

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 19 FEBRUARI 2008

MARDI 19 FÉVRIER 2008

Namiddag

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.25 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van mevrouw Jacqueline Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan huisartsen" (nr. 1731)

01.01 Jacqueline Galant (MR): Er moet absoluut een debat worden gehouden over het artsentekort. De meeste geneesheren in mijn regio zijn tegen de numerus clausus gekant, en betreuren dat men de studenten aanmoedigt om te specialiseren. Er zal steeds nood zijn aan een wijk- of buurtarts.

Anderzijds stellen we vast dat het door het RIZIV opgestelde kadaster niet met de werkelijkheid strookt. Zo werden in mijn gemeente met 10.000 inwoners dertien artsen geteld, terwijl er in werkelijkheid slechts elf effectief praktiseren.

Welke oplossingen ziet u op korte termijn? Hoe kunnen de administratieve lasten van de zorgverleners worden verminderd? Zou aan de echtgenotes van de artsen niet het statuut van meewerkende echtgenoot kunnen worden toegekend? Moet de geografische spreiding van de artsen niet worden herzien? Welke oplossingen ziet u, nu een studie van het Federaal Kenniscentrum heeft aangetoond dat de quota voor huisartsen in België helemaal niet worden gehaald?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De planning van het medisch aanbod is een belangrijk probleem, dat zich niet tot de contingentering beperkt, maar waarbij vraag en aanbod in onze gezondheidszorg op elkaar moeten worden afgestemd.

Ik zal de resultaten van de studie van het Kenniscentrum opnemen in een globale reflectie waarin rekening zal worden gehouden met de huidige en toekomstige rol die voor de onderscheiden zorgverleningsniveaus is weggelegd.

In die context wordt het kadaster van de gezondheidsberoepen een belangrijk instrument.

De huisarts is de spilfiguur van ons systeem en moet dat ook blijven. De cijfers die erop wijzen dat de huisartsenquota – vooral in het noorden van het land – niet worden gehaald, baren me dan ook zorgen.

Er werden maatregelen genomen om het beroep te herwaarderen, zoals de verhoging van de honoraria, de invoering van het globaal medisch dossier en het recht op beschikbaarheidshonoraria. Ook de geografische spreiding houdt ons bezig. In het kader van het Impulseo I-fonds worden er leningen van 20.000 euro toegekend aan huisartsen die zich in gebieden met een lage medische dichtheid vestigen.

Uit een administratief oogpunt zal het Impulseo II-fonds de huisartsen die in een huisartsennetwerk werken de mogelijkheid bieden om aanzienlijke premies te krijgen voor de indienstneming van administratieve

medewerkers.

Ik zal werken aan een administratieve vereenvoudiging, meer bepaald voor de geneesmiddelen waarvoor een voorafgaande aanvraag van de adviserend geneesheer nodig is.

We zullen ook, samen met de universiteiten, werk moeten maken van de herwaardering van de huisarts.

Een planning van het medisch aanbod zal altijd noodzakelijk zijn en moet rekening houden met de Europese dimensie. Het is daarentegen te vroeg om een antwoord te geven op de vraag of een contingentering nodig blijft. Ik wacht nog op de informatie in dit verband. Een mogelijk toekomstig tekort aan huisartsen of aan ziekenhuisapothekers zal in overleg met de gemeenschapsministers van Gezondheid en Onderwijs worden bestudeerd.

De echtgenoot of echtgenote van een arts kan het statuut van meewerkende echtgenoot verkrijgen, voor zover hij of zij geen andere beroepsactiviteiten uitoefent en geen vervangingsinkomen geniet.

01.03 Jacqueline Galant (MR): Ook ik ben de mening toegedaan dat de huisarts de spilfiguur moet blijven. Misschien kan de commissie hierover een ruimer debat voeren wanneer u al de informatie daaromtrent zal hebben ontvangen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop via internet van efedrinehoudende producten" (nr. 1933)

02.01 Colette Burgeon (PS): In Denemarken is er een persoon aan een hartstilstand overleden nadat hij *Therma Power Red & Blue*-capsules had genomen. Die voedingssupplementen, die in verscheidene Europese landen verboden zijn, kunnen makkelijk in de vorm van capsules (met 300 mg efedrine per capsule) via het internet worden aangekocht.

Het FAVV heeft de consumenten tegen de aankoop van dergelijke supplementen gewaarschuwd. In België mag efedrine enkel voor strikt medische doeleinden worden gebruikt en is het product enkel op voorschrift verkrijgbaar omdat het hersenbloedingen, hartstoeornissen en/of stoeornissen van de bloedsomloop met dodelijke afloop kan veroorzaken.

Bestaat er een Europese regelgeving inzake de samenstelling van voedingssupplementen? Zo ja, hoe is het mogelijk dat een stof die als zeer gevaarlijk wordt erkend vrij op Europese internetsites wordt verkocht? Zal u een initiatief nemen om de samenstelling van die voedingssupplementen strenger te regelen? Bent u voorts tevreden over de manier waarop het FAVV de waarschuwing heeft verspreid? Hoe verloopt de samenwerking van het FAVV met de Administratie der douane en accijnzen?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De voedingssupplementen worden geregeld bij een Europese kaderrichtlijn van 10 juni 2002, die voorwaarden oplegt met betrekking tot de reclame voor en de etikettering van voedingssupplementen en bepalingen bevat met betrekking tot de samenstelling van de supplementen die vitamines en mineralen bevatten (maar niet voor de planten).

Zodra er passende wetenschappelijke gegevens beschikbaar komen, zullen er specifieke voorschriften worden vastgesteld betreffende andere nutriënten dan vitamines of mineralen of andere stoffen met een nutritioneel effect die als ingrediënt van voedingssupplementen worden gebruikt. In afwachting van die regelgeving zijn de nationale voorschriften van toepassing. In België wordt het gebruik van planten en plantenextracten geregeld bij het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 betreffende de fabricage van en de handel in voedingsmiddelen die uit planten of plantenbereidingen samengesteld zijn of deze bevatten. De ephedraplant is bij dat besluit verboden. Efedrinehoudende producten mogen enkel voor strikt medische doeleinden worden gebruikt en het Geneesmiddelenagentschap houdt toezicht op het gebruik ervan.

