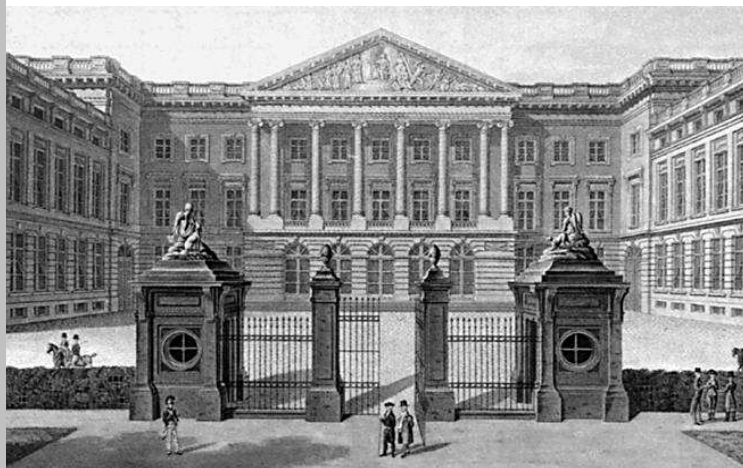


**Sénat de Belgique**

**Session ordinaire 2010-2011**



**5-93COM**

**Commission des Affaires sociales**

**Mardi 12 juillet 2011**

**Séance de l'après-midi**

**Annales**

**Handelingen**

**Commissie voor de Sociale  
Aangelegenheden**

**Dinsdag 12 juli 2011**

**Namiddagvergadering**

**5-93COM**

**Belgische Senaat**  
**Gewone zitting 2010-2011**

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:  
[www.senate.be](http://www.senate.be)    [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be)

#### Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
cdH	centre démocrate Humaniste
Ecolo	Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	Parti Socialiste
sp.a	socialistische partij anders
VB	Vlaams Belang

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:  
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:  
[www.senate.be](http://www.senate.be)    [www.dekamer.be](http://www.dekamer.be)

**Sommaire****Inhoudsopgave**

Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la communication relative à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées» (n° 5-1140).....	5
Demande d'explications de M. Bert Anciaux au secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté sur «l'extension des droits sociaux fondamentaux au droit à l'eau et à l'énergie» (n° 5-932) .....	7
Demande d'explications de Mme Cécile Thibaut au secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté sur «la politique de l'accueil des réfugiés en province de Luxembourg» (n° 5-1180).....	8
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «Beliris et la rénovation de la gare du Midi» (n° 5-1151) .....	10
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la grande imprécision de l'octroi du titre professionnel d'aide-soignant» (n° 5-1199).....	12
Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les mesures de sensibilisation qu'entend adopter le gouvernement face au développement de la résistance aux antimicrobiens» (n° 5-1129).....	16
Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la juste compensation des frais liés aux dons d'organe par un donneur vivant» (n° 5-1181).....	19
Demande d'explications de M. Gérard Deprez à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la présence de parabènes dans de nombreux médicaments» (n° 5-1059) .....	21
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les économies dans le secteur de la biologie clinique» (n° 5-1098).....	23
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la qualité au sein des hôpitaux, l'accréditation et le rôle des hôpitaux universitaires» (n° 5-1100) .....	24
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les coûts liés à la consultance préalable à un audit de la qualité des laboratoires cliniques» (n° 5-1101) .....	26

Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de communicatie bij de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden» (nr. 5-1140) .....	5
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding over «de uitbreiding van de sociale grondrechten met het recht op water en energie» (nr. 5-932) .....	7
Vraag om uitleg van mevrouw Cécile Thibaut aan de staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding over «het beleid inzake de opvang van vluchtelingen in de provincie Luxemburg» (nr. 5-1180).....	8
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «Beliris en de renovatie van het Zuidstation» (nr. 5-1151) .....	10
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de grote onduidelijkheid over het toekennen van de beroepstitel zorgkundige» (nr. 5-1199) .....	12
Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de sensibiliseringsmaatregelen die de regering wil nemen met betrekking tot de resistentie tegen antibiotica» (nr. 5-1129).....	16
Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de correcte vergoeding van de kosten verbonden aan een orgaandonatie door een levende donor» (nr. 5-1181) .....	19
Vraag om uitleg van de heer Gérard Deprez aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanwezigheid van parabenen in vele geneesmiddelen» (nr. 5-1059).....	21
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de besparingen in de sector van klinische biologie» (nr. 5-1098) .....	23
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kwaliteit in de ziekenhuizen, de accreditatie en de rol van universitaire ziekenhuizen» (nr. 5-1100) .....	24
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kosten verbonden aan consultancy voorafgaande aan een audit uitgevoerd op de kwaliteit van klinische laboratoria» (nr. 5-1101) .....	26

<p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la reprise de laboratoires hospitaliers universitaires par des laboratoires privés» (n° 5-1107).....28</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de overname van universitaire ziekenhuislaboratoria door private laboratoria» (nr. 5-1107) ..... 28</p>
<p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les médicaments Ipilimumab et BRAF» (n° 5-1145).....29</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de geneesmiddelen Ipilimumab en BRAF» (nr. 5-1145) ..... 29</p>
<p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les centres de cardiologie B1, B2 et B3» (n° 5-1196).....31</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «B1-, B2- en B3-centra voor cardiologie» (nr. 5-1196) ..... 31</p>
<p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le caractère obligatoire de l'assurance complémentaire soins de santé et les conséquences pour les petites mutuelles» (n° 5-1200) .....33</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verplicht maken van de aanvullende zorgverzekering en de gevolgen voor de kleinere ziekenfondsen» (nr. 5-1200) ..... 33</p>

**Présidence de M. Rik Torfs***(La séance est ouverte à 13 h 50.)***Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la communication relative à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées» (n° 5-1140)**

**M. le président.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**Mme Cindy Franssen (CD&V).** – *L'allocation pour l'aide aux personnes âgées est accordée à la personne handicapée de 65 ans ou plus qui, en raison de la réduction de son autonomie, doit supporter des frais supplémentaires.*

*Pour cette allocation d'aide aux personnes âgées (APA), on examine dans quelle mesure l'autonomie de l'intéressé est réduite. Six critères interviennent. Il faut atteindre au moins 7 points sur une échelle de 18 pour pouvoir obtenir l'allocation, après avoir complété le dossier administratif. L'intéressé reçoit aussi une attestation qui lui permet de bénéficier de mesures sociales et fiscales particulières, lesquelles dépendent de conditions telles que les revenus, l'âge, la situation familiale, ...*

*Dans sa communication sur l'APA, la Direction générale Personnes handicapées renvoie, pour des informations additionnelles sur ces mesures sociales et fiscales, vers d'autres sites, entre autres de la commune et de la mutuelle ainsi que du SPF Sécurité sociale.*

*Le site [www.handiweb.be](http://www.handiweb.be) permet aussi de retrouver les prestations auxquelles on a droit et sous quelles conditions. On ne peut accéder à ces informations qu'avec l'eID de l'intéressé ou de son représentant légal. Ces canaux risquent de ne pas suffire pour une personne dont la réduction de l'autonomie a été établie, car la fracture numérique se fait nettement sentir chez les aînés.*

*De quelle manière la communication avec les ayants droit tient-elle compte de la fracture numérique ?*

*Est-il possible de joindre à l'attestation une copie de l'aperçu des mesures sociales et fiscales ? La ministre est-elle prête à joindre cet aperçu à la notification ?*

*Après la notification, combien de personnes obtiennent des informations sur les avantages sociaux ou fiscaux par le biais du call center du SPF Sécurité sociale ? Quelle durée d'attente moyenne compte-t-on pour la réponse à un appel au call center ?*

*Après la notification, combien de personnes s'informent-elles auprès du service social de la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale ?*

*Comment informe-t-on et implique-t-on les administrations locales et les mutuelles à ce sujet ?*

**Voorzitter: de heer Rik Torfs***(De vergadering wordt geopend om 13.50 uur.)***Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de communicatie bij de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden» (nr. 5-1140)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V).** – De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden wordt toegekend aan personen met een handicap van 65 jaar of ouder die door hun verminderde zelfredzaamheid te maken krijgen met bijkomende kosten.

Voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) wordt nagegaan in welke mate iemands zelfredzaamheid is verminderd. Dit gebeurt op basis van zes criteria. Om in aanmerking te komen voor de tegemoetkoming, dient men minstens 7 punten op een schaal van 18 te halen. De personen die bij de medische evaluatie dit minimum halen, krijgen na vervollediging van het administratieve dossier een tegemoetkoming. Daarnaast ontvangen ze ook een attest dat ze kunnen gebruiken om te genieten van bijzondere sociale en/of fiscale maatregelen. Deze maatregelen zijn afhankelijk van bijkomende voorwaarden, zoals het inkomen, de leeftijd, de gezinstoestand, ...

In de communicatie over de THAB verwijst de Directie-generaal Personen met een handicap voor meer info over de fiscale en/of sociale maatregelen naar een aantal websites, onder andere van de gemeente en mutualiteit, de FOD Sociale Zekerheid, ...

Ook via de website [www.handiweb.be](http://www.handiweb.be) kan men terugvinden op welke voorzieningen men recht heeft en aan welke voorwaarden men moet voldoen. De informatie is enkel toegankelijk met de eID van de betrokkene of een wettelijk vertegenwoordiger. Voor mensen bij wie duidelijk een vermindering van de zelfredzaamheid is vastgesteld, voldoen deze informatiekanalen mogelijk niet. De digitale kloof is immers prominent aanwezig bij de oudere generaties.

Op welke manier wordt er in de communicatie met de rechthebbenden rekening gehouden met de digitale kloof?

Is het mogelijk een kopie van het overzicht van de fiscale en/of sociale maatregelen bij te voegen bij het attest dat wordt uitgereikt? Is de minister bereid dit overzicht bij de kennisgeving te voegen?

Hoeveel personen winnen, na de kennisgeving, informatie in over de fiscale en/of sociale voordelen via het callcenter van de FOD Sociale Zekerheid? Wat is de gemiddelde wachttijd voor het beantwoorden van een oproep in het callcenter?

Hoeveel personen informeren, na de kennisgeving, bij de sociale dienst van de FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap?

Hoe worden de lokale besturen en mutualiteiten betrokken bij

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Ces dernières années, la Direction générale Personnes handicapées (DGPH) a connu des changements profonds. Dans l'intérêt des citoyens, le service a été informatisé. La Direction générale essaie d'améliorer son accessibilité.*

*Les canaux digitaux proposés par la DGPH constituent une source supplémentaire d'information, sans que les autres soient pour autant négligés. C'est ainsi que, grâce à l'extension du service social, le nombre de visiteurs a augmenté de quelque 37 000 en 2007 à plus de 48 000 en 2010.*

*Handiweb a été développé en collaboration avec des groupes d'utilisateurs qui l'ont testé sur les plans de la convivialité et de la lisibilité. Après sa mise en ligne, l'application a encore été fait l'objet de tests par la « Katholieke Hogeschool » de Geel, qui ont encore permis quelques améliorations.*

*L'attestation générale est en cours de révision. Celle-ci tient compte des réactions des personnes handicapées et des organisations au modèle proposé en 2010. À la nouvelle version sera annexé un aperçu des mesures sociales et fiscales pour lesquelles le service transmet électroniquement les données à l'institution qui les octroie, par exemple le SPF Finances.*

*Lors d'appels au call center, on ne demande des informations complémentaires sur une attestation déjà obtenue que dans 2,1% des cas.*

*Depuis la mise en service du numéro vert le 1<sup>er</sup> mars 2010, le call center répond à 30% des appels dans la minute ; pour 15% de ceux-ci, la durée d'attente se situe entre 1 et 3 minutes ; dans 25% des cas, la réponse se fait attendre de 4 à 9 minutes, alors que la durée excède 9 minutes pour 29% des appels. On compte plus de 700 000 appels annuels, chiffre effectivement impressionnant.*

*En 2010, 48 422 visiteurs se sont présentés au service social. Mon administration ne dispose pas de statistiques sur le type de questions posées durant les entretiens.*

*C'est d'abord par une attestation papier que le demandeur est informé des mesures sociales, fiscales et tarifaires. Il y a aussi des échanges électroniques de données avec d'autres institutions, comme les mutuelles, l'ONP et beaucoup d'autres. Je transmettrai à la sénatrice Franssen une liste des mesures pour lesquelles une attestation électronique peut être demandée, le contenu de celle-ci et l'organisme auquel elle est envoyée.*

**Mme Cindy Franssen (CD&V)**. – *Je remercie le secrétaire d'État, dont la réponse me satisfait. Il importe que les droits dérivés en matière sociale et fiscale soient aussi accessibles que possible. À mes yeux, la révision de l'attestation générale et l'adjonction de l'aperçu sont des pas dans la bonne*

en geïnformeerd over de fiscale en/of sociale voordelen?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – De Directie-generaal Personen met een handicap (DGPH) heeft de jongste jaren grote veranderingen ondergaan. De dienstverlening werd uitsluitend geïnformatiseerd in het belang van de burgers. De Directie-generaal streeft in haar communicatie naar een zo groot mogelijke toegankelijkheid.

De digitale kanalen die door de DGPH worden aangeboden, zijn een extra bron van informatie. Dit betekent geenszins dat de andere kanalen worden afgebouwd, integendeel. Door de uitbouw van de sociale dienst bijvoorbeeld is het aantal bezoekers gestegen van ongeveer 37 000 in 2007 tot meer dan 48 000 in 2010.

Voor de ontwikkeling van Handiweb werd samengewerkt met gebruikersgroepen die de applicatie uitgebreid getest hebben op gebruiksvriendelijkheid en leesbaarheid. Na de ingebruikname van de applicatie werd een bijkomende test uitgevoerd door de Katholieke Hogeschool van Geel, waarna nog enkele verbeteringen werden aangebracht.

Het algemene attest wordt op dit ogenblik herwerkt. Daarbij wordt rekening gehouden met de feedback van personen met een handicap en van organisaties in verband met het model dat in 2010 werd voorgesteld. Bij de verbeterde versie zal een overzicht gevoegd worden van de fiscale en/of sociale maatregelen waarvoor de dienst de gegevens elektronisch bezorgt aan de instelling die de desbetreffende maatregel toekent, bijvoorbeeld aan de FOD Financiën.

Slechts bij 2,1% van de oproepen naar het callcenter wordt bijkomende informatie gevraagd over het afgeleverde attest.

Sinds de ingebruikname van het groene nummer op 1 maart 2010 beantwoordt het callcenter 30% van de binnenkomende oproepen binnen 1 minuut. In 15% van de gevallen bedraagt de wachttijd tussen 1 en 3 minuten, 25% krijgt een antwoord na 4 tot 9 minuten en 29% heeft een wachttijd die meer dan 9 minuten bedraagt. Het aantal oproepen op jaarbasis bedraagt meer dan 700 000. Dat is inderdaad een indrukwekkend cijfer.

In 2010 kwamen 48 422 bezoekers langs bij de sociale dienst. Mijn administratie beschikt niet over statistieken in verband met de aard van de vragen die tijdens die gesprekken worden gesteld.

De informatie over de sociale, fiscale of tarifiere maatregelen wordt in de eerste plaats aan de aanvrager megedeeld via een papieren attest. Daarnaast is er een elektronische uitwisseling van gegevens met een aantal instellingen, zoals de ziekenfondsen, de RVP, enzovoort. Het gaat om een hele reeks instellingen. Ik zal senator Franssen een tabel overhandigen met een overzicht van de maatregelen waarvoor een elektronisch attest kan worden aangevraagd, de inhoud van het uitgereikte attest en de instelling aan wie het attest wordt bezorgd.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V)**. – Ik dank de staatssecretaris voor het bevredigende antwoord. Het is belangrijk dat zeker de afgeleide rechten rond sociale en fiscale voordelen maximaal toegankelijk zijn. De herziening van het algemene attest en het feit dat ook het overzicht zal worden bijgevoegd, zijn volgens mij een belangrijke stap

*direction.*

**Demande d'explications de M. Bert Anciaux au secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté sur «l'extension des droits sociaux fondamentaux au droit à l'eau et à l'énergie» (n° 5-932)**

*M. Bert Anciaux (sp.a).* – *Dans un État-providence, certaines conditions élémentaires sont traduites en droits fondamentaux en vue de garantir une existence de qualité suffisante. Pour pouvoir s'appliquer, un droit fondamental nécessite une intervention active de l'État. Les droits sociaux fondamentaux ne sont cependant pas intégralement exécutoires comme les droits fondamentaux classiques. Pourtant, ils sont fixés par des conventions internationales, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et dans la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe.*

*Depuis 1994, l'article 23 de la Constitution belge garantit une vie conforme à la dignité humaine grâce aux droits sociaux fondamentaux suivants : le droit au travail, à la sécurité sociale, à la protection de la santé, à l'enseignement, à l'aide sociale, médicale et juridique, le droit à un logement décent, le droit à la protection d'un environnement sain et le droit à l'épanouissement culturel et social.*

*Récemment, des chercheurs en sciences sociales ont attiré l'attention sur la nécessité de garantir une fourniture suffisante de gaz, d'électricité et d'eau. Certaines autorités ont pris des initiatives à cet effet. Une évaluation réalisée entre autres par le « Opbouwwerk » flamand montre que ces mesures louables n'atteignent guère, voire pas du tout, leur objectif. Ainsi, des fournitures minimales de gaz et d'électricité ne semblent pas garanties et les systèmes de réduction de dettes par le biais de compteurs à budget sont désespérément compliqués. Les subsides en vue d'économiser l'énergie nécessitent de nombreux investissements personnels qui ne peuvent être consentis par les personnes en situation de pauvreté.*

*Cette analyse critique et surtout négative a conduit les chercheurs à proposer de compléter les droits sociaux fondamentaux, ancrés dans la Constitution, par le droit à bénéficier d'une fourniture minimale d'énergie et d'eau. Cette extension implique beaucoup plus qu'une reconnaissance symbolique du problème ; elle permettra de combattre effectivement un grave problème.*

*Le secrétaire d'État partage-t-il l'analyse selon laquelle les personnes vivant dans la pauvreté et la précarité en arrivent souvent à ne plus pouvoir bénéficier de suffisamment d'eau et d'énergie ? Adhère-t-il à la conclusion selon laquelle les initiatives louables prises en vue de résoudre le problème n'offrent pas suffisamment de garanties ? Pense-t-il également qu'il serait préférable de compléter les droits sociaux fondamentaux par le droit à une fourniture minimale d'eau, de gaz et d'électricité ? Est-il disposé à prendre des initiatives dans ce sens ou à soutenir une initiative parlementaire ?*

voort.

**Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding over «de uitbreiding van de sociale grondrechten met het recht op water en energie» (nr. 5-932)**

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Binnen de context van een verzorgingsstaat werden een aantal elementaire voorwaarden voor een voldoende kwalitatief bestaan vertaald in grondrechten. Een grondrecht vraagt om een actief optreden van de overheid, zodat dit recht kan gelden. Sociale grondrechten zijn echter niet onverkort afdwingbaar zoals de klassieke grondrechten. Toch zijn de sociale grondrechten via internationale verdragen vastgelegd, onder meer in het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten en in het Europees Sociaal Handvest van de Raad van Europa.

Sinds 1994 garandeert artikel 23 van de Belgische Grondwet een menswaardig leven via volgende sociale grondrechten: recht op arbeid, op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid, onderwijs, sociale, geneeskundige en juridische bijstand, behoorlijke huisvesting, bescherming van een gezond leefmilieu en culturele en maatschappelijke ontplooiing.

Onlangs drongen enkele sociale wetenschappers aan op een gegarandeerde en toereikende levering van elektriciteit, gas en water. Enkele overheden namen daartoe initiatieven. Een evaluatie daarvan door onder meer het Vlaamse Opbouwwerk bewijst dat die goedbedoelde maatregelen hun doel amper of niet bereiken. Zo blijken minimale leveringen van gas en elektriciteit niet gewaarborgd te zijn en zijn systemen voor schuldafbouw via de budgetmeters hopeloos ingewikkeld. Energiebesparende subsidies vragen veel eigen investeringen, onmogelijk te betalen door mensen die in armoede leven.

Die kritische en vooral negatieve analyse leidde de wetenschappers tot het voorstel om de bestaande sociale grondrechten, verankerd in de Grondwet, uit te breiden met het recht op een minimumlevering van energie en water. De uitbreiding betekent veel meer dan een symbolische erkenning van het probleem; ze zal ook daadwerkelijk en effectief een schrijnend probleem bestrijden.

Deelt de staatssecretaris de analyse dat mensen in armoede en bestaansonzekerheid vaak worden geconfronteerd met een situatie waarin ze niet meer of ruim onvoldoende beschikken over water en energie? Beamt de staatssecretaris de conclusie dat de bestaande, meestal goedbedoelde initiatieven om het probleem op te lossen, niet voldoende waarborgen bieden? Gaat de staatssecretaris akkoord met de redenering dat hiervoor de sociale grondrechten het best zouden worden uitgebreid met een recht op een minimumlevering van water, gas en elektriciteit? Is de staatssecretaris bereid om initiatieven in die zin te nemen of zou hij een initiatief van het Parlement steunen?

