passé, posée par ma collègue Van Den Ende. Ma question avait été refusée pour la plénière.

Elle ne porte pas spécifiquement sur la consommation de ces médicaments, mais plutôt sur le rôle des pharmaciens. De fait, il a été constaté que près de 284 millions de doses d'antidépresseurs ont été vendues en Belgique, soit une augmentation de 4,3 % par rapport à 2009. La quantité vendue de somnifères est également en augmentation.

Madame la ministre, je vous ai déjà interpellée à ce sujet l'année dernière, mais je reviens vers vous car ces chiffres sont vraiment alarmants.

Les médecins et les pharmaciens jouent un rôle crucial: ce sont eux qui accompagnent les patients par des conseils sur les exigences spécifiques des médicaments. En outre, les pharmaciens délivrent de plus en plus de médicaments sans ordonnance: 78,4 % des médicaments vendus en Belgique en 2010.

En 2012, il existera un dossier pharmaceutique partagé moyennant l'accord des patients, c'est-à-dire que les pharmaciens pourront avoir accès à l'historique des patients en matière d'achat et de consommation de médicaments si les patients l'acceptent. Dans l'affirmative, le rôle des pharmaciens sera plus important et ils pourront mieux conseiller les patients.

Toutefois, madame la ministre, donnera-t-on aux pharmaciens les moyens d'exercer pleinement ce nouveau rôle? Quelles mesures devraient-elles être prises pour ce faire? Ce dossier partagé sera-t-il aussi accessible en ligne gratuitement pour les pharmaciens? Comment cela fonctionnera-il?

J'estime excellente l'initiative d'instaurer un dossier pharmaceutique permettant aux pharmaciens de consulter l'historique de consommation des clients, mais auront-ils réellement les moyens d'exercer ce rôle de conseil?

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, cela concerne évidemment les particuliers ambulatoires, mais aussi les maisons de repos et de soins, etc. Vous connaissez le problème.

Cela étant dit, 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. Ce dossier complètera le dossier pharmaceutique qui existe depuis 2010, dans lequel chaque pharmacien enregistre, aujourd'hui, l'ensemble des médicaments tant remboursés que non remboursés qu'il délivre au patient.

À partir de 2012, il sera enrichi par les soins pharmaceutiques qui seront donnés aux patients, c'est-à-dire tous les conseils et avis que le pharmacien aura donnés. Ce dossier permettra d'avoir une vue globale sur la totalité des soins pharmaceutiques donnés à chaque patient par tous les pharmaciens et servira à améliorer

les soins.

La constitution de ce dossier est, en effet, soumise au consentement du patient et, si nécessaire, du médecin. Le développement de ce dossier de suivi des soins pharmaceutiques partagés est encore en discussion entre les associations professionnelles et les acteurs publics concernés afin de voir comment la plate-forme eHealth peut servir à sa mise en place. Les modalités finales ne sont, dès lors, pas encore fixées.

J'ai l'intention de donner aux pharmaciens les moyens de remplir pleinement ce rôle de conseil que j'estime crucial.

Le besoin éventuel en formation des pharmaciens découlera des options prises, mais je tiens à souligner que la nouveauté se situe au niveau de la création d'un dossier informatisé. Il s'agira aussi pour les pharmaciens de se former de manière continue pour donner des avis et conseils de qualité aux patients.

Je rappelle également que la plate-forme eHealth est gratuite pour tous les utilisateurs.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie.

La question qui se pose est de savoir comment, dans la pratique quotidienne, ils vont pouvoir consacrer le temps nécessaire, avec le personnel disponible dans une pharmacie, pour conseiller un patient. J'entends bien vos intentions. Mais, je le répète, la question sera de voir comment elle sera praticable et voir comment ces pharmaciens pourront accéder à ces formations et auront le temps de les mettre en pratique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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 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!): Monsieur le président, madame la ministre, suite aux questions que je vous ai posées en novembre 2010, aux réponses que vous y avez apportées en décembre 2010, et à la médiatisation des craintes que j'y exprimais, j'ai accepté l'invitation de M. Robben. Le 24 janvier dernier, j'ai rencontré son équipe, ainsi que le Dr Vandenberghe qui gère le Réseau Santé wallon.