Wat de controle door het FAVV en de samenwerking van dat Agentschap met de Administratie der douane en accijnzen betreft, suggereer ik u de toezichthoudende ministers, mevrouw Laruelle of de heer Reynders, te ondervragen.

02.03 Colette Burgeon (PS): Ik dank u voor uw antwoorden. Ik zal mevrouw Laruelle en de heer Reynders daarover dus ondervragen. De Belgische wetgeving mag dan al toereikend zijn, toch maakt het internet de zaken er niet gemakkelijker op: particulieren kunnen er om het even wat bestellen, en wij moeten waakzaam blijven.

Het incident is gesloten.

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanbevelingen van de Zwitserse federale commissie voor de aidsgerelateerde problemen" (nr. 1938)
- mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies inzake aids van de Zwitserse Federale Aidscommissie" (nr. 2128)

03.01 Colette Burgeon (PS): De Zwitserse Federale Aidscommissie heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd die voor heel wat beroering zorgen. Volgens de deskundigen van die commissie zouden stabiele koppels waarvan een van de partners seropositief is maar geen sporen van het aidsvirus in zijn bloed meer heeft, zonder condoom mogen vrijen. Op grond van drie studies over 548 heteroseksuele serodiscordante koppels komt de Commissie tot het besluit dat als aan bepaalde voorwaarden is voldaan, de consequente toepassing van een antiretrovirale behandeling het mogelijk maakt om elk belangrijk besmettingsrisico uit te sluiten.

Worden er in België studies uitgevoerd om de opvolging van de antivirale behandelingen te evalueren? Bevestigen de resultaten de bevindingen van de Zwitserse studies? Dreigen de aanbevelingen van de Zwitserse Federale Aidscommissie niet tot een verminderde waakzaamheid te leiden? Is het niet nodig om in samenwerking met de Gemeenschappen er in een op de jongeren gerichte campagne nogmaals op te wijzen dat aids een dodelijke ziekte is en dat enkel preventie werkt?

03.02 Josée Lejeune (MR): In een advies stelt de Zwitserse Federale Aidscommissie dat het *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) niet wordt overgedragen door iemand die seropositief is, tenminste als die aan geen enkele andere seksueel overdraagbare ziekte lijdt en een antiretrovirale behandeling volgt waarna blijkt dat er geen sporen van het aidsvirus meer aanwezig zijn in het bloed. Naar aanleiding van de publicatie van dat advies hebben tal van representatieve organisaties een standpunt ingenomen dat in tegenovergestelde zin gaat en herhaalden zij het belang van beschermingsmaatregelen voor serodiscordante koppels.

Wat vindt u van de verklaringen van de Zwitserse Federale Aidscommissie, uitgaande van het feit dat het virus, statistisch gezien, weer in opmars is en men de neiging heeft het te bagatelliseren? Heeft u stappen gedaan om die beweringen te checken? Zal u hierop reageren met maatregelen? Van welke aard zullen die desgevallend zijn? Is de vzw die aidspatiënten schadeloosstelt nog steeds actief? Zou het niet opportuun zijn om haar maatschappelijk doel uit te breiden?

03.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Onderzoek heeft aangetoond dat de virale belasting in seksuele secreties en in sperma niet noodzakelijk evenredig is met de virale belasting in het bloed. Aangezien de Zwitserse Federale Aidscommissie zich op een heel klein aantal proefpersonen baseert, denk ik dat het voorbarig zou zijn om minder aan preventie te doen. De internationale wetenschappelijke gemeenschap heeft de aanbevelingen van de commissie trouwens met de grootste omzichtigheid onthaald.

Het organiseren van een eventuele informatiecampaagne ressorteert inderdaad onder de Gemeenschappen. Ik zal zo nodig de aandacht van mijn collega's vestigen op de wetenschappelijke onduidelijkheid van voornoemde aanbevelingen.

De vzw VTHP werd in 2001 opgericht om een toelage toe te kennen aan mensen die met hiv besmet werden door een bloedtransfusie of de toediening van bloedderivaten in België in de periode tussen 1 augustus 1985 en 30 juni 1986. We zouden moeten nagaan in hoeverre het maatschappelijk doel van de vzw kan worden verruimd.

03.04 Colette Burgeon (PS): Ik hoop dat de jongeren die waarschuwing over het belang van bescherming

niet in de wind zullen slaan.

03.05 Josée Lejeune (MR): Net als u geloof ik dat het voorbarig zou zijn om nu al minder aan preventie te doen. De vzw heeft thans bijna alle aanvragen behandeld. Het maatschappelijk doel van de vzw zou kunnen worden uitgebreid om de strijd tegen aids nog op te voeren.

03.06 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Die vereniging wordt gesubsidieerd in het kader van een door de Staat begane fout. Als men het maatschappelijk doel wijzigt, verlaat men het schadeloosstellingsbeginsel. Ik wijs er trouwens nog op dat preventie geen bevoegdheid van de federale overheid is.

03.07 Josée Lejeune (MR): Ik had het niet over preventie maar over aidsbestrijding.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer David Lavaux aan de minister van Binnenlandse Zaken over "de First Help Info card" (nr. 1953)

04.01 David Lavaux (cdH): De Belgische gemeenten en OCMW's worden momenteel gecontacteerd door een firma die hen voorstelt een betalende 'First Help Info Card' onder de burgers te verspreiden. Dankzij die kaart krijgen spoedarts toegang tot medische en andere gegevens van de betrokkene. Wat de gemeenten echter niet wordt verteld, is dat de nieuwe kaarthouders vervolgens verzekeringsproducten worden aangeboden.

Als men dit systeem doeltreffend wil maken, moet men zorgen dat de hulpdiensten ermee vertrouwd zijn. Weet u of zij ervan op de hoogte werden gebracht? Moet er niet snel een onderzoek worden ingesteld naar die praktijk die een officieel karakter verschaft aan die kaart, waardoor deze een lokartikel voor de verkoop van verzekeringsproducten wordt? Vindt u dat de gemeenten moeten worden gewaarschuwd? Welke maatregelen zal u daartoe nemen?

04.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De 'First Help Info Card' lijkt inderdaad erg goed op een kaart van het Belgische Rode Kruis die al lang ingeburgerd is. De overheid is echter op geen enkele manier bij dit systeem betrokken. De hulpdiensten werden dan ook niet geïnformeerd.