**M. Philippe Courard**, secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté. – *Les coûts d'énergie absorbent en effet une part de plus en plus importante des revenus des ménages.*

*L'enquête EU-SILC indique que les familles vivant sous le seuil de pauvreté – 60% du revenu moyen – consacrent près de la moitié de leur budget aux besoins de base : 48,4% sont destinés à l'alimentation, le loyer, le chauffage, l'éclairage et l'eau. Pour les familles vivant au-dessus du seuil de pauvreté, ce chiffre est de 36,1%. C'est pourquoi la lutte contre l'exclusion des démunis en matière d'énergie occupe une place importante dans le plan fédéral de lutte contre la pauvreté..*

*L'objectif est de garantir un accès à l'eau et à l'énergie pour tous. Il s'agit d'une composante essentielle du droit à « mener une vie conforme à la dignité humaine » comme prescrit par l'article 1<sup>er</sup> de la loi organique des CPAS.*

*Un CPAS peut bénéficier de subsides régionaux et fédéraux, ce qui lui permet de mener sa propre politique au niveau local. Il peut recourir au Fonds Social Mazout et au Fonds Gaz Électricité, issus de deux mesures fédérales.*

*Inscrire le droit au gaz, à l'électricité et à l'eau à l'article 23 de la Constitution belge a pour avantage de créer un point de référence dont émane une grande force morale. C'est pourquoi je suis partisan d'inclure ce point dans la liste des points à revoir lors d'une prochaine révision de la Constitution.*

*La fourniture minimale de gaz et d'électricité, ancrée dans un décret depuis 1996, est dès lors de la compétence de l'autorité régionale. L'harmonisation de la politique fédérale et régionale s'effectue au sein de la conférence interministérielle Inclusion sociale. J'y aborderai cette question.*

**M. Bert Anciaux (sp.a)**. – *Je remercie le secrétaire d'État pour sa réponse et son soutien. Je déposerai en effet une proposition afin que nous puissions débattre de cette question.*

### **Demande d'explications de Mme Cécile Thibaut au secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté sur «la politique de l'accueil des réfugiés en province de Luxembourg» (n° 5-1180)**

**Mme Cécile Thibaut (Ecolo)**. – *Monsieur le secrétaire d'État, cet hiver, au plus fort de la crise de la politique d'asile, vous avez déclaré à la presse : « Nous avons ouvert des centres où les possibilités existaient. Lorsqu'un appel a été lancé aux syndicats, associations, Défense nationale, etc., les propositions sont venues surtout du Luxembourg. Moi, j'ai pris mes responsabilités en tant que secrétaire d'État ».*

*Sur les 2 500 places créées dans l'urgence pour l'hiver au niveau fédéral, 1 300 ont été ouvertes dans la verte province. Après la caserne de Bastogne et le centre de Borzée, le complexe touristique d'Herbeumont a aussi ouvert ses portes aux demandeurs d'asile. À ces trois nouvelles implantations,*

**De heer Philippe Courard**, staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding. – *Energiekosten slokken inderdaad een steeds groter deel van het inkomen op.*

*De EU-SILC-enquête geeft aan dat gezinnen onder de armoedegrens – 60% van het mediaan inkomen – bijna de helft van hun budget aan basisbehoeften besteden: 48,4% gaat naar voeding, huur, verwarming, verlichting en water. Voor gezinnen boven de armoedegrens bedraagt het percentage 36,1%. De bestrijding van energiearmoede krijgt dan ook veel aandacht in het federaal plan armoedebestrijding.*

*De bedoeling is de toegang tot water en energie voor allen te waarborgen. Dat maakt een wezenlijk onderdeel uit van het recht om een leven te leiden 'dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid', zoals bepaald in artikel 1 van de organieke wet op de OCMW's.*

*Een OCMW kan gebruik maken van regionale en federale subsidiemogelijkheden. Zo kan het op lokaal niveau een eigen beleid vorm geven. Het Sociaal stookoliefonds en het Gas- en Elektriciteitsfonds zijn twee federale maatregelen waarop het een beroep kan doen.*

*Het recht op gas, elektriciteit en water opnemen in artikel 23 van de Belgische Grondwet heeft als voordeel dat er een referentiepunt wordt ingevoerd en dat er een grote morele kracht van uitgaat. Ik ben er dan ook voorstander van het punt bij een volgende herziening van de Grondwet in de lijst op te nemen.*

*De minimale levering voor gas en elektriciteit is sinds 1996 decretaal verankerd. Dat onderdeel van de energieproblematiek is dus een bevoegdheid van de regionale overheid. De afstemming tussen het federaal en regionaal beleid gebeurt in de Interministeriële Conferentie Sociale Inclusie. Ik zal de problematiek daar ter sprake brengen.*

**De heer Bert Anciaux (sp.a)**. – *Ik dank de staatssecretaris voor zijn antwoord en voor zijn steun. Ik zal inderdaad een voorstel indienen zodat we het debat kunnen voeren.*

### **Vraag om uitleg van mevrouw Cécile Thibaut aan de staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding over «het beleid inzake de opvang van vluchtelingen in de provincie Luxembourg» (nr. 5-1180)**

**Mevrouw Cécile Thibaut (Ecolo)**. – *Op het hoogtepunt van de asielcrisis verklaarde de staatssecretaris in de pers dat de centra waar mogelijk werden opengesteld. Op de oproep tot vakbonden, verenigingen, Defensie enzovoort, kwamen er vooral reacties uit Luxemburg. De staatssecretaris verklaart dat hij zijn verantwoordelijkheid heeft opgenomen.*

*Van de 2500 plaatsen voor noodopvang die federaal werden gecreëerd, werden er 1300 geopend in Luxemburg. Na de kazerne van Bastenaken en het centrum van Borzée, werd ook het toeristisch complex van Herbeumont opengesteld voor asielzoekers. Bij die drie nieuwe centra moeten ook de opvangstructuren van Fedasil worden gevoegd. De provincie*



il faut ajouter les structures d'accueil de Fedasil. La province du Luxembourg a donc désormais une capacité d'accueil de près de 2 500 places, pour 8 123 pour l'ensemble la Belgique.

Si l'annonce de l'ouverture de ces centres a provoqué certaines craintes auprès d'une partie de la population, dans les faits, l'accueil et l'intégration se passent plutôt bien. Il faut souligner la mise en place d'une solidarité active entre la population locale et celle des centres. Les comités d'accompagnement jouent un rôle prépondérant en servant d'intermédiaires entre les centres d'accueil et la population.

J'ai récemment visité les centres d'Herbeumont et de Bastogne. Il semble que le travail effectué par les comités d'accompagnement y est remarquable en termes d'intégration et d'amélioration de la qualité de vie, notamment grâce aux collaborations avec les écoles, les clubs de sport, les autorités et associations locales. Malheureusement, cette solidarité repose souvent sur de petites communes étant donné la démographie de la province. Herbeumont, par exemple, compte moins de 2 000 habitants. La solidarité repose donc sur bien peu d'épaulés.

Si aujourd'hui, tout se passe bien, je crains à terme un essoufflement de ces structures. La mise en place d'une coordination par bassin de vie – la province de Luxembourg dans l'exemple qui nous occupe – permettrait d'inscrire dans le temps l'action des comités d'accompagnement. Pour qu'une coordination de ce type puisse voir le jour, il me semble nécessaire de réunir l'ensemble des acteurs concernés autour d'une même table, à savoir la Croix-Rouge, Fedasil, les Mutualités socialistes qui gèrent le centre d'Erezée, les autorités locales et provinciales, les associations locales, etc. Partager les préoccupations, construire de nouvelles solidarités, mettre en place des collaborations et des échanges d'expériences et de bonnes pratiques entre les acteurs permettraient de renforcer une solidarité durable.

Monsieur le secrétaire d'État, après six mois de fonctionnement, pouvez-vous faire le point sur le nombre de personnes accueillies dans les centres d'Herbeumont, de Borzée et de Bastogne depuis leur ouverture et mettre ces chiffres en lien avec la capacité d'accueil des centres ? Le *turn-over* est-il important ? Seriez-vous favorable et prêt à appuyer la constitution d'une coordination des comités d'accompagnement dans la province ?

**M. Philippe Courard**, secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté. – Le centre de Bastogne a accueilli 1 040 personnes pour une capacité totale de 550 places. Le centre de Borzée a accueilli 540 personnes pour une capacité de 250 places. Le centre de Herbeumont a accueilli 453 personnes pour une capacité de 400 places.

Je tiens tout de même à souligner que, contrairement aux centres de Borzée et Bastogne, qui sont des centres de transit définis comme tels au départ, le centre d'Herbeumont est géré comme un centre structurel. Comme l'ensemble des centres, ces trois structures ont un taux d'occupation proche de 100%. La durée de séjour dans les deux centres de transit est supérieure à l'objectif initial de dix semaines puisqu'elle est en moyenne de six mois. En conséquence, le *turn-over* est faible.

Ces dernières semaines, j'ai visité tous les centres situés dans la province du Luxembourg. Les membres du personnel, les

*Luxemburg beschikt voortaan over een opvangcapaciteit van bijna 2500 plaatsen van de 8123 in heel België.*

*Hoewel de aankondiging van nieuwe centra aanleiding gaf tot enige ongerustheid bij een deel van de bevolking, verlopen de opvang en de integratie vrij goed. Tussen de lokale bevolking en de bewoners van de centra is een echte solidariteit gegroeid. De begeleidingscomités spelen hierbij een zeer belangrijke rol.*

*Ik heb onlangs de centra van Herbeumont en Bastenaken bezocht. De begeleidingscomités leveren er opmerkelijk werk op het vlak van integratie en levenskwaliteit, door samen te werken met scholen, sportclubs, de gemeentelijke overheid en de plaatselijke verenigingen. Spijtig genoeg gaat het vaak om kleine gemeenten en steunt de solidariteit dus op een beperkt aantal mensen. Herbeumont, bijvoorbeeld, telt minder dan 2000 inwoners.*

*Vandaag gaat alles goed, maar ik vrees dat die structuren op termijn in ademnood komen. Een coördinatie per leefbekken, in dit geval de provincie Luxemburg, zou de begeleidingscomités een zekere continuïteit kunnen bieden. Om die coördinatie te realiseren moeten de betrokken instanties rond de tafel gaan zitten: het Rode Kruis, Fedasil, de Socialistische Mutualiteiten die het centrum van Erezée beheren, de lokale en provinciale autoriteiten, de plaatselijke verenigingen en zo meer. Nieuwe samenwerkingsverbanden en de uitwisseling van ervaringen en gewoonten kunnen de solidariteit versterken.*

*Hoeveel asielzoekers hebben de centra van Herbeumont, Borzée en Bastenaken sinds hun opening opgevangen en hoe verhouden die aantallen zich tot hun opvangcapaciteit? Is er veel verloop? Bent u bereid de coördinatie van begeleidingscomités in de provincie te ondersteunen?*

**De heer Philippe Courard**, staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding. – *Het centrum van Bastenaken heeft 1040 vluchtelingen opgevangen met een totale capaciteit van 550 plaatsen. Het centrum van Borzée, met een capaciteit van 250 plaatsen, heeft 540 mensen opgevangen. Het centrum van Herbeumont, met een capaciteit van 400 plaatsen, heeft 453 asielzoekers opgevangen.*

*De centra van Borzée en Bastenaken zijn transitcentra, terwijl het centrum van Herbeumont als een structureel centrum functioneert. Zoals in alle centra bedraagt de bezettingsgraad van de drie opvangstructuren bijna 100%. De gemiddelde verblijfsduur in de twee transitcentra bedraagt zes maanden en is dus hoger dan de oorspronkelijke beoogde duur van tien weken. Het verloop is dus klein.*

*Ik heb de voorbije weken alle centra in de provincie Luxemburg bezocht. De personeelsleden, de wijkcomités en*

comités de quartier et les nombreux bénévoles déploient beaucoup d'énergie. Cette solidarité se traduit aujourd'hui par une intégration réussie au sein de chaque localité. Après les péripéties des installations, nous pouvons nous en réjouir.

Je suis évidemment favorable à toute initiative contribuant à l'intégration des centres dans leur localité. Dès lors, je suis prêt à appuyer la constitution d'une coordination des comités d'accompagnement dans la province de Luxembourg.

**Mme Cécile Thibaut (Ecolo).** – La réponse de M. le secrétaire d'État me réjouit. J'espère qu'il pourra passer des paroles aux actes et que cette structure provinciale sera mise en place dès la rentrée. Il y a une réelle attente et les Luxembourgeois sont prêts à élargir cette solidarité. Avec le climat des élections communales à l'aube de 2012, il faut pouvoir aider la commune d'Herbeumont car elle ne pourra assumer, à elle seule, toute cette solidarité. Franchement, si le secrétaire d'État peut s'engager dans cette voie, cela me réjouit beaucoup.

### **Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «Beliris et la rénovation de la gare du Midi» (n° 5-1151)**

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *C'est en fait à la présidente de Beliris que j'adresse cette question.*

*Euro Immo Star, une filiale de la SNCB Holding, nourrit de grandes ambitions pour la nouvelle gare de Bruxelles-Midi, appelée à devenir une prouesse architectonique et destinée à bien d'autres missions que strictement ferroviaire. Le célèbre architecte Jean Nouvel élabore un plan directeur.*

*En réponse à l'une de mes questions précédentes, le ministre des Entreprises publiques a indiqué que des choix cruciaux devront surtout être opérés en 2013. Le quartier de la gare se dégrade depuis des décennies et est loin de refléter modernité et bonheur. La grisaille environnante, associée à une insécurité certaine, objective ou subjective, donne une impression d'abandon et d'improvisation.*

*Il paraît dès lors fort hasardeux d'investir dans une gare raffinée, offrant attrait et modernité, sans impliquer le quartier environnant dans un projet global de revalorisation.*

*Ce dernier objectif est évidemment un défi, non seulement pour la SNCB, mais aussi pour les pouvoirs publics responsables. Il s'agit, en ce qui concerne les pouvoirs locaux, des communes de Saint-Gilles, d'Anderlecht et de Bruxelles. Le ministre-président Charles Picqué a promis, au nom de la Région de Bruxelles-Capitale, d'assumer la coordination. L'État fédéral joue aussi un rôle important par le biais des possibilités spécifiques offertes par Beliris.*

*Compte tenu du parcours d'exécution de la SNCB, des choix cruciaux étant prévus en 2013, il semble indiqué d'y associer également le projet de revalorisation du quartier de la gare.*

*La ministre suit-elle de près l'évolution du plan directeur de la gare de Bruxelles-Midi ? Admet-elle que le réaménagement de la gare doit aller de pair avec celui des alentours ?*

*La ministre est-elle prête, par le biais de Beliris, à jouer un*

*de talrijke vrijwilligers steken er veel energie in. Die solidariteit heeft geleid tot een geslaagde integratie in de lokale gemeenschap. Na de moeilijke start kunnen we ons daarover alleen maar verheugen.*

*Ik sta achter elke initiatief dat de integratie van de centra in de lokale gemeenschap kan bevorderen. Ik ben dan ook bereid de coördinatie van de begeleidingscomités in de provincie Luxemburg te ondersteunen.*

**Mevrouw Cécile Thibaut (Ecolo).** – *Ik ben blij met het antwoord van de staatssecretaris. Ik hoop dat hij woord houdt en dat de provinciale structuur er na de vakantie komt. De verwachtingen zijn hooggespannen en de Luxemburgers zijn bereid de solidariteit uit te breiden. Met de gemeenteverkiezingen van 2012 in zicht moet de gemeente Herbeumont worden geholpen, want zij alleen kan die solidariteit niet opbrengen.*

### **Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «Beliris en de renovatie van het Zuidstation» (nr. 5-1151)**

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Ik richt mij met deze vraag tot mevrouw Onkelinx, niet in haar hoedanigheid van minister van Sociale Zaken, maar wel als voorzitter van Beliris.

Euro Immo Star, een dochter van de NMBS Holding, koestert hoge ambities met de vernieuwing van het spoorwegstation Brussel-Zuid. Het nieuwe station moet een architectonisch hoogstandje worden, met naast deze van spoorwegstation nog tal van andere functies. De beroemde architect Jean Nouvel werkt aan een masterplan.

De minister van Overheidsbedrijven zei in antwoord op een andere vraag van mij dat vooral in 2013 cruciale keuzes zullen worden gemaakt. De buurt rond Brussel-Zuid verloedert al decennia lang en groeide uit tot een omgeving die niet meteen een moderne en voorspoedige indruk geeft. De overheersende groezeligheid, gecombineerd met hoge subjectieve en objectieve onveiligheidsaspecten, geeft de indruk van onbeheersbaarheid en een weinig geregisseerde aanpak.

Het lijkt daarom erg bedenkelijk om zwaar te investeren in een exquise station met hypermoderne en aantrekkelijke aanbiedingen zonder de aansluiting op en de identiteit van de omringende buurt in een globaal herwaarderingsproject mee op te nemen.

Uiteraard is deze laatste doelstelling niet alleen voor de NMBS een uitdaging; dat is ze ook voor de openbare besturen die hieromtrent verantwoordelijkheid dragen. Van de lokale besturen zijn dat de gemeenten Sint-Gillis en Anderlecht en Brussel. Namens het Brussels Hoofdstedelijk Gewest heeft minister-president Charles Picqué beloofd de coördinatie op zich te nemen. Ook de federale overheid speelt een belangrijke rol via de specifieke mogelijkheden die Beliris biedt. Rekening houdend met het uitvoeringstraject van de NMBS, met fundamentele keuzes in 2013, lijkt het raadzaam

*rôle dynamique, en concertation avec les pouvoirs locaux et la Région de Bruxelles-Capitale ? Dans l'affirmative, de quelle manière entend-elle jouer ce rôle moteur ? Quel calendrier propose-t-elle et quel en est le contenu ? La ministre s'est-elle déjà concertée à ce sujet avec les pouvoirs locaux et le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale ? Dans l'affirmative, quels sont les résultats, les prévisions, la répartition des tâches et le calendrier ?*

*Dans la négative, comment explique-t-elle sa réserve ? Nie-t-elle l'importance de ces grands travaux d'infrastructure et surtout le lien avec les quartiers environnants ? Ne trouve-t-elle aucun partenaire auprès des pouvoirs locaux et/ou de la Région de Bruxelles-Capitale ? La ministre est-elle prête à utiliser sa compétence pour que l'on recoure aux moyens de Beliris ?*

*La ministre peut-elle garantir que les investissements nécessaires mais lourds portant sur la gare du Midi vont de pair avec une revalorisation tout aussi essentielle et globale des quartiers avoisinants ?*

*Ce projet doit, à mon sens, être envisagé en relation avec le renforcement de la jonction nord-sud, qui constitue, pour la SNCB, l'un des grands obstacles en matière de mobilité. Nous ne devons pas sous-estimer l'importance de Bruxelles-Midi – avec le TGV, etc. – en tant que porte ouverte sur le monde. Bruxelles-Midi correspond à la première image de la Belgique vue par les personnes en provenance de l'étranger. Enfin, l'intégration de l'ensemble du quartier de Bruxelles-Midi dans un plan directeur global est essentielle pour le développement de Bruxelles en tant que ville dans tout ce qu'elle a de vivant et de passionnant. Je constate que les autres partenaires continuent à attendre je ne sais qui, raison pour laquelle j'implore quasiment la ministre de jouer un rôle moteur.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Vous le savez, Beliris a déjà énormément investi dans la rénovation des abords de la gare du midi.

*Beliris a été un acteur majeur de la rénovation, ces dernières années, des abords de la gare du Midi. Pour tout ce quartier, situé entre la place Bara, le boulevard Jamar, le boulevard du Midi, l'avenue Fonsny, la rue des Vétérinaires et la rue Bara, Beliris n'a pas lésiné sur les moyens.*

*Beliris n'a pas, à ce jour, été associé à ce nouveau projet de plan directeur portant sur les abords de la gare du Midi. Ce projet est, comme vous le mentionnez, intégralement étudié et géré par Euro Immo Star, une filiale de la SNCB Holding. Si les projets de la SNCB Holding se concrétisent et ont un impact sur l'espace public, il me semblerait intéressant que Beliris, si nous sommes sollicités en ce sens par la Région de Bruxelles-Capitale, intervienne pour réaménager les abords de la gare du Midi.*

*N'ayant, à ce jour, pas été sollicitée par la région, je ne peux malheureusement vous fournir aucune information quant aux budgets alloués, au planning ou aux autres éléments concrets*

ook het buurtherwaarderingsproject hieraan te koppelen.

Volgt de minister de ontwikkelingen van het masterplan station Brussel-Zuid van nabij op? Deelt ze mijn analyse dat deze grondige aanpak van het station moet gepaard gaan met een even globale aanpak van de omringende buurten?

Is de minister bereid om via Beliris een belangrijke en zelfs regisserende rol te spelen in overleg met de lokale besturen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Zo ja, op welke wijze wil ze deze voortrekkersrol concreet invullen? Welk tijdschema stelt ze voorop en welke inhoudelijke accenten wil ze leggen? Pleegde de minister hieromtrent al overleg met de lokale besturen en de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Met welk resultaat, welke prognoses, welke taakverdeling en welk tijdschema?

Zo niet, hoe verklaart ze haar terughoudendheid? Ontkent ze het grote belang van deze ingrijpende infrastructuurwerken en vooral de relatie met de omliggende wijken? Vindt ze geen bondgenoten bij de lokale besturen en/of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Is de minister bereid om haar bevoegdheid voor de inzet van Beliris-middelen uit te putten?

Kan de minister waarborgen dat de noodzakelijke, maar zware investeringen aan het Zuidstation gepaard gaan met een even fundamentele en globale opwaardering van de omringende buurten?

Dit project moet mijns inziens bekeken worden in samenhang met de versterking van de Noord-Zuidverbinding, die toch voor de NMBS een van de grote knelpunten in het hele mobiliteitsprobleem is. Tegelijk mogen we niet onderschatten hoezeer Brussel-Zuid met de hst en dergelijke een poort op de wereld is. Brussel-Zuid geeft voor mensen die van elders naar ons land komen, het eerste beeld van België. Ten slotte is het ook voor de ontwikkeling van Brussel als levendige, boeiende stad, dat de hele buurt rond Brussel-Zuid in een totaal masterplan wordt opgenomen. Omdat ik vaststel dat de andere partners maar blijven wachten – ik weet echt niet op wie – wil ik de minister bijna smeken een voortrekkersrol te spelen.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *U weet dat Beliris al zeer veel heeft gedaan voor de herwaardering van de omgeving van het Zuidstation.*

Beliris was de afgelopen jaren een van de hoofdrolspelers in de renovatie van de omgeving rond het Zuidstation. Beliris heeft voor heel deze wijk, gelegen tussen het Baraplein, de Jamarlaan, de Zuidlaan, de Fonsnylaan, de Dierenartsenstraat en de Barastraat, niet op de middelen beknipt.

Beliris werd tot op vandaag niet bij het nieuwe project van masterplan voor de omgeving van het Zuidstation betrokken. Dit project wordt volledig door Euro Immo Star, een dochterbedrijf van de NMBS Holding, bestudeerd en beheerd. Het lijkt mij interessant mocht Beliris, op vraag van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, mee betrokken worden bij de inrichting van de omgeving van het Zuidstation indien de projecten die de NMBS Holding wil uitvoeren, een weerslag op de openbare ruimte hebben. Maar aangezien het Gewest mij tot op heden niets heeft gevraagd, kan ik helaas geen enkele inlichting geven over de toegekende budgetten, de planning of andere concrete elementen van de investering.

de l'investissement.

