

Chambre des Représentants

SESSION 1981-1982

18 FÉVRIER 1982

PROPOSITION DE LOI

modifiant la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles afin de permettre aux Communautés de mener une politique de santé globale en s'appuyant sur les soins de santé de base

(Déposée par M. Diegenant)

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Que faut-il entendre par « soins de santé de base » ?

Par soins de santé de base, il faut entendre l'ensemble des moyens destinés à améliorer la santé. Il s'agit donc d'une notion plus étendue que celle de « médecine préventive ». Les soins de santé de base ont pour objet la sauvegarde et l'amélioration du niveau général de la santé de la population.

L'adage dit : « mieux vaut prévenir que guérir ». Il est sans doute plus urgent que jamais de mettre en pratique cette expression de la sagesse populaire.

Les chercheurs sont de plus en plus nombreux à montrer que certains problèmes de santé graves et fréquents sont liés directement au mode de vie de la population. La société doit donc pouvoir disposer d'une assistance et d'un encadrement qui soient fonction de ces aspects contemporains de la santé.

De même qu'il n'est pas de bonne construction sans base ni fondations solides, il n'est pas de bonne politique de santé sans politique de prévention.

En remplaçant le terme « prévention » par les termes « soins de santé de base » nous entendons montrer que nous rejetons une approche trop unilatérale ou restrictive. « Prévenir » signifie empêcher qu'une chose indésirable, une chose de caractère négatif (maladies de cœur, cancer, écarts de comportement, débilité mentale) se produise. Par contre, les soins de santé de base visent à améliorer la santé en se basant sur des facteurs positifs qu'il convient de promouvoir (par exemple la possibilité optimale d'accéder au bien-être, de mener une vie saine, d'assumer les fonctions vitales normales).

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1981-1982

18 FEBRUARI 1982

WETSVOORSTEL

tot wijziging van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 houdende institutionele hervormingen, ten einde de Gemeenschappen toe te laten, steunend op de basisgezondheidszorg, een globaal gezondheidsbeleid te voeren

(Ingediend door de heer Diegenant)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Wat is « basisgezondheidszorg » ?

Basisgezondheidszorg is een verbrede preventieve gezondheidszorg. Het is het geheel van middelen aangewend ter verbetering van de gezondheid. De basisgezondheidszorg wil het algemeen gezondheidspeil van de bevolking beveiligen en verbeteren.

« Beter voorkomen dan genezen » is een oeroude wijsheid. Deze wijsheid in de praktijk brengen is wellicht nooit dringender geweest dan nu.

Door steeds meer onderzoekers wordt aangetoond dat veel voorkomende en ernstige gezondheidsproblemen, rechtstreeks verband houden met de levenswijze van de bevolking. De samenleving heeft dan ook nood aan hulpverlening en begeleiding die met dit gewijzigd gezondheidsbeeld rekening houdt.

Zonder degelijke basis, zonder goede fundamenteën, geen sterke bouw. Een preventieve aanpak is noodzakelijk voor een stabiel gezondheidspeil.

In plaats van de tot nog toe gebruikte term « preventie », hanteren we de term « basisgezondheidszorg ». Hierdoor wensen we te kennen te geven dat afgestapt wordt van een te eenzijdige of beperkte benadering. Bij preventie denkt men aan het voorkomen van iets dat er niet zou mogen zijn (b.v. hartkwalen, kanker, houdingsafwijkingen, zwakzinnigheid). Iets negatiefs dat voorkomen moet worden. Basisgezondheidszorg daarentegen wil bij zijn gezondheidsbevorderende werking eerder uitgaan van iets positiefs dat dient bevorderd (b.v. optimaal vermogen tot welzijn, tot een gezonde levenswijze, tot normale levenstaken).

Il faut permettre aux gens de s'occuper d'eux-mêmes.

Cela implique donc une corrélation essentielle entre les soins de santé de base et les soins de santé primaires, les soins de santé mentale ambulants et les diverses formes de prestations de services sociaux.

Il est grand temps d'entamer le débat au sujet du développement des soins de santé de base et de surmonter les obstacles qui empêchent son organisation.

En premier lieu, notre politique de santé est trop centrée sur les aspects strictement médico-curatifs. Une campagne d'information s'impose sur ce point. Cette politique ne répond pas aux besoins et s'avère fort coûteuse. Il est également vrai que prévenir coûte moins cher que guérir.

Ensuite, nous assistons à une dispersion des pouvoirs, dispersion à laquelle la présente proposition entend remédier. Nous exposerons ci-après les raisons pour lesquelles la présente proposition tend à classer les matières relatives aux soins de santé de base parmi les matières personnalisables relevant de la compétence des communautés.

Ultérieurement, il conviendra de dégager les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une telle politique en matière de soins de santé de base.

2. Quels sont les éléments des soins de santé de base ?

Pour C. W. Aakster (1) :

« L'élément essentiel d'une nouvelle politique de la santé est que la population puisse mener une vie saine, ce qui n'est possible qu'à certaines conditions.

La première est la volonté de l'individu lui-même. L'homme doit connaître ce qui est de nature à promouvoir ou à compromettre sa santé et il doit entrevoir la possibilité d'agir sur ces facteurs. Il faut donc qu'il soit capable d'apporter effectivement les changements souhaités.

La seconde condition est que l'environnement de l'individu permette cette attitude saine. Cela implique la neutralisation des facteurs négatifs de l'environnement (rayonnement, dangers de la circulation, destruction de la nature, égoïsme) et la présence et la disponibilité, dans une mesure suffisante, de facteurs favorables à la santé (nourriture saine et suffisante, mouvement corporel en harmonie avec le cadre naturel, relations humaines durables, etc.).

L'intérêt pour la santé et un environnement favorable à la santé sont donc indispensables. » (traduction.)

Aux Pays-Bas, où des structures et des systèmes relatifs aux soins de santé de base ont été créés récemment, le terme « base » a reçu une définition particulière à l'occasion de l'examen du schéma de la politique relative aux services des soins de santé de base : les prestations de base sont celles qui, en vertu d'une décision du pouvoir démocratique, doivent être disponibles et raisonnablement accessibles pour quiconque en a besoin; l'État devrait déterminer la qualité et la quantité de ces prestations (2).

Les soins de santé de base se présentent schématiquement comme suit :

(1) C. W. Aakster, *Gezondheidszorg en samenleving* (Soins de santé et société) dans la série « Aspecten in de Samenleving », Van Gorcum, Assen, 1981.

(2) Deuxième chambre des États généraux, Pays-Bas, 1980-1981, 16088, n° 5.

Laat de mensen zichzelf in handen nemen.

Er is dan ook een wezenlijke samenhang nodig tussen de basisgezondheidszorg en de eerstelijnsgezondheidszorg, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de verschillende vormen van maatschappelijke dienstverlening.

Het debat rond de uitbouw van de basisgezondheidszorg dient dringend gevoerd. De oorzaken die dit debat verhinderen dienen overwonnen.