Er bestaan nog andere, soortgelijke initiatieven maar er werd nooit gevolg gegeven aan die vragen.

Aangezien dit systeem in geen enkele rondzendbrief wordt vermeld, valt het te betwijfelen of het zonder enige ruchtbaarheid in zwang komt. De keuze om zich bij een of ander systeem aan te sluiten, is evenwel een privéaangelegenheid waarover iedereen individueel beslist.

Het spreekt voor zich dat ik dit dossier met aandacht blijf volgen.

Ik zal tevens contact opnemen met de minister die bevoegd is voor consumentenbescherming, want ook die sector is daarbij betrokken.

Men dient zich niet met een commercieel initiatief te bemoeien, en ik heb vertrouwen in het gezond verstand van de gemeentelijke autoriteiten.

04.03 David Lavaux (cdH): Ik bedank u omdat u oog hebt voor iets wat veel weg heeft van verzekeringsoplichting.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor het chronischevermoeidheidssyndroom" (nr. 1999)

05.01 Maggie De Block (Open Vld): In 2002 heeft het RIZIV met vijf ziekenhuizen een revalidatieovereenkomst afgesloten over de referentiecentra voor het chronischevermoeidheidssyndroom

(CVS). Deze centra staan in voor de behandeling van patiënten die worden doorverwezen door onder meer huisartsen, reumatologen en psychiaters.

In 2006 stelde het RIZIV een uitgebreid evaluatierapport op over de uitvoering van deze revalidatieovereenkomsten tot december 2004, dit op basis van statistische analyses en de door de centra geregistreerde gegevens. Uit het rapport blijkt dat de gemeten CVS-klachten significant zouden zijn verbeterd, al blijven de scores nog steeds beduidend onder die van gezonde mensen. Voor de volledigheid: er zijn ook patiënten waar de gemeten klachten weinig verbeterden of zelfs verslechterden. De maximale zuurstofopname van de patiënten verbeterde slechts marginaal, terwijl het gemiddelde aantal betaalde uren beroepsactiviteit daalde van 18,3 procent naar 14,9 procent uren betaald werken per 38 urenweek. Sommige centra kampten met lange wachtlijsten en bepaalde regio's werden ook onvoldoende bereikt.

Werden de resultaten sinds het afsluiten van de nieuwe conventies nog eens geanalyseerd om de effecten te kennen op langere termijn? Werd er iets gedaan aan de lange wachtlijsten? Worden alle regio's voldoende bereikt?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): CVS is een ernstige, invaliderende aandoening die een groot aantal patiënten treft. Aan de Hoge Gezondheidsraad en het federale Kenniscentrum werd daarom gevraagd een gezamenlijk advies uit te brengen over de manier waarop de aanpak van deze ziekte het best wordt georganiseerd, rekening houdend met de wetenschappelijke stand van zaken en de vaststellingen van het Riziv-evaluatierapport.

In afwachting van dit advies zal ik geen belangrijke wijzigingen doorvoeren. De bestaande overeenkomsten werden dan ook verlengd, op enkele kleine wijzigingen na die de wachtlijsten moeten verminderen. Er is dus nog altijd één erkend centrum in de Franse Gemeenschap en vier in de Vlaamse.

Het Riziv of mijn kabinet beschikt niet over cijfergegevens van de wachtlijsten.

05.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Ik kijk uit naar het rapport van het Kenniscentrum en de Hoge Gezondheidsraad. Zal de minister dit bezorgen aan de commissie?

De ervaring leert ons dat de wachtlijsten nog altijd toenemen, wat voor patiënten vaak een harde dobber is.

Het incident is gesloten.

06 **Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling voor een verplaatsing naar het ziekenhuis voor kinderen met een chronische ziekte en voor hun ouders" (nr. 2022)**

06.01 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Ouders van kankerpatiëntjes die zich regelmatig naar het ziekenhuis moeten verplaatsen, krijgen die reiskosten gedeeltelijk terugbetaald. Voor de ouders van andere chronische patiëntjes geldt dat niet. Daar is de nood aan frequent bezoek van de ouders nochtans even groot.

Hetzelfde geldt voor de zieke kinderen zelf. Patiënten die voor bestraling vaak naar het ziekenhuis moeten, genieten een gedeeltelijke tussenkomst in de reiskosten. Andere kinderen met een ambulante behandeling zijn dan weer minder gunstig bedeeeld.

Is de minister het ermee eens dat zulke discriminaties zouden moeten verdwijnen? Hoe wil ze de terugbetaling van vervoerskosten veralgemenen?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De verplichte ziekteverzekering kent een tegemoetkoming toe voor de reiskosten bij chemo- of radiotherapie, nierdialyse, revalidatie van premature kinderen en pasgeborenen. Sinds 2007 wordt ook in een tegemoetkoming voorzien voor de reiskosten van de ouders of de voogden van kankerpatiëntjes die in een ziekenhuis zijn opgenomen. Frequent bezoek komt immers de

gezondheid van de kinderen ten goede.

Het probleem van de reiskosten bestaat natuurlijk voor alle chronisch zieke kinderen. Artikel 34 van de wet op de geneeskundige verzorging zegt dat de Koning in een tegemoetkoming kan voorzien voor een aantal ziekten die hij kan definiëren. We willen in de komende programmawet die bepaling uitbreiden tot andere rechthebbenden.

De Koning kan ook een forfaitaire bijkomende toelage toekennen aan rechthebbenden met een chronische ziekte. Op basis daarvan werd het zorgforfait voor chronisch zieken ingevoerd, dat wordt toegekend aan wie zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt en die een bepaald remgeld heeft betaald. Dit forfait moet de kosten dekken waarvoor de verzekering niet in een specifieke tegemoetkoming voorziet, zoals de verplaatsingskosten.

06.03 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Niet alleen het toepassingsgebied van de wet moet worden uitgebreid, ook de uitvoeringsbesluiten moeten volgen, en dat binnen een redelijke termijn. Momenteel worden niet alle wettelijke mogelijkheden ten volle benut.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een pas voor mindervaliden" (nr. 2030)

07.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Personen met een handicap hebben bij bepaalde activiteiten of evenementen nogal eens recht op een korting. Het probleem is dat hen gevraagd wordt om te bewijzen dat ze in aanmerking komen voor die bewuste korting. Zij weten echter niet hoe ze dat moeten doen. Sommigen leggen ter bewijs hun parkeerkaart voort, maar die kaart moet eigenlijk in de auto blijven liggen om te bewijzen dat ze op een parking voor personen met een handicap mogen staan.

