

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1980-1981

3 FEBRUARI 1981

BEGROTING

van het Ministerie van Volksgezondheid
en van het Gezin
voor het begrotingsjaar 1981

WETSONTWERP

houdende aanpassing van de begroting van het
Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin
voor het begrotingsjaar 1980

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET GEZIN
EN HET LEEFMILIEU (1)

UITGEBRACHT DOOR DE HEER HANCKE

INHOUD

	Blz.
I. — Beleidsnota van de Minister	3
1. Algemene inleiding	3
A. Lopende uitgaven	3
B. Kapitaaluitgaven	4
2. Samenwerking met internationale organisaties en met andere landen	4
3. Ziekenhuisbeleid	5
3.1. Ziekenhuisbeheer	5
3.2. Programmatie	5
3.3. Verpleegdagprijs en financiële aspecten	6
3.4. Dienst voor de geestelijke gezondheid	7
3.5. Alternatieve zorgen	7

(1) Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer Kelchtermans.

A. — Leden : de heren Cauwenberghs, Diegenant, Mevr. Dielens, de heren Kelchtermans, Langendries, Lenssens, Liénard, Schyns, Mevr. Tyberghien-Vandenbussche, de heer Van den Brande. — Mevr. Adriaenssens echtg. Huybrechts, de heren Gondry, Hancké, Mooock, Temmerman, Van Cauwenberghe, Van der Biest. — de heren Colla, De Grève, Pierard, Poma. — de heer Moreau. — de heer Anciaux.

B. — Plaatsvervangers : de heer Beerden, Mevr. Demeester-De Meyer, de heer De Vlies, Mev. Devos, de heren Gheysen, Marchand, Marc Olivier, Pierret, Mevr. Ryckmans-Corin, de heren Verroken, Wauthy. — de heren Biefnot, Delhay, Mevr. Detiège, de heren Jandrain, Onkelinx, Sleenckx, Vandenhove, Vanvelthoven. — de heren Bonnel, Cornet d'Elzius, Flamant, Tromont, Van Renterghem. — de heer Nols, Mevr. Spaak echtg. Danis. — de heren Caudron, Valkeniers.

Zie :

4-XXI (1980-1981) :

— N° 1 : Begroting.

— N° 2 : Amendementen.

5-XXI (1980-1981) :

— N° 1 : Wetsontwerp.

Chambre des Représentants

SESSION 1980-1981

3 FÉVRIER 1981

BUDGET

du Ministère de la Santé publique
et de la Famille
pour l'année budgétaire 1981

PROJET DE LOI

ajustant le budget
du Ministère de la Santé publique et de la Famille
de l'année budgétaire 1980

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE, DE LA FAMILLE
ET DE L'ENVIRONNEMENT (1)

PAR M. HANCKE

SOMMAIRE

	Pages
I. — Note de gestion du Ministre	3
1. Introduction générale	3
A. Dépenses courantes	3
B. Dépenses de capital	4
2. Collaboration avec des organisations internationales et d'autres pays	4
3. Politique hospitalière	5
3.1. Gestion des hôpitaux	5
3.2. Programmation	5
3.3. Prix de la journée d'hospitalisation et aspects financiers	6
3.4. Service de santé mentale	7
3.5. Soins alternatifs	7

(1) Composition de la Commission :

Président : M. Kelchtermans.

A. — Membres : MM. Cauwenberghs, Diegenant, Mme Dielens, MM. Kelchtermans, Langendries, Lenssens, Liénard, Schyns, Mme Tyberghien-Vandenbussche, M. Van den Brande. — Mme Adriaenssens épouse Huybrechts, MM. Gondry, Hancké, Mooock, Temmerman, Van Cauwenberghe, Van der Biest. — MM. Colla, De Grève, Pierard, Poma. — M. Moreau. — M. Anciaux.

B. — Suppléants : M. Beerden, Mme Demeester-De Meyer, M. De Vlies, Mlle Devos, MM. Gheysen, Marchand, Marc Olivier, Pierret, Mme Ryckmans-Corin, MM. Verroken, Wauthy. — MM. Biefnot, Delhay, Mme Detiège, MM. Jandrain, Onkelinx, Sleenckx, Vandenhove, Vanvelthoven. — MM. Bonnel, Cornet d'Elzius, Flamant, Tromont, Van Renterghem. — M. Nols, Mme Spaak épouse Danis. — MM. Caudron, Valkeniers.

Voir :

4-XXI (1980-1981) :

— N° 1 : Budget.

— N° 2 : Amendements.

5-XXI (1980-1981) :

— N° 1 : Projet de loi.

	Blz.		Pages
4. Geneeskunde praktijk	8	4. Art de guérir	8
4.1. Medisch aanbod	8	4.1. Offre médicale	8
4.2. Orde van geneesheren	8	4.2. Ordre des médecins	8
4.3. Provinciale geneeskundige commissies	9	4.3. Commissions médicales provinciales	9
4.4. Medische wachtdienst	9	4.4. Service médical de garde	9
4.5. Apotheken	10	4.5. Pharmacies	10
4.6. Huisartsen en geneesheren-specialisten	10	4.6. Médecins généralistes et spécialistes	10
4.7. E.E.G.-richtlijnen betreffende geneeskundige, verpleegkundige en paramedische beroepen	11	4.7. Directives de la C.E.E. relatives aux professions médicales, paramédicales et à l'art infirmier	11
5. Preventieve gezondheidszorg	14	5. Médecine préventive	14
5.1. Algemene beschouwingen	14	5.1. Considérations générales	14
5.2. Sociale geneeskunde	14	5.2. Médecine sociale	14
5.3. Sociale ziekten	14	5.3. Les maladies sociales	14
5.4. Sanitaire opvoeding	15	5.4. Education sanitaire	15
5.5. Gezinsbeleid en kinderopvang	15	5.5. Politique familiale et accueil de l'enfant	15
5.6. Medisch schooltoezicht	15	5.6. Inspection médicale scolaire	15
5.7. Tabak	15	5.7. Tabac	15
6. Thuisverzorging	16	6. Soins à domicile	16
7. Sociaal-Medische Rijksdienst (S.M.R.). — Administratieve Gezondheidsdienst (A.G.D.)	16	7. Office médico-social de l'Etat (O.M.S.E.) — Service de santé administratif (S.S.A.)	16
8. Maatschappelijk welzijn	17	8. Aide sociale	17
8.1. Steun aan behoeftigen	17	8.1. Aide aux indigents	17
8.2. Steun verleend aan de vluchtelingen	17	8.2. Aide aux réfugiés	17
8.3. Bestaansminimum	18	8.3. Le minimum de moyens d'existence	18
8.4. Bijzonder maatschappelijk dienstbetoon	18	8.4. Aide sociale spéciale	18
8.5. Rustoorden voor bejaarden	19	8.5. Maisons de repos pour personnes âgées	19
9. Oorlogsgetroffenen	19	9. Victimes de la guerre	19
10. Dringende medische hulpverlening	20	10. Aide médicale urgente	20
11. Geneesmiddelen	21	11. Médicaments	21
12. Voedingsmiddelen en vleeshandel	21	12. Denrées alimentaires et viandes	21
13. Leefmilieu — Kernveiligheid — Grote waterbouwkundige werken	22	13. Environnement — Sécurité nucléaire — Grands travaux hydrauliques	22
Hoofdstuk I: Gezondheidsaspecten van het leefmilieu	22	Chapitre I: Aspects sanitaires et d'hygiène de l'environnement	22
Hoofdstuk II: Kernveiligheid en bescherming tegen ioniserende stralingen	24	Chapitre II: Sécurité nucléaire et protection contre les radiations ionisantes	24
Hoofdstuk III: Het waterbeleid en de werken van het prioritaire investeringsprogramma	24	Chapitre III: La politique de l'eau et les travaux du programme d'investissement prioritaire	24
14. Het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (I.H.E.)	25	14. L'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (I.H.E.)	25
A. Plaats van het I.H.E. in een gezondheidsbeleid	25	A. Place de l'I.H.E. dans une politique de santé	25
B. Financiering en inkomsten van derden	26	B. Financement et recettes résultant de tiers	26
C. Plan voor de uitbouw van het I.H.E.	26	C. Plan de développement de l'I.H.E.	26
II. — Toelichting van de Minister	27	II. — Commentaire du Ministre	27
A. Hoofdsakten van de prioriteit inzake het beleid	27	A. Aspects prioritaires de la politique	27
1 ^o Kwaliteitsverbetering	27	1 ^o Amélioration de la qualité	27
2 ^o Kostenmatiging	27	2 ^o Modération des coûts	27
B. Conclusies van het bezoek van de Minister aan de kerncentrale van Three Mile Island, Harrisburg - Verenigde Staten van Amerika	28	B. Conclusions de la visite du Ministre à la centrale nucléaire de Three Mile Island, Harrisburg - Etats-Unis	28
III. — Algemene bespreking	33	III. — Discussion générale	33
1. Algemene beschouwingen	33	1. Considérations générales	33
2. Ziekenhuisbeleid	39	2. Politique hospitalière	39
A. Algemeenheden	39	A. Généralités	39
B. Programmatie	43	B. Programmation	43
C. Verpleegdagprijs en financiële aspecten	47	C. Prix de la journée d'hospitalisation et aspects financiers	47
3. Geneeskunde praktijk	50	3. Pratique médicale	50
A. Medisch aanbod	50	A. Offre médicale	50
B. Orde van geneesheren	52	B. Ordre des médecins	52
C. Afwezigheidscontrole	53	C. Contrôle des absences	53
D. Medische wachtdienst	54	D. Service de garde médical	54
E. Dringende medische hulpverlening	55	E. Assistance médicale urgente	55
F. Thuisverzorging	57	F. Soins à domicile	57
G. Klinische biologie	57	G. Biologie clinique	57
H. Apothekers en geneesmiddelen	58	H. Pharmaciens et médicaments	58
J. Patiëntenbonden	60	J. Associations de patients	60
K. Orde van de dierenartsen	60	K. Ordre des vétérinaires	60
L. Zelfmoorden	61	L. Suicides	61
4. Preventief gezondheidsbeleid	61	4. Politique préventive en matière de soins de santé	61
5. Voedingsmiddelen en vleeshandel	63	5. Denrées alimentaires et commerce des viandes	63
6. Maatschappelijk welzijn	65	6. Aide sociale	65
7. Sport	69	7. Sport	69
8. Leefmilieu	70	8. Environnement	70
9. Opmerkingen van het Rekenhof en antwoord van de Minister	71	9. Observations de la Cour des comptes et réponse du Ministre	71
IV. — Stemmingen	72	IV. — Votes	72
Amendementen op de tabellen aangenomen aan de Commissie	73	Amendements aux tableaux adoptés par la Commission	73
Errata	74	Errata	74
Bijlagen	80	Annexes	80

DAMES EN HEREN,

I. — BELEIDSNOTA VAN DE MINISTER

1. Algemene inleiding

De kredieten voor 1981 zijn verdeeld over lopende uitgaven en kapitaaluitgaven.