Vooreerst is er de te strikt medisch-curatieve benadering van ons geheel gezondheidsbeleid. Hierover dient geïnformeerd te worden. Een dergelijk beleid beantwoordt niet aan de behoeften en is ook zeer duur. Voorkomen is ook goedkoper dan genezen.

Vervolgens is er de verspreiding van de bevoegdheden. Dit wetsvoorstel wil dit verhelpen. Om redenen die verder uiteengezet worden, wil dit voorstel alle materies die tot de basisgezondheidszorg behoren samenbrengen onder de persoonsgebonden materies en ze toevertrouwen aan de Gemeenschappen in ons land.

Nadien zullen voor een dergelijk beleid inzake basisgezondheidszorg de nodige middelen moeten vrijgemaakt worden.

2. Wat omvat basisgezondheidszorg ?

C. W. Aakster (1) zegt hierover wat volgt :

« Het allerbelangrijkste van een nieuwe gezondheidszorg is dat de mensen een gezonde leefwijze kunnen volgen. Dit vooronderstelt enkele noodzakelijke voorwaarden.

Ten eerste, moet de individuele mens dit willen. Hij moet zich bewust zijn van de mogelijke bevorderende en bedreigende factoren voor gezondheid en hij moet de mogelijkheid zien om daaraan eventueel iets te veranderen. Dus ook moet de mens over de vaardigheden beschikken om de gewenste veranderingen inderdaad te kunnen doorvoeren.

Ten tweede, moet de omgeving van de mens dit gezonde gedrag mogelijk maken. Dit wil zeggen dat omgevingsbedreigingen (straling, verkeersgeweld, groenafbouw, ieder-voor-zich-mentaliteit) moeten worden opgeheven en gezondheidsbevorderende omstandigheden voldoende moeten aanwezig en bereikbaar zijn (voldoende gezond voedsel, in het natuurlijk leefpatroon ingebouwde lichaamsbeweging, stabiele intermenselijke relaties, e.a.).

Dus zowel gezondheidsbesef als een gezondheidsbevorderende omgeving zijn noodzakelijk. »

In Nederland, waar voor de basisgezondheidszorg recent structuren en systemen werden opgebouwd, werd aan het woorddeel « basis », in de bespreking over de schets van het beleid inzake basisgezondheidsdiensten, een eigen betekenis gegeven. Onder « basis »-voorzieningen worden die voorzieningen bedoeld waarvan via het democratisch besluitvormingsproces is vastgesteld, dat zij voor ieder die daaraan behoefte heeft beschikbaar en in redelijkheid bereikbaar moeten zijn; het Rijk zou daarbij de kwaliteit en de kwantiteit van deze voorzieningen moeten regelen (2).

Wat basisgezondheidszorg omvat kunnen we als volgt, schematisch, weergeven :

(1) C. W. Aakster, *Gezondheidszorg en samenleving*, in serie « Aspecten in de Samenleving », Van Gorcum, Assen, 1981.

(2) Tweede Kamer der Staten-Generaal, Nederland, 1980-1981, 16088, n° 5.

Schéma des soins de santé de base

RECHERCHE SCIENTIFIQUE		
INFORMATION ET EDUCATION SANITAIRES		
PROPHYLAXIE		
Prophylaxie individuelle	Prophylaxie de l'environnement	Prophylaxie sociale
— dépistage précoce	— relation individu-environnement (air, eau, terre)	— relation individu-produit
— réadaptation	— relation individu-milieu (structure)	
EVALUATION PERMANENTE des divers éléments du système des soins de santé		

A. Recherche scientifique

Les soins de santé de base doivent être basés sur la recherche et l'étude scientifiques. La médecine sociale peut constituer une base générale à cet effet. Les principales étapes de la recherche dans le domaine des soins de santé de base sont les suivantes :

1. Analyse des indicateurs de santé

On distingue des indicateurs de santé positifs, négatifs et indirects.

Les indicateurs positifs, appelés également indicateurs de santé, sont : les indicateurs de santé physique (courbe taille-poids, taux de cholestérol dans le sang, fonctions pulmonaires et cardiaques, etc.), les indicateurs de santé psychosociale (degré d'adaptation, d'indépendance, de satisfaction), les indicateurs basés sur la mortalité (espérance de vie, risque de décès).

Les indicateurs de santé négatifs sont également appelés indicateurs de maladie et de décès. Les indicateurs de cette catégorie sont notamment les chiffres de la mortalité (taux de mortalité, taux spécifiques de mortalité), les chiffres relatifs à la morbidité (catégories de maladies, fréquence des consultations, fréquence d'hospitalisation, etc.) et les indicateurs combinés. On distingue dans cette catégorie, les indicateurs qualitatifs (ex. : moment où la maladie survient) et quantitatifs (ex. : fréquence des diverses maladies).

La troisième grande catégorie est constituée par les indicateurs indirects. Il s'agit de données constituant une série de variables relatives à la santé. Citons les données démographiques (natalité, fécondité, densité de population, degré d'urbanisation, etc.), les indicateurs de prospérité socio-économique (profession, revenu, degré de formation, etc.) et les indicateurs relatifs à l'environnement (négligence éventuelle du milieu naturel : air, sol, eau).

2. Recherche épidémiologique

Il s'agit de l'étude des facteurs qui déterminent la prévention et la diffusion des maladies dans une population. Le rassemblement et l'analyse des données peuvent procéder de divers objectifs :

La recherche, en collaboration avec les instances scientifiques, des causes de maladies dont l'étiologie est encore insuffisamment connue.

Dès que la recherche des causes aura permis de déterminer les bases de mesures préventives, il faudra examiner de quelle façon ces mesures préventives pourront le mieux possible être mises en pratique. L'épidémiologie, ainsi conçue, devra s'attacher à étudier des facteurs de corrélation en vue

Schema basisgezondheidszorg

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK		
GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING		
PREVENTIEVE ZORG		
Preventieve persoonszorg	Preventie omgevingszorg	Preventieve gemeenschapszorg
— vroegtijdige opsporing	— relatie mens-milieu (lucht, water, aarde)	— relatie mens-produkt
— readaptatie	— relatie mens-kader (structuur)	
PERMANENTE EVALUATIE van de verschillende onderdelen van het gezondheidszorgsysteem		

A. Wetenschappelijk onderzoek

De basisgezondheidszorg dient gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en studie. De sociale geneeskunde kan hiervoor een algemeen uitgangspunt zijn. Als belangrijkste stappen in het basisgezondheidsonderzoek zijn er :

1. Analyse van de gezondheidsindicatoren

Men onderscheidt positieve, negatieve en onrechtstreekse gezondheidsindicatoren.

Bij de positieve indicatoren, ook indicatoren van gezondheid genoemd, zijn er : indicatoren van fysische gezondheid (lengte-gewichtscurve, cholesterolgehalte-bloed, longhartfunctie, e.a.); indicatoren van psycho-sociale gezondheid (b.v. : aanpassings-, zelfstandigheids-, bevredigingscategorieën); indicatoren afgeleid uit mortaliteitsgegevens (b.v. : levensverwachting, sterftekans).