Kan de minister er niet voor zorgen dat de mensen die recht hebben op speciale tarieven, over een kaart beschikken die dit aantoonst? Of is het mogelijk een bepaalde code hiervoor aan te brengen op de identiteitskaart?

07.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Een persoon met een handicap beschikt al over verschillende documenten die zijn handicap bewijzen: het algemene attest van de directie-generaal Personen met een handicap of andere officiële documenten van andere organisaties. Een nationale identiteitskaart voor personen met een handicap is dus niet nodig. Dit zou er immers toe kunnen leiden dat men het begrip 'handicap' eenduidig gaat definiëren en zo de facto andere erkenningsbronnen gaat uitsluiten.

De Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap heeft deze problematiek aangekaart in november 2007 en kwam niet tot een unaniem advies. De Raad vestigde de aandacht op het feit dat een persoon met een handicap de vrijheid moet hebben al dan niet zijn statuut van persoon met een handicap in te roepen. De Raad wees bovendien op de ruime definitie van het begrip handicap en benadrukte dat elk officieel erkenningsattest in aanmerking genomen moet kunnen worden.

Ik ben het ermee eens dat het vermelden van een handicap op de identiteitskaart een inbreuk is op de privacy van de personen met een handicap.

07.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Ik ben het ermee eens dat de diverse raden en instanties die personen met een handicap vertegenwoordigen, hierover tot overeenstemming zouden moeten komen. Ik zal dit bij hen zeker opvolgen.

De argumentatie over het schenden van de privacy volg ik minder. Nu moet een persoon met een handicap die wil gebruikmaken van zijn recht op een voordelig tarief, een attest voorleggen waarop in detail staat te

lezen om wat voor een handicap het gaat. Ik dacht aan een eenvoudig pasje dat duidelijk maakt dat de drager ervan tot een bepaalde categorie van mensen behoort. Dit kan alleen maar voor meer duidelijkheid zorgen, want er is nu inderdaad een overvloed aan erkenningsdocumenten.

07.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik vind dat ook onaanvaardbaar op de identiteitskaart. Hun terughoudendheid met betrekking tot de kaarten voor "culturele activiteiten" daarentegen begrijp ik minder goed, aangezien het gebruik daarvan facultatief is.

De **voorzitter**: Gepensioneerden en minderjarigen hebben recht op kortingen. Waarom zou men geen soortgelijke kaart invoeren?

07.05 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): Laten we samen naar een oplossing zoeken.

De **voorzitter**: Vraag nr. 2029 van de heer Bonte over de controle op de goede geneeskundige praktijk van huisartsen wordt uitgesteld.

Het incident is gesloten.

08 **Vraag van de heer Maxime Prévot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opening van zuurstofbars" (nr. 2080)**

08.01 **Maxime Prévot** (cdH): Binnenkort wordt er in België naar verluidt een zuurstofbar geopend. Langdurige blootstelling aan zuurstof houdt evenwel risico's in voor de longen en het centraal zenuwstelsel.

Wat vindt u van dit nieuwe verschijnsel? Welke maatregelen zal u nemen om de eventuele opening van dergelijke etablissementen in goede banen te leiden? Hoe zal u de gebruikers voor de gezondheidsclaims van die bars waarschuwen? Zal u studies laten uitvoeren met betrekking tot risicogroepen zoals allergische personen?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): We hebben nog niet de gelegenheid gehad om dit nieuwe fenomeen grondig te onderzoeken. Het statuut van de zuurstof die in die etablissementen wordt aangeboden, hangt af van de voorstelling van het product. Als er geen profylactische of therapeutische werking aan de zuurstof wordt toegeschreven, valt ze onder de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten.

Ik beschik niet over een studie over de gevaren voor de gezondheid van het inademen van zuurstof met een hoge concentratie. Ik zal dus het advies vragen van de Hoge Raad voor de Gezondheid, ook met betrekking tot de risicogroepen. Ik vind dat deze problematiek eerst door Europa zou moeten worden onderzocht. Op grond van het advies van de Raad en de Europese maatregelen, zal ik desgevallend de nodige maatregelen nemen om de volksgezondheid te beschermen.

08.03 **Maxime Prévot** (cdH): Uw reactie verheugt mij. Het is inderdaad belangrijk dat men terzake op de gebeurtenissen vooruitloopt.

Het incident is gesloten.

09 **Vraag van de heer Maxime Prévot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan geneesheren-diensthooften voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement" (nr. 2081)**

09.01 **Maxime Prévot** (cdH): De wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen bepaalt dat er in ieder ziekenhuis een geneesheer-diensthooft is voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement. In de diensten voor klinische biologie wordt deze functie evenwel soms door een apotheker of door een licentiaat in de scheikundige wetenschappen uitgeoefend.

In zijn arrest nr. 173.407 van juli 2007 heeft de Raad van State hierop gereageerd en artikel 6.4 van het ministerieel besluit van 30 april 1999 nietig verklaard.

Wat is uw standpunt in dit dossier? Welke maatregelen overweegt u? Worden de gebreken van de numerusclaususregeling met deze toestand niet nog maar eens in het licht gesteld? Bij gebrek aan geneesheren wenden de ziekenhuizen zich immers tot mensen met een ander profiel. Kunnen deze ziekenhuizen een sanctie oplopen?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De Raad van State heeft artikel 6.4 van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vastlegging van de algemene erkenningscriteria van huisartsen, stagemeesters en stagediensten vernietigd wegens strijdigheid met artikel 13 van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen. Overigens die bepaling hoefde de functie van geneesheer-diensthofd in het laboratorium voor klinische biologie, voor de erkenning van de stagedienst, immers niet te worden uitgeoefend door een specialist.

Dat arrest tot nietigverklaring heeft in principe slechts gevolgen in het kader van artikel 6.4 van het ministerieel besluit van 30 april 1999. Het heeft tot gevolg dat er aan de voorwaarde met betrekking tot de aanstelling van de geneesheer-diensthofd niet langer voldaan hoeft te worden.

Daarom zal ik artikel 6.4 van het ministerieel besluit van 30 april 1999 opnieuw indienen met inachtneming van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.