Une question orale ne permet pas d'aborder le sujet dans son entièreté et je trouverais intéressant que nous puissions avoir un échange avec les membres de la plate-forme eHealth en commission de la Santé afin de comprendre comment ce dossier évolue et de pouvoir leur poser des questions. Il n'est pas toujours aisé d'utiliser les bons termes et de savoir de quoi on parle. Or, la mission confiée à eHealth est importante.

J'ai quelques questions urgentes à vous poser. L'appel à candidatures pour le recrutement, via Selor, du médecin directeur (en principe francophone) de la plate-forme eHealth a été publié mi-décembre 2010. Y a-t-il des candidats ou candidates? Dans quel délai peut-on espérer une désignation?

Des échanges avec l'équipe de eHealth et le Réseau Santé wallon, il ressort que le Réseau Santé wallon relie déjà la quasi-totalité des hôpitaux wallons. L'objectif est d'élargir l'application aux médecins généralistes et spécialistes extra-hospitaliers via une architecture *hub & metahub*, reposant sur l'usage de web services standardisés que les médecins peuvent utiliser. Vu la performance de cet outil et vu l'adhésion qu'il a suscitée auprès des hôpitaux bruxellois et de la plupart des hôpitaux flamands, Frank Robben a reconnu que ce modèle devrait, pour bien faire, être développé et utilisé par eHealth sur l'ensemble du territoire. Avec M. Robben et le Réseau Santé wallon, nous sommes face à des acteurs qui mettent gratuitement les outils qu'ils ont construits au service du public.

Cependant, pendant cette rencontre, il est apparu qu'eHealth fonctionne essentiellement dans le déploiement de nombreux sites web en réponse aux demandes de collecte de données dans le cadre du registre du cancer, des registres de l'INAMI relatifs à la polyarthrite rhumatoïde (eCare-eSafe), aux défibrillateurs cardiaques, aux pacemakers, aux déclarations des naissances, etc. Cette architecture par

sites web ne permet pas aux médecins de directement transférer les données des dossiers médicaux depuis le logiciel qu'ils utilisent habituellement. Dès lors, cela leur demande beaucoup de temps de réencodage ainsi que des démarches spécifiques supplémentaires. Une connexion par web service serait dès lors préférable.

Hormis les gros hôpitaux disposant de personnel à cet effet, les autres ont du mal à l'utiliser et expriment leur mécontentement.

Or, la mission de eHealth, c'est de jouer un rôle central dans la vision et la stratégie pour une prestation de services et un échange d'informations électroniques dans les soins de santé efficace, effectif et dûment sécurisé; c'est l'article 5.1 de la loi qui le dit. En fonctionnant uniquement par site web, on a une approche saucissonnée de la santé du patient plutôt que toute une série d'informations accessibles via le dossier médical du patient, ce qui permet de mieux les croiser.

M. Robben l'a reconnu et a dit qu'il serait bon de faire évoluer les choses. Je ne crois pas que quoi que ce soit de concret ait déjà été proposé. Je voudrais savoir si la démarche évolue dans ce sens et connaître le nombre d'utilisateurs par service à valeur ajoutée, ces fameux sites web, qui utilisent la plate-forme eHealth.

Enfin, dans sa dimension inter-hospitalière, le réseau de santé wallon a arrêté le déploiement de sa plate-forme, notamment le lien avec les médecins extra-hospitaliers parce qu'il fallait se mettre d'accord sur la manière d'encoder les données – et ils ont accepté que ce soit via un numéro national – mais aussi parce qu'il fallait le consentement éclairé du patient. Il fallait décider entre le système de consentement *opt in*, qui avait les faveurs des prestataires, des représentants des patients et des réseaux de santé wallons et le système *opt out* qui avait les faveurs de M. Robben.