A. Lopende uitgaven

De kredieten betreffende de lopende uitgaven van het departement voor 1981 belopen 24 876,6 miljoen F of 24 807,1 miljoen F zonder indexprovisie (er was een indexprovisie uitgetrokken op de begroting 1980, oorspronkelijk 507,1 miljoen F, en in de aangepaste begroting teruggebracht tot 205,4 miljoen F). De begroting 1981 bevat geen kabinetsuitgaven meer (50,2 miljoen F op de oorspronkelijke begroting 1980 en 49,2 miljoen F op de aangepaste begroting 1980).

Het goedgekeurde krediet van 1980 bedraagt 36 696,4 miljoen F en het aangepaste krediet 1980 belooft 35 651,1 miljoen F. In deze bedragen zijn respectievelijk 9 611,6 miljoen F en 9 748,8 miljoen F aan kredieten voor de sector van de persoonsgebonden materies inbegrepen. Voor 1981 zijn die kredieten niet meer op de begroting van het departement uitgetrokken.

Om de kredieten 1981 te vergelijken met die van 1980 dienen dus de kredieten voor die sector, voor de kabinetsuitgaven alsmede voor de indexprovisies buiten beschouwing te worden gelaten.

De vergelijkbare bedragen zijn dus 24 807,1 miljoen F voor 1981, 26 527,5 miljoen F voor het goedgekeurde krediet voor 1980 en 25 647,7 miljoen F voor het aangepaste krediet 1980.

Vergeleken met de goedgekeurde begroting 1980 bedraagt de vermindering 6,48 % en 3,28 % in vergelijking met de aangepaste begroting 1980.

Rekening houdend met een storting door de Nationale Loterij van 2 800 miljoen F op artikel 60.09 van de Afzonderlijke Sectie (Fonds ziekenhuizen), werd artikel 33.36 echter verminderd met een zelfde bedrag, zodat het totaalbedrag der lopende uitgaven voor 1981 van het departement in werkelijkheid 27 607,1 miljoen F bedraagt, hetgeen vergeleken met de goedgekeurde begroting 1980 een verhoging betekent met 4,07 % en met 7,64 % met betrekking tot de aangepaste begroting 1980.

Het begrotingsontwerp 1981 werd opgesteld op basis van de spilindex 145,88 (coëfficiënt 2,0807), terwijl de begroting van 1980 werd opgemaakt op basis van spilindex 134,77 (coëfficiënt 1,9222). De stijging van de index tussen beide ramingen bedraagt 8,24 %.

Voor 1980 bedroeg het aandeel van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin in de totale Rijksuitgaven 3,20 %. Voor 1981 is dat percentage 2,08 (totaal van de lopende Rijksuitgaven: 1 195,0 miljard F).

In de tabel van bijlage 1 worden de voornaamste uitgaven van Titel I samengevat. Ze vertegenwoordigen 87,94 % van de totale begroting.

MESDAMES, MESSIEURS,

I. — NOTE DE GESTION DU MINISTRE

1. Introduction générale

Les crédits demandés pour 1981 sont répartis en dépenses courantes et en dépenses de capital.

A. Dépenses courantes

Les crédits se rapportant aux dépenses courantes du département pour 1981 s'élèvent à 24 876,6 millions de F ou à 24 807,1 millions de F sans provision index (la provision index prévue au budget pour 1980 était initialement fixée à 507,1 millions de F et au budget ajusté fut ramenée à 205,4 millions de F). Le budget pour 1981 ne comprend plus de dépenses de Cabinet (50,2 millions de F au budget initial pour 1980 et 49,2 millions de F au budget adapté de 1980).

Le crédit voté pour 1980 est de 36 696,4 millions de F et le crédit ajusté en 1980 s'élève à 35 651,1 millions de F. Ces montants comprennent respectivement 9 611,6 et 9 748,8 millions de F de crédits pour le secteur des matières personnalisables. Pour 1981, ces crédits ne sont plus inscrits au budget du département.

Pour comparer les crédits de 1981 à ceux de 1980, il faut donc faire abstraction des crédits pour le secteur des matières personnalisables, des dépenses de Cabinet ainsi que des provisions index.

Les montants comparables sont donc : 24 807,1 millions de F pour 1981, 26 527,5 millions de F pour le crédit voté de 1980 et 25 647,7 millions de F pour le crédit ajusté de 1980.

Par rapport au budget adopté en 1980, la diminution est de 6,49 % et de 3,28 % par rapport au budget ajusté de 1980.

Cependant, compte tenu d'un versement de 2 800 millions de F par la Loterie nationale en faveur de l'article 60.09 de la Section particulière (Fonds des hôpitaux), l'article 33.36 a été diminué d'un montant identique, réduisant le total des dépenses courantes de 1981 qui s'élève en réalité à 27 607,1 millions de F. Ce dernier montant comparé au budget adopté de 1980 est en augmentation de 4,07 % et de 7,64 % par rapport au budget ajusté de 1980.

Le projet de budget pour 1981 a été établi sur base d'un indice-pivot de 145,88 (coefficient 2,0807), alors que le budget de 1980 avait été établi sur base de l'indice-pivot 134,77 (coefficient 1,9222). L'augmentation de l'index entre les deux évaluations s'élève à 8,24 %.

Pour 1980, la part du département de la Santé publique et de la Famille dans les dépenses courantes globales de l'Etat s'élevait à 3,20 %. En 1981, ce pourcentage est de 2,08 (total des dépenses courantes de l'Etat : 1 195,0 milliards de F).

Les principales dépenses du Titre I sont résumées dans le tableau figurant à l'annexe 1. Elles représentent 87,94 % du budget total.

Het saldo van de lopende uitgaven (3 016,8 miljoen F) wordt verdeeld als volgt :

(In miljoenen F)

Indexprovisie	69,5
Inkomensoverdrachten aan gezinnen	335,9
Bijdragen aan internationale instellingen	93,4
Fonds voor ziekenhuizen, Vast Bureau van de	
Oorlogswerken, enz.	95,7
Lonen en sociale lasten	1 559,5
Aankopen van niet duurzame goederen en van	
diensten	849,0
Andere uitgaven inzake volksgezondheid	13,8
Totaal ...	3 016,8

B. Kapitaaluitgaven

Er zij aan herinnerd dat geen enkel krediet meer is uitgetrokken voor de sector van de persoonsgebonden materies. Sectie 61, die op de begroting 1980 voorzag in een krediet van 9 611,6 miljoen F, komt thans slechts « pro memorie » voor in de begroting 1981.

De kapitaaluitgaven zijn opgenomen in bijlage 2.

a) Investeringsprogramma

Er zij ook op gewezen dat voor de persoonsgebonden materies de begrotingskredieten en de vastleggingsmachtigingen niet meer in de begroting 1981 van het Departement voorkomen.

b) Betalingskredieten

De betalingskredieten bedragen samen 7 365,6 miljoen F. Zij omvatten de niet-gesplitste kredieten van Titel II (6 471,1 miljoen F) en de ordonnanceringskredieten (894,5 miljoen F).

De tabel in bijlage 2 geeft de verdeling van het bedrag van 7 365,6 miljoen F per post en volgens de aard van de betalingskredieten.

2. Samenwerking met internationale organisaties en met andere landen

In het kader van de betrekkingen met het buitenland, blijft het departement van Volksgezondheid en van het Gezin in nauw overleg met Buitenlandse Zaken samenwerken met de Wereldorganisatie en het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek.

De herziening van de bijdragen die de Organisatie van de Verenigde Naties heeft goedgekeurd voor de gespecialiseerde instellingen die eronder ressorteren, heeft geleid tot een gevoelige verhoging van de Belgische bijdrage, die is opgelopen van 1,06 tot 1,20 % van de begroting van de Wereldgezondheidsorganisatie en is toegenomen met één eenheid bij het « Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek ».

Alhoewel de inspanning van België aanzienlijk is geworden, blijft het toch een feit dat België naast de steun aan deze uiterst humanitaire opdracht, toch ook baat vindt bij de voortreffelijke diensten van die instellingen aangezien ons kennis en resultaten van onderzoekingen en studies ter beschikking worden gesteld.

Overigens werd om die reden een speciaal krediet van 10 miljoen uitgetrokken, dat het mogelijk moet maken die instellingen om specifieke studies te verzoeken, die van uitzonderlijk belang zijn voor België en die in ons land worden verricht.

Tot op heden, werden die kredieten gebruikt voor specifieke studies, onder meer op het gebied van de bescherming van het leefmilieu en de epidemiologische studies.

Le solde des dépenses courantes (3 016,8 millions de F) se répartit de la manière suivante :

(En millions de F)

Provision index	69,5
Transferts de revenus aux ménages	335,9
Cotisations aux organismes internationaux	93,4
Fonds des hôpitaux, Bureau permanent des	
Œuvres de la guerre, etc.	95,7
Salaires et charges sociales	1 559,5
Achats de biens non durables et de services	849,0
Autres dépenses en matière de santé publique	13,8
Total ...	3 016,8

B. Dépenses de capital

Il faut rappeler que plus aucun crédit n'est inscrit pour le secteur des matières personnalisables. La section 61 prévoyait au budget pour 1980 un crédit global de 9 611,6 millions de F et figure actuellement au budget pour 1981 « pour mémoire ».

Les dépenses de capital figurent à l'annexe 2.

a) Programme d'investissement

Ici également pour les matières personnalisables, les crédits budgétaires et les autorisations d'engagement ne sont plus inscrits au budget du département pour 1981.

b) Crédits de paiement

Les crédits de paiement s'élèvent au total à 7 365,6 millions de F. Ils comportent les crédits non dissociés du Titre II (6 471,1 millions de F) ainsi que les crédits d'ordonnancement (894,5 millions de F).

Le tableau figurant à l'annexe 2 donne la répartition du montant de 7 365,6 millions de F par poste et d'après la nature des crédits de paiement.

2. Collaboration avec des organisations internationales et d'autres pays

Dans le cadre de ses rapports avec l'extérieur, le département de la Santé publique et de la Famille, en accord étroit avec le ministère des Affaires étrangères, maintient sa collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et le Centre international de recherche sur le cancer.

La révision des cotisations adoptée dans le cadre de l'Organisation des Nations-Unies et des institutions spécialisées qui en dépendent ont provoqué une hausse sensible de la contribution de la Belgique, qui est passée de 1,06 à 1,20 % du budget de l'Organisation mondiale de la santé et à une augmentation d'une unité au Centre international de recherche sur le cancer.