Volgens mij valt het feit dat een apotheker of een licentiaat chemie met de leiding van het laboratorium voor klinische biologie van een ziekenhuis is belast, niet toe te schrijven aan de toepassing van een numerus clausus maar aan de beroepsbekwaamheden van de betrokkenen.

Wat de wet op de ziekenhuizen betreft, is de toestand echter duidelijk: artikel 13, tweede lid, 2° bepaalt dat er een geneesheer-diensthofd moet worden aangeduid voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement en artikel 8 stelt dat onder geneesheer de beoefenaar van de geneeskunde bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 wordt verstaan. Wat de laboratoria voor klinische biologie betreft, bepaalt het koninklijk besluit van 3 december 1999 dat in een ziekenhuis alleen de diensthofden bedoeld in artikel 13, tweede lid, van de wet op de ziekenhuizen als laboratoriumdirecteur kunnen worden aangeduid.

Ten slotte voorziet de wet op de ziekenhuizen inderdaad in sancties wegens niet-naleving van sommige bepalingen, met name wat de erkenning betreft.

09.03 **Maxime Prévot** (cdH): Zou me een schriftelijk antwoord kunnen bezorgen?

Het incident is gesloten.

De behandeling van de vragen eindigt om 15.39 uur.

La réunion publique est ouverte à 14 h 25 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 **Question de Mme Jacqueline Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de médecins généralistes" (n° 1731)**

01.01 **Jacqueline Galant** (MR) : Il est capital d'organiser un débat sur le problème relatif à la pénurie de médecins. La plupart des médecins dans ma région sont opposés au numerus clausus et regrettent qu'on oriente les étudiants vers les spécialités. Un médecin de quartier ou de proximité est toujours nécessaire.

Il faut constater également que le cadastre dressé par l'INAMI ne correspond pas à la réalité. Ainsi, dans ma commune de 10.000 habitants, treize médecins sont recensés alors que onze exercent réellement.

Quelles solutions envisagez-vous dans l'immédiat ? Comment alléger les charges administratives des prestataires de soins ? Ne pourrait-on reconnaître le statut de conjoint-aidant aux épouses de médecins ? N'est-il pas indispensable de repenser la répartition géographique des médecins ? Quelles solutions envisagez-vous suite à l'étude du Centre fédéral d'expertise tendant à prouver que le quota de médecins généralistes est loin d'être atteint en Belgique ?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : La planification médicale est une problématique

importante. Elle ne se résume pas au contingentement, mais doit répondre au problème de l'offre et de la demande au sein de notre système de soins de santé.

J'intégrerai les résultats de l'étude du Centre d'expertise dans une réflexion globale qui tiendra compte des rôles attribués actuellement et dans l'avenir aux diverses lignes de soins.

Dans ce contexte, un instrument important sera le cadastre des prestataires de soins.

Le médecin généraliste est le pivot central de notre système et doit le rester. Je suis préoccupée par les chiffres indiquant que les quotas de généralistes ne sont pas atteints, essentiellement au nord du pays.

Des mesures ont été prises pour revaloriser la profession, comme l'augmentation des honoraires, la mise en place du dossier médical global et la création des honoraires de disponibilité. La répartition géographique est aussi un de nos soucis. Le fonds *Impulseo I* attribue des prêts de 20.000 euros à l'installation des généralistes dans les zones à faible densité médicale.

D'un point de vue administratif, le Fonds *Impulseo II* permettra aux généralistes travaillant en réseau d'obtenir d'importantes primes pour engager des assistants administratifs.

Je travaillerai au dossier des simplifications administratives, en particulier pour les médicaments nécessitant une demande préalable du médecin-conseil.

Nous devons aussi travailler avec les universités sur une revalorisation du généraliste.

Une planification médicale sera toujours nécessaire et doit intégrer la dimension européenne. Il est en revanche prématuré de répondre quant au besoin de maintenir un contingentement. J'attends les informations en la matière.

Une éventuelle future pénurie de généralistes ou de pharmaciens hospitaliers sera étudiée en concertation avec les ministres communautaires de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

Une épouse ou un époux de médecin peut obtenir le statut de conjoint aidant, pour autant qu'il n'exerce pas d'autres activités professionnelles et ne bénéficie pas de revenus de remplacement.

01.03 **Jacqueline Galant (MR)** : Je pense moi aussi que le médecin généraliste doit rester le pivot central. Nous pourrions peut-être en débattre plus largement en commission lorsque vous aurez reçu toutes les informations sur le sujet.

L'incident est clos.

02 **Question de Mme Colette Burgeon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente par internet de produits contenant de l'éphédrine" (n° 1933)**

02.01 **Colette Burgeon (PS)** : Au Danemark, un consommateur est mort par arrêt cardiaque suite à la consommation de gélules *Therma Power Red & Blue*. Ces compléments alimentaires, interdits dans plusieurs pays européens, peuvent être facilement achetés sur Internet sous forme de gélules (à 300 mg d'éphédrine par gélule).

L'AFSCA a mis les consommateurs en garde contre l'achat de tels compléments. En Belgique, l'éphédrine est réservée à des usages strictement médicaux et ne peut être délivrée que sous prescription au risque d'engendrer des hémorragies cérébrales, des troubles cardiaques et/ou circulatoires mortels.

Y a-t-il une législation européenne réglementant la composition des compléments alimentaires ? Si oui, comment se fait-il qu'une substance reconnue comme très dangereuse puisse être vendue librement sur des sites Internet européens ? N'envisagez-vous pas une initiative en vue de réglementer plus sévèrement la

composition de ces compléments alimentaires ? Par ailleurs, êtes-vous satisfaite de la manière dont l'alerte a été répercutée par l'AFSCA ? Comment s'effectue la collaboration de cet organisme avec l'Administration des douanes et accises ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'Europe réglemente les compléments alimentaires via une directive-cadre du 10 juin 2002 qui prévoit des exigences pour la publicité et l'étiquetage des compléments alimentaires, et des dispositions pour la composition de ces compléments contenant des vitamines et minéraux (mais pas les plantes).