De negatieve gezondheidsindicatoren worden ook genoemd de indicatoren van ziekte en dood. Onder de negatieve gezondheidsindicatoren vallen o.a. de mortaliteitscijfers (sterftecijfer, specifieke sterftecijfers), morbiditeitscijfers (ziektecategorieën, raadplegingsfrequentie, ziekenhuisopnamefrequentie, e.a.) en de combinatieindicatoren. In deze laatste categorie onderscheidt men de kwalitatieve (b.v. tijdstip van optreden van ziekte) en de kwantitatieve (b.v. frequentie van de afzonderlijke ziekten) indicatoren.

De onrechtstreekse gezondheidsindicatoren vormen de derde grote groep. Het zijn de meetgetallen die een aantal variabelen vormen in relatie met de gezondheid. Zo zijn er o.a. : demografische gegevens (nataliteit, fertiliteit, bevolkingsdichtheid, verstedelingsgraad, e.a.), socio-economische welvaartsindicatoren (beroep, inkomen, scholingsgraad, e.a.), milieuindicatoren (al dan niet verwaarlozing van het natuurlijk milieu : lucht, bodem, water).

2. Epidemiologisch onderzoek

Het is de studie van de factoren die het voorkomen en de verspreiding van ziekten in een bevolking bepalen. Dit verzamelen en analyseren van gegevens kan geschieden tegen de achtergrond van verschillende doelstellingen :

Het zoeken naar oorzaken van ziekten van welke etiologie nog onvoldoende opgehelderd is, dit in samenwerking met wetenschappelijke instanties.

Zodra via dit zoeken naar oorzaken aanknopingspunten voor preventieve maatregelen gevonden zijn, moet onderzocht worden op welke wijze deze preventieve maatregelen het best in praktijk gebracht kunnen worden. Epidemiologie in deze zin dient correlatiefactoren te bestuderen om

d'établir des relations causales significatives (par exemple cancer de l'estomac et consommation de sel). L'épidémiologie considérée sous cet angle est une discipline relativement récente née du développement de la statistique et de l'ordinateur.

Le deuxième objectif de la récolte et de l'analyse d'éléments épidémiologiques est de fournir les éléments indispensables à la planification, la direction et l'évaluation de services de prévention et de traitement de maladies et de lutte contre celles-ci, de même que pour l'établissement de priorités aux niveaux régional et national.

En ce qui concerne l'organisation sanitaire, il convient de prendre des dispositions concernant les aspects curatifs mais également préventifs, en particulier la surveillance sanitaire, par le biais de la protection de l'environnement, de l'alimentation et du milieu social, ce dernier exerçant une influence primordiale sur notre comportement.

3. Etablissement de projets d'action éventuels.

4. Evaluation multidisciplinaire (médicale, sociologique, écologique, économique, etc.) du champ d'action.

5. On choisira de préférence une orientation préventive (anticipative).

Il est évident que l'orientation des recherches sera fonction de la politique sanitaire globale.

B. Information et éducation sanitaires (I. E. S.)

En 1969, l'Organisation mondiale de la santé a donné de l'I. E. S. la définition suivante : « Health education is to encourage people to adapt and sustain healthful practise, to use judiciously and wisely the health services available to them, and to make their own decisions, both individually and collectively, to improve their health and environment ».

La réalisation d'une I. E. S. valable exige que les pouvoirs publics prennent l'initiative de l'organisation, par exemple dans le cadre des programmes d'études tout en encourageant l'initiative privée par exemple par l'octroi de subsides. Les modalités d'application sur ce plan seront réglées au niveau exécutif ou par décret.

Un colloque organisé à Louvain a démontré qu'il reste encore beaucoup à faire au sein des Communautés en matière d'I. E. S. Ce colloque a révélé que la situation présente est assez confuse en ce qui concerne le nombre et la nature des organisations qui exercent des activités dans le domaine de l'I.E.S., et la conception que ces organisations ont de cette notion. De plus, la coordination entre les diverses organisations est insuffisante, voire inexistante, de sorte que chacun croit devoir se spécialiser dans plusieurs domaines et pour plusieurs sous-groupes ou catégories d'âge (1).

En ce qui concerne l'I. E. S. dans l'enseignement, les Communautés ont la faculté d'inscrire un cycle complet d'I. E. S. aux programmes des diverses orientations d'études. D'autres pays ont déjà pris une avance dans ce domaine.

Enfin, il convient de s'intéresser également, dans le cadre de l'I. E. S., au rôle des services curatifs. L'éducation concernant la maladie, ses causes et ses conséquences, peut éventuellement être intégrée dans l'offre de soins curatifs; éducation des patients.

significante verbanden te leggen (b.v. maagkanker- en zoutgebruik). Epidemiologie in deze zin is relatief recent tot stand gekomen dank zij de ontwikkeling van statistiek en computer.

Een tweede doelstelling van het verzamelen en analyseren van epidemiologische gegevens is het verschaffen van de noodzakelijke gegevens voor planning, management en evaluatie van diensten voor preventie, bestrijding en behandeling van ziekten en voor het vaststellen van prioriteiten op regionaal dan wel op landelijk niveau.

Bij de gezondheidsvoorzieningen dient niet alleen gedacht te worden aan curatieve doch ook aan preventieve voorzieningen en met name aan gezondheidsbewaking via bewaking van het milieu, de voeding en het sociaal milieu als één van de belangrijkste achtergronden van onze gedragingen.

3. Opstellen van mogelijke actieplannen.

4. Multidisciplinaire evaluatie van het werkveld: medisch, sociologisch, ecologisch, economisch, enz.

5. Er wordt liefst een preventieve (anticiperende) gerichtheid gekozen.

Uiteraard staat dit onderzoek overigens ook in functie van het gehele gezondheidsbeleid.

B. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G. V. O.)

De G. V. O.-definitie (1969) van de Wereldgezondheidsorganisatie luidt : « Health education is to encourage people to adapt and sustain healthful practise, to use judiciously and wisely the health services available to them, and to make their own decisions, both individually and collectively, to improve their health status and environment ».

Voor de verwezenlijking van een degelijke G. V. O. dient de overheid zowel zelf-organiserend, bv. binnen het onderwijsprogramma, als aanmoedigend, bv. door subsidies aan privé initiatieven, op te treden. De uitvoeringsmodaliteiten ter zake dienen op het uitvoerend vlak of bij decreet geregeld.

Dat in de Gemeenschappen inzake G. V. O. nog heel wat dient gedaan, bleek tijdens een colloquium te Leuven in 1979. Daar bleek dat zowel naar het aantal en de aard van de organisaties die zich min of meer bezighouden met G. V. O., als naar de inhoud door hen gegeven aan dit begrip, er op dit ogenblik een verwarde toestand bestaat. Daarbij komt nog dat de coördinatie tussen de verschillende organisaties onvoldoende tot haar recht komt, of meestal volledig onbestaande is, zodat iedereen zich verplicht voelt specialist te zijn op verschillende domeinen en voor verschillende deelgroepen of leeftijden (1).