Si l'effort que la Belgique doit consentir dans ce domaine est devenu considérable, il n'en reste pas moins que, en dehors de l'appui à la mission hautement humanitaire que ceci implique, la Belgique bénéficie également, de ce fait, d'éminents services que lui rendent ces organismes, par la mise à sa disposition des connaissances, des résultats des recherches et des études.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle un crédit spécial de 10 millions est prévu, permettant de demander à ces organismes des études spécifiques d'un intérêt particulier pour la Belgique et ayant lieu dans le pays.

Jusqu'à présent, ces crédits ont servi à des études spécifiques, entreautes dans le domaine de la protection de l'environnement et des études épidémiologiques.

Op een ander vlak onderhoudt het departement eveneens nauwe betrekkingen met een reeks landen, die door samenwerkingsakkoorden zijn geconcretiseerd.

Die akkoorden scheppen zowel ten behoeve van het departement als voor de Belgische wetenschapsmensen, onderlinge banden en informatiekanaalen met het overeenstemmend departement en de collega's van die landen.

De steun die het departement verleent aan het wetenschappelijk onderzoek gebeurt eveneens via het Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek.

De opeenvolgende verminderingen van de voorstellen van dat Fonds, die door de verschillende controleorganen werden geëist, hebben het voorgestelde bedrag zo besnoeid dat het voor het jaar 1981 moeilijk, zelfs onmogelijk zal zijn, nieuwe aanvragen te aanvaarden.

Het is zo dat de huidige kredieten nauwelijks volstaan voor de steeds terugkerende lasten.

De Minister hoopt dat het Parlement, dat zich bewust is van het belang van het onderzoek voor de toekomst van het land, ongeacht de economische toestand, die ultieme voorstellen zal aanvaarden.

3. Ziekenhuisbeleid

3.1. Ziekenhuisbeheer

Artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen heeft het beleid betreffende de zorgenverstreking in en buiten de verplegingsinrichtingen tussen de persoonsgeboden aangelegenheden gerangschikt. Dit heeft aanleiding gegeven in 1980 tot een overdracht van bevoegdheden naar de gemeenschappen, terwijl ze in 1979 tot de regio's toebehoorden.

Dit verduidelijkt namelijk dat de ordonnanceringskredieten van het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch sociale inrichtingen kredieten bevatten nopens het aanzuiveren van de lasten uit het verleden t.t.z. ten laste van de nationale begroting; ze zijn bestemd voor de betalingen betreffende de vastleggingen die vóór 1 januari 1980 genomen werden, zowel door de Nationale Minister als de gewestelijke ministers.

In dezelfde orde van gedachten, dient nog aangestipt te worden dat artikel 5, § 1, I, 1^o van bedoelde wet de materies bepaalt die nog altijd onder de bevoegdheid van de nationale macht vallen, te weten :

- a) de organieke wetgeving;
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;
- c) de basisregelen betreffende de programmatie;
- d) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
- e) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in de letters b), c), d) hiervoren;
- f) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen. »

Het is trouwens in deze context dat de hierna vermelde punten opgenomen worden.

3.2. Programmatie

In vergelijking met de kwantitatieve criteria voor de programmatie van de onderscheiden ziekenhuisdiensten, is er vooralsnog in ons land een globaal overschot van nagenoeg

Sur un autre plan, le département entretient également des relations étroites, concrétisées par des accords de collaboration, avec une série de pays.

Ces accords permettent, tant au département qu'aux scientifiques belges, de créer des liens et des canaux d'informations mutuelles avec leurs correspondants de ces pays.

L'appui que le département fournit à la recherche se concrétise également par la subvention au Fonds de la recherche scientifique médicale.

Des réductions successives des propositions émanant de ce Fonds par les différentes instances de contrôle ont ramené le montant proposé à un tel niveau que, pour l'année 1981, il sera difficile, sinon impossible, d'accepter de nouvelles demandes.

En effet, les crédits actuels suffisent à peine à reprendre les charges récurrentes.

Le Ministre espère que le Parlement, conscient de l'intérêt de la recherche pour l'avenir du pays, quelle que soit sa situation économique, acceptera ces ultimes propositions.

3. Politique hospitalière

3.1. Gestion des hôpitaux

L'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 a rangé la dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins parmi les matières personnalisables. Ceci a eu comme conséquence un transfert de compétence en 1980 vers les communautés alors qu'en 1979, elle appartenait aux régions.

Ceci explique notamment que les crédits d'ordonnement du Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales comprennent des crédits relatifs à l'apurement des charges du passé c.-à-d. à charge du budget national; ils sont destinés aux paiements se rapportant aux engagements pris avant le 1^{er} janvier 1980, tant par le Ministre national que par les Ministres régionaux.

Dans le même ordre d'idées il y a lieu d'observer également que l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o de ladite loi définit les matières qui sont toujours du ressort de l'autorité nationale, à savoir :

- a) la législation organique;
- b) le financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique;
- c) les règles de base relatives à la programmation;
- d) les règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd;
- e) les normes nationales d'agrégation, uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux lettres b), c) et d) ci-dessus;
- f) la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux ».

C'est d'ailleurs dans ce contexte que s'inscrivent les points repris ci-après.

3.2. Programmation

Par rapport aux critères quantitatifs de la programmation des différents services hospitaliers, notre pays connaît pour le moment un excédent global d'environ 10 000 lits. D'une

10 000 bedden. Enerzijds is er een aanzienlijk overschot van bedden in de zogeheten « acute diensten » en in mindere mate ook in de psychiatrische ziekenhuizen. Anderzijds is er nog een tekort aan bedden in de sector van de geriatrie en de chronische ziekten. De geleidelijke opvulling van dit tekort zal voor een aanzienlijk gedeelte gebeuren via de reconversie van gedeelten van bestaande acute en psychiatrische inrichtingen. Het artikel 204, 1° van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980, waarbij expliciet wordt gesteld dat ingebruikname van nieuwe ziekenhuisbedden de afschaffing meebrengt van de bedden waarvan de vervanging werd beoogd, zal slechts uitwerking hebben in 1981 en de daarop volgende jaren. Men mag verhoppen dat op halflange termijn (5 jaar) deze wettelijke maatregel een meetbaar effect zal sorteren.

Anderzijds, op kortere termijn en vooral in de loop van het kalenderjaar 1981, mag worden verwacht dat meerdere instellingen zullen afzien van een gedeelte van het hun eertijds toegezegd principsakkoord voor bouwprojecten, nu het mogelijk is op basis van artikel 204, 2° van bedoelde wet, een schadeloosstelling uit te keren aan de betrokkenen voor de gedane kosten die verband hielden met de studie en de uitwerking van deze bouwprojecten.

Men neemt zich derhalve voor een bijzonder artikel te voorzien in de begroting van het Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen, om deze operatie financieel te kunnen waarmaken in 1981. Een uitvoeringsbesluit m.b.t. de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling is in voorbereiding.

Bijzondere aandacht zal insgelijks moeten besteed worden aan de zware medische apparatuur en dit in het kader van artikel 208, 2° van de wet op de budgettaire voorstellen 1979-1980. De daarin voorziene mogelijkheid tot registratie zal moeten toelaten een bestendige inventaris terzake te bezitten en ook leiden tot een kostenbeheersing in die materie.

3.3. Verpleegdagprijs en financiële aspecten

In functie van de dwingende bezuinigingsmaatregelen die steeds scherper worden, heeft de voormelde wet van 8 augustus 1980 de wet van 27 juni 1978 nog eens onderstreept in die zin dat de erin vermelde mogelijkheden een steeds meer verfijnde benadering moeten mogelijk maken van de zorgverlening in en buiten de verzorgingsinstellingen, vooral wat de andere vormen van verzorging betreft waaronder de partiële hospitalisatie een bijzondere aandacht verdient.

Deze bezuinigingen die noodzakelijk zijn geworden en die bijdragen tot de gemeenschappelijke inspanning, hebben hoofdzakelijk betrekking op :

- 1) een strenger wordende systematische controle op de uitgaven;
- 2) een betere definitie en beperking van het personeel op grond van de verantwoordde erkenningsnormen, rekening houdend met de behoeften van de zware verpleegseenheden;
- 3) het toepassen van een verminderingscoëfficiënt bij het vaststellen van de ligdagprijs;
- 4) het energieverbruik.

Dit soberheidsbeleid moet het mogelijk maken bepaalde noodzakelijke en onvermijdelijke bijkomende onkosten in evenwicht te brengen; onder de belangrijkste kunnen geciteerd worden :

- 1) het behoud van het systeem van de provisionele dagprijs;

part, les services dits « aigus » accusent présentement un surnombre important et, dans une moindre mesure, les hôpitaux psychiatriques; d'autre part, il existe encore une pénurie de lits dans le secteur de la gériatrie et des maladies chroniques. Une partie importante de cette insuffisance devra progressivement être comblée par la reconversion partielle d'établissements aigus et psychiatriques existants. C'est d'ailleurs dans cette optique que l'article 204, 1°, de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980, stipule explicitement que la mise en service de nouveaux lits d'hôpital entraîne la suppression des lits pour lesquels le remplacement est sollicité. Cette mesure, en fait, ne produira ses effets qu'en 1981 et les années suivantes et on peut espérer dès lors qu'à moyen terme (5 ans), cette disposition légale sera bénéfique et que ses effets pourront être définis.

On peut espérer en outre qu'à court terme et principalement durant l'année 1981, plusieurs établissements renonceront partiellement à l'accord de principe octroyé antérieurement pour des projets de construction, étant donné qu'actuellement il est possible, sur base de l'article 204, 2° de la dite loi, d'accorder aux intéressés une indemnité pour les frais résultant de l'étude et de l'élaboration de ces projets.

Il entre, dès lors, dans les intentions du Ministre de prévoir un article spécial au budget du Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales afin de pouvoir réaliser en 1981 l'aspect financier de cette opération. Un arrêté d'exécution concernant les conditions d'octroi de l'indemnité est en préparation.

Une attention spéciale devra également être accordée à l'appareillage médical lourd et ce, dans le cadre de l'article 208, 2° de la loi relative aux propositions budgétaires 1979-1980. La possibilité d'enregistrement qui y est prévue devra permettre de disposer d'un inventaire permanent dans ce domaine et déboucher sur une maîtrise des coûts en la matière.

3.3. Prix de journée et aspects financiers

En fonction des impératifs d'économie qui revêtent de plus en plus d'acuité, la loi précitée du 8 août 1980 a encore accentué la portée de celle du 27 juin 1978 en ce sens que les possibilités qui y figurent doivent permettre une approche de plus en plus affinée des dispensations de soins dans et au dehors des institutions de soins, notamment quant aux différentes alternatives en matière de soins, parmi lesquelles l'hospitalisation partielle mérite une attention particulière.