Lorsque des données scientifiques appropriées seront disponibles, on adoptera une réglementation particulière sur les nutriments autres que les vitamines et minéraux ou d'autres substances, utilisés comme ingrédients dans les compléments alimentaires. Dans l'attente de cette réglementation, les règles nationales sont d'application. En Belgique, l'utilisation des plantes et extraits de plantes est réglée par l'arrêté royal du 29 août 1997 relatif à la fabrication et au commerce de denrées alimentaires composées ou contenant des plantes ou préparations de plantes. La plante éphédra est interdite par cet arrêté. Les produits contenant la substance éphédrine sont, eux, réservés à des usages strictement médicaux et surveillés par l'Agence du médicament.

Concernant le contrôle par l'AFSCA et sa collaboration avec l'administration des douanes et accises, je vous invite à interroger les ministres de tutelle, Mme Laruelle ou M. Reynders.

02.03 Colette Burgeon (PS) : Merci de vos réponses. J'interrogerai donc Mme Laruelle et M. Reynders. Même si la législation belge est satisfaisante, Internet ne facilite pas les choses : les particuliers peuvent y commander n'importe quoi, et nous devons être vigilants.

L'incident est clos.

03 Questions jointes de

- **Mme Colette Burgeon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida" (n° 1938)**
- **Mme Josée Lejeune à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis en matière de sida de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida" (n° 2128)**

03.01 Colette Burgeon (PS) : La Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida a émis des recommandations qui font polémique. Ces experts ont estimé que les couples stables, dont l'un des partenaires est séropositif mais n'a plus de virus du sida détectable dans le sang, pourraient se passer de préservatifs. S'appuyant sur trois études menées auprès de 548 couples hétérosexuels sérodifférents, la Commission conclut que, si certaines conditions sont réunies, « l'application conséquente d'un traitement antirétroviral permet d'exclure tout risque important de transmission ».

Des études sont-elles en cours en Belgique afin de mesurer le suivi des traitements antiviraux ? Les résultats corroborent-ils les études menées en Suisse ? Les recommandations de la Commission fédérale suisse ne risquent-elles pas de provoquer une baisse de la vigilance ? Ne serait-il pas nécessaire, en collaboration avec les Communautés, de rappeler par une campagne ciblée sur les jeunes que le sida est une maladie potentiellement mortelle et que seules les méthodes de prévention sont efficaces ?

03.02 Josée Lejeune (MR) : Dans un avis, la Commission fédérale suisse a estimé que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ne sera pas transmis par une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre maladie sexuellement transmissible et suivant un traitement antirétroviral avec une virémie entièrement supprimée. À la suite de cette publication, nombre d'organes représentatifs ont pris une position contraire et réitéré l'importance des mesures de protection au sein des couples sérodifférents.

Alors que, statistiquement, le virus est en recrudescence et tend à être banalisé, quel est votre sentiment sur les déclarations de la Commission fédérale suisse ? Avez-vous entrepris une démarche pour vérifier ces affirmations ? Avez-vous l'intention d'y réagir par des mesures ? De quelle nature ? L'ASBL qui indemnise les sidéens est-elle toujours active ? Ne serait-il pas opportun d'étendre son objet social ?

03.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Des études ont montré que la charge virale dans les sécrétions sexuelles et le sperme n'était pas nécessairement proportionnelle à la charge virale sanguine. Dès lors, et étant donné le nombre très faible de sujets sur lesquels la Commission fédérale suisse se base, il me semble prématuré de diminuer la prévention. Les recommandations de la Commission ont d'ailleurs été accueillies avec une grande prudence par la communauté scientifique internationale.

Quant à une éventuelle campagne d'information, il s'agit en effet d'une compétence des Communautés. Si nécessaire, j'attirerai l'attention de mes collègues sur l'ambiguïté scientifique de ces recommandations.

En ce qui concerne l'ASBL AAPS, il s'agit d'une association créée en 2001 pour l'octroi d'une allocation aux personnes contaminées par le virus du sida à la suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de produits sanguins en Belgique entre le 1^{er} août 1985 et le 30 juin 1986. Il faudrait examiner dans quelle mesure un élargissement de son objet social serait possible.

03.04 Colette Burgeon (PS) : J'espère que les jeunes seront sensibles à la mise en garde relative à l'importance de la protection.

03.05 Josée Lejeune (MR) : Comme vous, j'estime qu'il serait prématuré de réduire la prévention. Quant à l'ASBL, elle a aujourd'hui terminé de traiter la quasi-totalité des demandes. Son objet social pourrait être étendu afin de lutter plus vigoureusement encore contre le sida.

03.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Cette association reçoit des subsides dans le cadre d'une faute de l'État. Si on modifie son objet social, on n'est plus dans le principe indemnitaire. Je rappelle également que la prévention n'est pas de la compétence du fédéral.

03.07 Josée Lejeune (MR) : Je ne parlais pas de prévention mais de lutte contre le sida.

L'incident est clos.

04 Question de M. David Lavaux au ministre de l'Intérieur sur "la First Help Info card" (n° 1953)

04.01 David Lavaux (cdH) : Les communes et CPAS belges sont actuellement sollicités par une firme qui leur propose de diffuser auprès de leurs citoyens une carte payante intitulée *First help Info*, qui permet aux urgentistes d'accéder aux données médicales et autres de l'intéressé. Les communes ne sont pas averties du fait que les nouveaux détenteurs de la carte se verraient ensuite proposer des assurances.

Pour être efficace, ce système doit être connu des services de secours. Avez-vous connaissance du fait que ceux-ci en auraient été informés ? Ne conviendrait-il pas de diligenter une enquête sur cette pratique qui donne à cette carte une allure officielle servant d'accroche à la vente d'assurances ? Estimez-vous qu'il convient de mettre en garde les communes ? Quelles mesures comptez-vous prendre à ces fins ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : D'après votre question, la carte *First Help Info* ressemble à une carte – connue depuis longtemps – de la Croix-Rouge de Belgique. Toutefois, l'État n'a aucune participation dans ce système. Les services de secours n'ont donc pas été informés.

Il existe plusieurs initiatives de ce genre mais il n'a jamais été donné suite à ces demandes.

Aucune circulaire n'ayant fait état de ce système, il est douteux qu'il soit mis en pratique en l'absence de publicité. Toutefois, le choix d'une affiliation est un choix privé de chaque individu.

Je serai attentive à ce dossier, bien évidemment.

En outre, je prendrai contact avec mon collègue compétent en matière de protection des consommateurs car ce secteur est aussi concerné.