Des réunions ont eu lieu. Selon mes informations, le comité de gestion de eHealth aurait choisi un *opt in* enregistré par les prestataires de soins mais sans signature du patient. Si cela se confirme, de quelle manière a-t-on décidé de garantir l'information au patient qu'il y aurait transmission de ses données médicales aux différents prestataires de soins intervenant? Comment cela va-t-il se dérouler?

07.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Voilà beaucoup de questions, monsieur le président! J'aurai à transmettre – je le ferai par le biais du secrétariat de la commission – un aperçu mentionnant par service à valeur ajoutée le nombre d'accès réussis pour la période du 22 février au 24 mars 2011.

La vacance d'emploi du directeur général de la section "Gestion des programmes, projets et clients" a été publiée au *Moniteur belge* du 20 décembre 2010. Les personnes intéressées devaient introduire leur candidature pour le 7 janvier 2011. L'administrateur délégué de Selor nous a avertis qu'aucune personne remplissant les conditions requises ne s'était présentée.

Le 11 février, le comité de gestion de la plate-forme eHealth a décidé que tous les canaux devaient être utilisés afin d'informer un maximum de candidats intéressés sur la fonction et de demander à Selor de publier un deuxième appel en temps utile.

Le projet *hub & metahub* a pour but de permettre à un prestataire de soins de retrouver et de consulter l'ensemble des documents médicaux électroniques disponibles au sujet d'un patient et ce, indépendamment, d'une part, du lieu effectif de stockage des documents et, d'autre part, du point d'entrée du prestataire dans le système. L'objectif est de supporter l'échange de données dans le contexte de la continuité des soins, sans centralisation de données et au travers des relais locaux ou régionaux organisés et gérés par des représentants des prestataires d'établissements de soins.

La mise en place du système d'échange décentralisé *hub & metahub* est intrinsèquement lié à l'instauration du répertoire des références. Le répertoire est, en effet, la clef de voûte de ce système, ce qui permet de savoir où se trouve un document relatif à un patient.

Avec l'accord des acteurs du secteur des soins de santé, le choix s'est porté sur un système d'*opt in* nécessitant le consentement explicite du patient avant que les références ne puissent être consultées dans le répertoire des références. En effet, cette solution garantit, à la fois, une communication d'informations efficaces vis-à-vis du patient et une décision consciente du patient. Afin de réduire la charge administrative qu'un *opt in* traditionnel pourrait impliquer à la fois pour le patient et les prestataires et établissements de soins concernés, cette solution ne requiert pas la signature effective du patient, mais uniquement un

enregistrement explicite de l'existence du consentement du patient.

Aucun document papier relatif au consentement accordé ne doit, par conséquent, être conservé. L'enregistrement du consentement ne peut avoir lieu que pour autant que le patient ait été correctement informé sur la portée et les conséquences de son consentement.

Lorsqu'un pharmacien, un médecin, un hôpital ou une mutualité enregistre le consentement, le numéro d'identification de la sécurité sociale de la personne concernée ainsi que le numéro de la carte d'identité électronique ou de la carte SIS du patient doivent être communiqués. Cette manière de procéder permet d'éviter raisonnablement un enregistrement du consentement par un prestataire de soins, alors que le patient n'est pas présent.

L'intéressé pourra enregistrer le consentement au travers d'une application web dédiée garantissant l'authentification de l'identité de celui-ci par le biais de la carte d'identité électronique. L'enregistrement par un prestataire à un établissement de soins ou la mutualité devrait idéalement pouvoir être effectué soit au travers de leurs outils informatiques usuels, soit au travers d'une application web.