Wat de G. V. O. in het onderwijs betreft, kunnen de Gemeenschappen in de studieprogramma's van de verschillende studierichtingen een integraal G. V. O.-pakket opnemen. Andere landen zijn ons hier reeds een heel eind voor.

Ten slotte wordt gesteld dat binnen de G. V. O. ook aandacht moet worden besteed aan de rol van de curatieve diensten. Educatie omtrent de ziekte, haar gevolgen en oorzaken kan eventueel geïntegreerd worden in het curatieve verzorgingsaanbod; patiëntenopvoeding.

(1) « Gezondheidsopvoeding door gezondheidskunde? », colloque, Louvain, 20 octobre 1979, (K. U. L. Instituut voor Lichamelijke Opvoeding), : J. Knops : « Initiatieven inzake gezondheidsopvoeding in België : kritisch overzicht ».

(1) « Gezondheidsopvoeding door gezondheidskunde? », colloquium, Leuven, 20 oktober 1979, (K. U. L. Instituut voor Lichamelijke Opvoeding), : J. Knops : « Initiatieven inzake gezondheidsopvoeding in België : kritisch overzicht ».

Dans notre schéma, l'I. E. S. figure dans un cadre distinct. En termes de prévention classique, l'ensemble de l'information et de la formation est dénommé « prévention primaire ». La prévention secondaire est le dépistage précoce ou la protection contre la maladie, tandis que la prévention tertiaire concerne la réintégration et la prévention de la récurrence.

Les préventions classiques secondaire et tertiaire figurent dans notre schéma sous la rubrique « prophylaxie ».

C. Prophylaxie

Dans le cadre des soins de santé primaires, la prophylaxie constitue en quelque sorte le domaine de l'action directe. Il s'agit de dépister le plus tôt possible les situations susceptibles de nuire à la santé humaine, d'intervenir de manière préventive ou de prendre des mesures de protection.

La prophylaxie se divise en trois branches :

- la prophylaxie individuelle : axée directement sur l'état de santé physique ou psychique des individus ou des groupes porteurs de risques;
- la prophylaxie de l'environnement : le dépistage des dangers pour la santé et leur neutralisation; il s'agit de protéger l'individu contre les influences négatives des structures qui l'entourent;
- la prophylaxie sociale : la protection de l'individu contre les conséquences néfastes de l'utilisation ou de l'abus de certains produits.

1. Prophylaxie individuelle

La prophylaxie individuelle englobe le dépistage précoce de symptômes éventuels de la maladie par le truchement d'un contrôle médical, l'encadrement de groupes porteurs de risques particuliers, ainsi que la prévention directe par la vaccination.

- Contrôle médical : services médicaux du travail, inspection médicale scolaire.
- Prévention axée sur les groupes porteurs de risques : femmes enceintes et nourrissons (O.N.E.), sportifs (boxeurs, coureurs cyclistes mineurs d'âge, sport de compétition), personnes âgées (homes pour personnes âgées, soins à domicile).

— Prévention axée sur certaines maladies :

- maladies infectieuses (épidémiologie, statistiques); diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, risques de propagation de maladies contagieuses sévissant à l'étranger (services sanitaires dans les ports et aéroports, établissements de quarantaine), tuberculose (radiographie, tests tuberculitiques, dispensaires, commission de coordination), maladies vénériennes, etc.;
- dépistage du cancer (test de papanicolaou, cancer du sein, fichier du cancer);
- anomalies du métabolisme (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale);
- affections génétiques (il existe 6 centres dans notre pays);
- vaccination (variole, rubella);
- services spéciaux (services d'urgence, ambulances, 900).

Outre le dépistage précoce, la prophylaxie individuelle englobe la rééducation et la réadaptation.

In ons schema staat G. V. O. binnen een eigen kader. In termen van klassieke preventie wordt het geheel van voorlichting en opvoeding de « primaire preventie » genoemd. De secundaire preventie is dan het vroegtijdig opsporen van of beschermen tegen ziekte, terwijl de tertiaire preventie de reïntegratie of het voorkomen van herhaal omhelst.

De klassieke secundaire en tertiaire preventie worden in onze onderverdeling opgenomen bij de « preventieve zorg ».

C. Preventieve zorg

De preventieve zorg vormt binnen de basisgezondheidszorg als het ware het veld van de directe actie. Het is het zo vroeg mogelijk opsporen van toestanden die schade kunnen berokkenen aan de menselijke gezondheid, en het preventief ingrijpen of het nemen van beschermende maatregelen.

De preventieve zorg wordt ingedeeld in drie hoofdtakken :

- de preventieve persoonszorg : rechtstreeks gericht op de fysische en psychische gezondheidstoestand van individuen of risicodragende groepen;
- de preventieve omgevingszorg : het opsporen van gevaren voor de gezondheid en het onschadelijk maken van die gevaren; het is de bescherming van de mens tegen negatieve invloeden vanuit de structuren die hem omringen;
- de preventieve gemeenschapszorg : de bescherming van de mens tegen de nadelige gevolgen van het gebruik of misbruik van een aantal producten.

1. Preventieve persoonszorg

De preventieve persoonszorg omvat het vroegtijdig opsporen van mogelijke ziekteverschijnselen door medische controle, het begeleiden van bijzonder risicodragende groepen, alsook de directe preventie door inenting.

- Medische controle : arbeidsgeneeskundige diensten, medisch schooltoezicht.
- Preventie gericht op risicodragende groepen : zwangere en zuigelingen (N. W. K.), sportbeoefenaars (boksers, minderjarige wielrenners, prestatiesport), bejaarden (bejaardenoorden, thuisverzorging).

— Preventie gericht op bepaalde ziekten :

- infectieziekten (epidemiologie, statistieken); diphterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, mazelen, difterie, vanuit het buitenland dreigende besmettelijke ziekten (sanitaire haven- en luchthavendiensten, quarantaine inrichtingen), tuberculose (RX-foto, tuberculineproeven, dispensaria, coördinatiecommissie), geslachtsziekten, enz.;
- kankeropsporing (papanicolaoutest, borstkanker, kankerregister);
- metabolische afwijking (phenylketonurie, congenitale hypothyroïdie);
- genetische aandoeningen (6 centra bestaan in ons land);
- inenting (pokken, rubella);
- speciale diensten (urgentiediensten, ziekenwagen, 900).

Naast het vroegtijdig opsporen van mogelijke ziekteverschijnselen omvat de preventieve persoonszorg ook de reëducatie en readaptatie.

A cet égard, nous distinguons :

L'éducation des patients : c'est-à-dire l'apprentissage de la marche à suivre et des soins à prodiguer en cas de maladie, changement des habitudes qui favorisent l'apparition de la maladie et affectent dès lors le rétablissement.

Promotion et encouragement des soins individuels et collectifs. Ces dernières années, des groupements de soins collectifs se sont développés, et ce, également en dehors des établissements de soins. Cette forme d'assistance a ceci de particulier que l'on renforce son bonheur et sa résistance en secourant les autres. Exemples : les groupes de mastectomie, de stoma, d'hypertension, d'anti-adipose, etc.

Accueil et rééducation d'alcooliques, drogués et autres toxicomanes.