Il n'y a pas lieu de s'immiscer dans une initiative commerciale et j'ai confiance dans le bon sens des autorités communales.

04.03 David Lavaux (cdH) : Je vous remercie d'être attentive à ce qui apparaît comme une arnaque à l'assurance.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence du syndrome de fatigue chronique" (n° 1999)

05.01 Maggie De Block (Open Vld) : En 2002, l'INAMI a conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec cinq hôpitaux relative aux centres de référence en ce qui concerne le syndrome de fatigue chronique (SFC). Ces centres accueillent les patients envoyés par des médecins généralistes, des rhumatologues et des psychiatres entre autres.

En 2006, l'INAMI a rédigé un rapport d'évaluation détaillé sur l'exécution de ces accords de revalidation jusqu'en décembre 2004, sur la base d'analyses statistiques et des données enregistrées par les centres. Selon ce rapport, les plaintes SFC mesurées auraient diminué significativement, même si les résultats sont encore largement inférieurs à ceux enregistrés chez les personnes en bonne santé. Mais il faut ajouter qu'il y a également des patients pour lesquels les plaintes mesurées ont à peine diminué, voire se sont dégradées. L'oxygénation maximale des patients ne s'est améliorée que de manière marginale, alors que le nombre moyen d'heures d'activité professionnelle payées est passé de 18,3 % à 14,9 % d'heures de main-d'œuvre par semaine de 38 heures. Certains centres sont confrontés à de longues listes d'attente et certaines régions sont insuffisamment couvertes.

Les résultats ont-ils été analysés à nouveau depuis la conclusion des nouvelles conventions afin de connaître les effets à long terme ? Une initiative a-t-elle été prise en ce qui concerne les longues listes d'attente ? Toutes les régions sont-elles suffisamment atteintes ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le SFC est une maladie grave et invalidante qui touche un grand nombre de patients. Aussi, le Conseil supérieur de la santé et le Centre fédéral d'expertise ont-ils été invités à émettre un avis conjoint sur la manière d'organiser au mieux l'approche de cette maladie, en tenant compte de l'état des connaissances scientifiques et des constatations reprises dans le rapport d'évaluation de l'Inami.

Dans l'attente de cet avis, je ne procéderai à aucune modification majeure. A quelques petites modifications près destinées à raccourcir les listes d'attente, les conventions existantes ont dès lors été prolongées. Il reste donc toujours un centre agréé pour la Communauté française et quatre pour la Communauté flamande.

L'Inami et mon cabinet ne disposent pas des données chiffrées concernant les listes d'attente.

05.03 Maggie De Block (Open Vld) : J'attends avec impatience le rapport du Centre fédéral d'expertise et du Conseil supérieur de la santé. La ministre le communiquera-t-elle à la Commission ?

Nous constatons que les listes d'attente continuent à s'allonger, ce que les patients vivent très difficilement.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des frais de déplacement à l'hôpital des enfants atteints d'une maladie chronique et de

leurs parents" (n° 2022)

06.01 Sonja Becq (CD&V - N-VA) : Les parents d'enfants souffrant d'un cancer qui doivent se rendre fréquemment à l'hôpital bénéficient d'un remboursement partiel de leurs frais de déplacement. Pour les parents d'enfants souffrant d'autres maladies chroniques, cette règle n'est pas d'application. La nécessité de visites fréquentes des parents se fait pourtant tout autant sentir dans ces cas-là.

Une situation analogue s'applique aux enfants malades eux-mêmes. Les jeunes patients qui doivent se rendre fréquemment à l'hôpital pour y subir une radiothérapie bénéficient d'un remboursement partiel de leurs frais de déplacement. D'autres enfants soumis à un traitement ambulatoire bénéficient d'un régime moins avantageux.

La ministre est-elle d'accord pour dire que de telles discriminations devraient disparaître ? Comment envisage-t-elle de généraliser le remboursement des frais de déplacement ?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : L'assurance-maladie obligatoire octroie un remboursement des frais de déplacement en cas de chimiothérapie et de radiothérapie, de dialyse rénale et de rééducation des enfants prématurés ou nouveau-nés. Depuis 2007, un remboursement est également prévu pour les frais de déplacement des parents ou tuteurs d'enfants souffrant d'un cancer qui séjournent à l'hôpital. Des visites fréquentes contribuent en effet à améliorer la santé des patients.

Le problème des frais de déplacement se pose bien sûr pour tous les enfants atteints de maladies chroniques. Sur base de l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le Roi peut déterminer une intervention pour certaines maladies à déterminer par lui. Nous voulons étendre cette disposition à d'autres bénéficiaires dans le cadre de la prochaine loi-programme.

Le Roi peut également octroyer une allocation forfaitaire supplémentaire aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique. Cette disposition a permis l'instauration du forfait de soins pour les malades chroniques, une intervention octroyée aux personnes se trouvant dans une situation de dépendance et ayant acquitté un ticket modérateur déterminé. Ce forfait est destiné à couvrir les frais pour lesquels l'assurance ne prévoit aucune intervention spécifique, tels que les frais de déplacement.

06.03 Sonja Becq (CD&V - N-VA) : Il faut non seulement étendre le champ d'application de la loi mais aussi prendre les arrêtés d'exécution, et ce dans un délai raisonnable. Actuellement, toutes les possibilités légales ne sont pas exploitées pleinement.

L'incident est clos.

07 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une carte pour personnes handicapées" (n° 2030)

07.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Les personnes handicapées ont souvent droit à une réduction lorsqu'elles souhaitent participer à certaines activités ou à certains événements. Le problème est qu'on leur demande de prouver qu'elles peuvent prétendre à cette réduction et qu'elles ignorent comment elles doivent s'y prendre pour le prouver. Certains produisent leur carte de stationnement mais les personnes handicapées doivent laisser cette carte à l'intérieur du véhicule afin de prouver qu'elles peuvent stationner sur une aire de parking réservée aux handicapés.

La ministre ne pourrait-elle pas veiller à ce que les personnes qui ont droit à des tarifs spéciaux disposent d'une carte qui l'atteste ? Ou ne serait-il pas possible d'apposer un code déterminé sur leur carte d'identité ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Les personnes handicapées disposent déjà de plusieurs documents attestant leur handicap : l'attestation générale délivrée par la Direction Générale Personnes handicapées ou d'autres documents officiels d'autres organisations. Une carte d'identité nationale pour les personnes handicapées n'est donc pas nécessaire. Qui plus est, il pourrait en découler que l'on donne de la notion de « handicap » une définition univoque et que l'on exclue de facto d'autres sources de reconnaissance.