*Quant à la concertation avec les quartiers et les communes concernées, il revient à la région, gestionnaire de l'espace public et autorité délivrant les permis d'urbanisme, d'en assumer la responsabilité. Comme pour tous les projets importants, cette concertation me semble fondamentale pour assurer le succès de l'opération.*

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Je comprends la ministre. Je trouve regrettable que la région ne l'ait pas contactée. Un projet de la Région de Bruxelles-Capitale se trouve, depuis quelques années déjà, sur la table du ministre-président, mais reste au point mort. J'espérais que la ministre jouait un rôle moteur dans ce dossier. La rénovation du quartier est en effet essentielle pour la viabilité du centre ville.*

**Mme Laurette Onkelinx,** *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale.* – *Beliris peut être impliqué dans d'autres projets nouveaux.*

Pour Beliris, un nouvel accord a été conclu pour une durée d'un an ; il englobe les anciens projets qui sont menés à bien, en concertation avec la région et les communes.

De nouveaux investissements ne peuvent être décidés par un gouvernement en affaires courantes.

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Une raison de plus, Mme la ministre, de faire en sorte que nous puissions former un bon nouveau gouvernement.*

**Mme Laurette Onkelinx,** *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale.* – *De nouveaux projets nécessitent un gouvernement de plein exercice ou, à défaut, un soutien du Parlement au gouvernement en affaires courantes, bref un moyen de débloquer la situation.*

Quoi qu'il en soit, le choix des dossiers dans le cadre de l'enveloppe budgétaire suppose qu'un intérêt commun se dégage entre la région, les communes et le fédéral. La région pourrait préférer, par exemple, se charger des investissements autour de la gare du midi et réserver les moyens qui nous occupent à d'autres projets. Ce ne serait pas un problème.

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Le projet s'intègre parfaitement dans le cadre de la fonction de capitale et du rôle international de la ville. J'espère dès lors que la situation évoluera dans les mois à venir.*

### **Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la grande imprécision de l'octroi du titre professionnel d'aide-soignant» (n° 5-1199)**

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Un arrêté royal de 2006 a créé le titre d'aide-soignant. Auparavant, les soignants exerçaient certaines tâches qualifiées de tâches infirmières par ce que l'on appelle l'AR 78. De ce fait, ils couraient le risque d'être condamné pour exercice illégal d'une profession des soins de*

De gewestelijke overheid is, als beheerder van de openbare ruimte en als overheid die de stedenbouwkundige vergunning aflevert, verantwoordelijk voor het overleg met de wijken en de betrokken gemeenten. Dat overleg lijkt mij, zoals voor alle grote projecten, van fundamenteel belang voor het welslagen van de operatie.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Ik begrijp de minister. Ik vind het wel spijtig dat het gewest geen contact met haar heeft opgenomen. Er ligt al enkele jaren een project van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op de tafel van de minister-president, dat maar niet van start gaat. Ik had gehoopt dat de minister daar als stuwende kracht bij betrokken was. De renovatie van de buurt is immers belangrijk voor de leefbaarheid van het hart van de stad.

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie.* – *Er zijn andere nieuwe projecten om Beliris bij te betrekken.*

*Voor Beliris werd een nieuw samenwerkingsakkoord afgesloten voor de duur van een jaar voor de verdere uitvoering van de lopende projecten.*

*Nieuwe investeringen kunnen door een regering in lopende zaken niet worden beslist.*

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Een reden te meer, mevrouw de minister, om ervoor te zorgen dat we een goede nieuwe regering kunnen vormen.

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie.* – *Voor nieuwe projecten is een regering met volheid van bevoegdheden nodig of een regering in lopende zaken, gesteund door het parlement. Kortom, er is een middel nodig om de toestand te deblokkeren.*

*Het gewest, de gemeenten en het federale niveau moeten het eens kunnen worden over de keuze van de dossiers binnen de begrotingsenveloppe. Het gewest zou, bijvoorbeeld voor de investeringen rond het Zuidstation kunnen kiezen, terwijl de andere middelen naar andere projecten zouden kunnen gaan.*

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Het project past perfect in het kader van de hoofdstedelijke en internationale functie van de stad. Ik hoop dan ook dat het de komende maanden evolueert.

### **Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de grote onduidelijkheid over het toekennen van de beroepstitel zorgkundige» (nr. 5-1199)**

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – In 2006 werd via een koninklijk besluit de titel 'zorgkundige' gecreëerd. Tot op dat moment oefenden verzorgenden immers bepaalde taken uit die door het zogenaamde 'KB 78' als verpleegkundige taken werden gekwalificeerd. Daardoor liepen zij het risico om te

*santé, même lorsque ces tâches n'étaient que des actes assez simples. L'arrêté royal visait à assurer la sécurité juridique des intéressés. L'« arrêté royal aides-soignants » prévoit que les soignants qui travaillent dans un centre d'hébergement et de soins sont enregistrés comme aides-soignants à condition qu'ils aient pu présenter la preuve d'une formation suffisante ou moyennant une équivalence sur la base de l'expérience professionnelle.*

*Cette règle impliquait que les soignants ayant travaillé dans un centre d'hébergement et de soins avant 2006 ont été pu enregistrés s'ils disposaient d'une expérience de cinq ans dans le secteur ou d'un diplôme suffisant. Sur la base de cet arrêté royal, 90%, soit environ 3 000 soignants, ont acquis le titre d'aide-soignant. Des mesures transitoires ont ensuite été prises pour ceux qui n'entraient pas en ligne de compte. Elles prévoyaient que les soignants qui travaillaient avant le 31 décembre 2008 devaient suivre un total de 120 heures de formation avant fin 2011. Un récent arrêté royal a reporté cette date à 2015. Ce report était indispensable et bienvenu car les derniers chiffres disponibles ont révélé qu'environ 9 800 dossiers attendent encore une réponse au SPF Santé publique.*

*Le nouvel arrêté royal est certainement un pas en avant, mais un grave problème subsiste. Trois mille personnes qui travaillent comme soignants sont encore menacées. L'arrêté semble en outre avoir davantage pour but de résorber l'arriéré accumulé dans l'administration que de répondre aux préoccupations sur le terrain. Le problème de fond n'est pas résolu. Dans le contexte du vieillissement croissant de la population, les centres d'hébergement et de soins éprouvent de plus en plus de difficultés à trouver le personnel nécessaire. Les travailleurs qualifiés et motivés qui veulent exercer dans des centres d'hébergement et de soins sont confrontés à de nombreux obstacles. Par exemple, ils ont travaillé dans les soins à domicile et leur expérience n'entre pas en ligne de compte ; ils ont terminé leurs études de puériculture et ce diplôme n'est pas assimilé ou encore ils étaient sans travail entre 2006 et 2008 et donc ne tombent pas sous le coup des mesures transitoires. Le secteur des maisons de repos en Flandre estime que des milliers de gens sont dans ce cas ; mais ils travaillent actuellement. Au lieu d'une formation complémentaire de 120 heures, ils devront peut-être suivre une formation d'un an. La question se pose de savoir si les employeurs auront la patience et les moyens de les maintenir dans leur emploi.*

*Je suis tout à fait d'accord pour que le ministre prenne les mesures nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité juridique du personnel de nos maisons de repos. Je pense aussi qu'à un certain moment il faut tirer une ligne. Je me pose simplement des questions importantes sur le déroulement de la période de régularisation. Il me semble que cela se passe de manière irréflectée.*

*En outre, le secteur me semble être très mal informé des changements, et, en raison de la confusion persistante, les employeurs n'ont pas pu informer suffisamment les travailleurs potentiels, et il n'a pas été possible d'agir de manière proactive. L'enseignement a eu à peine le temps d'élaborer des programmes et des passerelles et de les faire reconnaître. Cela souligne un manque sérieux de communication avec les communautés. Ceux qui ont terminé*

worden veroordeeld tot het 'onwettig uitoefenen van een gezondheidsberoep', ook al waren die taken soms vrij eenvoudige handelingen. Het koninklijk besluit beoogde juridische zekerheid voor de betrokkenen. Het 'K.B. zorgkundigen' voerde in dat de verzorgenden die in een woonzorgcentrum werken, geregistreerd worden als zorgkundigen, op voorwaarde dat ze het bewijs van voldoende opleiding konden voorleggen of konden worden gelijkgesteld op basis van beroepservaring.

Die maatregel hield in dat verzorgenden die vóór 2006 in een woonzorgcentrum werkten, konden worden geregistreerd indien ze over vijf jaar ervaring in de sector of over een voldoende diploma beschikten. Op basis van dat koninklijk besluit heeft 90%, of ongeveer 3000 verzorgenden, de titel van zorgkundige verkregen. Voor diegenen die uit de boot vielen, kwamen er nadien nog overgangsmaatregelen. Die bepaalden dat verzorgenden die aan de slag waren vóór 31 december 2008, vóór eind 2011 het totaal van 120 uren vorming moesten volgen. Die laatste datum werd door middel van een recent koninklijk besluit uitgesteld tot 2015. Dat uitstel was ook broodnodig en zeer welkom, want uit de laatste beschikbare cijfers bleek dat er bij de FOD Volksgezondheid nog ongeveer 9800 dossiers op een antwoord liggen te wachten.

Het nieuwe koninklijk besluit is zeker een stap vooruit, maar er blijft nog altijd een ernstig probleem. Nog steeds worden 3000 mensen, die als verzorgenden werken, bedreigd. Het besluit lijkt bovendien meer bedoeld om de opgelopen achterstand bij de administratie weg te werken dan om tegemoet te komen aan de bekommernissen op het terrein. Het probleem ten gronde blijft onopgelost. In een periode van toenemende vergrijzing wordt het voor de woonzorgcentra alsmoer moeilijker om het nodige personeel te vinden. Gekwalificeerde en gemotiveerde werknemers die in de woonzorgcentra willen komen werken, ondervinden vele drempels, bijvoorbeeld omdat ze in de thuiszorg werkten, waardoor hun ervaring niet meetelt, omdat ze afstudeerden als kinderverzorgsters en dat diploma niet wordt gelijkgesteld of omdat ze tussen 2006 en 2008 toevallig niet arbeidsactief waren en dus niet onder de overgangsmaatregelen vallen. De rusthuizensector in Vlaanderen schat dat duizenden mensen in dat geval zijn; die zijn momenteel wel aan het werk. In plaats van een bijkomende opleiding van 120 uur, zullen die mensen wellicht een opleiding van een jaar moeten volgen. Het is maar de vraag in welke mate de werkgevers het geduld en het geld zullen opbrengen om die mensen aan boord te houden.

Ik ga volledig akkoord dat de minister de nodige maatregelen neemt die de kwaliteit en de rechtszekerheid van het personeel in onze rusthuizen verzekeren. Ik ben het ermee eens dat er op een bepaald ogenblik een lijn moet worden getrokken. Ik stel me alleen grote vragen bij de wijze waarop de 'regularisatieperiode' is verlopen. Die lijkt me op een ondoordachte manier uitgevoerd.

De sector lijkt mij bovendien zeer slecht te zijn geïnformeerd over de veranderingen. Bovendien zorgden de aanhoudende onduidelijkheden ervoor dat de werkgevers potentiële werknemers onvoldoende konden informeren, waardoor proactief handelen onmogelijk werd. Daarnaast kreeg het onderwijs ook amper de tijd om de brugprogramma's uit te werken en erkend te krijgen. Dat wijst op een ernstig gebrek

*leurs études entre 2009 et 2010 comme personnel soignant n'étaient guère au courant de la dévaluation de fait de leur diplôme.*

*Selon moi, l'arrêté royal actuel, qui reporte la date d'enregistrement à 2015, est totalement insuffisant. Il ne change rien aux critères de reconnaissance et n'offre aucune solution à tous ces travailleurs motivés qui menacent d'être exclus du système. Une solution consiste à remplacer la date extrême à laquelle ces personnes devaient être en service, à savoir le 31 décembre 2008, par celle du 31 décembre 2010. Le secteur et les intéressés sont déjà bien informés depuis quelques mois. Mais il y avait beaucoup de confusion pour la période comprise entre le 31 décembre 2008 et le 31 décembre 2010.*

*C'est pourquoi je demande à la ministre de prolonger de deux ans le délai de la règle transitoire pour la formation complémentaire de 120 heures.*

*La ministre peut-elle me dire exactement combien de soignants travaillent actuellement dans le secteur des maisons de repos et risquent d'être exclus de cette opération de régularisation ? Peut-elle aussi ventiler les chiffres en fonction de la situation de ces personnes lésées ? Dans quelle mesure s'agit-il de personnes des soins à domicile, de personnes ayant repris le travail dans la profession, d'étrangers, de personnes qui ne travaillaient pas jusques et y compris 2008 ?*

*Sur la base de quels arguments a-t-il été décidé de prévoir une mesure transitoire uniquement pour les personnes qui ont travaillé comme soignants dans un établissement de soins avant le 31 décembre 2008 ? La ministre pense-t-elle aussi que, vu la grande confusion, non seulement la date d'enregistrement doit être reportée mais aussi la date extrême de l'engagement ? Vu les circonstances, la ministre n'estime-t-elle pas plus équitable de régulariser également les soignants qui ont travaillé en 2009 et 2010 et qui, finalement, sont aussi compétents à la condition qu'ils suivent une formation complémentaire de 120 heures ?*

*Quelle est l'ampleur actuelle de l'arriéré de l'administration dans le traitement des enregistrements ? Combien d'enregistrements provisoires ont-ils déjà été délivrés et combien attendent-ils encore une réponse ? Combien d'enregistrements provisoires comme aides-soignants ont-ils été refusés et pour quelles raisons ? Combien d'enregistrements définitifs ont-ils été délivrés et combien attendent-ils encore une réponse ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Toutes les personnes qui occupaient une fonction de personnel soignant dans un hôpital ou une MR/MRS le 13 février 2006 ont reçu un enregistrement et un visa définitifs. Les mesures transitoires prévues permettent en outre aux personnes qui disposent d'une des nombreuses qualifications reprises dans l'annexe à la circulaire ministérielle du 8 novembre 2006 et qui ont eu une activité professionnelle dans ces institutions au plus tard le 31 décembre 2008 d'obtenir un enregistrement provisoire ou définitif. Ainsi, de nombreuses personnes qui avaient travaillé précédemment, par exemple dans les années 90 voire avant, ont pu obtenir cet enregistrement.*

aan communicatie met de gemeenschappen. De mensen die tussen 2009 en 2010 afgestudeerd zijn als verzorgend personeel waren ook nauwelijks op de hoogte van de feitelijke devaluatie van hun diploma.

Mijns inziens is het huidige koninklijk besluit, dat de datum voor registratie uitstelt tot 2015, helemaal niet voldoende. Het verandert niets aan de criteria voor erkenning en biedt geen oplossing voor al die gemotiveerde werkkrachten die ondertussen uit de boot dreigen te vallen. Een oplossing bestaat erin de uiterste datum waarop deze mensen in dienst moesten zijn, namelijk 31-12-2008, te veranderen in 31-12-2010. De sector en de betrokkenen zijn al enkele maanden bijzonder goed op de hoogte. In de periode tussen 31-12-2008 en 31-12-2010 was er evenwel veel onduidelijkheid.

Daarom vraag ik de minister in het koninklijk besluit de termijn van de overgangsregel voor de 120 uur bijkomende opleiding met twee jaar te verlengen.

Kan de minister mij exact zeggen hoeveel verzorgenden momenteel werkzaam zijn in de rusthuizensector en in deze regularisatieoperatie door de mazen dreigen te vallen? Kan ze ook een opdeling maken naargelang van de situatie van deze gedupeerden? In welke mate gaat het hier om mensen uit de thuiszorg, om mensen die zijn heringetreden in het beroep, om buitenlanders, over mensen die tot en met 2008 toevallig niet arbeidsactief waren?

Op basis van welke argumenten werd de beslissing genomen enkel te voorzien in een overgangsmaatregel voor personen die uiterlijk vóór 31 december 2008 als verzorgende waren tewerkgesteld in een verzorgingsinstelling? Is de minister het ermee eens dat, gezien de vele onduidelijkheden en grote verwarring, niet alleen de datum van registratie moet worden uitgesteld, maar ook de uiterlijke datum van tewerkstelling? Lijkt het de minister, gezien de omstandigheden, niet rechtvaardiger de verzorgden die in 2009 en 2010 aan de slag gingen en die uiteindelijk even bekwaam zijn, ook te 'regulariseren', op voorwaarde dat ze 120 uur bijkomende opleiding volgen?

Hoe groot is momenteel de achterstand bij de administratie in de behandeling van de registraties? Hoeveel voorlopige registraties werden al afgeleverd en hoeveel wachten nog op een antwoord? Hoeveel voorlopige registraties als zorgkundige werden geweigerd en op basis van welke redenen? Hoeveel definitieve registraties werden al afgeleverd en hoeveel wachten nog op een antwoord?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Alle personen die op 13 februari 2006 deel uitmaakten van het verplegend personeel in een ziekenhuis of een RH/RVT hebben een definitieve inschrijving en visum gekregen. Alle personen die over één van de vele in de bijlage van de ministeriële rondzendbrief van 8 november 2006 opgesomde bekwaamheden beschikken en die uiterlijk op 31 december 2008 in die instellingen aan de slag waren, kunnen door de overgangsmaatregelen bovendien ook een voorlopige of een definitieve inschrijving krijgen. Zo konden veel mensen die daarvoor actief waren, bijvoorbeeld in de jaren '90 en zelfs vroeger, deze inschrijving krijgen.*

*Constatant que de nombreuses personnes n'avaient pas introduit leur dossier à temps – le délai initialement prévu expirait le 31 décembre 2008 –, j'ai prolongé une première fois ce délai jusqu'au 31 décembre 2009.*

*La publication de l'arrêté royal du 23 février 2011 a permis de prendre les mesures suivantes.*

*1° la période pendant laquelle les enregistrements provisoires restent valables a été prolongée du 14 février 2011 au 30 juin 2016 ;*

*2° la période pendant laquelle la formation spéciale de 120 heures peut être suivie a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2015 ;*

*3° la date du 31 décembre 2015 a été fixée comme date limite pour l'envoi des demandes de conversion de l'enregistrement provisoire en enregistrement définitif ;*

*4° la période pour l'introduction des demandes d'enregistrement provisoire a été prolongée, et la date limite a été fixée au 30 juin 2012.*

*Il n'a jamais été prévu de postposer l'échéance de la période nécessaire d'activité professionnelle au-delà du 31 décembre 2008. En effet, cela aurait créé une insécurité juridique majeure parce qu'on aurait traité différemment les personnes ayant introduit leur dossier avant le 31 décembre 2009 et celles qui l'auraient fait après cette date. En outre, cela aurait signifié le non-respect d'une législation plus récente : le personnel qui effectue des soins confiés aux aides-soignants doit en effet satisfaire, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, aux critères de l'arrêté royal du 12 janvier 2006.*

*Il n'y a jamais eu la moindre confusion en la matière. J'ai moi-même répondu sans ambiguïté à toutes les questions parlementaires sur le sujet ainsi qu'aux très nombreux courriers qui m'ont été adressés par des collègues ministres, des fédérations d'employeurs ou des employeurs, des syndicats et des candidats aides-soignants eux-mêmes.*

*Les travaux menés au sein de la conférence interministérielle Santé publique ont été l'occasion de discuter et de confirmer l'arrêté royal en préparation.*

*Dans ce contexte, les concertations ont permis de définir, pour des groupes spécifiques disposant de formations et parcours variés, les modules de formations grâce auxquels ils pouvaient acquérir la qualification d'aide-soignant : ces parcours réduits sont appliqués.*

*Enfin, je rappelle que les personnes qui répondent aux conditions et qui ont envoyé leur demande d'enregistrement, preuve à l'appui, sont autorisées à exercer comme aide-soignant.*

*Au 1<sup>er</sup> mars 2011, 3 004 membres du personnel des MR/MRS ayant commencé à travailler entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 30 juin 2010 n'étaient pas ou pas encore enregistrés comme aides-soignants. Les employeurs doivent communiquer à l'INAMI avant le 30 septembre les données relatives au personnel en fonction depuis juillet 2010.*

*Je vous remettrai un aperçu de l'arriéré du SPF au 10 juillet 2011.*

*Il faut être prudent avec la définition de « l'arriéré ». En ce*

Vanuit de vaststelling dat vele mensen hun dossier niet op tijd hadden ingediend – de termijn verstreek aanvankelijk op 31 december 2008 – verlengde ik deze termijn een eerste keer tot 31 december 2009.

Door de publicatie van het koninklijk besluit van 23 februari 2011 werden volgende maatregelen genomen:

1° de periode waarin de voorlopige registraties geldig blijven, werd verlengd van 14 februari 2011 tot 30 juni 2016;

2° de periode waarin de bijzondere opleiding van 120 uur kan worden gevolgd, werd verlengd tot 31 december 2015;

3° de datum van 31 december 2015 werd vastgelegd als uiterste datum voor de verzending van de aanvragen voor omzetting van een voorlopige naar een definitieve registratie;

4° de periode voor de indiening van de aanvragen tot voorlopige registratie werd verlengd en de uiterste datum werd vastgelegd op 30 juni 2012.

Het was nooit de bedoeling om de vervaldatum van de nodige beroepsactiviteitsperiode tot na 31 december 2008 uit te stellen. Dat zou immers een belangrijke juridische onzekerheid hebben gecreëerd, omdat men de mensen die hun dossier vóór 31 december 2009 indienden anders zou behandelen dan zij die het daarna indienden. Bovendien zou dit het niet-naleven van een recentere wetgeving hebben betekend: het personeel dat aan zorgkundigen toevertrouwd taken uitvoert moet immers, sinds 1 januari 2009, aan de criteria van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 voldoen.

Er heeft ter zake nooit de minste verwarring of onduidelijkheid bestaan. Ik heb zelf ondubbelzinnig op alle parlementaire vragen ter zake geantwoord, net als op de vele brieven die ik van collega's ministers, werkgeversfederaties, vakbonden en kandidaat-zorgkundigen heb ontvangen.