Dans cette prévention dite tertiaire, les autorités exercent une mission d'aide bien définie à l'égard des récentes initiatives privées.

2. Prophylaxie de l'environnement

La prophylaxie de l'environnement comporte deux volets importants, à savoir la relation individu-environnement et la relation individu-milieu.

L'environnement est constitué par le milieu naturel dans lequel l'homme évolue.

La prophylaxie de l'environnement comporte :

- l'hygiène du sol (ensevelissement, cimetières et crématoires; enlèvement des charognes; collecte des ordures ménagères et autres déchets);

- l'hygiène de l'eau (installations d'eau potable; eau des piscines; bassins de natation, eaux de mer, eaux des lacs, eaux usées, installations d'égouts, installations d'épuration; ruisseaux, rivières et fleuves);

- l'hygiène de l'air (installations de mesurage, installations d'épuration, pollution atmosphérique due aux véhicules automoteurs, installations de chauffage, entreprises, etc., protection contre la radio-activité).

Le second volet est constitué par la relation individu-milieu.

Il comporte :

- la sécurité routière (Via Secura, Conseil supérieur de la Sécurité routière);

- mesures préventives dans le domaine des habitations insalubres;

- réglementation générale en matière de sécurité du travail;

- services spéciaux (service des calamités, protection civile).

La prophylaxie de l'environnement considère les relations individu-environnement et individu-milieu comme participant d'un système unique; elle étudie donc l'être humain dans son cadre global.

Les tâches à accomplir dans ce domaine sont les suivantes :

- stimuler la prise de décisions (selon des modalités nouvelles) dans des domaines où la santé est attaquée ou menacée de manière évidente et fournir les éléments nécessaires à cette prise de décisions;

- limiter les menaces ou les risques auxquels la santé est exposée dans les cas où aucune décision n'a encore été

Hierin onderscheiden we :

Patiëntenopvoeding : d.w.z. het leren omgaan met de ziekte en de verzorging, het ombuigen van verkeerde leefgewoonten indien ze voorkomen in het ontstaan van de ziekte en daarom interfereren met het herstel.

Ondersteunen en aanmoedigen van zelfzorg- en mantelzorg. De laatste jaren zijn mantelzorggroepen in ontwikkeling gekomen, ook buiten de inrichtingen. Daarbij doet zich het fenomeen voor dat men, anderen helpend, zelf sterker en gelukkiger wordt. Voorbeelden zijn mastectomiegroepen, stomagroepen, hypertensie-groepen, anti-vetzucht-groepen enz.

Opvang en reëducatie van verslaafden aan drank, drugs of andere bedwelmende middelen.

In deze tertiaire preventie, zoals ze genoemd werd, heeft de overheid naar de jonge privé initiatieven een duidelijke ondersteunende opdracht.

2. Preventieve omgevingszorg

De preventieve omgevingszorg is in te delen in twee grote luiken, nl. de relatie mens-milieu (werk- en arbeidsmilieu) en de relatie mens-kader.

Het milieu is de natuur-omgeving waarbinnen de mens leeft.

De preventieve milieuzorg omvat :

- hygiëne bodem (lijkbezorging, begraafplaatsen en crematoria; verwijdering van dierkadavers; afvoer van huisvuil en andere afvalstoffen);

- hygiëne water (drinkwaterinstallaties; zwembadwater, zweminrichtingen zeewater, meerwater; afvalwater, rioleeringsinstallaties, zuiveringsinstallaties; beken, rivieren en stromen);

- hygiëne lucht (peilstations, zuiveringsinstallaties, luchtverontreiniging door auto's, verwarmingsinstallaties, bedrijven, e.a., bescherming tegen radioactiviteit).

Een tweede luik vormt de relatie mens-kader. Dit is het werk-, woon- en bewegingskader van de mens.

Het omvat :

- verkeersveiligheid (Via Secura, Hoge Raad voor de Verkeersveiligheid);

- preventie tegen ongezonde woningen;

- algemene reglementering inzake arbeidsveiligheid;

- speciale diensten (rampendienst, civiele bescherming).

Het geheel van de preventie omgevingszorg gaat uit van de benadering van de mens-milieu en de mens-kader relaties als één systeem; dus, met een integrale mensbeschouwing als uitgangspunt.

Als algemene taakomschrijving geldt dan :

- stimuleren van (hernieuwde) besluitvorming op terreinen waar de gezondheid schade ondervindt of risico's blijkt te lopen, evenals het actief leveren van de voor die beslissingen noodzakelijke gegevens en

- het beperken van de reeds dreigende gezondheidschade of risico's in gevallen waar nog geen besluit werd

prise ou lorsqu'on a résolu d'accepter certains risques sur le plan sanitaire ou qu'il n'existe pas (encore) d'autres solutions.

3. *Prophylaxie sociale*

La prophylaxie sociale a pour objet la protection contre l'utilisation erronée de certains produits ou l'abus de produits consommés par une partie importante de la population.

Elle englobe :

- la protection contre l'intoxication alimentaire (inspection et contrôle des denrées alimentaires et des boissons, inspection de l'alimentation, inspection et contrôle du bétail et des viandes);
- la protection contre l'intoxication par les médicaments, produits prophylactiques et l'usage de sérums et vaccins (inspection pharmaceutique, inspection agricole);
- la protection contre l'intoxication résultant de la consommation abusive d'alcool ou de stupéfiants (loi Vandervelde, loi sur les narcotiques et sur l'opium, etc.).

D. Nécessité d'une politique cohérente et d'inspiration sociale dans le domaine des soins de santé de base

Il faut considérer l'être humain dans son ensemble, en tant qu'individu et dans son environnement.

La nécessité d'une politique cohérente de la santé étant universellement admise, il convient a fortiori d'admettre celle d'une politique cohérente des soins de santé de base.

La loi spéciale du 8 août 1980, à savoir l'article 5, § 1, attribue à la compétence des communautés de notre pays la politique de santé, considérée comme une matière personnalisable, et ce, conformément à l'article 59bis de la Constitution.

C'est à juste titre que l'on admet que rien n'est plus personnalisable dans son approche que les soins de santé des humains y compris donc les soins de santé de base.

La loi spéciale n'a toutefois rangé parmi les matières personnalisables qu'un nombre limité d'éléments relevant des soins de santé de base, à savoir « l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales ».

L'article 6 de la loi spéciale du 8 août 1980 a délégué aux régions des pouvoirs concernant un certain nombre d'aspects des soins de santé de base.

Le fait que la région et la communauté coïncident sur le territoire de la Région flamande, en vertu de l'article 1, § 1, de la loi spéciale du 8 août 1980, permet d'élaborer une politique coordonnée pour les matières régionales et communautaires en tant qu'aspects des soins de santé de base.

La présente proposition de loi vise dès lors à attribuer aux communautés la compétence sur les aspects non encore communautarisés des soins de santé de base.

A cet effet, il conviendra de modifier, en la complétant, la loi spéciale du 8 août 1980, modification qui exigera un vote à la majorité qualifiée.

genomen; ook waar men besloten heeft gezondheidsrisico's te accepteren of waar (nog) geen andere oplossingen mogelijk zijn.