Les restrictions rendues nécessaires et qui sont une contribution à l'effort commun portent en ordre principal sur :

- 1) un contrôle systématique plus sévère des dépenses;
- 2) une meilleure définition et limitation du personnel en fonction des normes d'agrément, compte tenu des soins justifiés par les unités de soins « lourds »;
- 3) l'application d'un coefficient régressif pour la fixation du prix de la journée d'hospitalisation;
- 4) les consommations d'énergie.

Cette politique d'austérité doit permettre d'équilibrer certaines charges supplémentaires inéluctables. Parmi les plus importantes, on peut citer :

- 1) le maintien du système du prix de journée provisionnel;

2) de financiële lasten van de ziekenhuizen waarvoor de onderrichtingen betreffende de previsionele prijs voor 1981 een aanpassing voorzien;

3) de stijging van de energiekosten waar een identieke maatregel mogelijk is;

4) een betere financiële dekking van de zogenaamde « zware » diensten, die gepaard gaan met een kwaliteits-geneeskunde.

Wat dit laatste punt betreft, kan men opmerken dat, vanuit de enquête terzake gevoerd bij de algemene ziekenhuizen, getracht zal worden om voor deze diensten een zo volledig mogelijke dekking te verzekeren in het kader van een strikt toegepaste programmatie en die beantwoordt aan strenge, nog te bepalen, beoordelingscriteria.

Deze positieve elementen zijn slechts verwezenlijkbaar dank zij rationalisering. In dezelfde gedachtengang maar op langere termijn, kan men een daling van de lasten voorzien die de verhoging, te wijten aan de inflatie, in toom zou houden, ingevolge de bezuinigingen inzake programmatie en bouwwerken.

Het departement hoopt aldus een bezuiniging te realiseren die jaarlijks 735 miljoen zou bedragen. Dit zou een herverdeling moeten mogelijk maken van de aldus beschikbaar geworden middelen ten einde de kwaliteit van de verzorging te behouden die men wettelijk kan verwachten.

Er dient nog te worden opgemerkt dat er een reglementering in studie is voor de toewijding van de medische promotie aan de universitaire ziekenhuizen alsook aan de geaffilieerde ziekenhuizen die normaliter de geprogrammeerde universitaire bedden aanvullen zodat de aanvaarde globale behoeften van 7 bedden per student worden verzekerd.

3.4 Dienst voor de geestelijke gezondheid

Een ander duidelijk positief aspect schuilt in het beleid gevoerd inzake geestelijke gezondheid. Hier moeten alternatieve vormen van zorgenverlening een evenwicht brengen in de lasten die een betere omkadering van de zieken met zich brengt.

De resultaten zijn tot op heden bemoedigend en duiden inderdaad op een vermindering van het aantal bedden, hetgeen gepaard gaat met een vermindering van het aantal verpleegdagen. Dit bewijst de gegrondheid van de acties die in de psychiatrische sector werden doorgevoerd en die hebben toegelaten niet alleen de opgelopen vertraging in te halen, maar ook de supplementaire lasten, te wijten aan een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van de zorgenverlening, gedeeltelijk te compenseren.

Het blijkt derhalve noodzakelijk de extra-murale ziekenhuisdiensten meer en meer stuwkracht te verlenen, teneinde de hospitalisatielasten te beperken, door een systeem van functionele bindingen.

3.5. Alternatieve zorgen

Een van de redenen van de voortdurende stijging van de uitgaven voor ziekenhuisverpleging is te zoeken in de « gemakkelijke » opname in acute ziekenhuisbedden van al of niet bejaarde zieken.

De hospitalisatie verenigt vele aanlokkelijke voordelen welke een aanmoediging kunnen zijn om zich te ontdoen van de veeleisende verzorging van bejaarde zieken :

- onmiddellijke of snelle opname is meestal mogelijk;
- financiële kosten voor een groot deel door de ziekte-verzekering gedragen;

2) les charges financières des hôpitaux, pour lesquelles une adaptation est prévue dans les instructions relatives au prix prévisionnel pour 1981;

3) la hausse du coût de l'énergie où une mesure identique est possible;

4) une meilleure couverture financière des services dits « lourds » qui vont de pair avec une médecine de qualité.

Pour ce dernier point, on peut souligner que l'enquête menée à ce sujet dans les hôpitaux généraux servira de base pour tenter d'assurer, pour ces services, d'une couverture aussi complète que possible, dans le cadre d'une programmation strictement appliquée et répondant à des critères d'appréciation sévères à déterminer.

Ces éléments positifs ne sont possibles que grâce aux rationalisations citées plus haut. Dans le même ordre d'idées mais à plus longue échéance, l'on peut entrevoir une baisse des charges qui jugulerait la hausse due à l'inflation par des restrictions en matière de programmation et de constructions.

Le département espère ainsi réaliser des économies qui s'élèveraient à 735 millions par an. Ceci devrait permettre une redistribution des moyens ainsi devenus disponibles, afin de maintenir la qualité des soins auxquels on peut légitimement aspirer.

Il faut encore remarquer qu'une réglementation est à l'étude pour l'octroi de la promotion médicale aux hôpitaux universitaires ainsi qu'aux hôpitaux affiliés qui normalement complètent les lits universitaires programmés, de manière à assurer les besoins globaux de 7 lits par étudiant.

3.4 Service de santé mentale

Un autre élément nettement positif réside dans la politique menée dans le domaine de la santé mentale, où les autres formes de dispensation de soins doivent équilibrer les charges inhérentes à un meilleur encadrement des malades.

Les résultats enregistrés jusqu'à présent sont encourageants. Ils font en effet apparaître une régression du nombre de lits allant de pair avec celle du nombre de journées; ceci démontre le bien-fondé des actions menées dans le secteur psychiatrique, qui ont permis non seulement de combler le retard enregistré précédemment mais également de compenser partiellement les charges supplémentaires dues à une amélioration sensible de la qualité des soins.

Il s'avère dès lors nécessaire de promouvoir de plus en plus les services extra-hospitaliers afin que, dans un mécanisme de liaisons fonctionnelles accrues, les charges d'hospitalisation soient réduites au maximum.

3.5. Soins alternatifs

Une des raisons de l'augmentation continue des dépenses de soins hospitaliers est l'admission « facile » en lits hospitaliers aigus de malades âgés ou non.

Les nombreux avantages de l'hospitalisation peuvent constituer un encouragement au placement en hôpital de malades âgés nécessitant des soins exigeants. Parmi les avantages, citons :

- une admission immédiate ou rapide est généralement possible;
- une grosse part des coûts financiers est supportée par l'assurance maladie;

— geen last of zorgen meer voor de familieleden maar zelfs financiële voordelen door de opname in het ziekenhuis;

— goede verzorgingsomstandigheden.

Kortom een ziekenhuisopname is dikwijls een oplossing die alle partijen bevredigt: familieleden, ziekenhuisgeneesheer en ziekenhuis, behalve de zieke zelf in vele gevallen.

Het afremmen van de intramurale verzorging (de ziekenhuisopname in de eerste plaats) is een zeer complex probleem en kan slechts slagen door o.a. de ontwikkeling van de extramurale zorg aan te moedigen.

Hiertoe dienen een hele waaier schikkingen en maatregelen voorzien, één hiervan is de thuisverzorging.

Artikel 5 van de wet van 27 juni 1978, gewijzigd door artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980, betreffende de begrotingsvoorstellen 1979-1980, geeft mogelijkheden tot uitbouw ervan.

De wet voorziet dat de bevoegde Minister aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging een bijzondere erkenning kon toekennen welke zou toelaten het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen.

Een essentiële vereiste voor de thuisverzorging is dat de familieleden, die hun zorgbehoevende verwanten willen thuishouden en verzorgen, doeltreffend moeten aangemoedigd worden.

Verder is naast de hulp van diensten voor thuisverzorging, ook de actieve medewerking en inzet van de huisarts onontbeerlijk.

Thuisverzorging heeft als opdracht een bijdrage te leveren om bij de gehele bevolking, doch voornamelijk bij de bejaarden, hospitalisatie of plaatsing in instellingen te voorkomen of de duur van de opname te verkorten.

Hierbij wordt ook gedacht aan terminale patiënten die er de voorkeur aan geven thuis te sterven te midden van familieleden die hun dierbaar zijn.

4. Geneeskunde

4.1. Medisch aanbod

Iedereen gaat erover akkoord dat er een probleem is van betere aanpassing van het aanbod aan de reële behoeften in functie van de gezondheidszorg en dat de universiteiten er zich van bewust zijn dat meer bepaald het aantal geneesheren dat wordt opgeleid, van aard is deze behoeften te overschrijden, en tevens vragen laat rijzen over de kwaliteit van deze opleiding gelet op de reële mogelijkheden waarover ze in de praktijk beschikken.

De toestand die zich heeft ontwikkeld kan wellicht in verband gebracht worden met de wijze van financieren van de universitaire instellingen.

De Minister neemt zich voor met zijn collega's van Nationale Opvoeding en de betrokken middelen naar modaliteiten te zoeken die van aard zijn hieraan een oplossing te geven.

Terzelfdertijd zou nagegaan worden of het curriculum van de opleiding niet kan aangepast worden in functie van het verslag dat door het Consultatief Comité van de Geneesheren van de E. E. G. werd uitgebracht.

4.2. Orde van Geneesheren

In uitvoering van punt 8 van het hoofdstuk over het Gezondheidsbeleid van het Regeerakkoord heeft de Minister zijn administratie verzocht een nota op te stellen waarin de huidige problemen in verband met de Orde van Geneesheren worden opgesomd.

Deze opsomming zal de Regering toelaten een beslissing te nemen over de mogelijke orientaties en oplossingen.

— les membres de la famille ne supportent plus de charge et n'ont plus de soucis à se faire. Ils tirent même des avantages pécuniaires de l'admission à l'hôpital;

— les soins sont bien dispensés.

En bref, l'hospitalisation est souvent une solution qui satisfait toutes les parties: la famille, le médecin hospitalier et l'hôpital, sauf le malade lui-même dans bien des cas.

Freiner la fréquence des soins intra-muros (l'admission à l'hôpital en premier lieu) est un problème complexe et n'a de chances de réussir que si l'on encourage notamment le développement des soins extra-muros.

Un large éventail de dispositions et de mesures doit être prévu à cette fin; les soins à domicile en font partie.

L'article 5 de la loi du 27 juin 1978, modifié par l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980, fournit des possibilités d'extension de ces soins.