Toute opération relative à l'enregistrement d'un consentement est logée. Cela permet, dès lors, au patient de vérifier en ligne quel médecin, pharmacien, hôpital ou quelle mutualité a réalisé l'enregistrement du consentement. Par ailleurs, le patient dispose, à tout moment, de la possibilité de retirer son consentement.

Avant que le consentement de la personne concernée puisse être enregistré, elle doit être informée de telle façon qu'elle puisse prendre une décision libre, spécifique et informée. Il est prévu qu'elle soit informée de manière exhaustive sur les conséquences de cette inscription, ce qui implique une communication de l'information relative à l'ensemble des systèmes *hub & métahub* ainsi qu'aux conditions de l'échange qui aura lieu par le biais de ces systèmes.

Les modalités du consentement ont été intégrées dans une note relative au consentement éclairé dans le projet des *hubs* et du *métahub* qui a été approuvée par le comité de gestion lors de sa réunion du 15 mars dernier. La note sera à présent soumise à l'approbation du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

07.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, cette procédure m'inquiète. Comment peut-on avoir la garantie que l'information est donnée au patient et que le patient a donné son accord, comme il n'y aura pas de signature ni d'acte de sa part? Le patient sait-il que ses données sont diffusées au corps médical. Les patients qui utilisent internet auront la possibilité de vérifier les données enregistrées mais tous ne le feront pas. Je ne dis pas que l'on est en train de malmenager les patients. Je sais que c'est pour le bien des patients mais cela mérite néanmoins une évaluation et une réflexion.

Pour ce qui concerne le recrutement du médecin directeur, il est évidemment inquiétant de constater qu'aucun candidat ne répond aux attentes. Pourquoi ne pas interroger les personnes dont on sait qu'elles ont les compétences et qui pourraient postuler à ce poste? Il serait intéressant de connaître les raisons pour lesquelles elles ne le font pas. Il est inquiétant qu'une telle infrastructure, vis-à-vis de laquelle les attentes sont grandes, ne trouve pas preneur, étant donné l'ampleur du travail. J'entends bien que le développement *hub & métahub* dépend de la mise en place *opt in* et *opt out* et du répertoire de référence.

Monsieur le président, dois-je vous envoyer un courrier que vous soumettriez à la commission en vue d'un ajout éventuel à l'agenda des travaux?

De **voorzitter**: Verschillende mensen waren vragende partij om een hoorzitting te organiseren. Rond elk thema waarover wij debatteren worden hoorzittingen, informatievergaderingen en dergelijke gevraagd. Als commissie hebben wij een paar maanden terug de fracties aangeschreven met de vraag naar prioriteiten, zowel wat wetsvoorstellen, resoluties als hoorzittingen betreft. Wij zijn bijna door onze lijst van themazittingen heen.

Ik stel voor, mevrouw Gerkens, dat u dat via uw groep als een themazitting suggereert. Dat het belangrijk is, daar zal iedereen van overtuigd zijn. Maar iedereen is er ook van overtuigd dat alles belangrijk is. Wij bekijken het op basis van een prioriteitenlijst. Overtuig dus uw groep.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 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): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, op mijn mondelinge vraag over CVS, die ik u op 12 januari 2011 heb gesteld, hebt u geantwoord dat u in september 2010 aan de Hoge Gezondheidsraad een advies heeft gevraagd over het belang van het xenotroop murine leukemie virus of XMRV op de humane gezondheid, over het nut van een eventuele screening en diagnostiek en over de etiologische relevantie van het agens voor diverse ziektebeelden, waaronder CVS.

Eveneens hebt u geantwoord dat u over de onmiddellijke maatregelen die moeten worden getroffen, graag een advies van de Hoge Gezondheidsraad had gekregen. Bedoeld advies werd in februari 2011 verwacht.

Mijn vragen zijn de volgende. Hebt u het advies al ontvangen? Kon ergens een verband tussen het retrovirus XMRV en CVS worden aangetoond?