3. *Preventieve gemeenschapszorg*

Preventieve gemeenschapszorg is de bescherming tegen verkeerde behandeling van bepaalde produkten, of het misbruik van produkten, geconsumeerd door een groot deel van de bevolking.

Zij omvat :

- de bescherming tegen vergiftiging door het gebruik van voedingsmiddelen (keuring en controle van eet- en drinkwaren, voedselkeuring, keuring en controle van vee en vlees);
- de bescherming tegen vergiftiging door geneesmiddelen, bestrijdingsmiddelen en het gebruik van sera en vaccins (farmaceutische inspectie, landbouwinspectie);
- de bescherming tegen vergiftiging door overmatig gebruik van alcoholische dranken of andere bedwelmende middelen (drankwet Vandeveld, narcotica- en opiumwet, e.a.).

D. Noodzaak van een samenhangend en gemeenschapsgebonden beleid inzake basisgezondheidszorg

De mens dient benaderd in zijn geheel, als persoon, in zijn omgeving.

De noodzaak van een samenhangend gezondheidsbeleid wordt algemeen erkend, a fortiori de noodzaak van een samenhangend beleid inzake basisgezondheidszorg.

De bijzondere wet van 8 augustus 1980 wijst in zijn artikel 5, § 1, het gezondheidsbeleid, als persoonsgebonden aangelegenheid, toe aan de gemeenschappen van ons land. Dit in uitvoering van het artikel 59bis, § 2bis, van de Grondwet.

Terecht wordt erkend dat niets meer persoonsgebonden in zijn benadering, dan de gezondheidszorg van de mensen, is dus ook de basisgezondheidszorg.

Toch werd slechts een aantal aspecten van wat tot de basisgezondheidszorg gerekend wordt, door hogervernoemde bijzondere wet ingedeeld bij de persoonsgebonden materies, nl. « de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis ».

De bevoegdheid over een aantal aspecten van de basisgezondheidszorg werd aan de gewesten overgedragen, nl. door artikel 6 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

Het samenvallen van gewest en gemeenschap op het grondgebied van het Vlaams gewest, op basis van artikel 1, § 1, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, maken een gecoördineerd beleid over de gewestelijke- en gemeenschapsmateries, als aspecten van de basisgezondheidszorg, mogelijk.

Met onderhavig wetsvoorstel is het dan ook de bedoeling de nog niet gecommunautariseerde aspecten van de basisgezondheidszorg onder te brengen bij de gemeenschapsbevoegdheden.

De techniek die hiervoor wordt aangewend is een wijziging, een aanvulling van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, uiteraard goed te keuren met een gekwalificeerde meerderheid.

E. Nécessité d'une politique de santé globale

Il existe une interaction évidente entre les divers aspects de la politique de santé. Une telle politique doit être considérée de manière globale par la communauté à laquelle elle est destinée.

Une bonne politique des soins de santé de base entraînera une diminution du nombre des prestations de soins curatifs.

Il importe donc de ne pas disperser les compétences en matière de soins de santé entre des instances indépendantes les unes par rapport aux autres.

La présente proposition de loi tend dès lors à confier aux communautés l'ensemble des compétences en matière de soins de santé.

Examen des articles

Article 1

Cet article définit la notion de soins de santé de base. Cette notion est ainsi définie par une loi qui devra être approuvée formellement par les deux communautés.

Art. 2

a) *Modification de l'article 5, § 1^{er}, I, 2^o, de la loi spéciale du 8 août 1980*

Le 2^o de cet article range parmi les matières personnalisables les soins de santé de base, à l'exception toutefois des aspects des soins de santé de base visés à l'article 107^{quater} de la Constitution (art. 6 de la loi spéciale du 8 août 1980) qui sont considérés comme des matières régionales.

Cet article :

1) abroge l'exception prévue par l'article 5, § 2, 2^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 en ce qui concerne les mesures prophylactiques nationales, ces mesures relevant désormais intégralement de la compétence des communautés;

2) transfère aux communautés les compétences en matière de protection de l'environnement qui sont actuellement nationales en vertu de l'article 6 de la même loi spéciale du 8 août 1980.

Dans les contextes national et international, les communautés prévoiront en ces matières des normes identiques ou différentes et prendront des mesures ou des initiatives communes ou distinctes.

Ces transferts de compétences permettront aux communautés d'organiser et de développer, éventuellement par voie de décret et de manière cohérente, leur politique en matière de soins de santé de base.

Pour financer cette communautarisation des soins de santé, les communautés pourraient avoir recours notamment aux fonds de la sécurité sociale. En effet, « les assurés sociaux ont droit aux soins préventifs ainsi qu'à ceux justifiés par l'amélioration, le maintien ou le rétablissement de leur santé et de celle de leur famille » (1).

Ces soins préventifs peuvent également être budgétisés.

E. Noodzaak van een globaal gezondheidsbeleid

Het is voor elkeen duidelijk dat de verschillende incidenties van een gezondheidsbeleid mekaar beïnvloeden. Zo'n beleid moet globaal bekeken worden en dit door de gemeenschap waarvoor het bestemd is.

Een goed uitgebouwde basisgezondheidszorg zal voor gevolg hebben dat minder curatieve zorgen dienen verstrekt.

Het ligt dan ook voor de hand dat moet vermeden worden dat de bevoegdheden inzake gezondheidszorg over meerdere van elkaar onafhankelijke instanties verspreid worden.

Dit wetsvoorstel strekt er dan ook toe alle bevoegdheden inzake gezondheidszorg aan de gemeenschappen toe te vertrouwen.

Commentaar bij de artikelen

Artikel 1

Dit artikel geeft een bepaling van wat « basisgezondheidszorg » is. Aldus wordt door een wet, die het uitdrukkelijk akkoord heeft van beide gemeenschappen, de inhoud bepaald van dit begrip.

Art. 2

a) *Wijziging van het 2^o van artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980*

Het 2^o van dit artikel neemt de basisgezondheidszorg op bij de persoonsgebonden materies. Er wordt nochtans uitzondering gemaakt voor de aspecten van de basisgezondheidszorg die bedoeld worden bij artikel 107^{quater} van de Grondwet (art. 6 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980) en die als gewestmateries worden gecatalogeerd.

Tengevolge van dit artikel :

1) wordt de thans in artikel 5, § 2, 2^o, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 bestaande uitzondering ten aanzien van de nationale maatregelen inzake profylaxie opgeheven; de bedoelde profylaxie behoort integraal tot de bevoegdheid van de gemeenschappen;

2) worden de bevoegdheden inzake preventieve milieuzorg, die thans nationale worden uitgeoefend, eveneens ten gevolge van artikel 6 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, overgedragen naar de gemeenschappen.

Binnen de nationale en internationale context zullen de gemeenschappen op deze vlakken gelijke of verschillende normen stellen, en gezamenlijk of afzonderlijk maatregelen treffen of initiatieven nemen.

Deze bevoegdheidsoverdrachten zullen het de gemeenschappen mogelijk maken, eventueel bij decreet, op samenhangende wijze hun basisgezondheidszorg te organiseren en uit te bouwen.