La loi prévoit que le Ministre compétent peut accorder une agrégation spéciale aux services intégrés de dispensation de soins à domicile dans le but de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter.

Une exigence essentielle en matière de soins à domicile est d'encourager efficacement les familles souhaitant garder et soigner chez elles leurs parents qui ont besoin de soins.

En plus de l'action des services de dispensation de soins à domicile, la participation active du généraliste est également indispensable.

La mission des soins à domicile, par rapport à l'ensemble de la population et surtout au groupe des personnes âgées, est de prévenir autant que possible l'hospitalisation ou le placement en institution et de raccourcir la durée du séjour.

Dans cette perspective, on songe également aux patients arrivés à la dernière extrémité, qui choisissent de mourir chez eux au milieu de ceux qui leur sont chers.

4. Art de guerir

4.1. Offre médicale

Nul ne conteste l'existence d'un problème d'adaptation de l'offre aux besoins réels dans le domaine des soins de santé. Les universités ressentent plus particulièrement ce problème en constatant que le nombre de médecins formés est de nature à dépasser lesdits besoins et, de ce fait, met en cause la qualité de la formation des futurs médecins, puisque les possibilités réelles de pratique sont plus restreintes.

Les causes de cette évolution sont vraisemblablement liées au mode de financement des institutions universitaires.

Le Ministre a l'intention d'étudier, en collaboration avec ses collègues de l'Education nationale et les milieux concernés, des modalités de solution à ce problème pressant.

L'adaptation du programme de formation en fonction du rapport élaboré par le Comité consultatif des médecins de la C. E. E. serait étudiée en même temps.

4.2. L'Ordre des médecins

En exécution, du point 8 du chapitre de l'accord gouvernemental relatif à la politique de santé, le Ministre a chargé son administration de rédiger une note dressant un tableau des problèmes actuels liés à l'Ordre des médecins.

Ce rapport permettra au Gouvernement de prendre une décision au sujet des orientations et solutions possibles.

Tevens vestigt hij er de aandacht op dat tijdens de laatste week van november de openbare zitting heeft plaats gevonden voor het Hof van de Rechten van de Mens te Straatsburg voor de zaak Lecompte.

De uitspraak in deze zaak, die voorlopig door het Hof is vastgesteld op 26 maart 1981, kan mede bepalend zijn voor het statuut van de Orde in de toekomst.

4.3. Provinciale geneeskundige commissies

De Provinciale geneeskundige commissies zien erop toe dat de gestelde eisen inzake de genees-, verpleeg- en artseneidkunde worden vervuld. De commissies zijn de aangewezen organen om de verschillende problemen in de diverse sectoren van de provincie te coördineren. Zij hebben bewezen dat zij met de nodige objectiviteit en spoed, waarvoor zij onze achting verdienen, vele problemen van allerlei aard kunnen oplossen. Zij moeten erkenning en steun krijgen in de vorm van de nodige infrastructuur ter vervulling van de taken die hen zijn opgedragen. Een van die taken is de wachtdienst.

De Geneeskundige commissies hebben dat vraagstuk grondig onderzocht. Zij stimuleren, controleren, vullen eventuele leemten in de wachtdiensten aan, meer bepaald die van de huisartsen welke niet alleen in het weekend moeten worden opgezet maar de bevolking de gelegenheid moeten bieden elke dag van de week de nodige verzorging te verkrijgen.

De behandeling van die vraagstukken op provinciaal vlak biedt juist de mogelijkheid van een soepele aanpak en rekening houdend met bijzondere omstandigheden kan men zelfs spreken van een plaatselijke behandeling.

4.4. Medische wachtdienst

Een belangrijk element bij de zorgenverstrekking van de eerste lijnsector is de mogelijkheid om bij acuut optredend onheil snel over medische hulp te kunnen beschikken.

Voor een doeltreffende zorgenverlening lijkt het onontbeerlijk dat de huisarts de geneesheer is die in de eerste plaats hiervoor beschikbaar is.

Teneinde een snel optreden van deze arts mogelijk te maken is vanzelfsprekend een degelijke regeling van de medische wachtdienst noodzakelijk.

De actuele regeling beantwoordt om verschillende redenen niet aan de gestelde verwachtingen. Op de belangrijkste hiervan wordt nader ingegaan.

Een dienst « dringende medische hulpverlening » korter gezegd « Dienst 900 » werd bij de wet van 8 juli 1964 ingesteld.

De wettelijke opdracht van de « Dienst 900 » bestaat erin hulp te bieden aan zieken of gekwetsten op de openbare weg of plaats; ter verduidelijking zij gezegd dat dit begrip zowel de verkeerswegen als fabrieken, en dergelijk omvat.

Uitzonderlijk werd aanvaard dat deze dienst 900 ook zou optreden voor oproepen ten huize wanneer het in zeer acute gevallen niet mogelijk is snel medische hulp te bekomen.

De cijfers van de dienst 900 wijzen nochtans op een onrustwekkende toename van deze oproepen ten huize; in sommige streken belooft hun aantal de laatste jaren meer dan 50 % van het aantal oproepen op de « Dienst 900 ».

Indien het snel optreden en de snelle hulpverlening van de « Dienst 900 » alsmede de intensieve propaganda over deze dienst voor een groot deel de oorzaak zijn van bovenvermelde ontwikkeling inzake oproepen ten huize, dan kan toch niet ontkend worden dat het uitblijven van even snel werkende structuren van hulpverlening, in de sector van de huisarts mede bepalende is voor deze evolutie.

Le Ministre attire également l'attention sur la séance publique que la Cour européenne des Droits de l'Homme de Strasbourg a consacrée au cours de la dernière semaine de novembre à l'affaire Lecompte.

La conclusion de la Cour européenne, fixée provisoirement au 26 mars 1981, peut déterminer en partie le statut de l'Ordre à l'avenir.

4.3. Commissions médicales provinciales

Les commissions médicales provinciales sont chargées de vérifier si les conditions requises sont bien remplies en matière d'exercice de l'art médical, pharmaceutique et infirmier. Ces commissions constituent l'échelon privilégié pour coordonner les différents problèmes qui se posent dans les différents secteurs de la province. Elles ont démontré qu'elles pouvaient, avec un souci d'objectivité auquel il faut rendre hommage, faire face à des problèmes nombreux et variés. Il faut les valoriser, les étoffer et mettre à leur disposition l'infrastructure nécessaire pour la réalisation des tâches qui leurs sont confiées. Parmi celles-ci figure la garde médicale.

Les Commissions médicales se sont penchées avec une attention particulière sur ce problème. Elles stimulent, vérifient, comblent les lacunes éventuelles des gardes notamment des généralistes, qui doivent non seulement être des gardes de week-end, mais permettre à la population d'accéder aux soins requis tous les jours de la semaine.

Le fait que ces problèmes soient discutés précisément à l'échelon provincial permet une approche extrêmement souple, tenant compte, des conditions particulières propres à chaque localité.

4.4. Service médical de garde

Un élément important dans les soins de premier échelon est la possibilité de disposer rapidement d'une aide médicale en cas de sinistre grave.

Pour que les soins soient prodigués avec efficacité, il paraît indispensable que le généraliste soit disponible en premier lieu.

Une prompt intervention de ce médecin nécessite évidemment une bonne organisation du service médical de garde.

L'organisation actuelle ne rencontre pas les espoirs fondés en elle et ce, pour différentes raisons. Celles qui paraissent importantes au Ministre sont examinées de plus près.

La loi du 8 juillet 1964 a institué un service d'aide médicale urgente, en abrégé le « service 900 ».

La mission légale du service 900 est de secourir des malades ou des blessés sur la voie ou dans les lieux publics; cette notion englobe tant les voies de communication que les usines et autres lieux similaires.

Exceptionnellement, il a été admis que le service 900 interviendrait également en cas d'appel à domicile lorsque, en présence de cas graves, il n'est pas possible d'obtenir rapidement une aide médicale.

Cependant les statistiques du service 900 indiquent une augmentation inquiétante de tels appels à domicile; dans certaines régions, le nombre de ces appels a dépassé, ces dernières années, 50 % de l'ensemble des appels au « service 900 ».

Si la célérité de l'intervention et la rapidité des secours dont fait preuve le « service 900 », ainsi que la propagande intensive faite au sujet de ce service, expliquent pour une grande part l'évolution précitée du phénomène des appels à domicile, on ne peut nier que l'absence de structures d'intervention aussi rapide dans le secteur du médecin généraliste détermine elle aussi cette évolution.

Wij moeten eveneens vaststellen dat sommige initiatieven, die ongetwijfeld goed bedoeld zijn, de situatie verder scheef trekken. Bejaarden en zieken werden er in een T. V.-uitzending blijkbaar toe aangespoord door een vernuftig oproepsysteem in geval van nood rechtstreeks de dienst 900 op te bellen met als gevolg dat de « Dienst 900 » met bekwame spoed een ambulance ter plaatse zou zenden voor vervoer naar een ziekenhuis.

Hoewel het initiatief « oproepsysteem » alle lof verdient, dan moeten we toch opmerken dat moeilijk kan ingestemd worden met het systematisch gevolg dat aan de oproep gegeven wordt.

Het is niet de taak van de « Dienst 900 » zelf te beslissen dat hospitalisatie noodzakelijk is; evenmin kan deze dienst oordelen welke zorgen, welk ziekenhuis best aangegeven zijn bij plotse ongesteldheid.

Een dringende oproep aan huis moet normaal opgevangen worden door een huisarts.

Hij alleen, is bekwaam om uit te maken welke zorgen de patiënt behoeft: thuisverzorging of ziekenhuisopname.

Het is medisch niet verantwoord dat elk geval van dringende behoefte aan geneeskundige zorg systematisch door telefonische oproep van de dienst 900 resulteert in een ziekenhuisopname; ons land telt zeker een voldoende aantal huisartsen om deze taak behoorlijk te verzekeren (eerstelijnszorg).

Bovenvermelde ontwikkeling in de oproepen 900 alsmede bepaalde klachten inzake onbereikbare wachtdiensten hebben de Minister ertoe aangezet de aandacht van de provinciale geneeskundige commissies op het probleem te vestigen.

Hiertoe heeft hij de voorzitters einde 1979 een brief gericht waarin hen verzocht werd in een eerste stadium de behoeften aan wachtdiensten en meer specifiek de prestaties van de huisartsen, verantwoordelijk voor de hulpverlening in de eerste lijn te bestuderen.

In een tweede stadium moet de toestand en de behoeften aan wachtdiensten voor gespecialiseerde geneeskunde worden onderzocht en dit zowel binnen als buiten de ziekenhuizen.