Moeten er dringende maatregelen worden getroffen? Welke maatregelen zijn dat? Werd er al aan gedacht op welke manier de bedoelde maatregelen kunnen worden getroffen?

Er zou een koninklijk besluit met betrekking tot de huidige CVS-referentiecentra klaarliggen. Zulks werd mij medegedeeld. Is er enig verband tussen voornoemd koninklijk besluit en de bevindingen van de Hoge Gezondheidsraad?

Zijn er problemen, onder andere de beperkte bevoegdheden van de regering – wij hebben het er daarnet over gehad – waardoor voormeld koninklijk besluit niet kan worden uitgevaardigd?

Kan u ons mededelen waarover het genoemde koninklijk besluit eigenlijk zou gaan? Staat het in verband met de chronische ziektes die wij daarnet hebben besproken of gaat het specifiek over CVS?

Immers, hoewel er inderdaad gelijklopende problemen zijn, hebben personen die met CVS te maken hebben, ook nog met een specifieke problematiek te kampen, namelijk dat zij van mening zijn dat hen niet altijd de juiste therapie wordt aangeboden dan de therapie waarop zij recht zouden hebben.

08.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik herinner u eraan dat ik de Hoge Gezondheidsraad een advies heb gevraagd over het XMRV-virus, het xenotroop murine leukemie virus gerelateerd virus, om te weten of er een verband was met het chronisch vermoeidheidssyndroom. De HGR meldt mij dat men door de hoge bevraging in het domein bloed en derivaten op dit moment nog bezig is met de literatuurstudie voor de betreffende vraag.

Ik vermeld ook een KB met betrekking tot de CVS-referentiecentra. De meer specifieke verzorging van mensen met het chronisch vermoeidheidssyndroom wordt op dit moment inderdaad geregeld via KB's die worden uitgewerkt in het raam van artikel 56 van de gecoördineerde wet inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit artikel maakt de financiering mogelijk van experimentele vormen van zorgverlening.

Het huidige KB betreft de referentiecentra waarmee overeenkomsten zijn afgesloten. Het RIZIV bereidt momenteel een nieuw voorstel van KB voor inzake CVS. Dat nieuwe KB heeft niet meer alleen betrekking op de bestaande referentiecentra. Het is de bedoeling om een regelgevend kader te creëren waardoor men met zogenaamde consortia voor CVS financieringsovereenkomsten kan sluiten. Dit zijn netwerken van zowel eerstelijnszorgverleners – huisartsen, kinesitherapeuten, algemene ziekenhuizen – als referentiecentra.

Binnen de nieuwe organisatie zullen de eerste en de tweede lijn een belangrijkere plaats krijgen. De bedoeling van het KB en de nieuwe overeenkomsten is om uit te testen of men meer zorgverleners bij de behandeling kan betrekken en deze zo te verbeteren. Aangezien het KB nog in een ontwerpfase zit en het eerst nog door de instanties van het RIZIV moet worden behandeld, is de vraag of dit KB in het raam van

lopende zaken kan worden behandeld nu nog niet aan de orde.

08.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, u weet dat ik heel nieuwsgierig ben om te weten welke koninklijke besluiten wel kunnen worden behandeld. Ik leid toch af uit de uitleg die u daarnet hebt gegeven dat dit wel zou kunnen worden uitgevaardigd, maar dat er nog heel wat werk aan de winkel is, zowel in verband met de onderzoeken die moeten worden afgerond als de dialoog met het RIZIV. Ik kan u er dus alleen maar toe aanzetten om er een beetje haast achter te zetten, want u weet dat de mensen zelf ook aandringen op een beslissing.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 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): Mevrouw de minister, in het sociaal akkoord 2011 voor openbare ziekenhuizen, dat u onlangs eenzijdig sloot met de vakbonden, blijft u statutaire aanstellingen promoten. Daar die statutair aangestelde medewerkers nog steeds een beduidend hoger pensioen krijgen dan de contractuele medewerkers, maakt u de penibele financiële situatie van veel Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners nog erger.