Het ligt voor de hand dat hiervoor de nodige financiering wordt voorzien. Deze kan o.m. gevonden worden binnen de middelen ter beschikking gesteld van de sociale zekerheid. Werd immers niet gesteld : « de speciaal verzekerden hebben recht op preventieve verzorging en op die welke voor de verbetering, het behoud of het herstel van hun gezondheid en die van hun gezin verantwoord is » (1).

Ook aan deze preventieve zorg mag een begrotingscijfer verbonden worden.

(1) Sénat, Doc. n° 2, p. 170, session 1980-1981.

(1) Senaat, Stuk 508, n° 2, blz. 170, zittijd 1980-1981.

Sont susceptibles d'être transférés aux communautés, dans le cadre des soins de santé de base, les services et activités nationaux suivants :

Département de la Santé publique

Année budgétaire 1980.

	Millions
12.21 (aide médicale urgente)	38,7
12.22 (protection civile)	14,1
12.23 (prophylaxie générale)	2,2
12.24 (études en matière de stupéfiants)	2,0
12.35 (subsidés aux organismes éducatifs ou prophylactiques sanitaires)	40,0
33.17 (subsidés à des organismes d'études, d'orientation et de coordination en matière sociale)	0,5
41.21 (quote-part du département au « Fonds d'aide médicale urgente »)	4,2
11.03 (rémunération du personnel de l'I. H. E. (Institut d'hygiène et d'épidémiologie) et des laboratoires)	273,6
12.50 (achat de biens I. H. E.)	70,0
12.51 (dépenses spécifiques I. H. E.)	13,7
12.59 (dépenses spécifiques I. H. E.)	70,0
12.53 (dépenses généralement quelconques concernant le contrôle des eaux de surface, les recherches et essais relatifs à l'épuration des eaux usées)	6,8
12.56 (lutte contre la pollution atmosphérique)	41,8

Communications

Budget 1980 (*Moniteur belge* du 13 août 1980)

12.24 (Office de la circulation routière : édition et diffusion de documents divers — éducation des usagers de la route — subventions à accorder à certains organismes — achat de biens non durables et de services)	19,0
41.01 (subvention à l'Association nationale pour la prévention des accidents de la route « Via Secura »)	1,0

Agriculture

Budget 1980 (*Moniteur belge* du 3 septembre 1980)

12.26 (contrôle de l'emploi des produits phytomédicamenteux afin de sauvegarder les débouchés de produits végétaux. Examens de laboratoires nécessaires pour le contrôle phytosanitaire)	4,4
--	-----

Intérieur

Budget 1981 (*Moniteur belge* du 25 juin 1981)

43.09 (remboursement aux communes, centres de secours « 900 » des frais de fonctionnement de ces centres)	117,7
63.06 (acquisition de matériel destiné à l'installation et à l'équipement des centres de secours « 900 » fonctionnant dans les agglomérations, les fédérations de communes et les communes)	
crédits d'engagement	5,0
crédits d'ordonnancement	8,5

Volgende bestaande nationale diensten en activiteiten komen in het raam van de basisgezondheidszorg in aanmerking voor overdracht naar de gemeenschappen :

Departement Volksgezondheid

Begrotingsjaar 1980

	Miljoenen
12.21 (dringende geneeskundige hulpverlening)	38,7
12.22 (burgerbescherming)	14,1
12.23 (algemene profylaxie)	2,2
12.24 (studies inzake verdovende middelen)	2,0
12.35 (toelagen voor sanitaire of voorbehoedende organismen)	40,0
33.17 (toelage voor studie, oriëntatie en coördinatie organismen van sociale aard)	0,5
41.21 (aandeel van het departement in het « Fonds voor dringende hulpverlening »)	4,2
11.03 (bezoldigingen I. H. E. (Instituut voor Hygiëne en epidemiologie) en laboratoria)	273,6
12.50 (aankoop van goederen I. H. E.)	70,0
12.51 (specifieke uitgaven I. H. E.)	13,7
12.59 (specifieke uitgaven I. H. E.)	70,0
12.53 (alle onderzoek, controle oppervlaktewater, afvalwater)	6,8
12.56 (luchtverontreiniging)	41,8

Verkeerswezen

Begroting 1980 (*Belgisch Staatsblad* 13 augustus 1980)

12.24 (Dienst wegverkeer : drukken en verspreiden van allerhande bescheiden — opvoeding van de weggebruikers — toelagen aan organismen — aankoop van niet duurzame goederen en van diensten)	19,0
41.01 (toelagen aan de Nationale Vereniging ter voorkoming van ongevallen op de weg « Via Secura »)	1,0

Landbouw

Begroting 1980 (*Belgisch Staatsblad* 3 september 1980)

12.26 (controle op het gebruik van phytofarmaceutische produkten om de afzet van plantaardige produkten te vrijwaren. Laboratoriumonderzoeken nodig voor de phytosanitaire controle)	4,4
--	-----

Binnenlandse Zaken

Begroting 1981 (*Belgisch Staatsblad* 25 juni 1981)

43.09 (terugbetaling aan de gemeenten « 900 » van de werkingskosten van deze centra)	117,7
63.06 (aanschaffing van materieel voor de installatie en de uitrusting van de hulpcentra (900) functionerend in de agglomeraties, de federaties en de gemeenten :	
vastlegging	5,0
ordonnancering	8,5

*Education nationale*Budget 1980 (*Moniteur belge* du 18 mars 1981)

Centres P. M. S. et centres d'orientation professionnelle

11.05	(rémunération du personnel)	
01	inspection	12,9
03	Centres P. M. S.	418,9
11.04	(01 allocations — orientation professionnelle)	0,5
12.01	(honoraires avocats-médecins)	55,2
12.02	(dépenses de consommation)	10,4
12.03	(fournitures de biens, etc.)	147,5
12.05	(indemnités généralement quelconques)	7,7
12.06	(loyer, etc.)	6,8
12.07	(frais exceptionnels)	
01	centre P. M. S.	4,5
12.18	(travaux d'entretien)	12,0
43.01	(subventions-traitements aux Offices d'orientation professionnelle et centres P. M. S.) (provinces et communes)	243,5
43.02	(subventions de fonctionnement)	35,4
44.01	(subventions-traitements offices O. P. et C. P. M. S. libres subventionnés)	316,2
44.02	(subventions de fonctionnement)	49,9

*Education nationale*Budget 1980 (*Moniteur belge* du 18 mars 1981)

C. P. M. S. et orientation professionnelle

11.03	(rémunération du personnel)	
04	centres psycho-médico-sociaux	454,5
05	inspection des centres P. M. S. et offices O. P.)	8,1
11.04	(allocations généralement quelconques au personnel de l'Etat)	0,1
12.01	(honoraires des avocats et des médecins, etc.)	
01	Centres P. M. S.	27,1
12.02	(dépenses de consommation en rapport avec l'occupation des locaux et dépenses d'entretien) 01	12,8
12.03	(fournitures de biens et services) 01	16,5
12.05	(indemnités généralement quelconques) 01	7,2
12.06	(loyer de biens immobiliers) 01	26,1
12.07	(frais exceptionnels) 01	3,1
12.29	(dépenses diverses)	0,9
43.01	(transferts de revenus aux provinces, communes, etc., pour l'octroi de subventions-traitements aux offices d'orientation professionnelle et aux centres P. M. S. officiels subventionnés)	70,1
43.02	(subventions de fonctionnement)	4,4
44.01	(transferts de revenus à l'enseignement libre, subventions-traitement aux C. P. M. S. et orientation professionnelle)	717,0
44.02	(subventions de fonctionnement)	54,8

b) *Modification de l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980*

Vu la nécessité d'une politique globale de santé (une bonne organisation des soins de santé de base a une incidence sur les régimes organiques des secteurs curatifs) ces régimes devraient également relever de la compétence des communautés.