4.5. Apotheken

België beschikt over een groot aantal apothekeri en dank zij de wetgeving op de spreiding werden de jongste jaren ook in afgelegen wijken apotheken opgericht. Globaal gezien is het aantal evenwel zeer hoog, zeker in vergelijking met de omringende landen.

Voor in de grote centra bestaan er te veel kleine apotheken. Er wordt een aanpassing van de reglementering voorbereid die kan leiden tot een vermindering van het aantal apotheken waar de densiteit het grootst is en die anderdeels het overplaatsen van de apotheken zal bevorderen en op die wijze de geneesmiddelenbevoorrading in de afgelegen gebieden verbeteren.

4.6. Huisartsen en geneesheren-specialisten

a) Gespecialiseerde geneeskunde

De inspanningen moeten worden voortgezet ter verbetering van de kwaliteit van de opleiding tot specialist, rekening houdend met de mogelijkheden inzake opleiding, infrastructuur en de behoeften van de bevolking.

De Hoge Raad en de Erkenningscommissies moeten worden vernieuwd.

En outre, certaines initiatives, pourtant bien intentionnées, ne font qu'aggraver la situation. Ainsi, une émission de télévision récente a indiqué que les personnes âgées et les malades seraient encouragés à appeler directement le « service 900 » par l'entremise d'un système d'appel sophistiqué; le « service 900 » enverrait ensuite le plus rapidement possible une ambulance afin de transporter le malade vers l'hôpital.

Cette initiative du « système d'appel » est louable mais on peut difficilement approuver la suite donnée aux appels.

Il n'appartient pas au « service 900 » de décider de la nécessité d'une hospitalisation; ledit service ne peut pas non plus se prononcer sur le type de soins et l'hôpital le mieux approprié.

Un appel urgent à domicile doit normalement être pris en charge par un généraliste.

Lui seul peut décider du type de soins à mettre en œuvre: soins à domicile ou hospitalisation.

Du point de vue médical, il n'est pas justifié que tous les cas urgents aboutissent à l'hospitalisation en passant par un appel téléphonique au « service 900 »; notre pays compte sans aucun doute un nombre suffisant de généralistes capables de faire face à ce genre de situations (premier échelon).

L'évolution des appels au « service 900 » exposée ci-dessus, ainsi que certaines plaintes à l'égard de services de garde impossibles à atteindre ont incité le Ministre à attirer l'attention des commissions médicales provinciales sur ce problème.

Pour ce faire, il a adressé fin 1979 un lettre aux présidents les invitant à étudier, dans un premier stade, les besoins en services de garde et, plus spécifiquement, les prestations des généralistes responsables des soins de premier échelon.

Dans un second stade, la situation et les besoins en services de garde pour la médecine spécialisée doivent être examinés tant dans le cadre des soins intra qu'extra-muros.

4.5. Pharmacies

La Belgique compte un grand nombre de pharmacies. Toutefois, grâce à la législation sur la répartition des officines, des pharmacies se sont également installées au cours des dernières années dans des endroits reculés. Dans l'ensemble, le nombre reste cependant très élevé lorsqu'on fait la comparaison avec les pays voisins.

C'est surtout dans les grands centres qu'il y a trop de petites pharmacies. Un changement de la réglementation a été préparé, dans le but de diminuer le nombre de pharmacies là où la densité est la plus forte, et d'autre part, de favoriser le transfert des pharmacies dans les régions éloignées de manière à améliorer l'approvisionnement en médicaments.

4.6. Médecins généralistes et spécialistes

a) La médecine spécialisée

Il y a lieu de poursuivre l'effort en cours, qui tend à améliorer la qualité de la formation des spécialistes, en tenant compte des possibilités de formation et d'encadrement et des besoins de la population.

Le Conseil supérieur et les Commissions d'agrégation doivent être renouvelés.

In de komende maanden zal de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten de erkenning van de stagecentra en stage-meesters onderzoeken. Die erkenningen zullen ongetwijfeld de kwaliteit van de opleiding tot specialist bevorderen.

Op 26 september 1979 verschenen in het *Belgisch Staatsblad* de ministeriële besluiten tot uitvaardiging van de criteria voor de erkenning van specialisten stage-meesters en stagediensten voor volgende specialiteiten: anesthesiologie, klinische biologie, dermato-venereologie, gynecologie-verloskunde, neuropsychiatrie, kindergeneeskunde en fysische geneeskunde.

De Minister heeft zopas de ministeriële besluiten onderkend tot uitvaardiging van de criteria voor de specialiteiten röntgendiagnose, radio- en radiumtherapie en neus-oor-keel.

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen werkt thans aan de laatste criteria voor de specialisten: het betreft de nucleaire geneeskunde, de stomatologie, de oogheelkunde en de anatomo-pathologie.

b) Algemene geneeskunde

Verbetering van de opleiding tot geneesheer: de voortgezette opleiding moet in stand worden gehouden om te voorzien in onze behoeften en ter naleving van de adviezen van de Europese Gemeenschap. De medewerking van de universiteiten en van de geneesheren is onontbeerlijk om die doeleinden op een doeltreffende wijze en zonder uitgaven te bereiken; het land kan op dit ogenblik zulke uitgaven niet dragen.

In 1980 werden gedurende de eerste acht maanden erkend:

- 387 Nederlandstalige huisartsen;
- 387 Franstalige huisartsen;
- 203 Nederlandstalige specialisten;
- 202 Franstalige specialisten.

Gedurende dezelfde periode werden er 211 Nederlandstalige en 241 Franstalige stageplannen door kandidaten-specialisten ingezonden.

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen kwam éénmaal samen, maar de werkgroep voor de bespreking van de erkenningscriteria kwam 6 maal samen en de Vaste Commissie voor huisartsgeneeskunde 4 maal.

De erkenningscommissie voor de huisartsen vergaderde regelmatig: de Franstalige kamer 3 maal, de Nederlandstalige kamer 4 maal.

De erkenningscommissies voor geneesheren-specialisten in de 25 erkende specialiteiten kwamen ook geregeld samen:

- de Franstalige kamers met 241 zittingen;
- de Nederlandstalige kamers met 211 zittingen.

4.7. E. E. G.-richtlijnen betreffende geneeskundige, verpleegkundige en para-medische beroepen

Ter herinnering, de richtlijnen betreffende de vrije vestiging zijn van toepassing:

- vanaf 22 oktober 1978 voor de geneesheren;
- vanaf 29 juli 1979 voor de verpleegsters;
- vanaf 28 januari 1980 voor de tandartsen;
- vanaf 21 december 1980 voor veeartsen;
- vanaf 23 januari 1983 voor de vroedvrouwen.

Dans les prochains mois, le Conseil supérieur des médecins spécialistes examinera l'agrégation des centres de stage et des maîtres de stage. Ces agrégations permettront sans aucun doute d'améliorer également la formation des futurs spécialistes.

Le 26 septembre 1979, le *Moniteur belge* a publié les arrêtés ministériels fixant les critères d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités suivantes: anesthésiologie, biologie clinique, dermato-vénérologie, gynécologie-obstétrique, neuro-psychiatrie, pédiatrie et médecine physique.

Le Ministre vient de signer les arrêtés ministériels fixant les critères pour les spécialités de radio-diagnostic, de radio- et radiumthérapie et d'oto-rhino-laryngologie.

Pour l'heure, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes travaille aux derniers critères applicables aux spécialistes: il s'agit de la médecine nucléaire, la stomatologie, l'ophtalmologie et l'anatomopathologie.

b) La médecine générale

L'amélioration de la formation des médecins généralistes et des formations complémentaires devront être poursuivies afin de répondre aux avis de la Communauté européenne et à nos propres besoins. La collaboration des universités et des membres de la profession médicale est indispensable pour réaliser ces objectifs efficacement et éviter des dépenses, que le pays ne peut actuellement supporter.

Au cours des huit premiers mois de 1980, les commissions ont agréé:

- 387 généralistes francophones;
- 387 généralistes néerlandophones;
- 222 spécialistes francophones;
- 203 spécialistes néerlandophones.

Pendant la même période, 241 plans de stage francophones et 211 néerlandophones ont été présentés par des candidats spécialistes.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes s'est réuni une fois. Le groupe de travail chargé de la discussion des critères d'agrégation s'est réuni 6 fois et la Commission permanente de médecine générale, 4 fois.

La Commission d'agrégation des médecins généralistes s'est réunie régulièrement: la chambre francophone, 3 fois, la chambre néerlandophone, 4 fois.

Les commissions d'agrégation des médecins spécialistes dans les 25 spécialités agréées se sont également réunies régulièrement:

- pour les chambres francophones: 241 séances;
- pour les chambres néerlandophones: 211 séances.

4.7. Directives de la C. E. E. relatives aux professions médicales, paramédicales et à l'art infirmier.

Pour rappel, les directives relatives à la libre circulation sont d'application à partir:

- du 22 octobre 1976 pour les médecins;
- du 29 juin 1979 pour les infirmiers;
- du 28 janvier 1980 pour les dentistes;
- du 21 décembre 1980 pour les vétérinaires;
- du 23 janvier 1983 pour les accoucheuses.

a) Artsen

1. Wetgeving

Het is op grond van de bestaande wetgeving betreffende de gelijkwaardigheid van de buitenlandse diploma's en studiegetuigschriften dat aan de betrokken arts de toelating gegeven wordt de geneeskunde in België uit te oefenen.

Intussen is de wet van 4 april 1980 betreffende overdracht van bevoegdheden voor de uitvoering van de richtlijnen van de Raad van de Europese Gemeenschappen, betreffende de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de dierengeneeskunde verschenen (1) en zullen op basis hiervan de nodige wijzigingen in de Belgische wetgeving geïntegreerd worden.

Een aantal teksten in verband met de geneesheren-specialisten, waarvoor geen wetswijziging nodig was, werden reeds uitgevaardigd: het koninklijk besluit van 22 oktober 1976 tot wijziging van de duur van de specialistenopleiding (2) en het koninklijk besluit van 29 juni 1978 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (3).

2. Praktische procedure

De procedure is de volgende:

- 1) onthaal bij de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren (uitvoering art. 20 richtlijn 75/362/E. E. G.);
- 2) toetsing door het Ministerie van Nationale Opvoeding van de overeenstemming van het voorgelegde diploma van geneesheer met de bepalingen van de richtlijn;
- 3) visum van de bevoegde Geneeskundige Commissie;
- 4) inschrijving bij de bevoegde Provinciale Raad van de Orde van Geneesheren;
- 5) gebeurlijk: procedure tot erkenning als geneesheer-specialist. Deze artsen vragen onmiddellijk hun erkenning aan bij het departement van Volksgezondheid en Gezin en deze aanvraag wordt onverwijld voor advies voorgelegd aan de bevoegde erkenningscommissie die nagaat of het diploma of de titel van specialist die de aanvrager voorlegt, wel degelijk beantwoordt aan de bepalingen van de richtlijnen en die, als dit inderdaad het geval is en als daarenboven de kandidaat-specialist ook aan de richtlijnen van de Hoge Raad voor Geneesherenspecialisten en Huisartsen in verband met volledige opleiding in het buitenland beantwoordt, aan de Minister van Volksgezondheid de erkenning voorstelt.