Het ICURO, de koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners, heeft u al laten weten dat na de fusie tussen private en publieke ziekenhuizen een aantal Vlaamse ziekenhuizen in hun voortbestaan werden bedreigd door hun verhoogde RSZ-bijdrage. Zij moeten zelf een sluitende financiering zoeken om aan hun pensioenverplichtingen te kunnen voldoen, die vooral zijn toegenomen als gevolg van het hoge aantal statutairen uit de openbare ziekenhuizen. De federale overheid reageert blijkbaar niet op de noodkreet van die ziekenhuizen om een oplossing te zoeken.

Hebt u een idee hoeveel Vlaamse ziekenhuizen u 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 om dezelfde redenen?

Waarom blijft u dan statutaire aanstellingen promoten?

U ligt voor een deel mee ten grondslag van de financiële problemen. Kan de federale overheid dan geen bijdrage leveren tot de oplossing van de problemen?

09.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, 15 Vlaamse private ziekenhuizen zouden een openbaar ziekenhuis als fusiepartner hebben en dus statutair personeel in dienst hebben. Ook 7 Waalse ziekenhuizen en 1 Brussels ziekenhuis zouden zich in dezelfde situatie bevinden.

Het sociaal akkoord voor 2011 legt voor de openbare en de private sector elk hun eigen klemtonen. De private sector beschikt over een budget van iets minder dan 34 miljoen euro en legt het accent bij de tweede pensioenpijler, tewerkstellingsmaatregelen en de ongemakkelijke prestaties, terwijl de openbare sector met een budget van iets meer dan 16 miljoen euro, waarvan ongeveer 7,5 miljoen euro voor de maatregelen statutarisatie, het accent legt op de tewerkstellingsmaatregelen en de handhaving van het statutair personeel in de openbare ziekenhuizen.

Opdat de verhoogde werkgeversbijdragen voor pensioenen voor statutair personeel in de openbare en private ziekenhuizen zouden kunnen worden gefinancierd, is hiervoor een budgettaire fiche voor 2011, exclusief het sociaal akkoord, ingediend om een bijkomend budget te verkrijgen.

Deze budgetaanvraag werd echter in het budgetconclaaf van oktober 2010 betreffende de nieuwe beleidsmaatregelen niet in aanmerking genomen. Voor 2012 zal opnieuw een aanvraag voor een

budgetverhoging worden opgesteld, maar de algemene raad zal moeten oordelen of dat in de gekende budgettaire context voorrang moet krijgen.

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

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

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 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): Mevrouw de minister, sinds oktober 2005 mogen artsen geneesmiddelen voorschrijven op stofnaam. Het VOS laat een arts toe een stof voor te schrijven en geen geneesmiddelenmerk. De apotheker bepaalt de specialiteit die hij aflevert op basis van een soort beslissingsboom. In de eerste plaats moet een apotheker een generiek, een kopie of een originele specialiteit afleveren, waarvan de prijs gelijk is aan de vergoedingsbasis en waarvoor de patiënt dus geen supplement hoeft te betalen. Enkel en enkel wanneer dat niet lukt mag de apotheker een andere vergoedbare specialiteit afleveren, waarbij er wel een supplement kan zijn voor de patiënt.

Voorschrijven op stofnaam kan enkele voordelen bieden. Zowel voor de patiënt als voor het RIZIV is er een financieel belang in de vorm van een besparing. De arts hoeft niet alle generische kopieën van een actief bestanddeel meer te kennen. Voor de apotheker is bij voorschrift op stofnaam een actieve rol weggelegd in het verstrekken van een geneesmiddel, waarbij hij tegelijkertijd zijn voorraadbeheer kan optimaliseren.