*Nationale Opvoeding*Begroting 1980 (*Belgisch Staatsblad* 18 maart 1981)

P. M. S.-centra en centra voor beroepsoriëntering

11.05	(bezoldiging van het personeel)	
01	inspectie	12,9
03	P. M. S.-centra	418,9
11.04	(01 toelagen — beroepsoriëntering)	0,5
12.01	(erelonen advocaten-geneesheren)	55,2
12.02	(verbruiksuitgaven)	10,4
12.03	(levering van goederen)	147,5
12.05	(allerhande vergoedingen)	7,7
12.06	(huur, enz.)	6,8
12.07	(uitzonderingsuitgaven)	
01	P. M. S.-centra	4,5
12.18	(onderhoudswerken)	12,2
43.01	(weddetoelagen aan de officiële gesubsidieerde diensten voor beroepsoriëntering en P. M. S.) (provincies en gemeenten)	243,5
43.02	(werkingstoelagen)	35,4
44.01	(weddetoelagen aan de vrije gesubsidieerde diensten B. O. en P. M. S.)	316,2
44.02	(werkingstoelagen)	49,9

*Nationale Opvoeding*Begroting 1980 (*Belgisch Staatsblad* 18 maart 1981)

P. M. S. en beroepsoriëntering

11.03	(bezoldiging personeel)	
04	psycho-medische-sociale centra	454,5
05	inspectie van de P. M. S.-centra en beroepsoriëntatie)	8,1
11.04	(allerhande toelagen aan het rijksperoneel)	0,1
12.01	(erelonen van advocaten en van geneesheren,	
01	P. M. S.-centra	27,1
12.02	(verbruiksuitgaven met betrekking tot het bezetten van de lokalen en onderhoudsuitgaven) 01	12,8
12.03	(levering van goederen en diensten) 01	16,5
12.05	(allerhande vergoedingen) 01	7,2
12.06	(huur van onroerende goederen) 01	26,1
12.07	(uitzonderingsuitgaven) 01	3,1
12.29	(diverse uitgaven)	0,9
43.01	(inkomensoverdrachten aan provincies, gemeenten voor weddetoelagen aan de officieel gesubsidieerde dienst voor beroepsoriëntering en P. M. S.-centra)	70,1
43.02	(werkingstoelagen)	4,4
44.01	(inkomensoverdracht aan het vrij onderwijs weddetoelagen P. M. S.-centra en beroepsoriëntering)	717,0
44.02	(werkingstoelagen)	54,8

b) *Wijziging van het 1^o van artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980*

Aangezien een gezondheidsbeleid globaal moet kunnen gevoerd worden — een degelijke basisgezondheidszorg heeft haar invloed op de organieke regelingen der curatieve sectoren — ligt het voor de hand dat deze regelingen eveneens tot de bevoegdheid van de gemeenschappen gaan behoren.

Prévenir coûte moins cher que guérir. Il est évident qu'une bonne politique des soins de santé de base permettra de réduire les dépenses pour les (coûteux) soins curatifs et partant de réaliser des économies.

Cette politique aura la même incidence sur les allocations d'invalidité et d'incapacité de travail.

Une politique de santé globale et responsable exige que l'on dispose de ressources propres.

Aussi le 1^o de cet article transfère-t-il également aux communautés les compétences en matière d'assurance maladie-invalidité.

Le coût d'un tel transfert s'élèverait (chiffres de 1979) à 95 952,2 millions de F en cotisations et à 73 376,0 millions de F en subventions de l'Etat.

Une loi ordinaire suffirait pour attribuer ces ressources aux communautés et ce proportionnellement au chiffre de leur population.

PROPOSITION DE LOI

Article 1

Les soins de santé de base englobent l'ensemble des activités et services d'éducation et d'information sanitaires, de prophylaxie individuelle, de prophylaxie de l'environnement et de prophylaxie sociale destinés à sauvegarder et à améliorer le niveau général de la santé.

Art. 2

A l'article 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles sont apportées les modifications suivantes :

1) le 1^o est remplacé par la disposition suivante :

« 1^o La politique de dispensation de soins dans et au-dehors des institutions de soins, y compris l'assurance maladie-invalidité. »

2) le 2^o est remplacé par la disposition suivante :

« 2^o Les soins de santé de base, à l'exception des compétences en matière de prophylaxie de l'environnement prévues à l'article 107^{quater} de la Constitution. »

10 février 1982.

Voorkomen is beterkoop dan genezen. Het is duidelijk dat wie een sterke basisgezondheidszorg uitbouwt minder zal uitgeven aan dure curatieve zorgen en dus bespaart.

Tevens vindt dit zijn weerslag op het vlak van de uitkeringen voor invaliditeit en andere werkonbekwaamheid.

Een verantwoordelijk, globaal gezondheidsbeleid zal dan ook gevoerd worden met eigen middelen.

Vandaar het 1^o van dit artikel dat eveneens tot doel heeft de bevoegdheid over de ziekte- en invaliditeitsverzekering naar de gemeenschappen over te dragen.

Hiermede is een — cijfers van 1979 — bedrag gemoeid van 95 952,2 miljoen F bijdragen en 73 376,0 miljoen F rijkstoelagen.

Een gewone wet kan deze middelen, *a rato* van het aantal leden, toewijzen aan de gemeenschappen.

A. DIEGENANT

WETSVOORSTEL

Artikel 1

De basisgezondheidszorg omvat het geheel van activiteiten en diensten op het vlak van de gezondheidsopvoeding en -voorlichting, alsmede op het vlak van de preventieve persoonszorg, de preventieve omgevingszorg en de preventieve gemeenschapszorg, met het oog op het verbeteren en beveiligen van het algemeen gezondheidspeil.

Art. 2

In artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 houdende hervorming van de instellingen, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1) het 1^o wordt vervangen door de volgende bepaling :

« 1^o Het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, met inbegrip van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. »

2) het 2^o wordt vervangen door de volgende bepaling :

« 2^o De basisgezondheidszorg, met uitzondering van de bevoegdheden inzake de preventieve omgevingszorg vermeld in artikel 107^{quater} van de Grondwet. »

10 februari 1982.

A. DIEGENANT
A. LARIDON
D. VERVAET