De werkzaamheden in de interministeriële conferentie Volksgezondheid hebben verschillende mogelijkheden geboden om dit punt en het koninklijk besluit in voorbereiding te bespreken en te bevestigen.

In die context zorgden de overlegondes voor het vastleggen van de opleidingsmodules, voor specifieke groepen met verschillende opleidingen en trajecten, waarmee laatstgenoemden de bekwaamheid van zorgkundige konden verwerven: deze 'verkorte trajecten' worden toegepast.

Ik herinner er tot slot aan dat wie aan de voorwaarden voldoet en kan aantonen een inschrijvingsaanvraag te hebben ingediend, als zorgkundige mag werken.

Op 1 maart 2011 telde men in de RH/RVT 3004 personeelsleden die tussen 1 januari 2009 en 30 juni 2010 begonnen waren en die niet of nog niet als zorgkundige zijn ingeschreven. De werkgevers moeten het RIZIV vóór 30 september de gegevens meedelen betreffende de personeelsleden die vanaf juli 2010 in dienst zijn.

Ik zal u een overzicht op papier bezorgen van de backlog in de FOD op 10 juli 2011.

Met de omschrijving 'achterstand' moet men omzichtig omspringen. Bij de 9377 dossiers die reeds werden geanalyseerd, kan de administratie het dossier meestal pas afhandelen na bijkomende informatie van de aanvrager

*qui concerne les 9 377 dossiers déjà analysés, l'administration ne peut généralement les finaliser qu'après avoir reçu des informations complémentaires du demandeur : la balle est donc dans le camp des demandeurs.*

*Jusqu'à présent, il y a eu 65 617 enregistrements définitifs et 7508 enregistrements provisoires. Au total, il y a donc 73 125 enregistrements comme aides-soignants.*

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *La ministre confirme que plus de 3 000 soignants travaillant dans le secteur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 risquent d'être mis sur la touche.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *J'ai reporté, expliqué, répondu ; le call center répond à toutes les questions. Évidemment, il faut faire la démarche ; je ne peux tout de même pas appeler chaque personne individuellement.*

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Je ne prétends pas du tout que vous avez commis une faute. Je dis seulement que le secteur est confronté à un gros problème. Plus de 3 000 soignants doivent suivre une formation relativement lourde pour devenir aide-soignant, sans quoi ils disparaissent du secteur. Je ne crois pas qu'ils suivront une telle formation. Un problème va donc se poser.*

*La ministre met l'accent sur un problème juridique. Cela reste confus pour moi, mais je vais approfondir le sujet.*

*La ministre pourrait aider le secteur en remplaçant la date du 31 décembre 2008 par celle du 31 décembre 2010. En 2006, une demande ordinaire suffisait. Aujourd'hui, les soignants doivent suivre une formation d'une année. J'ignore si de nombreux employeurs voudront la payer ou si de nombreux soignants voudront interrompre leur carrière pendant un an. Ils risquent au contraire de quitter le secteur et de chercher un autre emploi, alors qu'il y a une grave pénurie de personnel. Je crains que cela n'explode.*

### **Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les mesures de sensibilisation qu'entend adopter le gouvernement face au développement de la résistance aux antimicrobiens» (n° 5-1129)**

**M. Jacques Brotchi (MR).** – *Le 7 avril dernier, l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS – a choisi de faire du phénomène de résistance aux antibiotiques et autres anti-infectieux son thème européen de la Journée mondiale de la santé 2011.*

*Comme l'a souligné mon collègue Alain Destexhe dans une question parlementaire au parlement de la Communauté française, le 13 mai 2011, la résistance aux antibiotiques est un problème général, aussi bien dans les pays en développement que chez nous. Le caractère le plus inquiétant réside dans un double mécanisme : l'absence de nouveaux antibiotiques et la résistance accrue des bactéries aux antibiotiques disponibles.*

*ontvangen te hebben: de bal ligt dus in het kamp van de aanvragers.*

*Tot op heden werden 65 617 definitieve en 7508 voorlopige registraties, in totaal dus 73 125 registraties, als zorgkundige afgeleverd.*

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – *De minister bevestigt dat het gaat om meer dan 3000 verzorgenden, die sinds 1 januari 2009 in de sector werken en nu dus allemaal uit de boot dreigen te vallen.*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik heb geantwoord en uitleg gegeven. Het callcenter beantwoordt alle vragen. Wie vragen heeft, moet uiteraard zelf de nodige stappen ondernemen. Ik kan niet iedereen zelf opbellen.*

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – *Ik beweer ook helemaal niet dat u een fout hebt gemaakt. Ik zeg alleen dat de sector een groot probleem heeft. Meer dan 3 000 verzorgenden moeten een relatief zware opleiding volgen om zorgkundige te worden, zo niet verdwijnen zij uit de sector. Ik geloof niet dat zij een dergelijke opleiding zullen volgen. Er zal dus een probleem rijzen.*

*De minister wijst op een juridisch probleem. Dat is mij niet helemaal duidelijk, maar ik zal dat verder onderzoeken.*

*De minister zou de sector kunnen helpen door de datum van 31 december 2008 te verschuiven naar 31 december 2010. In 2006 volstond een gewone aanvraag. Nu moeten de verzorgenden gedurende een heel jaar een opleiding volgen. Ik weet niet of veel werkgevers dat zullen willen betalen en of veel verzorgenden gedurende een jaar hun loopbaan zullen willen onderbreken. Zij dreigen integendeel uit de sector te stappen en ander werk te zoeken, terwijl er een groot personeelstekort is. Ik vrees dat dit zal ontploffen.*

### **Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de sensibiliseringsmaatregelen die de regering wil nemen met betrekking tot de resistentie tegen antibiotica» (nr. 5-1129)**

**De heer Jacques Brotchi (MR).** – *Op 7 april jongstleden koos de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) ervoor om de resistentie tegen antibiotica en andere anti-infectiemiddelen als Europees thema van de werelddag voor gezondheid in 2011 naar voren te schuiven.*

*Zoals collega Alain Destexhe al beklemtoonde in een parlementaire vraag in het parlement van de Franse Gemeenschap op 13 mei 2011, is de resistentie tegen antibiotica een algemeen probleem, zowel in ontwikkelingslanden als bij ons. Het meest verontrustend is de dubbele vaststelling dat er geen nieuwe antibiotica zijn en dat bacteriën steeds meer bestand zijn tegen de beschikbare antibiotica.*



Chaque année dans l'Union européenne, 25 000 personnes meurent d'une bactérie devenue résistante – et on ne parlait pas encore de l'*Escherichia coli*. L'année dernière, l'OMS a répertorié 440 000 cas de tuberculose résistante aux antibiotiques considérés jusqu'alors comme classiquement actifs dans plus de 69 pays. La menace ne concerne pas seulement les affections classiques, mais également des maladies plus graves comme le VIH, la syphilis et donc la tuberculose.

Par ailleurs, nous souffrons de désinformation. Selon l'Eurobaromètre, 60 pour cent des Européens ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre les virus. Or, la plupart des infections hivernales – rhumes, gripes, laryngites, etc. – sont d'origine virale.

Si, en Belgique, la consommation d'antibiotiques a baissé entre 2000 et 2005, notamment en partie grâce aux campagnes de sensibilisation sur l'usage raisonné de ces médicaments, les dernières données de l'INAMI font apparaître que leur consommation est à nouveau en progression.

La lutte contre la résistance aux antibiotiques requiert une vaste approche intersectorielle et un engagement déterminé et résolu au niveau national.

Par ailleurs, l'OMS rappelle que la résistance aux antibiotiques accroît les coûts des soins de santé. En effet, l'allongement de la durée des maladies et le recours à des traitements plus complexes alourdissent le fardeau financier des familles et de la société. Rien que dans l'Union européenne, le coût total de la résistance aux antibiotiques pour la société est estimé à 1,5 milliard d'euros.

L'OMS recommande à chaque pays d'adopter un plan national de sensibilisation des populations aux problèmes de résistance aux antimicrobiens.

Madame la ministre, quel a été le rôle du gouvernement à cet égard, depuis 2005 ?

Que compte-t-il faire pour assurer un meilleur suivi de l'usage des antibiotiques ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Il ne me sera pas possible, dans le cadre d'une demande d'explications, de vous citer tous les projets et initiatives de BAPCOC. Je puis en tout cas vous assurer qu'un travail remarquable est réalisé en la matière, au point d'être cité en exemple dans les milieux européens.

Depuis 2000, une campagne multimédia annuelle a été développée pour le grand public, les médecins et les pharmaciens, en vue de promouvoir un usage raisonnable des antibiotiques dans la pratique ambulatoire. De nombreuses informations sont disponibles à ce sujet sur le site [www.usagecorrectantibiotiques.be](http://www.usagecorrectantibiotiques.be). Le groupe de travail évalue en ce moment la possibilité de diffuser cette campagne via de nouveaux médias – transports en commun, presse de rue, notamment – sans que cela représente un surcoût par rapport aux éditions précédentes.

Dans tous les hôpitaux aigus, des groupes stratégiques de gestion de l'antibiothérapie ont été créés. L'analyse des rapports annuels de ces groupes a été publiée dans la revue

*Jaarlijks sterven in de Europese Unie 25 000 mensen aan de gevolgen van een infectie met een resistente bacterie, nog vóór er sprake was van de EHEC-bacterie. Vorig jaar registreerde de WGO 440 000 gevallen van tuberculose die bestand was tegen de tot dan toe effectief geachte antibiotica in meer dan 69 landen. De dreiging geldt niet alleen voor klassieke aandoeningen, maar ook voor ernstige ziekten als hiv, syfilis, en dus ook tuberculose.*

*We hebben bovendien te maken met desinformatie. Volgens de Eurobarometer weten 60% van de Europeanen niet dat antibiotica niet helpen tegen virussen. De meeste winterkwalen, zoals verkoudheid, griep, keelontsteking, enz., worden door virussen veroorzaakt.*

*De consumptie van antibiotica in België is tussen 2000 en 2005 wel gedaald ten gevolge van bewustmakingscampagnes over verantwoord gebruik van die geneesmiddelen, maar toch tonen RIZIV-cijfers aan dat de consumptie ervan weer stijgt.*

*Voor de bestrijding van de resistentie tegen antibiotica is een intersectorale aanpak en een welomschreven en vastberaden nationaal engagement nodig.*

*De WGO wijst erop dat de resistentie tegen antibiotica de kosten van de gezondheidszorg opdrijft. Mensen zijn langer ziek en moeten complexere behandelingen krijgen en dat kost meer aan de gezinnen en aan de gemeenschap. Enkel al in de Europese Unie wordt de kostprijs van de resistentie tegen antibiotica voor de gemeenschap geschat op 1,5 miljard euro.*

*De WGO beveelt elk land aan een nationaal plan uit te werken dat de bevolking bewust moet maken van de problemen rond resistentie tegen antibiotica.*

*Wat heeft de federale regering hiervoor gedaan sedert 2005? Wat is de regering van plan om het gebruik van antibiotica beter te volgen?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – In een antwoord op een vraag om uitleg kan ik niet alle projecten en initiatieven van de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) opsommen. Er wordt op dit terrein goed werk geleverd dat in Europese kringen als voorbeeld wordt geciteerd.

*Sedert 2000 wordt jaarlijks een multimediacampagne gericht tot het grote publiek, en tot artsen en apothekers, om het redelijk gebruik van antibiotica in de ambulante verzorging te promoten. Daarover is veel informatie beschikbaar op [www.gebruikantibioticacorrect.be](http://www.gebruikantibioticacorrect.be). De werkgroep evalueert momenteel de mogelijkheid om deze campagne via nieuwe media te verspreiden, zoals openbaar vervoer of straatpers, zonder dat dit meer kost dan de vorige campagnes.*

*In alle acute ziekenhuizen werden strategische antibiotherapiebeleidsgroepen opgericht. De analyse van de jaarverslagen van die groepen werd in het befaamde wetenschappelijk tijdschrift Journal of Antimicrobial*

scientifique renommée *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*.

Des directives pratiques cliniques sur des infections spécifiques et courantes – mal de gorge aigu, gastro-entérite aiguë, etc. – ont été établies et publiées. Elles sont également disponibles sur internet et sont régulièrement mises à jour en fonction des dernières recommandations scientifiques.

Une nouvelle mise à jour du *Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire* a été publiée en 2008. Ce guide est également disponible sur internet ; sa version actualisée est en cours de finalisation et sera publiée début 2012. Il est disponible sur simple demande et rencontre un franc succès auprès des médecins traitants et futurs médecins traitants.

Depuis 2004, quatre campagnes – la dernière date de 2010-2011 – ont été mises en œuvre à destination des prestataires de soins et de leurs patients, en vue de promouvoir l'hygiène des mains. Ces campagnes sont lancées tous les deux ans dans les hôpitaux et visent à prévenir la survenance d'infections nosocomiales en évitant la transmission des germes. Le matériel de ces campagnes est également disponible sur l'internet à l'adresse [www.handhygienedesmains.be](http://www.handhygienedesmains.be).

Différentes études, telles qu'une enquête de prévalence de portage de germes résistants chez les résidents de maisons de repos et de soins – MRS –, ont été réalisées en 2005. À ce jour, une nouvelle étude dans les MRS est en cours, visant à estimer la prévalence du portage de MRSA et de germes ESBL, notamment.

Dans le cadre de deux projets européens, trois études de prévalence de l'usage des antibiotiques en maison de repos ont été organisées, en 2009 et 2010. Les MRS belges ont participé en grand nombre – la participation belge représentait environ un tiers des MRS européennes observées. Ces études montrent qu'une partie non négligeable des antibiotiques en MRS est utilisée pour prévenir les infections urinaires. Les résultats de ces études sont pris en compte lors de l'adaptation du formulaire thérapeutique MRS, disponible dans chaque établissement. L'association des médecins coordinateurs en MRS mettent sur pied une étude spécifique pour éclaircir ces questions.

En 2013, une nouvelle étude européenne de prévalence mesurant la consommation des antibiotiques et les infections en MRS sera organisée, étude à laquelle les MRS belges seront invitées.

En 2010, un projet spécifiquement ciblé pour permettre de bien comprendre l'évolution de la consommation des antibiotiques a démarré. Les premières analyses de l'ISP – Institut scientifique de Santé publique – en collaboration avec l'INAMI, l'Agence intermutualiste et la BAPCOC ont permis de confirmer une baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques d'environ 30% depuis le début des campagnes de sensibilisation. Des résultats plus affinés sont attendus à l'automne.

Je tiens également à attirer votre attention sur l'évolution favorable de la résistance microbienne en Belgique. Ainsi le pourcentage de pneumonies à streptocoques résistants à la pénicilline a diminué entre 2002 et 2009 de 14% à moins de

Chemotherapy gepubliceerd.

*Praktische klinische richtlijnen met betrekking tot specifieke en veel voorkomende infecties zoals felle keelpijn, acute maagdarmonsteking, enz. werden uitgewerkt en gepubliceerd. Ze zijn ook beschikbaar op het internet en worden geregeld bijgewerkt om ze af te stemmen op de laatste wetenschappelijke aanbevelingen.*

*Een bijgewerkte versie van de Belgische Gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk werd in 2008 gepubliceerd. Ook deze gids is beschikbaar op het internet; de volgende bijgewerkte versie wordt nu voorbereid en zal begin 2012 gepubliceerd worden. De gids is beschikbaar op aanvraag en wordt veel gebruikt door (toekomstige) artsen.*

*Sedert 2004 werden vier campagnes gevoerd, waarvan de laatste in 2010-2011, onder zorgverstrekkers en hun patiënten met betrekking tot handhygiëne. Deze campagnes worden om de twee jaar in de ziekenhuizen gevoerd om ervoor te zorgen dat ziektekiemen niet worden doorgegeven en zo besmettingen met de ziekenhuisbacterie te voorkomen. Het materiaal van deze campagnes is ook beschikbaar op het internet op volgend adres: [www.handhygienedesmains.be](http://www.handhygienedesmains.be).*

*In 2005 werden verschillende onderzoeken uitgevoerd, zoals een prevalentie-enquête om te bepalen hoeveel bewoners van rust- en verzorgingstehuizen (RVT) drager zijn van resistente ziektekiemen. Momenteel wordt in de RVT onderzocht hoeveel personen drager zijn van de MRSA-bacterie en ESBL-vormende bacteriën.*

*In het kader van twee Europese projecten werden in 2009 en 2010 drie prevalentiestudies georganiseerd over het gebruik van antibiotica in de rusthuizen. De Belgische RVT hebben daaraan massaal deelgenomen, ze waren goed voor een derde van de Europese respondenten. Uit die studies blijkt dat een niet-onaanzienlijk deel van de antibiotica in RVT gebruikt wordt om infecties van de urinewegen te bestrijden. Met de resultaten van die studies zal rekening worden gehouden bij de aanpassing van het therapeutisch formulier RVT dat in elke instelling beschikbaar is. De vereniging van coördinerende artsen in de RVT voeren nu een specifiek onderzoek om dit verder uit te klaren.*

*In 2013 zullen de Belgische RVT worden uitgenodigd om deel te nemen aan een nieuwe prevalentiestudie die zal worden uitgevoerd om het gebruik van antibiotica en het voorkomen van infecties in RVT te meten.*

*In 2010 is een gericht onderzoek van start gegaan dat tot doel heeft de evolutie van het antibioticagebruik goed te begrijpen. Op basis van de eerste analyses van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in samenwerking met het RIZIV, het Intermutualistisch Agentschap en de BAPCOC, kon vastgesteld worden dat het aantal voorschriften voor antibiotica ongeveer met 30% is gedaald sedert het begin van de bewustmakingscampagnes. In de herfst worden meer gedetailleerde resultaten verwacht.*

*Ook de bacteriële resistentie in België evolueert gunstig. Zo is het aantal longontstekingen met penicillineresistente streptokokken tussen 2002 en 2009 van 14% gedaald tot 1%.*

*Sedert 2003 nemen we ook een zeer gunstige evolutie van het MRSA-probleem waar in de ziekenhuizen. De gemiddelde*

1%.

Depuis 2003, nous observons également une évolution très favorable du problème MRSA – staphylocoques résistants à la méticilline – dans les hôpitaux. La moyenne des taux d'incidence de MRSA nosocomial a chuté de 4,3 cas pour 1 000 patients admis en 2003 à 2,2 cas pour 1000 patients en 2009. La moyenne des taux de résistance a diminué également de 31% en 2003 à 24% en 2009.

Malgré les résultats obtenus, les efforts s'intensifient avec le lancement de nouvelles initiatives qui s'ajoutent aux projets déjà en cours.

Pour la première fois en 2011, des études de prévalence relatives aux infections nosocomiales et à l'usage des antibiotiques dans les hôpitaux ont été lancées, conformément à l'initiative européenne de l'*European Center for Disease prevention and Control* – ECDC.

Cette année, la promotion du *care bundle Ventilator-associated Pneumonia* ou *VAP care bundle* a débuté ; il s'agit d'un ensemble de recommandations visant à éviter, dans les unités de soins intensifs, la survenance de pneumonies associées à une respiration assistée.

Pour le secteur vétérinaire, une initiative est également à l'étude visant à mettre en place un observatoire de l'utilisation des antibiotiques. Ce projet est très important vu les interactions entre l'homme et l'animal. Ce point sera d'ailleurs soumis sous peu au Conseil des ministres.

**M. Jacques Brotchi (MR).** – Je vous remercie, madame la ministre, pour votre réponse particulièrement détaillée. Je me réjouis notamment de la diminution du taux de résistance aux antibiotiques et du nombre de campagnes menées.

Certes, la sensibilisation des médecins est utile – la campagne en faveur du lavage des mains a porté ses fruits dans la lutte contre les infections nosocomiales – mais il faudrait encore, me semble-t-il, s'adresser au grand public, notamment pour l'inciter à ne plus réclamer à tort des antibiotiques totalement inefficaces dans toutes les infections virales.

### **Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la juste compensation des frais liés aux dons d'organe par un donneur vivant» (n° 5-1181)**

**M. Jacques Brotchi (MR).** – En décembre 2010, l'Académie de médecine, en collaboration avec la Koninklijke Academie, organisait un symposium consacré à la transplantation d'organes. Un point fort de cette rencontre concernait les donneurs vivants et l'épineuse question d'une juste compensation des frais à leur charge.

En effet, face à la longueur des listes d'attente pour les dons d'organes et à la diminution des donneurs d'organes potentiels en partie due à la réduction du nombre d'accidents de la route – selon Eurotransplant, il y a eu une réduction de 4,7% du nombre de donneurs décédés entre 2009 et 2010 –, il

*incidentie van meticilline-resistente stafylokokken in ziekenhuizen is gedaald van 4,3 gevallen op 1000 patiënten in 2003 tot 2,2 gevallen op 1000 in 2009. Ook de gemiddelde graad van resistentie is gedaald van 31% in 2003 tot 24% in 2009.*

*Ondanks deze goede resultaten worden steeds meer inspanningen gedaan en komen er nieuwe initiatieven naast de reeds bestaande acties.*

*Voor de eerste keer in 2011 werden prevalentiestudies uitgevoerd over infecties met ziekenhuisbacteriën en het gebruik van antibiotica in ziekenhuizen, conform het Europees initiatief van de European Center for Disease prevention and Control (ECDC).*

*Dit jaar is men begonnen met de toepassing van de Ventilator-associated Pneumonia (VAP) care bundle, een reeks aanbevelingen die erop gericht zijn te vermijden dat in de intensievezorgafdelingen longontstekingen voorkomen ten gevolge van het gebruik van beademingstoestellen.*

*Ook in de veterinaire sector wordt onderzocht of documentatie kan worden verzameld met betrekking tot het gebruik van antibiotica. Dat is een belangrijk project omdat er veel interacties zijn tussen mens en dier. Dit punt zal binnenkort worden voorgelegd aan de ministerraad.*

**De heer Jacques Brotchi (MR).** – Ik dank de minister voor haar gedetailleerd antwoord. Ik ben blij dat de resistentie tegen antibiotica afneemt en dat er zoveel campagnes worden gevoerd.