Op basis van welke criteria wordt de maatregel geëvalueerd? Wat zijn sinds de invoering van het VOS tot en met 2010 de bevindingen op basis van die evaluatiecriteria?

Welke factoren verhogen of verlagen de drempel voor voorschrijvers om voor te schrijven op stofnaam?

Acht u het zinvol om nog nieuwe maatregelen te nemen die het voorschrijven op stofnaam kunnen aanmoedigen? Zo ja, welke?

Wat is op jaarbasis de beoogde of mogelijke budgettaire impact van voorschrijven op stofnaam? In welke mate beantwoordt het voorschrijfgedrag van de verschillende voorschrijvers 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 tot en met 2010 van het voorschrijven op stofnaam sedert de invoering voor de verschillende soorten voorschrijvers?

Hoe groot was het aandeel van voorschriften op stofnaam in alle voorschriften voor 2009 en 2010? Welke verschillen zijn er ter zake vast te stellen tussen de verschillende soorten voorschrijvers?

10.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, collega's, men schiep de mogelijkheid om op stofnaam voor te schrijven om de dokters een instrument te geven om gemakkelijker te kunnen voorschrijven. Het groeiend aantal merken en verpakkingen van generische geneesmiddelen maakten het de dokters immers moeilijk om te weten wat er allemaal op de markt was.

Met 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 die aan de behandeling tegemoetkomt, waarbij hij rekening kan houden met de kostprijs en de bijzonderheden van de

patiënt.

Deze maatregel is dus niet direct aan een besparingsdoelstelling gekoppeld. Dat neemt natuurlijk niet weg dat er een besparing kan gebeuren. Elke dokter die in plaats van een duurder origineel voor te schrijven een voorschrift op stofnaam gebruikt, zorgt voor een besparing.

Dat valt echter niet te becijferen omdat men daarvoor de oorspronkelijke bedoeling van de arts en zijn uiteindelijke voorschrift zou moeten kennen. Bovendien hebben sommige dokters een specifiek generisch voorschrift vervangen door een voorschrift op stofnaam. Het is eveneens onmogelijk om die twee voorschriften te vergelijken.

De mogelijkheid van voorschrijven op stofnaam viel samen met een toename van bijna 5 % van het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen. Het heeft misschien aan deze doorbraak bijgedragen, maar men kan niet zeggen in welke mate dat het geval is geweest.

Ik denk dus dat het voorschrift op stofnaam een van de instrumenten is die wij kunnen gebruiken om via goedkope geneesmiddelen te besparen. Men kan overwegen om zowel de geneesheren te stimuleren om vaker een voorschrift op stofnaam te schrijven, als de apotheker te vragen om bij het ontvangen van een voorschrift op stofnaam echt goedkopere geneesmiddelen te verkopen.

Met betrekking tot zijn evolutie, bereikte het voorschrift op stofnaam in het eerste jaar 3 % van de geneesmiddelen buiten patent, 5 % in 2007 en 2008, 6 % in 2009 en 9 % in 2010.

Over het geheel van voorschriften, zonder en met patent, vertegenwoordigen de voorschriften op stofnaam 6 % in 2010. Vooral specialisten gebruiken voorschriften op stofnaam. In 2010 was dat het geval voor 8 % van hun voorschriften, tegen slechts 5 % voor de voorschriften van de huisartsen.

10.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Het is goed nieuws dat het in stijgende lijn gaat. Voorschrijven op stofnaam kan voor vele partijen interessant zijn. Ik onderschrijf de mening van de minister.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

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

10.04 Minister **Laurette Onkelinx** : (...)

De **voorzitter**: Haar vraag werd zeer laattijdig toegevoegd aan de agenda, ik ga ervan uit dat mevrouw Almaci om die reden niet aanwezig kon zijn. Ik stel voor deze vraag tijdens een volgende commissievergadering te behandelen.

*La réunion publique de commission est levée à 16.39 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.39 uur.*