3. Gevolgen van de richtlijnen

Sinds de inwerkingtreding van de richtlijnen op 20 december 1976 en tot 4 november 1980 werden er 148 aanvragen tot vestiging ingediend en 59 geneesheren zijn definitief ingeschreven bij de Orde van Geneesheren.

b) Verpleegkundigen

1. Wetgeving

De richtlijnen n^{rs} 77/452/E. E. G. en 77/453/E. E. G. die op 27 juni 1977 werden goedgekeurd, zijn op 29 juni 1979 van kracht geworden. Ook hier zal de Belgische wetgeving aangepast worden op basis van de hierboven aangehaalde wet.

Er werd reeds een koninklijk besluit (van 17 mei 1974) uitgevaardigd (4) waardoor het brevet van verpleegassistent

a) Médecins

1. Législation

C'est en vertu de la législation existante en matière d'équivalence des diplômes étrangers et des certificats d'études que le médecin concerné est autorisé à exercer en Belgique.

Entre-temps a été publiée la loi du 4 avril 1980 contenant délégation de pouvoirs pour assurer l'exécution des directives du Conseil des Communautés européennes relatives à l'art de guérir, à l'art infirmier, aux professions paramédicales et à l'art vétérinaire (1). Cette loi servira de base pour intégrer les modifications nécessaires dans la législation belge.

Un certain nombre de textes relatifs aux médecins spécialistes et pour lesquels aucune modification législative n'était nécessaire ont déjà été promulgués: l'arrêté royal du 22 octobre 1976 portant modification de la durée de formation du spécialiste (2) et l'arrêté royal du 29 juin 1978 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et généralistes (3).

2. Procédure

La procédure à suivre est la suivante:

- 1) accueil au Conseil national de l'Ordre des médecins (exécution art. 20 directive 75/362/C. E. E.);
- 2) contrôle par le Ministère de l'Éducation nationale de la conformité du diplôme aux dispositions des directives;
- 3) visa par la Commission médicale compétente;
- 4) inscription au Conseil provincial compétent de l'Ordre des médecins;
- 5) éventuellement, procédure d'agrément en tant que médecin spécialiste. Ces médecins introduisent immédiatement auprès du département de la Santé publique et de la Famille une demande d'agrément, laquelle est aussitôt soumise pour avis à la Commission d'agrément compétente, qui vérifie si le diplôme ou le titre de spécialiste produit par le demandeur est conforme aux dispositions des directives. Dans l'affirmative et pourvu que le candidat spécialiste réponde aux directives du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes, c'est-à-dire qu'il ait reçu une formation complète à l'étranger, la Commission propose l'agrément au Ministre de la Santé publique.

3. Conséquences des directives

Depuis l'entrée en vigueur des directives le 20 décembre 1976 et jusqu'au 4 novembre 1980, 148 demandes d'établissement ont été introduites et 59 médecins ont été définitivement inscrits à l'Ordre des médecins.

b) Personnel infirmier

1. Législation

Les directives 77/452/C. E. E. et 77/453/C. E. E., qui ont été approuvées le 27 juin 1977, sont entrées en vigueur le 29 juin 1979. Ici également, la législation belge devra s'aligner sur la loi précitée.

Un arrêté royal du 17 mai 1974 a déjà été promulgué (4) selon lequel le brevet d'hospitalier(ère) ne sera plus délivré

(1) *Belgisch Staatsblad* van 21 mei 1980.
 (2) *Belgisch Staatsblad* van 23 november 1976.
 (3) *Belgisch Staatsblad* van 1 juni 1978.
 (4) *Belgisch Staatsblad* van 29 juni 1979.

(1) *Moniteur belge* du 21 mai 1980.
 (2) *Moniteur belge* du 23 novembre 1976.
 (3) *Moniteur belge* du 1^{er} juin 1978.
 (4) *Moniteur belge* du 29 juin 1979.

tent(e) in de toekomst niet meer zal uitgereikt worden. Deze 2-jarige opleiding blijft behouden maar op het einde zullen de leerlingen het brevet van ziekenassistent(e) ontvangen.

2. Praktische procedure

De te volgen procedure van verpleegkundigen die wensen in België hun diploma, uitgereikt in één van de E. E. G.-lidstaten, te laten gelden, is de volgende :

1) onthaal en onderzoek van het dossier op het Bestuur Geneeskunde-praktijk van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin;

2) als het dossier in orde is, krijgt de aanvrager een attest van erkenning van zijn/haar diploma dat hij/zij moet voorleggen aan :

3) de Geneeskundige Commissie die bevoegd is overeenkomstig de plaats waar de belanghebbende zich wenst te vestigen, ten einde het visum en een registratienummer te bekomen.

3. Gevolgen van de richtlijnen

Sinds de inwerkingtreding van de richtlijnen op 29 juni 1979 en tot op 1 september 1980 werden 541 aanvragen ingediend waarvan 213 een erkenningsattest gekregen hebben : 150 waren Nederlandse diploma's, 25 Franse, 21 Duitse, 10 Britse, 5 Ierse, 1 Deens en 1 Luxemburgs diploma.

c) Tandartsen

1. Wetgeving

Na de vrije vestiging van artsen en verpleegkundigen in het kader van de E. E. G. wordt nu ook die van de tandartsen werkelijkheid.

Deze richtlijnen, die in grote lijnen hetzelfde patroon vertonen als bij de twee vorige beroepen, werden op 25 juli 1978 goedgekeurd door de Raad van de Europese Gemeenschappen en zijn op 28 januari 1980 effectief in werking getreden.

Bij deze richtlijnen werden twee punten door België verdedigd :

1) de opleiding tot tandarts zal in de negen landen minimum vijf jaar full-time bedragen;

2) het werkterrein van de tandarts wordt weliswaar omschreven in de richtlijnen, maar elke lidstaat blijft vrij om zijn bestaande wetgeving te behouden in het belang van de volksgezondheid en van het verworven evenwicht tussen de verschillende geneeskundige beroepen.

Ook hier zullen de desbetreffende teksten in de wetgeving aangepast worden op basis van de wet van 4 april 1980.

2. Praktische procedure

De procedure is dezelfde als voor de verpleegkundigen.

3. Gevolgen van de richtlijnen

Sinds 28 januari 1980 en tot op 1 september 1980 werden vier aanvragen ingediend waarvan er drie reeds de toelating kregen de tandheelkunde uit te oefenen : twee Nederlanders en één Brit.

à l'avenir. Cette formation de deux ans est toutefois maintenue, mais au terme de celle-ci, les élèves recevront le brevet d'assistant(e) hospitalier(ère).

2. Procédure

Les infirmiers(ères) dont le diplôme a été délivré dans un des Etats membres de la C. E. E. et qui désirent faire valider celui-ci en Belgique doivent suivre la procédure suivante :

1) introduction et examen du dossier à l'administration de l'art de guérir du Ministère de la Santé publique et de la Famille;

2) si le dossier est en ordre, le demandeur reçoit un certificat d'agrément du diplôme qu'il doit produire à :

3) la commission médicale compétente suivant le lieu d'établissement de l'intéressé, afin d'obtenir le visa et un numéro d'enregistrement.

3. Conséquences de la directive

Depuis l'entrée en vigueur des directives, le 29 juin 1979, jusqu'au 1^{er} septembre 1980, 541 demandes ont été introduites dont les deux tiers ont obtenu un certificat d'agrément : 150 diplômes néerlandais, 25 français, 21 allemands, 10 britanniques, 5 irlandais, 1 danois et 1 luxembourgeois.

c) Dentistes

1. Législation

Après le libre établissement des médecins et du personnel infirmier dans le cadre de la C. E. E., celui des dentistes est également reconnu.

Ces directives, qui sont dans les grandes lignes similaires à celles relatives aux deux professions précédentes, ont été approuvées le 25 juillet 1978 par le Conseil des Communautés européennes et elles sont entrées effectivement en vigueur le 28 janvier 1980.

De ces directives, deux points ont été défendus par la Belgique :

1) la formation des dentistes comportera, dans les neuf pays, au minimum cinq années d'études à plein temps;

2) le champ de travail du dentiste est défini dans la directive mais chaque Etat membre reste libre de maintenir sa législation en vigueur et ce, dans l'intérêt de la santé publique et de l'équilibre acquis entre les différentes professions médicales.

Dans ce domaine également, notre législation devra être adaptée aux textes correspondants, sur la base de la loi du 4 avril 1980.

2. Procédure

La procédure est la même que pour le personnel infirmier.

3. Conséquences des directives

Entre le 28 janvier 1980 et le 1^{er} septembre 1980, quatre personnes ont introduit une demande et trois d'entre elles ont déjà obtenu l'autorisation d'exercer l'art dentaire : deux Néerlandais et un Britannique.

d) Dierenartsen

Deze richtlijnen betreffende de vrije vestiging en de wederzijdse erkenning van diploma's van dierenartsen werden op 18 december 1978 goedgekeurd door de Raad van de Europese Gemeenschappen en treden op 21 december 1980 effectief in werking.

e) Vroedvrouwen

De richtlijnen betreffende de wederzijdse erkenning van diploma's en betreffende de vrije vestiging van vroedvrouwen zijn op 21 januari 1980 ondertekend en zullen op 23 januari 1983 in werking treden.

Ook voor deze richtlijnen werd hetzelfde schema als bij de eerste richtlijnen gevolgd, met dit verschil evenwel dat hier, zoals ook bij de tandartsrichtlijnen, een minimaal werkterrein werd omschreven.

Deze richtlijnen zullen ook aanpassingen in de eigen wetgeving — op basis van de voormelde wet van 4 april 1980 — noodzakelijk maken.

5. Preventieve gezondheidszorg

5.1. Algemene beschouwingen

Het wordt steeds duidelijker dat een doordacht en intensief beleid inzake de preventieve geneeskunde één van de voornaamste middelen uitmaakt om de steeds omvangrijker financiële lasten die de curatieve sector meebrengt, te drukken.

Het is noodzakelijk dat de bestaande diensten voor preventieve gezondheidszorg nog beter op elkaar worden afgestemd en samenwerken met o.a. de huisarts, teneinde de continuïteit en de complementariteit veilig te stellen.

Het is eveneens nodig om enkele vormen van preventie te heroriënteren omdat ze niet aangepast werden aan de evolutie van de hygiëne en de gezondheidstoestand in het algemeen.