*De bewustmaking van artsen is zeker nuttig – de campagne over handhygiëne heeft vruchten afgeworpen in de strijd tegen de ziekenhuisbacterie –, maar ik denk dat men zich nog meer tot het grote publiek moet richten, met name om te voorkomen dat mensen tegen beter weten in antibiotica blijven vragen, die volstrekt nutteloos zijn voor alle virale aandoeningen.*

### **Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de correcte vergoeding van de kosten verbonden aan een orgaantransplantatie door een levende donor» (nr. 5-1181)**

**De heer Jacques Brotchi (MR).** – In december 2010 hebben de Académie royale de médecine en de Koninklijke academie voor geneeskunde een symposium georganiseerd over orgaantransplantatie. De netelige kwestie van de levende donoren en een correcte vergoeding van hun kosten was een bijzonder aandachtspunt.

*Gezien de lange wachtlijsten voor orgaantransplantatie en de daling van het aantal potentiële donoren, deels ingevolge het dalend aantal verkeersongevallen – volgens Eurotransplant daalde het aantal overleden donoren tussen 2009 en 2010 met 4,7% – zou de overheid best naar een oplossing zoeken waarbij een*

serait plus qu'opportun que les pouvoirs publics se décident à réagir et se tournent vers une solution comprenant le recours aux donneurs vivants, mais bien sûr pas à n'importe quel prix.

En Belgique, le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus d'un donneur vivant est régi par une loi datant du 13 juin 1986. L'article 4, paragraphe 2, dispose que la donation d'organes ne peut être lucrative. Cependant, la loi permet d'accorder au donneur vivant un dédommagement à charge des pouvoirs publics ou de l'organisme de sécurité sociale désigné par le Roi.

Madame la ministre, à ce jour, le montant de ce dédommagement et la nature des frais encourus par le donneur sont encore à l'étude.

Il faut veiller à ce que les personnes qui acceptent de donner un organe obtiennent un dédommagement correct et il faut éviter la création d'un commerce lucratif. Une récente étude pilote réalisée par Mme Kesteloot en partenariat avec la KUL, à la demande du SPF Santé publique, a évalué à environ 13 000 euros le coût médical du don de rein, dont environ 1 900 euros ne sont pas couverts par l'INAMI. Il me semble nécessaire que cette étude soit étendue à un plus large échantillon provenant de plusieurs centres de transplantation et élargie, de plus, à la donation vivante de foie. Par ailleurs, la perte de revenus professionnels liée à l'incapacité temporaire de travail et d'autres coûts à charge du donneur restent à évaluer.

Madame la ministre, cette étude pourrait-elle être étendue à d'autres organes et à d'autres centres ?

Au vu des résultats de l'étude qui a été menée par le SPF Santé Publique concernant les dons de rein, le gouvernement prévoit-il de présenter les premières pistes d'une nouvelle réglementation avec fixation des prix, ainsi qu'une nouvelle politique relative à la transplantation d'organes à l'égard des donneurs vivants ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Les premiers résultats de l'étude portant sur les frais liés au don d'organes en Belgique par un donneur vivant menée par la KUL ont effectivement été présentés au mois de décembre 2010.

L'étude a bien été réalisée pour un seul centre de transplantation, en ne prenant en compte que l'activité de prélèvements et de transplantations à partir de donneurs vivants de rein.

En Belgique, l'activité de prélèvement de donneurs vivants est essentiellement effectuée à des fins de transplantations rénales et, ensuite, de transplantations hépatiques. Il s'avère qu'aucune procédure de transplantation de poumon à partir de donneur vivant n'a encore été réalisée en Belgique.

Cette étude a servi de base à des discussions aussi bien au sein de différents groupes scientifiques qu'au sein de mon administration. Au début de l'année 2011, au terme de ces discussions, le Conseil belge de transplantation a proposé qu'elle soit étendue à l'ensemble des centres de transplantation et ce, pour tous les organes. La proposition est actuellement en discussion afin de préciser la portée exacte de la nouvelle étude. Une réunion est d'ailleurs prévue le 14 juillet. Dès lors, il me semble prématuré de m'avancer sur

*beroep wordt gedaan op levende donoren, maar uiteraard niet tegen om het even welke prijs.*

*In België wordt het wegnemen en de transplantatie van organen en weefsels met een levende donor geregeld door de wet van 13 juni 1986. Artikel 4, paragraaf 2, bepaalt dat orgaandonatie niet met een winst oogmerk mag gebeuren. De wet staat wel toe een vergoeding aan de levende donor toe te kennen ten laste van de overheid of van de instellingen van de maatschappelijke zekerheid die de Koning aanwijst.*

*Het bedrag van die vergoeding en de aard van de kosten die de donor kan hebben, liggen nog altijd ter studie.*

*Orgaandonoren moeten een correcte vergoeding krijgen en er moet worden op toegezien dat er geen winstgevend handel ontstaat. Een recente verkennende studie van mevrouw Kesteloot aan de KUL, op vraag van de FOD Volksgezondheid, raamt de medische kosten voor nierdonatie op 13 000 euro, waarvan 1900 euro niet wordt terugbetaald door het RIZIV. Die studie moet worden uitgebreid tot een groter aantal transplantatiecentra en tot leverdonatie door een levende donor. Ook werd geen rekening gehouden met het verlies aan beroepsinkomsten ingevolge tijdelijke werkonbekwaamheid en met andere kosten die de donor kan hebben.*

*Kan die studie worden uitgebreid tot andere organen en andere centra?*

*Zal de regering, op basis van voormelde studie, een nieuwe reglementering met vastgestelde prijzen voorstellen? Zal ze ook een nieuwe regeling voor orgaantransplantatie uitwerken ten behoeve van levende donoren?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De eerste resultaten van een studie aan de KUL over de kosten die in België verbonden zijn aan een orgaandonatie door een levende donor, werden in december 2010 inderdaad voorgesteld.*

*De studie heeft betrekking op één transplantatiecentrum en houdt alleen rekening met het wegnemen en de transplantatie van een nier met levende donoren.*

*In België is het wegnemen bij levende donoren vooral gericht op niertransplantaties, gevolgd door levertransplantaties. In België vond nog geen enkele longtransplantatie plaats met levende donoren.*

*Op basis van de studie vonden besprekingen plaats binnen verschillende wetenschappelijke groepen en binnen mijn administratie. Begin 2011 heeft de Belgische Transplantatieraad voorgesteld de studie uit te breiden tot alle transplantatiecentra en tot alle organen. Het voorstel wordt momenteel besproken om de precieze draagwijdte van de nieuwe studie te bepalen. Een nieuwe vergadering is gepland op 14 juli. Ik vind het dan ook voorbarig nu uitspraken te doen over een nieuwe reglementering en over de prijsbepaling.*

le terrain d'une nouvelle réglementation et de la fixation de prix.

Enfin, dans le cadre de la pénurie d'organes à transplanter, il est vrai que les donneurs vivants représentent une source supplémentaire de greffons disponibles, mais il ne faut pas négliger les éventuelles conséquences physiques, psychiques, émotionnelles pour le donneur potentiel.

**M. Jacques Brotchi (MR).** – Je suis heureux d'apprendre que le sujet est à l'étude. Nous devons trouver des formules pour accroître le nombre de donneurs mais nous devons agir avec énormément de sécurité et de tact.

Il faut savoir que l'on ne peut pas donner n'importe quel organe. Le don du cerveau est évidemment exclu et il n'est pas certain qu'un receveur potentiel l'accepterait ! (*Sourires.*) Le rein est, par définition, l'organe de choix. Il est aussi possible de prélever un morceau de foie pour en faire bénéficier un enfant qui ne peut recevoir un foie adulte.

La ministre a aussi cité le poumon mais je suis sceptique. Il est possible de vivre avec un seul poumon, mais je ne sais pas dans quelle mesure ce serait acceptable du point de vue des risques et de l'éthique. Les spécialistes nous le diront. Il y a certainement moyen d'avancer pour le rein et pour le foie. Cela permettrait de remédier en partie à la pénurie de dons d'organes.

Par ailleurs, il faudrait faire en sorte que les personnes qui acceptent de faire ce don ne doivent supporter aucun coût. Bien sûr, ce don ne peut être lucratif, mais il faudrait à tout le moins qu'il ne leur coûte rien. Je pense qu'il faudrait aussi prendre en considération la période d'incapacité temporaire de travail en fonction de l'intervention, de manière que les donneurs ne soient pas victimes de leur générosité.

### **Demande d'explications de M. Gérard Deprez à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la présence de parabènes dans de nombreux médicaments» (n° 5-1059)**

**M. Gérard Deprez (MR).** – Le 3 mai dernier, l'Assemblée nationale française a voté contre l'avis du gouvernement l'interdiction des parabènes, conservateurs dont la toxicité et les effets cancérogènes font l'objet de débats scientifiques. Le texte doit encore être voté par le Sénat mais l'inquiétude règne dans les secteurs industriels concernés.

Les parabènes sont en effet présents dans des milliers de produits cosmétiques, alimentaires et médicamenteux afin d'éviter le développement de champignons et de micro-organismes qui pourraient être nocifs pour l'homme. Ces conservateurs ont également pour but d'empêcher la dégradation du médicament et la baisse de son efficacité, voire d'atténuer ou d'éviter sa nocivité.

En France, les 400 spécialités pharmaceutiques contenant des parabènes sous forme méthyle ou propyle concernent environ 80 firmes titulaires d'autorisations de mise sur le marché.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé s'est penchée sur la question des parabènes dès 2004, à la

*Gezien het tekort aan organen, zijn levende donoren inderdaad een bijkomende bron van beschikbare transplantaten. De mogelijke fysieke, psychische, emotionele gevolgen voor de potentiële donor mogen daarbij echter niet uit het oog worden verloren.*

**De heer Jacques Brotchi (MR).** – *Het verheugt me te vernemen dat het onderwerp ter studie ligt. We moeten formules vinden om het aantal donoren te verhogen, maar dan met de nodige voorzorgen en tact.*

*Niet elk orgaan kan gedoneerd worden. Het doneren van hersenen is uiteraard uitgesloten. Het transplantatieorgaan bij uitstek is de nier. Het is ook mogelijk een deel van de lever weg te nemen voor een kind, dat geen volwassen lever mag krijgen. Voor longen aarzel ik. Het is mogelijk met één long te leven, maar ik weet niet in hoeverre dat, gezien het risico, ethisch aanvaardbaar is. Experts zullen dat moeten uitklaren. Voor nieren en lever zijn er zeker mogelijkheden, waardoor het tekort aan orgaandonaties gedeeltelijk kan worden verholpen.*

*We moeten ervoor zorgen dat orgaandonoren zelf geen kosten hebben. Een donatie mag uiteraard niet gericht zijn op winst, maar we moeten er minstens voor zorgen dat er geen kosten aan verbonden zijn. Ik vind dat ook rekening moet worden gehouden met de tijdelijk werkonbekwaamheid ingevolge de interventie. Donoren mogen niet het slachtoffer worden van hun vrijgevigheid.*

### **Vraag om uitleg van de heer Gérard Deprez aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanwezigheid van parabenen in vele geneesmiddelen» (nr. 5-1059)**

**De heer Gérard Deprez (MR).** – *Op 3 mei jongstleden keurde het Franse parlement, tegen het advies van de regering in, een verbod op parabenen goed. Over hun toxiciteit en de mate waarin deze bewaarmiddelen kankerverwekkend zijn, is in wetenschappelijke kringen een debat aan de gang. De tekst moet nog door de Franse Senaat worden goedgekeurd, maar in de desbetreffende industriële sectoren heerst grote ongerustheid.*

*Parabenen zijn aanwezig in duizenden schoonheidsproducten, voedings- en geneesmiddelen om de ontwikkeling van zwammen en micro-organismen te voorkomen die schadelijk zouden kunnen zijn voor de mens. Die bewaarmiddelen hebben eveneens tot doel te verhinderen dat het geneesmiddel bederft of minder werkzaam wordt, of de schadelijke effecten ervan af te zwakken of te voorkomen.*

*In Frankrijk zijn er 400 farmaceutische specialiteiten die methyl- of propylparabenen bevatten waarvoor een 80-tal bedrijven een vergunning hebben.*

suite de la publication d'une étude britannique. Une chercheuse de l'université de Reading et ses collègues avaient en effet retrouvé des parabènes intacts dans des tumeurs du sein. Pour les auteurs, cela démontre qu'au moins une partie des parabènes peut être absorbée et retenue dans les tissus du corps humain sans être transformée. Même si les études menées jusque-là n'avaient pu déterminer la source et le chemin emprunté par les parabènes retrouvés dans des tissus humains, ils émettent l'hypothèse d'un effet favorisant le développement de cancers par le biais de l'action proche des œstrogènes qu'exercent les parabènes.

En avril 2010, l'Agence française a décidé de refaire une étude de toxicologie chez le jeune rat avec la collaboration de six laboratoires pharmaceutiques. Les résultats seraient attendus pour novembre 2011.

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, autorité compétente en Belgique pour la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des produits de santé, a-t-elle réalisé une étude comparable à celle de l'agence française ? Dans l'affirmative, quels en seraient les résultats ?

Compte tenu du fait que de nombreux médicaments contenant du parabène sont prescrits à des enfants et aux femmes enceintes et vu les risques éventuels que cela peut représenter pour eux, envisagez-vous de prendre des mesures particulières de mise en garde destinées à ces catégories de patients ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Puisque l'évaluation de la toxicité des parabènes – propylparabène et butylparabène – est assurée au niveau européen par le Safety working party du Comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne du médicament, où tous les États membres sont représentés, il n'y a pas lieu de répéter la même étude en Belgique. Ce problème est évidemment suivi de près par notre pays.

Le rapport final de l'étude de toxicité chez le jeune rat est attendu pour novembre 2011. Les résultats de cette étude permettront de déterminer la dose journalière acceptable.

Pour chaque nouvelle formulation pédiatrique, la présence de parabènes – surtout le butylparabène et le propylparabène – doit être justifiée ainsi que la concentration utilisée par rapport à la dose maximale journalière du médicament.

Ce problème est également pris en charge au niveau européen. La directive *Excipients in the Label and Package Leaflet of Medicinal Products for Human Use* est revue régulièrement et cette révision inclut les parabènes dans tous les médicaments, également ceux pour les enfants et les femmes enceintes.

**M. Gérard Deprez (MR)**. – Je transmettrai votre réponse aux personnes inquiètes qui m'avaient demandé de vous interroger.

*Het Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé buigt zich al sedert 2004 over de parabenenkwesitie, toen daarover een Britse studie werd gepubliceerd. Een onderzoeksteam van de Universiteit van Reading had intacte parabenen teruggevonden in een borsttumor. De onderzoekers vonden dat dit aantoonde dat minstens een deel van de parabenen ongewijzigd opgenomen en vastgehouden kunnen worden in weefsels van het menselijk lichaam. Hoewel nog niet kon worden achterhaald vanwaar en langs waar de parabenen kwamen die in het lichaam zijn teruggevonden, vermoeden ze dat parabenen een gelijkaardig effect hebben als oestrogenen en een invloed hebben op de groei van kankercellen.*

*In april 2010 besloot het Franse Agentschap om in samenwerking met 6 farmaceutische laboratoria een nieuw onderzoek uit te voeren bij jonge ratten. De resultaten worden in november 2011 verwacht.*

*Heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten dat in België de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid van geneesmiddelen en gezondheidsproducten verzekert, ook zulk een onderzoek uitgevoerd? Zo ja, wat zijn de resultaten?*

*Veel geneesmiddelen met parabenen worden voorgeschreven voor kinderen en zwangere vrouwen, wat voor hen risico's kan inhouden. Overweegt u bijzondere voorzorgsmaatregelen voor die categorieën van patiënten?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De evaluatie van de toxiciteit van propyl- en butylparabenen gebeurt op Europees niveau in de Safety working party van het Comité voor geneesmiddelen voor de mens van het Europees Geneesmiddelenbureau, waarin alle lidstaten vertegenwoordigd zijn. Daarom moet dit niet op Belgisch niveau gebeuren. Ons land volgt dit probleem natuurlijk van nabij.*

*Het eindverslag van het toxiciteitsonderzoek bij jonge ratten wordt eind november 2011 verwacht. Op basis van deze studie zal de aanvaardbare dagelijkse dosis kunnen worden bepaald.*

*Voor elke nieuwe pediatrische formule moet de aanwezigheid van parabenen en vooral van butyl- en propylparabenen gerechtvaardigd worden, alsook de gebruikte concentratie in vergelijking met de maximale dosis per dag.*

*Dit probleem wordt ook op Europees niveau behandeld. De richtlijn Excipients in the Label and Package Leaflet of Medicinal Products for Human Use wordt regelmatig bijgewerkt, ook wat betreft de parabenen in alle geneesmiddelen, dus ook die voor kinderen en zwangere vrouwen.*

**De heer Gérard Deprez (MR)**. – *Ik zal uw antwoord bezorgen aan de mensen die zich hier zorgen om maken.*

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les économies dans le secteur de la biologie clinique» (n° 5-1098)**

*M. Louis Ide (N-VA). – En vertu de l'arrêté royal du 26 août 2010, des économies atteignant 50 millions d'euros devaient être réalisées dans le secteur de la biologie clinique. La modification de la nomenclature entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2010 a déjà permis la réalisation d'un premier montant d'économies de 35,1 millions euros. Une prescription plus adéquate des analyses de biologie clinique doit permettre la réalisation du reste des économies, soit 14,9 millions d'euros. C'est dire ma satisfaction lorsque j'ai reçu, la semaine dernière, une brochure de l'INAMI contenant des instructions à ce sujet.*

*Cependant, je me suis aperçu que ces directives concernent aussi d'autres domaines, tels que les dépistages relatifs à la grossesse, les dépistages généraux opportunistes et les dépistages des maladies sexuellement transmissibles. Je suis conscient que l'objectif est de lutter contre la surconsommation mais je constate simultanément que l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, AFMPS, incite précisément à la surconsommation.*

*Ainsi, les femmes désireuses de suivre un traitement contre la stérilité sont soumises à des exigences particulièrement sévères, par exemple un dépistage mensuel de la syphilis. L'incitation à la surconsommation par l'AFMPS contraste violemment avec les recommandations de modération du SPF Santé publique et de l'INAMI.*

*Ne serait-il pas préférable que des recommandations à ce sujet soient également formulées par des experts et des acteurs de terrain plutôt que de suivre les instructions de l'AFMPS au sujet de tests dépourvus d'évidence scientifique ?*

*Cette situation ne résulte-t-elle pas du fait que la Coordination Sang, Tissus et Cellules du département Vigilance dépend de l'AFMPS ? Ne serait-il pas préférable qu'elle dépende du SPF Santé publique ? Nous pourrions nous inspirer de l'exemple de la France où une agence spéciale pour les questions biomédicales relève de la compétence du département de la Santé publique, avec des effets favorables pour la santé publique.*

*Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Les tests biologiques qui doivent être effectués dans le cadre de la médecine reproductive ont été fixés par arrêté royal. L'annexe IV de l'arrêté royal du 28 septembre 2009 fixant les normes de qualité et de sécurité concernant le matériel corporel humain précise quels tests biologiques doivent être effectués pour estimer les risques de contagion croisée. Il s'agit notamment de tests pour détecter la contagion par le HIV, l'hépatite B et C et la syphilis. Ces tests biologiques sont réalisés au moment du prélèvement ou du don.*

*L'obligation de faire des tests biologiques dans le cadre de la médecine reproductive a été reprise dans la directive*

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de besparingen in de sector van klinische biologie» (nr. 5-1098)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Krachtens het koninklijk besluit van 26 augustus 2010 moest in de klinische biologie tot 50 miljoen euro worden bespaard. Een eerste deel van de besparingen, voor een bedrag van 35,1 miljoen euro, werd reeds gerealiseerd via de nomenclatuurwijzigingen die van toepassing waren op 1 oktober 2010. De resterende besparing van 14,9 miljoen euro moet nog worden gerealiseerd door de voorschrijvers aan te sporen testen voor klinische biologie rationeel voor te schrijven. Ik was dan ook blij toen ik vorige week de RIZIV-brochure met richtlijnen ter zake ontving.

Het valt me echter op dat die richtlijnen ook betrekking hebben op andere domeinen zoals de screening voor zwangerschap, opportunistische algemene screenings en screenings op seksueel overdraagbare aandoeningen. Ik besef dat het de bedoeling is de overconsumptie aan te pakken, maar tegelijk stel ik vast dat vanuit het FAGG, Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, net tot overconsumptie wordt aangespoord.

Zo worden bijzonder hoge eisen gesteld aan vrouwen die een vruchtbaarheidsbehandeling willen ondergaan. Er wordt bijvoorbeeld geëist dat ze maandelijks op syfilis worden gescreend. De aansporing tot overconsumptie door het FAGG staat dus in schril contrast tot de aanmaning tot matiging door de FOD Volksgezondheid en het RIZIV.

Zou het daarom niet verstandig zijn dat ook in die laatste materie richtlijnen worden opgesteld door experts en betrokkenen in het veld, veeleer dan zonder wetenschappelijke evidentie testen te laten uitvoeren op aangeven van het FAGG?

Is de situatie niet het gevolg van het feit dat Coördinatie 'Bloed, Weefsel en Cellen' van het departement Vigilantie, onder het FAGG ressorteert? Zou dat niet beter onder de FOD Volksgezondheid vallen? Ik meen dat zelfs een voorbeeld kan worden genomen aan Frankrijk, waar een speciaal agentschap voor biomedische kwesties onder het departement Volksgezondheid ressorteert, met gunstig gevolg voor de volksgezondheid.

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De biologische tests die in het kader van de reproductieve geneeskunde moeten worden uitgevoerd, werden bij koninklijk besluit vastgelegd. Bijlage IV bij het koninklijk besluit van 28 september 2009 tot vaststelling van de kwaliteits- en veiligheidsnormen inzake menselijk lichaamsmateriaal bepaalt welke biologische tests moeten worden uitgevoerd om risico's van kruisbesmetting te beoordelen; het betreft met name tests om besmetting met hiv, hepatitis B en C, en syfilis op te sporen. Die biologische tests worden op het ogenblik van de wegneming of donatie uitgevoerd.