Le Conseil supérieur national des personnes handicapées a abordé cette question en novembre 2007 et n'est pas parvenu à rendre un avis unanime. Le Conseil a attiré l'attention sur le fait qu'une personne souffrant d'un handicap doit disposer de la liberté d'invoquer ou non son statut de personne handicapée. Le Conseil a en outre mis l'accent sur l'étendue de la définition de la notion de handicap et a souligné que chaque attestation officielle reconnaissant le statut de personne handicapée devrait être prise en considération.

Je suis d'accord avec le fait que la mention d'un handicap sur la carte d'identité constitue une atteinte à la vie privée des personnes souffrant d'un handicap.

07.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Je suis d'accord pour dire que les divers conseils et instances qui représentent des personnes souffrant d'un handicap devraient s'entendre sur cette question. Je ne manquerai pas de suivre ce dossier auprès de ces derniers.

L'argumentation fondée sur la protection de la vie privée me convainc moins. Aujourd'hui, une personne souffrant d'un handicap qui veut bénéficier de son droit à un tarif avantageux doit soumettre une attestation décrivant dans le détail de quel handicap elle souffre. Je pensais pour ma part à une simple carte indiquant clairement que son détenteur appartient à une catégorie particulière. Une telle carte ne pourrait que contribuer à davantage de clarté, car nous sommes en effet confrontés aujourd'hui à une multiplicité de documents d'agrément.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je trouve cela également inacceptable sur la carte d'identité. En revanche, je comprends moins leurs réticences sur les cartes "activités culturelles", puisque l'utilisation est facultative.

La **présidente** : Les retraités et les mineurs ont droit à des réductions. Pourquoi ne pas envisager une carte semblable ?

07.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Cherchons donc ensemble une solution.

La **présidente** : La question n° 2029 de M. Bonte sur le contrôle des bonnes pratiques médicales des médecins généralistes est reportée.

L'incident est clos.

08 Question de M. Maxime Prévot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ouverture de bars à oxygène" (n° 2080)

08.01 Maxime Prévot (cdH) : On annonce l'ouverture en Belgique d'un bar à oxygène. Or, si l'exposition est prolongée, l'oxygène présente des risques pour les poumons et le système nerveux central.

Quelle est votre position par rapport à ce nouveau phénomène ? Quelles mesures comptez-vous adopter afin d'encadrer l'ouverture éventuelle de tels établissements ? Comment comptez-vous mettre en garde les utilisateurs face aux allégations « santé » de ces bars ? Comptez-vous demander la réalisation d'études pour les publics à risque, notamment les personnes allergiques ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'examiner en profondeur ce nouveau phénomène. Le statut de l'oxygène proposé dans ces établissements dépend de la présentation du produit. S'il n'est pas associé à des allégations prophylactiques ou thérapeutiques, l'oxygène tombe sous la loi du 24 janvier 1997 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits.

Je ne dispose d'aucune étude quant aux risques sanitaires de l'inhalation d'oxygène à haute concentration. Je solliciterai donc un avis du Conseil supérieur de la Santé, y compris pour les publics à risque. Il me semble que cette problématique devrait également être examinée par l'Europe. En fonction de l'avis du Conseil et des mesures européennes, je prendrai, le cas échéant, les mesures nécessaires pour protéger la

santé publique.

08.03 **Maxime Prévot** (cdH) : Je me réjouis de votre réaction. Effectivement, il est important d'anticiper en la matière.

L'incident est clos.

09 **Question de M. Maxime Prévot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le déficit de médecins-chefs de service pour chacun des différents services du département médical" (n° 2081)**

09.01 **Maxime Prévot** (cdH) : La loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux dispose que, dans chaque hôpital, il y a un médecin-chef de service pour chaque service du département médical. Or, dans les services de biologie clinique, il arrive que cette fonction soit assurée par un pharmacien ou un licencié en sciences chimiques.

Dans son arrêt 173.407 de juillet 2007, le Conseil d'État réagit à cette question et prononce l'annulation de l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999.

Quelle est votre position dans ce dossier ? Quelles dispositions envisagez-vous ? Cette situation ne constitue-t-elle pas un nouvel exemple des failles du système du numerus clausus ? En effet, faute de médecins, les hôpitaux se tournent vers d'autres profils. Ces hôpitaux sont-ils passibles de sanctions ?

09.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : Le Conseil d'État a annulé l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage, et des services des stages, et ce pour non-conformité à l'article 13 de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux. En effet, cette disposition n'imposait pas, pour l'agrément du service de stage, que la fonction du médecin-chef de service dans le laboratoire de biologie clinique soit exercée par un médecin spécialiste.

Cet arrêt d'annulation n'a en principe d'effet que dans le cadre de l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999. Sa conséquence est que la condition relative à la désignation du médecin-chef de service ne doit plus être satisfaite.

C'est pour cette raison que je vais réintroduire l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 dans le respect de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux.

A mon sens, la présence d'un pharmacien ou d'un licencié en chimie à la tête du laboratoire de biologie clinique d'un hôpital n'est pas due à l'application du numerus clausus mais aux compétences professionnelles de ces personnes.

Toutefois, pour ce qui est de la loi sur les hôpitaux, la situation est claire : l'article 13, alinéa 2, 2^o précise qu'un médecin-chef de service doit être désigné pour chaque service du département médical et l'article 8 précise qu'un médecin doit être un praticien de la médecine tel que défini par l'arrêté royal n° 78. Dans les cas de laboratoires de biologie clinique, l'arrêté royal du 3 décembre 1999 précise que dans un hôpital, seuls les chefs de service visés à l'article 13, 2^o de la loi sur les hôpitaux peuvent être désignés comme directeur d'un laboratoire.

Enfin, la loi sur les hôpitaux prévoit effectivement des sanctions pour non-respect de certaines dispositions, notamment en ce qui concerne l'agrément.

09.03 **Maxime Prévot** (cdH) : Je serais heureux de disposer d'une réponse écrite.

L'incident est clos.

La discussion des questions se termine à 15 h 39.