De verplichting om biologische tests in het kader van de

*2006/17/CE de la Commission européenne du 8 février 2006 concernant certaines prescriptions techniques pour le don, l'obtention et les tests de tissus humains et de cellules. On ne peut y déroger.*

*La Commission européenne a, à la suite de demandes de différents États membres, créé un groupe de travail pour récolter les données disponibles à ce sujet et présenter sur cette base une proposition pour l'exécution des tests biologiques, ce qui peut mener à une adaptation de la directive.*

*La répartition des compétences entre l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et le SPF Santé publique n'y change dès lors rien.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je me réjouis que cette question soit réexaminée au niveau européen. Cela me dérange effectivement que l'on promulgue d'abord des directives et que l'on s'aperçoive ensuite que la barre a été mise trop haut et qu'elles doivent être adaptées.*

*J'espère que le bon sens l'emportera et qu'il sera possible d'adopter un comportement prescripteur rationnel. J'espère également que le ministre suivra de près ce dossier et qu'il incitera les acteurs au pragmatisme.*

*En ce qui concerne la deuxième partie de la réponse, mon point de vue diffère de celui du ministre. Je me demande s'il ne serait pas préférable de confier la Coordination « Sang, tissus et cellules » au SPF Santé publique qui me semble avoir davantage d'expertise en la matière.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la qualité au sein des hôpitaux, l'accréditation et le rôle des hôpitaux universitaires» (n° 5-1100)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Le 13 juillet 2010, l'hôpital universitaire Gasthuisberg s'est vu octroyer l'accréditation JCI reconnue sur le plan international. L'hôpital cède ainsi à la pression internationale incessante exercée en matière d'accréditation. Les procédures en matière d'accréditation mènent incontestablement à des autocritiques, à des analyses des atouts et des faiblesses, à un diagnostic des points faibles, à des plans d'action permettant d'améliorer la qualité. On doit cependant s'interroger sur le coût de ce gain en matière de qualité. Idéalement, nous aurions besoin de peu de moyens pour réaliser des gains de qualité. Les contrôles effectués par l'Institut scientifique de santé publique pour les laboratoires de biologie clinique ont par exemple conduit à une amélioration substantielle de la qualité à un prix particulièrement peu élevé.*

*Pour la Joint Commission International, il n'en va pas de même. La facture se monte à un chiffre comportant cinq zéros. Bien que le processus d'accréditation conduira à une amélioration de la qualité, une analyse coûts-bénéfices s'impose. Outre la facture JCI, les consultants externes doivent être rémunérés. Souvent, il s'agit de surcroît de personnes de la JCI même. Je félicite l'hôpital universitaire*

*reproductieve geneeskunde uit te voeren is opgenomen in de richtlijn 2006/17/EG van de Europese Commissie van 8 februari 2006 betreffende bepaalde technische voorschriften voor het doneren, verkrijgen en testen van menselijke weefsels en cellen. Hiervan kan niet worden afgeweken.*

*De Europese Commissie heeft, naar aanleiding van vragen van verschillende lidstaten, een werkgroep opgericht om de beschikbare gegevens in dit verband te verzamelen en op basis daarvan een voorstel te formuleren voor de biologische tests, wat tot een aanpassing van de richtlijn kan leiden.*

*De verdeling van bevoegdheden tussen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid doet hier dan ook niet ter zake.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Het verheugt me dat de kwestie op Europees niveau opnieuw wordt bestudeerd. Het stoort me wel dat eerst richtlijnen worden uitgevaardigd en nadien moet worden vastgesteld dat de lat te hoog is gelegd, waarna een aanpassing nodig is.*

*Ik hoop dat het gezond verstand zal zegevieren en dat een rationeel voorschrijfgedrag mogelijk wordt. Ik hoop eveneens dat de minister dit dossier van nabij opvolgt en de actoren tot pragmatisme aanzet.*

*Over het tweede deel van het antwoord verschil ik van mening met de minister. Ik vraag me af of Coördinatie 'Bloed, Weefsels en Cellen' niet beter bij de FOD Volksgezondheid wordt ondergebracht. Het lijkt me dat daar meer expertise aanwezig is.*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kwaliteit in de ziekenhuizen, de accreditatie en de rol van universitaire ziekenhuizen» (nr. 5-1100)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Op 13 juli 2010 kreeg het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg de internationaal erkende JCI-accreditatie toegekend. Daarmee geeft het ziekenhuis toe aan de niet aflatende internationale accreditatiedruk. Ongetwijfeld leiden accreditatieprocedures tot kritische zelfreflectie, sterkte-zwakteanalyses, diagnose van verbeterpunten, actieplannen die leiden tot kwaliteitsverbetering. Toch moet men zich de vraag stellen hoeveel die kwaliteitswinst mag kosten. Idealiter hebben we weinig middelen nodig om kwaliteitswinst te boeken. De controles die het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid voor de laboratoria klinische biologie organiseerde, hebben bijvoorbeeld geleid tot een substantiële kwaliteitsverbetering tegen een bijzonder lage kostprijs.*

*Voor de Joint Commission International liggen de zaken anders. De factuur loopt op tot een bedrag met vijf nullen. Hoewel ook dat accreditatieproces tot een verbetering van de kwaliteit zal leiden, is er nood aan een kosten-batenanalyse. Naast de JCI-factuur, moeten ook de externe consultants worden betaald. Vaak gaat het dan nog om mensen van de JCI zelf.*



*Gasthuisberg pour son accréditation mais je crains que d'autres hôpitaux ne souhaitent également en obtenir une. L'université et l'hôpital qui y est attaché ont toutefois également une mission sociale. À cet effet, ils bénéficient par exemple d'un financement hospitalier supplémentaire par le biais du financement B7. Dès lors qu'une évaluation des coûts et des gains de qualité doit être réalisée, il me paraît logique que les autres hôpitaux aspirent à une accréditation à un prix aussi bas que possible.*

*La ministre n'estime-t-elle pas logique que l'hôpital universitaire Gasthuisberg assiste les autres hôpitaux dans le processus d'accréditation ? Mettre leurs connaissances à disposition de la société ne fait-il pas partie de leur mission sociale ? Un hôpital universitaire peut-il facturer directement ou indirectement des honoraires de consultance à charge d'autres hôpitaux du pays ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *À ce jour, l'autorité fédérale n'impose pas d'accréditation aux hôpitaux belges. La décision d'être accrédité ou non est une décision volontaire de l'hôpital. Elle peut être guidée par différents motifs. Le processus d'accréditation exige en effet de nombreux moyens, sans parler de l'effort nécessaire et du changement de culture pour le personnel. Il permet également de réexaminer les processus de soins et l'organisation et de les affiner. Lors du processus d'accréditation, toutes les connaissances sont sollicitées. L'hôpital accrédité peut partager ces connaissances avec d'autres hôpitaux, contre paiement ou non. Comme l'autorité fédérale n'a encore pris aucune initiative en matière d'accréditation, on ne peut pas encore imposer de limitations.*

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Nous devons éviter d'entraîner tous les prestataires de soins dans une évolution à laquelle ils ne pourraient pas faire face. J'invite la ministre à lire le livre « Liefde voor het werk in tijden van management » du docteur Marc Desmet. Ce médecin en soins palliatifs évoque la pression due à la qualité qui provoque un grand stress parmi le personnel hospitalier. Bien que les objectifs soient sans aucun doute nobles, nous devons nous interroger sur le coût élevé de certaines accréditations, qui devient disproportionné par rapport aux gains de qualité.*

*Je regrette en tout cas qu'il n'y ait aucun moyen de pression légal à cet égard. Les hôpitaux bénéficiant d'une accréditation peuvent mettre leur expertise à disposition des autres hôpitaux contre paiement. J'aurais apprécié que la ministre se prononce contre l'accréditation, ne fût-ce que sur le plan moral.*

Ik feliciteer het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg met zijn accreditatie, maar vrees dat andere ziekenhuizen om concurrentiële redenen ook een accreditatie zullen nastreven. De universiteit en het daaraan verbonden ziekenhuis hebben evenwel ook een maatschappelijke opdracht. Zij worden daarvoor bijvoorbeeld extra gefinancierd via de B7-ziekenhuisfinanciering. In de redenering dat er een afweging dient te worden gemaakt van de kosten en de kwaliteitswinsten, lijkt het mij logisch dat de andere ziekenhuizen de accreditatie nastreven tegen een zo laag mogelijke kostprijs.

Lijkt het de minister daarom niet logisch dat het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg de andere ziekenhuizen kosteloos bijstaat in het accreditatieproces? Behoort het niet tot hun maatschappelijke opdracht om kennis ter beschikking te stellen van de maatschappij? Kan een universitair ziekenhuis rechtstreeks of onrechtstreeks via consultancy erelonen aanrekenen aan andere ziekenhuizen in het land?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De federale overheid legt de Belgische ziekenhuizen op het ogenblik geen accreditering op. De beslissing om al dan niet geaccrediteerd te worden, is een vrijwillige beslissing van het ziekenhuis. Ze kan door verschillende beweegredenen worden ingegeven. Het accrediteringsproces vergt inderdaad heel wat middelen, om nog maar te zwijgen van de mentaliteitswijziging en de inspanningen die bij het personeel nodig zijn. De accreditering biedt ook de kans om de zorgprocessen en de organisatie te herbekijken en te verfijnen. Tijdens het accreditatieproces doet men een beroep op alle kennis. Het geaccrediteerd ziekenhuis kan die kennis met andere ziekenhuizen delen, al dan niet tegen betaling. Aangezien de federale overheid tot op heden geen initiatief met betrekking tot accreditering heeft genomen, kan ze hieromtrent ook geen beperkingen opleggen.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – We moeten vermijden dat we alle zorgverstrekkers meesleuren in een evolutie die ze niet aankunnen. Ik raad de minister aan om het boek *Liefde voor het werk in tijden van management* van dokter Marc Desmet te lezen. Deze palliatieve arts heeft het over de kwaliteitsdruk die veel stress veroorzaakt bij het ziekenhuispersoneel. Hoewel de doelstellingen ongetwijfeld nobel zijn, moeten we vraagtekens plaatsen bij de hoge kostprijs van bepaalde accreditaties die niet meer in verhouding staat tot de kwaliteitswinsten.

Ik betreur het enigszins dat er geen wettelijke stok is om mee te slaan. De ziekenhuizen met een accreditatie kunnen hun expertise tegen betaling ter beschikking stellen aan andere ziekenhuizen. Ik zou het hebben gewaardeerd dat de minister zich tegen accreditatie had uitgesproken, ook al zou dat louter moreel zijn geweest.

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les coûts liés à la consultance préalable à un audit de la qualité des laboratoires cliniques» (n° 5-1101)**

*M. Louis Ide (N-VA).* – *La qualité des laboratoires cliniques est contrôlée depuis quelques années. En Flandre, cette mission était remplie par le pharmacien Libeer, mais elle a été reprise par son collègue Van Campenhout. Du côté francophone, il y a eu quelques problèmes qui, je l'espère, ont été résolus entre-temps. Je renvoie à ce sujet à ma question écrite du 15 octobre 2007. Ce contrôle a permis d'améliorer la qualité des laboratoires de notre pays. C'est donc une bonne chose.*

*Toutefois, la pression subie par les hôpitaux et, en particulier par les laboratoires, pour pouvoir continuer à être accrédités est devenue énorme. Depuis l'introduction du remboursement de la biologie moléculaire en vertu des articles 24bis et 33bis, les laboratoires concernés sont soumis à des exigences en matière d'accréditation, par référence à la norme ISO 15189 et suivantes.*

*Il s'ensuit que des auditeurs externes rendent visite au laboratoire. Ils ont suivi une formation, mais cela pose quand même un problème. Étant donné qu'un audit dure plusieurs jours, le laboratoire reçoit la visite de plusieurs auditeurs. Il arrive souvent que, le premier jour, un auditeur approuve certaines choses qui, le deuxième jour, sont refusées par un autre auditeur. Il est également bien connu qu'un laboratoire qui veut réussir ce test doit s'y préparer le mieux possible avec, comme conséquence, que des sommes importantes sont dépensées en frais de consultance.*

*La ministre est-elle consciente que les frais de consultance des laboratoires augmentent sans cesse à cause des accréditations ISO et BELAC ?*

*La ministre est-elle consciente qu'il existe une grande différence entre les auditeurs et qu'il n'y a manifestement pas de benchmarking ?*

*Les auditeurs sont-ils agréés ? Suivent-ils régulièrement des formations ?*

*Les accréditations ISO et BELAC ne peuvent-elles être mises en doute si la réponse à la deuxième et à la troisième question est négative ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *En Belgique, l'accréditation des laboratoires n'est pas obligatoire selon la norme ISO 15189, sauf pour un petit nombre de paramètres, en particulier pour la biologie moléculaire en vertu des articles 24bis, 33bis et 32. Pour plus de 90 pour cent des paramètres, y compris les plus utilisés, aucune accréditation n'est exigée.*

*Pour les paramètres pour lesquels une accréditation est obligatoire, un certificat est décerné par BELAC qui relève de*

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kosten verbonden aan consultancy voorafgaande aan een audit uitgevoerd op de kwaliteit van klinische laboratoria» (nr. 5-1101)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Sinds enkele jaren worden de klinische laboratoria gecontroleerd op kwaliteit. Aan Vlaamse zijde stond apotheker Libeer hiervoor in, maar die opdracht is nu overgenomen door zijn collega Van Campenhout. Aan Franstalige zijde waren er enkele moeilijkheden, die hopelijk inmiddels zijn weggewerkt. Ik verwijs hiervoor naar mijn schriftelijke vraag van 15 oktober 2007. Die controle heeft geleid tot een substantiële kwaliteitsverhoging bij de laboratoria in België. Dat is dus een goede zaak.

Toch is voor de ziekenhuizen, en meer bepaald de laboratoria, de druk enorm groot geworden om zich nog verder te accrediteren. Met de introductie van de terugbetaling van de moleculaire biologie krachtens de artikelen 24bis en 33bis worden aan de desbetreffende laboratoria accreditatievereisten opgelegd, met als referenties ISO 15189 en volgende.

Het gevolg is dat externe auditeurs het laboratorium komen bezoeken. Zij hebben een opleiding gevolgd, doch hier rijst een probleem. Aangezien een audit verschillende dagen duurt, krijgt een laboratorium vaak verschillende auditeurs over de vloer. Zo gebeurt het vaak dat op dag 1 de ene auditeur bepaalde zaken goedkeurt die op dag 2 door een andere auditeur worden afgewezen. Het is ook algemeen bekend dat een laboratorium dat deze toets wil doorstaan, zich het best zo goed mogelijk voorbereidt, met als gevolg dat enorme bedragen aan consultancy circuleren.

Ik had graag van de minister vernomen of ze zich ervan bewust is dat de consultancykost voor laboratoria alsmat toeneemt ingevolge de ratrace richting ISO- en BELAC-accreditatie?

Is de minister zich ervan bewust dat er een grote verschil bestaat tussen de auditeurs en er blijkbaar geen benchmarking is.

Worden auditeurs gehercertificeerd? Krijgen ze geregeld opleidingen?

Kunnen de ISO- en BELAC-accreditaties niet in twijfel worden getrokken als het antwoord op de tweede en derde vraag negatief is?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – In België is de accreditatie voor de laboratoria volgens de norm ISO 15189 niet verplicht, behalve voor een klein aantal parameters, meer in het bijzonder voor moleculaire biologie krachtens de artikelen 24bis, 33bis en 32. Voor meer dan 90% van de parameters, inclusief de meest gebruikte, is geen accreditatie vereist.

Voor de parameters waarvoor wel een accreditatie verplicht

*la compétence du ministre pour l'Entreprise.*

*Dans ce cas, un expert du service de biologie clinique de l'ISP accompagne les auditeurs BELAC en qualité de représentant de l'autorité compétente pour les laboratoires cliniques.*

*Même s'il est parfaitement possible d'obtenir une accréditation BELAC sans l'aide d'un consultant, il s'avère que certains laboratoires font appel à des consultants. Certains consultants encouragent les laboratoires à obtenir une certification ISO 9001 même si ce n'est pas strictement nécessaire. On a constaté que les procédures et le manuel de qualité exigés pour une accréditation BELAC sont rédigés de telle manière que les laboratoires sont pratiquement obligés de garder ensuite les mêmes consultants pour de futurs développements et de les payer.*

*En ce qui concerne les différences éventuelles entre les différents auditeurs et l'existence ou non d'un benchmarking et la recertification des auditeurs BELAC, je vous renvoie au ministre Van Quickenborne.*

*L'accréditation est un des instruments permettant de garantir la qualité et la fiabilité des services délivrés. Lors de l'accréditation, tant le système de gestion que les processus et les compétences techniques sont évalués. Outre l'accréditation pour certains tests, les laboratoires de biologie clinique sont soumis régulièrement à une procédure d'agrément réglée par l'arrêté royal du 3 décembre 1999. La qualité du système, les procédures et le personnel médical et non médical du laboratoire sont soumis à un test formel. La commission de Biologie clinique examine attentivement les données transmises lors de la procédure d'avis. Pour conserver l'agrément, les laboratoires cliniques belges sont également soumis à une évaluation de qualité externe organisée par le service de Biologie clinique de l'Institut scientifique de santé publique. Avec l'accréditation, l'agrément est donc également une garantie de qualité.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *L'arrêté royal de 1999 et le contrôle externe de qualité sont une bonne chose. Soyons clairs. Ils ont vraiment permis d'améliorer de manière substantielle la qualité à moindre frais pour les laboratoires. Il n'y a pas de discussion à ce sujet.*

*Je reposerai effectivement ma question au ministre Van Quickenborne, mais je souhaiterais encore éclaircir un point. Selon la ministre, il n'est question que d'un petit segment dans les laboratoires, mais ce n'est pas exact.*

*Une recherche dans un laboratoire comporte une phase de préanalyse au cours de laquelle l'échantillon est étiqueté et conservé, une phase analytique au cours de laquelle l'analyse en elle-même est réalisée et une phase postanalytique ou rapport. Même lorsque l'on ne contrôle qu'un seul paramètre, la phase préanalytique et la phase postanalytique doivent être réglées parce qu'elles s'appliquent à l'ensemble du laboratoire. Un échantillon qui arrive peut donc servir pour la PCR – articles 24- et 33bis – mais peut également servir pour une autre analyse. L'auditeur ne se limite pas à*

is, wordt een certificaat afgegeven door BELAC, dat onder de bevoegdheid valt van de minister voor Ondernemen.

In dat geval vergezelt een deskundige van de dienst Klinische Biologie van WIV-ISP de BELAC-auditeurs als vertegenwoordiger van de overheid bevoegd voor de klinische laboratoria.

Hoewel het perfect mogelijk is om BELAC-accreditatie te krijgen zonder de hulp van een consultant, blijken sommige laboratoria toch de ondersteuning van consulenten in te roepen. Sommige consulenten motiveren de laboratoria tot het behalen van een ISO 9001 certificaat, hoewel dat niet strikt noodzakelijk is. Daarnaast stellen we vast dat de procedures en het kwaliteitshandboek die vereist zijn voor een BELAC-accreditatie zo zijn opgesteld dat de laboratoria nagenoeg verplicht zijn nadien voor verdere ontwikkelingen dezelfde consulenten aan te houden en te betalen.

Voor een antwoord op de vraag over de verschillen tussen de verschillende auditeurs en het al dan niet bestaan van een benchmarking verwijs ik naar minister Van Quickenborne.

Ook voor de vraag over het hercertificeren van de BELAC-auditeurs verwijs ik naar minister Van Quickenborne.

Accreditatie is één van de instrumenten om de kwaliteit en de betrouwbaarheid van geleverde diensten te garanderen. Bij accreditatie worden zowel het beheerssysteem, de processen als de technische competenties geëvalueerd. Naast de accreditatie voor bepaalde testen moeten de laboratoria voor klinische biologie regelmatig een erkenningsprocedure doorlopen die geregeld is bij koninklijk besluit van 3 december 1999. Hierbij worden het kwaliteitssysteem, de procedures en het medisch en niet-medisch personeel van het laboratorium aan een formele toetsing onderworpen. De Commissie voor klinische biologie gaat diepgaand in op de gegevens bij de adviesprocedure. Om de erkenning te behouden moeten de Belgische klinische laboratoria tevens een externe kwaliteitsevaluatie ondergaan door de dienst Klinische Biologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Naast accreditatie is dus ook erkenning een van de waarborgen voor de geleverde kwaliteit.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Het koninklijk besluit van 1999 en de externe kwaliteitscontrole zijn een goede zaak. Laat dat duidelijk zijn. Ze hebben echt tot een substantiële kwaliteitsverbetering geleid zonder veel kosten voor de laboratoria. Daarover bestaat geen discussie.

Ik zal mijn vragen inderdaad opnieuw stellen aan minister Van Quickenborne, maar ik wil nog één ding duidelijk maken. Volgens de minister gaat het maar om een klein segment in de laboratoria, maar dat klopt niet.

Een onderzoek in een laboratorium valt uiteen in een preanalytische fase, waarin het staal gelabeld en bewaard wordt, een analytische fase, waarin de analyse zelf wordt uitgevoerd, en de postanalytische fase of de rapportering. Ook wanneer men maar één parameter controleert, moeten de preanalytische en de postanalytische fase in orde zijn, want die gelden voor het hele laboratorium. Een staal dat binnenkomt, kan dan wel een staal zijn voor PCR – artikel 24- en 33bis – maar kan ook voor een andere analyse dienen. De auditeur beperkt zich niet tot één bepaalde analyse, maar hij

*une analyse bien précise. Autrement dit, c'est l'ensemble du laboratoire qui est donc soumis à un audit, même si celui-ci porte sur un seul paramètre.*

*Nous devons bien en prendre conscience. Dans chaque laboratoire, cette petite niche met en œuvre toute une procédure pour l'accréditation, avec tous les frais qui s'ensuivent.*

*Actuellement, on dirait que cela ne se produit que dans une petite niche.*

*Je me réjouis que la ministre reconnaisse que certains laboratoires font déjà appel à des consultants à cause de l'ampleur de la tâche. Nous devons examiner la manière dont nous pourrions gérer l'explosion des coûts pour des soins de santé de qualité sur la base d'une analyse coûts-bénéfices.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Théoriquement, j'ai raison. Toutefois, dans la pratique, cela engendre des situations telles que celles que vous évoquez.

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la reprise de laboratoires hospitaliers universitaires par des laboratoires privés» (n° 5-1107)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Comme vous le savez peut-être, un laboratoire hospitalier de l'AZ Lokeren a été repris il y a quelques années par un laboratoire privé. C'est une évolution inquiétante. Selon toute vraisemblance, il n'y a rien à objecter juridiquement. Cela pourrait même se produire pour la radiologie, le service central de stérilisation, ou d'autres services.*

*Un laboratoire hospitalier a une activité très spécifique et fonctionne au sein d'une organisation non commerciale, une structure sans but lucratif, où des biologistes cliniciens sont spécifiquement impliqués dans le travail de l'hôpital et de leurs collègues médecins. Un laboratoire clinique moderne est présent dans la clinique. Le biologiste clinicien passe aux soins intensifs, a de nombreux contacts en personne avec les collègues médecins.*

*Il court le bruit qu'un laboratoire universitaire serait repris par un groupe commercial. Indépendamment du fait que cela soit vrai ou non, cette rumeur peut servir à une intéressante expérience de pensée. Étant donné le précédent à Lokeren, un tel scénario hypothétique ne semble pas si éloigné.*

*Que pense la ministre de cette évolution ? Est-ce souhaitable ? Trouve-t-elle, indépendamment du point de vue juridique, que cette évolution soit néfaste ? La ministre pense-t-elle comme moi que le problème est d'autant plus grave que les universités ont une fonction d'exemple ? Ne faut-il pas discuter de l'ancrage juridique du caractère clinique d'un laboratoire hospitalier ?*

*Si la ministre estime que cette évolution est néfaste, est-elle disposée à prendre les initiatives nécessaires pour l'empêcher par exemple en modifiant la loi sur les hôpitaux ou en jouant*

trekt zijn controle helemaal open. Eigenlijk wordt dus het hele laboratorium doorgelicht, ook al gaat het om slechts één parameter.

Dat moeten we ons goed realiseren. In elk laboratorium met die kleine niche is er een hele procedure voor accreditatie op poten gezet, met alle kosten van dien.

Nu lijkt het alsof het enkel in een kleine niche gebeurt.

Ik ben blij dat de minister erkent dat sommige laboratoria al gebruik maken van consultants omdat het werk zo omvangrijk is. We moeten in de toekomst nadenken over hoe het verder moet, hoe we de kostenexplosie voor een kwalitatieve gezondheidszorg kunnen beheersen op grond van een kosten-batenanalyse.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *In theorie heb ik gelijk. In de praktijk leidt dit tot situaties zoals die welke u hebt beschreven.*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de overname van universitaire ziekenhuislaboratoria door private laboratoria» (nr. 5-1107)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Zoals u wellicht weet werd een ziekenhuislab in het AZ Lokeren enkele jaren geleden overgekocht door een privélaboratorium. Dat is een zorgwekkende evolutie. Naar alle waarschijnlijkheid is hier juridisch geen speld tussen te krijgen. Zoiets zou zelfs kunnen voor de radiologie, CSA of andere diensten.

Een ziekenhuislab heeft een zeer specifieke invalshoek en werkt in een niet-commerciële organisatie, een non-profit setting, waarbij klinisch biologen specifiek betrokken zijn bij de werking van het ziekenhuis en collega artsen. Het laboratorium is geen resultaatgenerator meer. Een modern klinisch laboratorium is aanwezig in de kliniek. De moderne klinisch bioloog toert mee op intensieve zorg, heeft veel face-to-facecontact met collega artsen.

Nu zijn er geruchten dat een universiteitslaboratorium zou worden overgekocht door een commerciële groep. Los van het feit of het nu waarheidsgetrouw is of niet, zorgt dit gerucht wel voor een interessante denkoefening. Gezien het precedent in Lokeren lijkt een dergelijk hypothetisch scenario niet veraf.

Wat denkt de minister van deze evolutie? Is het wenselijk? Vindt zij het, los van het juridische, geen nefaste evolutie? Gaat de minister akkoord met mijn hypothese dat dit een nog erger probleem is aangezien universiteiten een voorbeeldfunctie hebben? Is een juridische verankering van het klinische karakter van een ziekenhuislaboratorium niet aan de orde?

Indien de minister dit een nefaste evolutie vindt, is zij dan bereid de nodige initiatieven te nemen om een dergelijke evolutie tegen te gaan, bijvoorbeeld via de ziekenhuiswet, de

*sur le financement universitaire, l'agrément, etc. ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La situation des hôpitaux universitaires est différente de celle des hôpitaux généraux non universitaires.

*Un hôpital général non universitaire ne doit disposer que d'activités de base en biologie clinique, à fixer par les communautés et les régions. Pour le reste, il doit conclure un accord de coopération qui lui permette de faire appel à une fonction entièrement développée, comme le prévoit l'arrêté royal AR du 30 janvier 1989.*

*Dans les hôpitaux universitaires, on doit pouvoir faire appel dans l'établissement à un laboratoire qui puisse répondre sur place aux besoins des services cliniques dans les disciplines chimiques, hématologiques et microbiologiques. Pour certaines analyses spécialisées, un accord de coopération peut toutefois être conclu avec d'autres laboratoires hospitaliers ou universitaires, conformément à l'Arrêté royal du 15 décembre 1978.*

Je crois donc que la réalité est assez circonscrite par ces deux arrêtés royaux. Je suis disposée à examiner s'il n'existe pas des situations qui nous amèneraient à revoir la législation pour assurer un ancrage plus important dans les hôpitaux que dans le secteur privé.

**M. Louis Ide (N-VA)**. – Je suis tout à fait d'accord.

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les médicaments Ipilimumab et BRAF» (n° 5-1145)**

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Cette question s'inscrit dans la ligne d'une demande d'explications traitant de l'Avastin. Ce médicament a reçu un avis négatif de l'EMA en raison du manque d'étude randomisée de phase III sur l'usage du médicament. Sur la base de votre réponse, il est apparu que nous étions alors sur la même longueur d'onde concernant le bien-être des patients et que nous pouvions rechercher une solution dans l'intérêt de ces derniers.*

*Cependant cette question vise un autre groupe cible de patients. L'IPI et le BRAF sont deux produits qui, dans la phase III d'essai antérieure ou actuelle, ont prouvé qu'ils sont nécessaires pour les patients atteints d'un mélanome à un stade avancé. Une demande a été introduite auprès de l'EMA pour les deux produits.*

*Pour l'IPI, un avis positif a déjà été rendu par le CHMP de l'EMA. L'approbation pour le BRAF devrait intervenir plus tard dans l'année.*

*Par comparaison avec d'autres pays européens, le délai entre l'approbation et le remboursement est relativement long et cela préoccupe les patients.*

*Entre-temps, la FDA a déjà donné son approbation pour l'IPI*

aanpak van de universitaire financiering, de erkenning enzovoort?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De situatie van universitaire ziekenhuizen is niet dezelfde als die van niet-universitaire algemene ziekenhuizen.*

Een niet-universitair algemeen ziekenhuis dient enkel te beschikken over de basisactiviteiten klinische biologie, te bepalen door de gemeenschappen en gewesten. Voor het overige volstaat dat via een samenwerkingsakkoord een beroep kan worden gedaan op een volledig uitgebouwde functie, volgens het koninklijk besluit van 30 januari 1989.

In universitaire ziekenhuizen moet echter in de inrichting zelf een beroep kunnen worden gedaan op een laboratorium dat ter plaatse moet kunnen tegemoetkomen aan de behoeften van de klinische diensten in de chemische, hematologische en microbiologische disciplines. Voor sommige gespecialiseerde analyses mag een samenwerkingsakkoord worden gesloten met een ander ziekenhuis of een universitair laboratorium, conform het koninklijk besluit van 15 december 1978.

*Ik denk dat men op basis van die twee koninklijke besluiten vat heeft op de realiteit. Ik ben bereid te onderzoeken of er geen situaties zijn waarvoor de wetgeving zou moeten herzien worden om een grotere verankering te verzekeren in de ziekenhuizen dan in de privésector.*

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – *Daar ben ik het volledig mee eens.*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de geneesmiddelen Ipilimumab en BRAF» (nr. 5-1145)**

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Deze vraag ligt in de lijn van een eerder gestelde vraag om uitleg die handelde over Avastin. Dit geneesmiddel werd door het EMA negatief beoordeeld wegens het ontbreken van een gerandomiseerde fase III-studie met betrekking tot het gebruik van het geneesmiddel. Op basis van uw antwoord bleek dat we toen in het teken van het patiëntenwelzijn op dezelfde golflengte zaten en naar een oplossing konden werken in het belang van de patiënt.

Deze vraag heeft echter een andere patiëntendoelgroep voor ogen. Ipi en BRAF zijn twee producten die in de voorbije of huidige fase III-trials bewezen hebben dat ze noodzakelijk zijn voor gevorderde melanoompatiënten. Voor beide producten is een aanvraag ingediend bij het EMA.

Voor Ipi werd al een positief advies gegeven door de CHMP van het EMA. De goedkeuring voor BRAF zou later op het jaar volgen.

In vergelijking met andere Europese landen neemt de tijd tussen de goedkeuring en de terugbetaling enige tijd in beslag en dit zorgt bij de patiënten voor enige onrust.

Intussen heeft ook de FDA Ipi al goedgekeurd in maart 2011.

en mars 2011.

*Un programme médical d'urgence a traité l'année dernière 167 patients avec l'IPI et a donné des résultats positifs. Le fabricant de l'IPI, Bristol-Myers Squibb, a offert le produit durant un an aux patients par le biais du Compassionate Use Program, mais il est maintenant réticent quant à la poursuite gratuite de ce programme durant une année supplémentaire. BMS serait disposé à rechercher une solution appropriée.*

*Conformément à l'article 10 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, qui règle le remboursement de spécialités pharmaceutiques, un dossier de remboursement peut déjà être introduit avec un avis positif du CHMP. Selon l'article 12, pour avoir un dossier de demande valable, il faut disposer de l'autorisation de marketing dans un délai de 75 jours. La procédure de remboursement nécessitant déjà une dizaine de mois, y compris la publication au Moniteur belge, je pose les questions suivantes.*

*La ministre est-elle au courant des résultats positifs du traitement avec l'IPI et le BRAF de patients atteints d'un mélanome à un stade avancé ?*

*La ministre a-t-elle l'intention de prendre contact avec le fabricant de l'IPI, Bristol-Myers Squibb, pour le mettre encore à la disposition des patients à un prix accessible ?*

*Après l'Avastin, il s'agit d'un deuxième dossier et d'autres pourraient suivre. Ne serait-il pas préférable de trouver une solution structurelle et ne pouvons-nous pas nous informer à ce sujet en France, auprès de l'AFSSAPS, où le programme ATU (Authorisation Temporary Use) offre une opportunité pour de tels problèmes ?*

*Comme alternative, la ministre pourrait-elle adapter l'arrêté royal du 21 décembre 2001 afin d'accélérer un remboursement temporaire pour des innovations pionnières en Belgique, par exemple après 90 jours au lieu de 180 jours ? Est-elle prête à cela ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *La situation de l'Ipilimumab m'est bien connue.*

*Début juin, la firme Bristol-Myers Squibb (BMS) a été reçue par l'un de mes collaborateurs pour discuter des meilleurs moyens pour permettre à cette spécialité l'accès le plus rapide au remboursement. J'ai été mise au courant des résultats encourageants des études cliniques ainsi que du Compassionate Use Program mis en place pour apporter une première aide aux patients souffrant d'un mélanome.*

*L'introduction du dossier auprès de la Commission de remboursement des médicaments, dès l'avis positif du Comité des médicaments à usage humain européen, a bien sûr été évoquée.*

*Entre-temps, le dossier de l'IPI a été introduit auprès du SPF Affaires Économiques et de la CRM en date du 23 juin, et la firme BMS a déjà reçu un courrier l'informant que sa demande était recevable.*

*Vous comprendrez que je ne puis préjuger de l'avis de la CRM, mais il est évident que tout sera mis en œuvre, dans le respect des procédures, pour que ce traitement soit*

Een medisch noodprogramma behandelde het afgelopen jaar 167 patiënten met Ipi, met positieve resultaten. De producent van Ipi, Bristol-Myers Squibb, heeft het product gedurende een jaar aangeboden aan de patiënt via een Compassionate Use Program, maar is nu terughoudend om dit programma een bijkomend jaar kosteloos verder te zetten. BMS is evenwel bereid om naar een geschikte oplossing te zoeken.

Volgens artikel 10 van het koninklijk besluit van 21 december 2001 dat de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten regelt, kan al een terugbetalingsdossier worden ingediend met een positief CHMP-advies. Binnen een termijn van 75 dagen dient het dan te beschikken over de marketing autorisatie om een blijvend geldig aanvraagdossier te hebben, zo zegt artikel 12. Gezien de terugbetalingsprocedure al snel een tiental maanden in beslag neemt, publicatie in het Staatsblad inbegrepen, heb ik volgende vragen.

Is de minister op de hoogte van de positieve resultaten van de behandeling van gevorderde melanoompatiënten met Ipi en BRAF?

Is de minister zinnens contact op te nemen met de producent van Ipi, Bristol-Myers Squibb, om dit alsnog op een betaalbare manier voor de patiënten beschikbaar te stellen?

Na Avastin is dit een tweede dossier en andere zouden nog kunnen komen. Zou het niet beter zijn een structurele oplossing te vinden en kunnen we daarvoor de mosterd niet halen in Frankrijk bij AFSSAPS waar het ATU (Authorisation Temporary Use)-programma soelaas biedt voor dergelijke problemen?

Als alternatief zou de minister een aanpassing kunnen doorvoeren in het koninklijk besluit van 21 december 2001 om een tijdelijke terugbetaling voor baanbrekende innovatie in België sneller mogelijk te maken, bijvoorbeeld na 90 dagen in plaats van 180 dagen. Is ze daartoe bereid?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik ben op de hoogte van de situatie rond Ipilimumab.

Begin juni ontving één van mijn medewerkers de firma Bristol-Myers Squibb om te bekijken hoe men er best voor kon zorgen dat deze specialiteit zo snel mogelijk kon worden terugbetaald. Men heeft mij ingelicht over de bemoedigende resultaten van de klinische studies en van het Compassionate Use Program, waarmee men melanoompatiënten al een eerste hulp kan bieden.

Men had het uiteraard over de indiening van het dossier bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, maar het was nog wachten op een positief advies van het Europees Comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Ondertussen werd het Ipi-dossier op 23 juni bij de FOD Economische Zaken en bij de CTG ingediend, en ontving de firma BMS al een brief met de mededeling dat haar aanvraag ontvankelijk was.

Uiteraard kan ik niet op het advies van de CTG vooruitlopen, maar het spreekt vanzelf dat ik alles in het werk zal stellen opdat, met naleving van de procedures, deze behandeling

*rapidement disponible pour les patients.*

*La durée de la procédure dépendra bien sûr du temps que la firme BMS mettra à répondre aux éventuelles questions que la CRM pourrait poser ainsi que de l'examen des coûts face au bénéfice clinique apporté.*

*Même en cas d'avis négatif de la CRM, une procédure d'établissement d'une convention entre la firme et l'INAMI est possible, à mon initiative, depuis plus d'un an : plusieurs spécialités innovantes y ont déjà eu recours avec succès. Et plusieurs autres dossiers de demande de convention sont encore en cours d'examen.*

*Dès que la spécialité BRAF entrera dans les critères, elle sera examinée avec la même diligence et la même attention.*

*Par ailleurs, vous évoquez la possibilité de mettre en place un système d'Autorisation temporaire d'utilisation (ATU), comme cela existe déjà en France.*

J'y suis tout à fait favorable. Je l'ai d'ailleurs dit à maintes reprises. Un examen est en cours. Des textes légaux sont en préparation. Les délais seront les plus courts possibles. Tout dépend de l'évolution des affaires courantes.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je suis heureux de la réaction positive de la ministre sur l'Autorisation temporaire d'utilisation. Si elle est mise en œuvre, des demandes d'explications comme celle-ci seront superflues.*

*Si la situation d'affaire courantes devait persister encore longtemps, vous avez en tout cas déjà un partisan au parlement.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les centres de cardiologie B1, B2 et B3» (n° 5-1196)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Plusieurs projets d'arrêté royal circulent actuellement en ce qui concerne les centres de cardiologie B1, B2 et B3. Le Collège de cardiologie et de chirurgie cardiaque défendait un point de vue spécifique lors de la conférence portant sur la création d'un centre de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle. Il estimait que les critères pour la création de centres B2 et B3 étaient trop accessibles. L'activité doit en effet être suffisante pour garantir un traitement optimal.*

*Aujourd'hui, notre pays compte plus de quarante centres de cardiologie. À titre de comparaison, il n'y en a que treize ou seize, selon les sources d'information, aux Pays-Bas. Le fait d'imposer des critères accessibles à tous pour l'agrément de nouveaux centres de cardiologie comporte des risques.*

*En période de difficultés budgétaires et d'affaires courantes, il ne me paraît pas opportun d'abaisser ces seuils. Compte tenu du paysage politique actuel, des problèmes supplémentaires ne sont pas souhaitables. Dans le monde cardiologique, on est d'accord pour reconnaître qu'il serait préférable d'investir dans des mesures de prévention cardiovasculaire.*

voor de patiënten snel ter beschikking zal staan.

De duur van de procedure zal natuurlijk afhangen van de tijd die BMS nodig heeft om op de eventuele vragen van de CTG te antwoorden, en van het onderzoek naar de kosten ten aanzien van het opgeleverde klinische voordeel.

Zelfs in geval van een negatief advies van de CTG bestaat er een procedure om tussen de firma en het RIZIV een overeenkomst te sluiten. Dat is, door een initiatief van mezelf, al meer dan een jaar mogelijk: verschillende innovatieve specialiteiten hebben er al met succes een beroep op gedaan. Er worden nog verschillende andere overeenkomstenaanvragen onderzocht.

Zodra de BRAF-specialiteit aan de criteria beantwoordt, zal ze met dezelfde spoed en aandacht worden onderzocht.

Anderzijds vermeldt u de mogelijkheid om een Tijdelijke Gebruiksvergunning (TGV) te kunnen invoeren, zoals dat al in Frankrijk bestaat.

*Ik ben daar helemaal voor. Dat heb ik trouwens al vaak gezegd. Het wordt onderzocht. De wetteksten worden voorbereid. De termijnen worden zo kort mogelijk gehouden. Alles hangt af van de evolutie van de lopende zaken.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik ben blij met de positieve reactie van de minister over de Tijdelijke Gebruiksvergunning. Indien die tot stand komt, worden vragen om uitleg als deze overbodig.

Mocht de situatie van de lopende zaken nog lang aanhouden, dan hebt u in ieder geval al een medestander in het parlement.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «B1-, B2- en B3-centra voor cardiologie» (nr. 5-1196)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – In de ziekenhuiswereld circuleren vandaag enkele ontwerpen van koninklijk besluit met betrekking tot de B1-, B2- en B3-centra voor cardiologie. Het College van cardiologie en cardiochirurgie had een specifieke visie op de rondetafelconferentie over de oprichting van hartkatheterisatiecentra voor interventionele cardiologie. Het stelde dat de criteria voor de oprichting van bepaalde B2- en B3-centra te laagdrempelig zijn. Er dient immers voldoende activiteit te zijn om een optimale zorg te garanderen.

Vandaag telt ons land meer dan veertig centra. Ter vergelijking, in Nederland zijn er, naargelang van de bron, maar dertien of zestien hartcentra. Laagdrempelige criteria voor de erkenning van nieuwe hartcentra houden risico's in.

In tijden van budgettaire krapte en lopende zaken lijkt het mij niet opportuun deze drempels te verlagen, want dat heeft ernstige implicaties voor de toekomst. Gezien het huidige politieke landschap zijn bijkomende problemen niet wenselijk. Er heerst overeenstemming in de cardiologische wereld dat het geld dat beter geïnvesteerd kan worden in preventieve cardiovasculaire maatregelen.

*Combien de centre B1, B2 et B3 compte-t-on aujourd'hui en Belgique ?*

*La ministre peut-elle ventiler ces données selon les régions ?*

*Est-elle d'accord sur le fait que les centres B1 appartiennent au passé ?*

*Est-elle d'accord sur le fait qu'il y a éventuellement de l'espace pour davantage de centres B2 ?*

*Est-elle d'accord sur le fait qu'il n'y a en Belgique plus d'espace pour des centres B3 ?*

*La ministre a-t-elle l'intention de laisser des centres B2, disposant d'équipements pour un centre B3, faire appel à l'expertise d'un centre B3 ? Ne craint-elle pas une explosion du nombre des centres de chirurgie cardiaque ? Se rend-elle compte qu'il y aurait, par exemple, à Gand, trois hôpitaux qui pourront proposer de la chirurgie cardiaque ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Il y a aujourd'hui, en Belgique, vingt-trois programmes de soins de pathologie cardiaque : cinq en Région de Bruxelles-Capitale, onze en Communauté flamande et sept en Région wallonne. La Belgique compte vingt programmes partiels isolés B1, dont un à Bruxelles, quatre en Communauté flamande et quinze en Région wallonne.*

*Je partage l'idée selon laquelle les possibilités de diagnostic des programmes B1 isolés sont trop limitées. Dans des cas aigus, ces centres sont insuffisamment équipés pour un traitement adapté. Je suis également d'accord sur le fait qu'ils sont voués à disparaître à relativement court terme.*

*Je suis également d'avis qu'il y a de l'espace pour les centres B1-B2, à condition qu'ils fassent partie d'un programme de soins global B.*

*Cela permettra aux programmes de soins isolés B1 d'être revalorisés via une conversion en programmes de soins B1-B2.*

*Enfin, je suis d'accord sur le constat selon lequel il y a suffisamment de programmes B3 dans notre pays. Un programme B3 ne peut dès lors être proposé que dans le cadre d'un programme de soins global B, pour lequel des critères de programmation ont été fixés dans l'arrêté royal du 16 juin 1999.*

*J'avais pris l'initiative d'organiser, le 10 octobre 2009, une table ronde relative à la cardiologie dans notre pays. Celle-ci a permis de rassembler les différents acteurs concernés, en vue notamment de faire le point sur les connaissances scientifiques en la matière. Le rapport de cette conférence, qui avait été rédigé par des membres du Collège de cardiologie, m'a été communiqué le 2 janvier 2010. Je l'ai soumis au Conseil national des établissements hospitaliers qui a rendu son avis le 11 mars 2010.*

*Il ressort de ces différents apports des éléments concordants, des tendances globales qui ont vocation à être transcrites dans des arrêtés royaux adaptant le cadre normatif actuel. Le processus d'élaboration de ces arrêtés est en voie de finalisation. Le secteur et moi-même espérons que ces arrêtés*

Hoeveel B1-, B2- en B3-centra zijn er vandaag in België?

Kan de minister die gegevens opsplitsen volgens de gewesten?

Is de minister het ermee eens dat de B1-centra tot de verleden tijd horen?

Is de minister het ermee eens dat er eventueel ruimte is voor meer B2-centra?

Is de minister het ermee eens dat er in België geen ruimte meer is voor B3-centra?

Is de minister van plan de deur open te laten zodat B2-centra, met faciliteiten ter beschikking voor een B3-centrum, een beroep kunnen doen op de expertise van een B3-centrum? Vreest zij dan alsnog geen explosie van het aantal cardiochirurgische centra? Realiseert zij zich dat er bijvoorbeeld in Gent drie ziekenhuizen zullen zijn die cardiochirurgie kunnen aanbieden?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Vandaag zijn er in België 23 zorgprogramma's voor cardiale pathologie. De verdeling is als volgt: vijf in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest, elf in de Vlaamse Gemeenschap en zeven in het Waals Gewest. België telt twintig geïsoleerde B1-programma's, waarvan een in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest, vier in de Vlaamse Gemeenschap en vijftien in het Waals Gewest.*

Ik denk inderdaad ook dat de diagnostische mogelijkheden van de geïsoleerde B1-programma's te beperkt zijn. In acute gevallen zijn de centra onvoldoende uitgerust voor een aangepaste behandeling. Ze zullen op relatief korte termijn moeten verdwijnen.

Ik ga er eveneens mee akkoord dat er ruimte is voor B1-B2-centra, op voorwaarde dat ze deel uitmaken van een globaal zorgprogramma B.

Dat biedt voor de geïsoleerde B1-zorgprogramma's de mogelijkheid zich via een omzetting tot zorgprogramma's B1-B2 opgewaardeerd te worden.

Ik ben het eens met de vaststelling dat er in ons land voldoende B3-programma's zijn. Een B3-programma kan dan ook maar worden aangeboden in het kader van een globaal zorgprogramma B, waarvoor bij koninklijk besluit van 16 juni 1999 programmeringscriteria werden vastgelegd.

Op 10 oktober 2009 heb ik het initiatief genomen om een rondetafel over de cardiologie in ons land te organiseren. De verschillende betrokkenen werden bijeengebracht om de wetenschappelijke kennis ter zake in kaart te brengen. De leden van het College voor cardiologie hebben van deze conferentie een verslag opgesteld dat ze mij op 2 januari 2010 hebben bezorgd en dat ik aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen heb voorgelegd. De raad heeft op 11 maart 2010 een advies uitgebracht.

De verschillende bijdragen geven gelijklopende elementen, globale tendensen die in koninklijke besluiten moeten worden gegoten om het huidige normerende kader aan te passen. De uitwerking van deze besluiten wordt momenteel afgerond. De sector en ikzelf hopen dat ze nog in de periode van lopende zaken kunnen worden goedgekeurd.



*pourront encore être adoptés en période d'affaires courantes.*

*Dans la mesure où la programmation concernée est tout à fait complète, il n'est pas possible pour l'instant de créer des centres B3 supplémentaires. C'est pourquoi je ne crains pas d'explosion du nombre de centres de chirurgie cardiaque.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *En radiothérapie, il existe le système des satellites, mais celui-ci entraîne la perte de contrôle sur la programmation.*

*Je crains dès lors que par une voie détournée, il ne soit possible d'installer, en accord avec un centre B3, tous les équipements pour un B3 dans un hôpital, et de créer de cette manière, une section B3 virtuelle, alors que ce n'est pas le but. L'arrêté royal devrait permettre d'exclure cette possibilité.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le caractère obligatoire de l'assurance complémentaire soins de santé et les conséquences pour les petites mutuelles» (n° 5-1200)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Le 1<sup>er</sup> janvier 2012 au plus tard, les mutuelles sont tenues de mettre leurs statuts en concordance avec la loi du 26 avril 2010.*

*Malgré ou précisément à la suite de l'arrêté royal du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, alinéas 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010, des incertitudes subsistent quant à l'application concrète de cette disposition légale. Dans une tentative de clarification, l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités a émis une circulaire.*

*L'obligation de souscrire l'assurance complémentaire et le nivellement qui en résultera dans le secteur où le marché libre devrait pouvoir pleinement jouer, limiteront beaucoup de petites mutuelles dans leurs possibilités et leur compétitivité.*

*1) L'Office de contrôle des mutualités oblige ces dernières à justifier de manière objective leurs avantages spécifiques pour certains critères liés à l'âge. Pourquoi est-ce nécessaire ? Les âges de 18 ans, où l'on devient majeur, ou de 65 ans, où l'on est retraité, sont-ils acceptés comme critères objectifs ?*

*2) L'article 67, alinéa e, de la loi du 26 avril 2010 dispose que les cotisations pour les services complémentaires sont forfaitaires. La possibilité pour un partenaire de bénéficiaire de cotisations moindres en tant que deuxième titulaire est-elle ainsi supprimée ?*

*3) L'assurance complémentaire obligatoire est-elle fiscalement déductible, dans la même logique que l'assurance obligatoire ? Dans l'affirmative, quel en sera le surcoût pour l'État ?*

*4) Si un membre refuse de payer pendant une période déterminée les cotisations pour l'assurance maladie complémentaire, le droit à cette assurance sera-t-il finalement suspendu ? D'autres sanctions sont-elles prévues ?*

Aangezien de bedoelde programmering volledig volzet is, is het momenteel niet mogelijk bijkomende B3-centra te creëren. Ik vrees dan ook niet voor een explosie van het aantal cardiochirurgische centra.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – In de radiotherapie bestaat het systeem van satellieten, maar daarmee verliest men de controle op de programmering.

Ik vrees dan ook dat het via een omweg mogelijk is om alsnog, in overeenstemming met een B3-centrum, alle faciliteiten voor een B3 in een ziekenhuis te installeren en op die manier een virtuele B3-afdeling op te richten, terwijl dat eigenlijk niet de bedoeling is. Deze mogelijkheid zou met het koninklijk besluit moeten worden uitgeschakeld.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verplicht maken van de aanvullende zorgverzekering en de gevolgen voor de kleinere ziekenfondsen» (nr. 5-1200)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Uiterlijk 1 januari 2012 zijn de ziekenfondsen gehouden hun statuten in overeenstemming te brengen met de wet van 26 april 2010.

Ondanks of net tengevolge van het koninklijk besluit van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010 blijft er onduidelijkheid over de concrete toepassing van die wettelijke bepaling. In een poging om klaarheid te scheppen volgde een circulaire van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Het verplicht maken van de aanvullende verzekering en de nivellering die hierdoor zal ontstaan in de sector waar eigenlijk de vrije markt ten volle zou moeten kunnen spelen, zal vele kleine ziekenfondsen beperken in hun mogelijkheden en concurrentievermogen.

Ik heb een aantal vragen in dit verband.

1) De Controledienst voor de Ziekenfondsen verplicht de ziekenfondsen hun specifieke voordelen voor bepaalde leeftijdscriteria objectief te verantwoorden. Waarom is dat nodig? Kan 18 jaar, leeftijd waarop men meerderjarig wordt, of 65 jaar, leeftijd waarop men met pensioen gaat, als objectief criterium worden aanvaard?

2) Artikel 67, littera e, van de wet van 26 april 2010 bepaalt dat de bijdragen voor de aanvullende diensten forfaitair zijn. Vervalt daardoor de mogelijkheid dat een partner als tweede titularis een verminderde bijdrage kan genieten?

3) Wordt de verplichte aanvullende verzekering, in dezelfde logica als de verplichte verzekering, fiscaal aftrekbaar? Indien ja, wat zal daarvan dan de meerkost zijn voor de staat?

4) Indien een lid de bijdragen voor de aanvullende ziekteverzekering gedurende een bepaalde periode weigert te betalen, zal het recht op die verzekering dan uiteindelijk geschorst worden? Is in andere sancties voorzien? Zijn er

*Connait-on des cas où le non-paiement de la cotisation pour l'assurance maladie complémentaire :*

*a. a été compensé par des retenues sur des prestations de l'assurance maladie obligatoire ? Le cas échéant, quelle est l'attitude de l'OCM et de l'INAMI dans de tels cas ?*

*b. a donné lieu à un refus de mutation vers une autre mutualité ? Le cas échéant, quelle est l'attitude de l'INAMI dans de tels cas ?*

*5) Quelle est la vision de la ministre sur l'ensemble de la loi et sa concordance avec la réglementation européenne sur le traitement égal des mutualités et des assureurs privés, plus précisément pour l'aspect « ménage mutualiste » ? Pour la conclusion et le paiement de la cotisation à l'assurance maladie obligatoire, on tient compte du « ménage mutualiste ». Pour la définition de cette notion, il faut se baser sur la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance maladie obligatoire. Ne faut-il pas craindre ici une nouvelle discrimination entre les mutualités et les assureurs privés ?*

*6) Si l'assurance maladie complémentaire est généralisée, n'est-elle pas mise en péril ? En d'autres termes, la non-Evidence-based Medicine doit-elle encore être assurée, de sorte que seule l'EBM subsiste par le biais de l'assurance obligatoire ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Lorsqu'il demande une justification objective des limitations liées à l'âge des membres visés pour l'octroi des avantages de l'assurance complémentaire, l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités se base sur le texte de l'article 67, 1<sup>er</sup> alinéa, g), de la loi du 26 avril 2010.*

*Cet article prévoit expressément que les services de l'assurance complémentaire sont garantis de la même manière pour chaque personne affiliée. Cette disposition légale ne prévoit qu'une seule exception en la matière, à savoir la possibilité de prévoir, pour ces services d'intérêt général, une garantie plus élevée pour certaines catégories de personnes qui ont un statut social précaire déterminé. Ladite disposition s'est inspirée d'un document signé en septembre 2008, tant par le Collège intermutualiste national que par Assuralia, en vertu duquel il est prévu que l'égalité de la garantie n'exclut pas, comme c'est le cas dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, que certains services puissent ne concerner qu'un certain public d'un âge bien précis ou des personnes d'un sexe précis lorsqu'une intervention n'est pas justifiée pour les autres membres qui, dans un esprit de solidarité, cotisent toutefois au service puisqu'il est obligatoire.*

*Par ailleurs, l'article 67, 1<sup>er</sup> alinéa, point e), de la loi du 26 avril 2010 précise que les cotisations pour les services de l'assurance complémentaire, qui ne sont pas déductibles fiscalement, sont forfaitaires mais qu'une différenciation des cotisations est possible sur la base, entre autres, de la composition du ménage.*

*Le ménage qui est pris en considération en la matière est le « ménage mutualiste » tel que défini par un arrêté royal du 2 mars 2011 pour la fixation des cotisations minimale et*

gevallen bekend waar bij niet betalen van de bijdrage voor de aanvullende ziekteverzekering,

a. gecompenseerd werd door inhoudingen op prestaties van de verplichte ziekteverzekering? In voorkomend geval, wat is de houding van de CDZ en het RIZIV in dergelijke gevallen?

b. mutatie naar een ander ziekenfonds geweigerd werd? In voorkomend geval, wat is de houding van het RIZIV in dergelijke gevallen?

5) Wat is de visie van de minister op de gehele wet en zijn concordantie met de Europese regelgeving over de gelijke behandeling van ziekenfondsen en privéverzekeraars, meer bepaald voor het aspect 'mutualistisch gezin'? Voor de aansluiting en de betaling van de bijdrage van de verplichte ziekteverzekering wordt rekening gehouden met het 'mutualistisch gezin'. Voor de definiëring van dit begrip grijpt men terug naar de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte ziekteverzekering. Schuilt hier geen gevaar voor een nieuwe discriminatie tussen ziekenfondsen en privéverzekeraars?

6) Indien de aanvullende ziekteverzekering veralgemeend wordt, komt ze dan niet in het gedrang? Moet met andere woorden de niet-Evidence-based Medicine nog worden verzekerd zodat alleen nog de EBM via de verplichte verzekering overblijft?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Wanneer de Controledienst voor de Ziekenfondsen de ziekenfondsen om een objectieve verantwoording vraagt van de leeftijdsbeperkingen voor de beoogde leden bij het toekennen van de voordelen van de aanvullende verzekering, baseert hij zich op artikel 67, eerste lid, g) van de wet van 26 april 2010.*

Dit artikel bepaalt uitdrukkelijk dat de diensten van de aanvullende verzekering voor iedere aangesloten persoon gelijk gewaarborgd zijn. Deze wettelijke bepaling voorziet maar in één uitzondering ter zake, namelijk de mogelijkheid, voor deze diensten van algemeen belang, om voor sommige categorieën van personen met een bepaald precair sociaal statuut in een hogere waarborg te voorzien. Die bepaling is het gevolg van de ondertekening in september 2008 door zowel het Nationaal Intermutualistisch College als Assuralia van een document dat bepaalt dat de gelijke waarborg niet uitsluit dat, zoals dit het geval is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, sommige diensten maar een bepaald publiek van een zekere leeftijd of personen van een bepaald geslacht kunnen betreffen wanneer een tegemoetkoming niet verantwoord is voor de andere leden die, in een geest van solidariteit, ook voor de dienst bijdragen aangezien die verplicht is.

Anderzijds preciseert artikel 67, eerste lid, punt e) van de wet van 26 april 2010 dat de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering, die niet fiscaal aftrekbaar zijn, forfaitair zijn, maar dat een differentiatie van de bijdragen mogelijk is, onder andere op basis van de gezinssamenstelling.

Het gezin waarmee men ter zake rekening houdt, is het 'mutualistisch gezin' zoals gedefinieerd in een koninklijk besluit van 2 maart 2011 voor de vastlegging van de minimale

*maximale qui doivent et peuvent respectivement être demandées annuellement pour les opérations des services de l'assurance complémentaire. Étant donné la définition du ménage mutualiste, à savoir le titulaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que toutes les personnes à sa charge qui obtiennent le droit aux avantages des « opérations » du chef de ce titulaire, il n'est pas possible de prévoir une cotisation réduite pour un partenaire en tant que deuxième titulaire.*

*S'agissant des conséquences du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire, je confirme qu'outre la possibilité de suspendre l'octroi des avantages, il résulte du caractère obligatoire de l'affiliation aux services en question et de leur nature de services d'intérêt général que les entités mutualistes doivent mettre tout en œuvre pour recouvrer les cotisations impayées et qu'il ne se conçoit pas que les membres restent affiliés indéfiniment sans payer les cotisations en question.*

*Par conséquent, l'Office de contrôle estime que lorsque des cotisations de l'assurance complémentaire n'ont pas été payées pour une période de plus de 24 mois, consécutifs ou non, la procédure d'exclusion de ces services doit être effectivement entamée dès l'expiration de ce 24<sup>e</sup> mois et que l'exclusion doit être effective au plus tard à la fin du trimestre qui suit. Il est toutefois à noter que les entités mutualistes peuvent organiser, dans le cadre de leur assurance complémentaire, un fonds social qui intervient dans des cas dignes d'intérêt bien décrits dans les statuts, à savoir lorsque le membre rencontre des difficultés financières.*

*En dehors des situations précitées, il n'y a pas de sanctions prévues pour le non-paiement des cotisations. Par ailleurs, une compensation des cotisations impayées par le biais d'une retenue sur les prestations de l'assurance obligatoire n'est pas possible et je ne suis pas partisane d'une modification légale à ce propos. Si l'INAMI constate malgré tout une telle pratique, il demande de régulariser la situation. De plus, l'INAMI n'accepte pas qu'une mutation vers une autre mutualité d'un membre qui n'a pas payé ses cotisations pour l'assurance complémentaire soit refusée.*

*En ce qui concerne la prise en compte de la notion de « ménage mutualiste » pour l'affiliation aux services de l'assurance complémentaire, le paiement des cotisations pour ces services et le danger possible que vous évoquez d'une discrimination entre les mutualités et les assureurs privés, j'attire l'attention sur le fait que l'arrêté royal qui définit cette notion en se référant à la législation sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a été soumis à l'avis de la section législation du Conseil d'État et que celle-ci n'a pas formulé de remarques à cet égard. Cette position est toutefois contestée par le secteur des assurances devant la section d'administration du Conseil d'État.*

*Enfin, les conditions dans lesquelles les services de l'assurance complémentaire doivent être organisés par les mutualités n'empêchent pas que ces dernières puissent encore et toujours mettre leurs propres accents, et ce tant au niveau de la nature des avantages offerts qu'au niveau du montant de ceux-ci.*

*Ainsi, une mutualité est libre, par exemple, de prévoir ou non que son service hospitalisation intervienne dans les*

en maximale bijdragen die men jaarlijks voor de verrichtingen van de diensten van de aanvullende verzekering respectievelijk moet en kan vragen. Gelet op de definitie van mutualistisch gezin, met name de gerechtigde in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen alsook de personen te zijnen laste die het recht op de voordelen van de 'verrichtingen' uit hoofde van deze gerechtigde verkrijgen, is het bijgevolg niet mogelijk om voor een partner als tweede gerechtigde in een verminderde bijdrage te voorzien.

Aangezien het gaat om de gevolgen van het niet-betalen van bijdragen voor de aanvullende verzekering, bevestig ik dat behalve de mogelijkheid om de toekenning van de voordelen te schorsen, het uit het verplichte karakter van het aansluiten bij de diensten in kwestie en uit hun aard van diensten van algemeen belang voortvloeit dat de ziekenfondsen alles in het werk moeten stellen om de onbetaalde bijdragen terug te vorderen en dat het niet de bedoeling is dat de leden tot in het oneindige aangesloten blijven zonder de bijdragen in kwestie te betalen.

De controledienst is bijgevolg van mening dat wanneer bijdragen voor de aanvullende verzekering voor een periode van meer dan 24 maanden, al dan niet opeenvolgend, niet werden betaald, men inderdaad de uitsluitingsprocedure van deze diensten moet opstarten zodra de 24<sup>ste</sup> maand is afgelopen, en dat de uitsluiting uiterlijk op het einde van het volgende kwartaal van kracht moet zijn. De ziekenfondsen kunnen in het kader van hun aanvullende verzekering, wel een sociaal fonds oprichten dat in statutair goed omschreven behartigenswaarde gevallen tussenbeide komt, dat wil zeggen wanneer het lid financiële moeilijkheden ondervindt.

Buiten de geciteerde situaties zijn er voor het niet betalen van de bijdragen geen sancties bepaald. Anderzijds is het niet mogelijk om onbetaalde bijdragen via een afhouding op de prestaties van de verplichte verzekering te compenseren. Ik ben ook geen voorstander van een wetswijziging in dat verband. Indien het RIZIV vaststelt dat een dergelijke praktijk zich voordoet, vraagt het om de toestand te regulariseren. Het RIZIV aanvaardt bovendien niet dat men weigert dat een lid dat zijn bijdragen voor de aanvullende verzekering niet heeft betaald, naar een ander ziekenfonds overstapt.

Met betrekking tot het rekening houden met het begrip 'mutualistisch gezin' voor het aansluiten bij de diensten van de aanvullende verzekering en de betaling van de bijdragen voor deze diensten en het mogelijke gevaar op een discriminatie tussen de ziekenfondsen en de privéverzekeraars, vestig ik er de aandacht op dat het koninklijk besluit dat dit begrip met verwijzing naar de wetgeving op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen definieert, aan de afdeling wetgeving van de Raad van State voor advies werd voorgelegd, en dat die in dat verband geen enkele opmerking heeft gemaakt. De verzekeringssector betwist dit standpunt wel voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State.

Ten slotte verhinderen de voorwaarden waaronder de ziekenfondsen die diensten van de aanvullende verzekering moeten inrichten niet dat de ziekenfondsen nog altijd hun eigen klemtonen kunnen leggen, en dat zowel op het vlak van de aard van de aangeboden voordelen als op het vlak van het

*hospitalisations en institution psychiatrique ou qu'une intervention soit offerte ou non dans les coûts de l'affiliation à un club sportif. Par ailleurs, l'assurance obligatoire ne peut pas, pour des raisons budgétaires, prendre en charge toutes les interventions actuellement offertes dans le cadre de l'assurance complémentaire. Dès lors, celle-ci est et reste nécessaire.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *D'une part, la ministre indique que la concurrence doit rester possible au sein de l'assurance maladie complémentaire, avec différents prix et autres. D'autre part, quelques possibilités ont été réduites en catimini. Ainsi, pour le deuxième titulaire, le même montant forfaitaire doit être pris en compte. L'assurance maladie complémentaire devient ainsi progressivement un système uniforme et insipide. Il me revient qu'à l'Office de contrôle, certaines mutualités ont plus d'influence que d'autres. Je commence à me poser de sérieuses questions sur l'assurance complémentaire, d'autant plus qu'elle prévoit généralement une série de remboursements qui sont très contestables.*

*(La séance est levée à 16 h 10.)*

te betalen bedrag.

Zo staat het een ziekenfonds vrij om zijn hospitalisatiedienst al dan niet bij opnames in een psychiatrische instelling te laten tussenbeide komen, of een tegemoetkoming aan te bieden voor de kosten van het lidmaatschap van een sportclub. Overigens kan de verplichte verzekering, om budgettaire redenen, niet alle tegemoetkomingen ten laste nemen die in het kader van de huidige aanvullende verzekering worden aangeboden. Die is en blijft dus noodzakelijk.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik dank de minister voor het uitgebreide antwoord. Ze stelt enerzijds dat concurrentie binnen de aanvullende ziekteverzekering mogelijk blijft, met verschillende prijszettingen en dergelijke. Anderzijds worden sluiks enkele mogelijkheden gekortwiek. Zo moet voor de tweede titularis hetzelfde forfaitaire bedrag worden aangerekend. De aanvullende ziekteverzekering wordt zo geleidelijk aan een soort eenheidsworst. Ik hoor geruchten dat in de controledienst bepaalde ziekenfondsen meer invloed hebben dan andere. Ik begin me ernstig vragen te stellen bij de aanvullende ziekteverzekering, te meer daar die meestal een aantal terugbetalingen bevat die zeer betwistbaar zijn.

*(De vergadering wordt gesloten om 16.10 uur.)*