De kredieten die voor 1981 voor de sector preventieve geneeskunde worden uitgetrokken, zowel communautair als nationaal, worden strikt minimaal gehouden.

5.2. Sociale geneeskunde

Om de diverse organisaties die zich inzetten voor medisch-sociale acties ten behoeve van de bevolking in hun werk te steunen, worden hen toelagen toegekend die in verhouding staan met de omvang en de belangrijkheid van de ontplooiende activiteiten.

Het betreft hier liga's, werken, verenigingen universitaire en niet-universitaire centra, enz... die zich inzetten voor de studie, propaganda of profylaxie d.m.v. onderzoek, congressen, campagnes en opsporing van sociale ziekten als kanker, tuberculose, aangeboren afwijkingen, geestesziekten en toximanieën.

5.3. Sociale ziekten

Ieder jaar stijgt de tussenkomst van de Staat in de behandelingskosten van de aan sociale ziekten lijdende personen, vooral de aangeboren hartkwalen en de chronische nierinsufficiënties nemen in aantal toe; vooral deze laatste ziekte brengt intensieve zorgen van lange duur met zich mee en de niertransplantaties zijn in 1979 met 25 % toegenomen.

Wat de hartziekten betreft wordt een herdefiniëring van de voor tussenkomst in aanmerking komende ziekten bestudeerd.

d) Vétérinaires

Les directives concernant le libre établissement et la reconnaissance mutuelle des diplômes de vétérinaire ont été approuvées par le Conseil des Communautés européennes du 18 décembre 1978 et sont entrées en vigueur le 21 décembre 1980.

e) Accoucheuses

Les directives concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes et le libre établissement des accoucheuses ont été signées le 21 janvier 1980 et entreront en vigueur le 23 janvier 1983.

Le même schéma a été adopté pour ces directives que celui suivi pour les premières, à la différence toutefois que, dans le cas présent, un champ de travail minimal a été défini, tout comme pour celles relatives aux dentistes.

Ces directives nécessiteront également une adaptation de notre propre législation, à la lumière de la loi précitée du 4 avril 1980.

5. Médecine préventive

5.1. Considérations générales

Il est de plus en plus certain qu'une politique réfléchie et intensive en matière de médecine préventive est l'un des moyens les plus efficaces de réduire les charges financières toujours croissantes qu'entraîne le secteur curatif.

Une meilleure coordination des services de médecine préventive existants s'impose ainsi qu'une collaboration avec, entre autres, le médecin généraliste afin d'assurer la continuité et la complémentarité.

Il est indispensable de réorienter certaines formes de prévention qui sont actuellement dépassées par l'évolution de l'hygiène et de la situation générale de la santé.

Les crédits prévus pour le secteur de la médecine préventive, tant communautaire que national, ont été limités au strict minimum en 1981.

5.2. Médecine sociale

Des subsides en rapport avec l'ampleur et l'importance des activités déployées sont octroyés à divers organismes : ligues, œuvres, associations, centres universitaires ou non-universitaires qui participent à l'amélioration de la santé publique et à l'action médico-sociale du département.

Leurs activités consistent en l'étude et la prophylaxie des maladies sociales telles que le cancer, la tuberculose, les handicaps de naissance, l'hygiène mentale et les toximanies ainsi qu'en la propagande relative à ces maladies.

5.3. Les maladies sociales

Chaque année, l'intervention de l'Etat dans les frais de traitement des personnes atteintes de maladies dites sociales est en augmentation en raison de l'accroissement du nombre des malades atteints, notamment de cardiopathies congénitales et d'insuffisance rénale chronique. Cette dernière maladie particulièrement entraîne des soins coûteux et de longue durée et les transplantations rénales ont augmenté de 25 % en 1979.

Quant aux affections cardiaques, une redéfinition des maladies pouvant donner lieu à l'intervention de l'Etat est étudiée.

5.4. Gezondheidsleer

Het stimuleren van de interesse van de bevolking voor de vrijwaring van de eigen gezondheid dient maximaal bevorderd te worden. Het veronderstelt de verdere ontwikkeling van de gezondheidsopvoeding met de bijzondere aandacht van positieve preventiemaatregelen en voor de negatieve effecten van overconsumptie.

De huidige actie van het departement betreft :

— het geven van financiële steun aan initiatieven van gecentraliseerde organismen of via de instellingen. De programma's beogen de voornaamste plagen : tabakmisbruik, alcohol-drug, geneesmiddelenmisbruik. Andere programma's beogen de verspreiding van gezonde voeding, verantwoord ouderschap, voorkoming van rubella, enz.

— het ter beschikking stellen van brochures over allereerste onderwerpen;

— het steunen van de actie van de Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen om door het geven van voordrachten bij alle gekende sociaal-culturele verenigingen onze bevolking efficiënt voorlichting te geven over maatregelen om hun gezondheid te beschermen.

5.5. Gezinsbeleid en kinderopvang

Het moeder- en kindbeleid is voortaan gecommunautariseerd. Dit brengt de communautaire bevoegdheid met zich inzake onthaalinstellingen voor kinderen : kinderdagverblijven, peuterspeelplaatsen, onthaalmoeders, kindertehuizen, onthaalcentra (vroegere kolonies voor kinderen) en vakantiecentra.

De herstructurering van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (N.W.K.), hierbij bijzonder betrokken, is dan ook noodzakelijk om in overeenstemming te zijn met dit nieuw beleid. De herstructurering werd dus ondernomen.

De gemeenschapsbegrotingen zijn dienovereenkomstig opgesteld.

5.6. Medisch schooltoezicht

Het medisch schooltoezicht bekleedt een zeer voornamelijk plaats in het geheel van de preventieve geneeskunde.

Zijn opdracht bestaat er inderdaad in de gezondheid, de groei en de ontwikkeling van de ganse schoolbevolking te bevorderen en te beschermen.

Pogingen zullen gedaan worden om de kwaliteit en de efficiëntie van de schoolgezondheidszorg te verbeteren, o.m. door de primaire preventie te ontwikkelen, via een beter gezondheidsonderwijs, met een nauwlettend toezicht op de goede voeding van de jongeren, ten einde hen een optimale lichamelijke- en geestelijke ontwikkeling te verzekeren.

De politiek inzake medisch schooltoezicht behoort thans tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Het krediet voor 1981 bedraagt 492,2 miljoen voor de Vlaamse Gemeenschap, 361 miljoen voor de Franse Gemeenschap en 5 miljoen voor de Duitse Gemeenschap.

5.7. Tabak

De reglementering betreffende de tabak is geleidelijk in werking getreden vanaf 1 oktober 1980.

Het is echter nodig gebleken sommige toepassingsmodaliteiten te herzien. Een wijziging die betrekking heeft op de etikettering van de tabaksprodukten wordt in overleg met al de betrokkenen voorbereid.

5.4. Education sanitaire

Il faut encourager au maximum l'intérêt manifesté par la population pour sauvegarder sa santé. Pour ce faire, l'éducation sanitaire doit encore être développée en accordant une attention toute particulière aux mesures positives de prévention et aux effets négatifs de la surconsommation.

L'action menée à l'heure actuelle par le département concerne :

— l'octroi d'une aide financière aux initiatives prises par des organismes centralisés ou par l'intermédiaire des institutions. Certains programmes visent les principaux fléaux : tabagisme, alcoolisme, drogues, abus des médicaments. D'autres programmes cherchent à promouvoir une alimentation saine, la parenté responsable, la prévention de la rubéole;

— la publication et la disponibilité de brochures consacrées à divers sujets;

— le soutien de l'action de la « Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen » qui, par des conférences organisées dans toutes les associations socio-culturelles connues, informe efficacement la population des mesures à prendre pour sauvegarder sa santé.

5.5. Politique familiale et accueil de l'enfant

La politique maternelle et infantile est désormais communautarisée. Cela implique la compétence communautaire en matière d'institutions d'accueil pour enfants : crèches, pré-gardiennats et gardiennes à domicile, pouponnières, maisons maternelles, centres d'accueil (anciennes colonies pour enfants) et centres de vacances.

La restructuration de l'Œuvre Nationale de l'Enfance (O.N.E.), plus spécialement concernée, est donc nécessaire pour répondre à cette nouvelle politique et a été entreprise.

Les budgets communautaires sont établis en conséquence.

5.6. Inspection médicale scolaire

L'inspection médicale scolaire occupe une place très importante dans l'ensemble de la médecine préventive.

En effet, sa mission consiste à favoriser et protéger la santé, la croissance et le développement de toute la population scolaire.

Des efforts seront entrepris en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité de cette médecine, entre autres en développant la prévention primaire par une meilleure éducation sanitaire, tout en veillant à la bonne alimentation des jeunes de façon à leur assurer un épanouissement physique et psychique optimal.

La politique en ce domaine relève actuellement de la compétence des Communautés.

Le crédit sollicité pour 1981 est de 492,4 millions pour la Communauté flamande, 361 millions pour la Communauté française et 5 millions pour la Communauté germanophone.

5.7. Tabac

La réglementation sur le tabac est progressivement entrée en vigueur à partir du 1^{er} octobre 1980.

Certaines modalités d'application devaient cependant être revues. L'étiquetage des produits à base de tabac sera modifié en concertation avec tous les intéressés.

6. Thuisverzorging

In toepassing van het koninklijk besluit van 27 december 1950, zoals het later werd gewijzigd, verleent het departement van Volksgezondheid en van het Gezin binnen de perken van de gestemde begrotingskredieten jaarlijks toelagen aan de verenigingen en groeperingen van diensten voor verzorging aan huis, tot aanmoediging van de gezinsactiviteit van deze diensten.

De politiek betreffende deze materie valt thans onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Het aangevraagd krediet voor 1981 bedraagt 3 260 000 F voor de Vlaamse Gemeenschap, 1 400 000 F voor de Franse Gemeenschap en 480 000 F als bicommunautaire uitgave.

7. Sociaal-Medische Rijksdienst (S. M. R.)
Administratieve Gezondheidsdienst (A. G. D.)

Werkzaamheden van de S. M. R./A. G. D.

Om een idee te geven van de werkzaamheden van de S. M. R. lijkt het gepast erop te wijzen dat tijdens het jaar 1979, bij de Administratieve Gezondheidsdienst zowat 1 021 880 getuigschriften tot motivering van afwezigheid wegens ziekte van personeelsleden uit overheidsdiensten die onder het medisch toezicht van de S. M. R. staan (aantal: $\pm$ 500 000 personeelsleden) zijn ontvangen en behandeld en dat bovendien in de 13 geneeskundige centra van de Sociaal-Medische Rijksdienst, 143 543 geneeskundige onderzoeken zijn verricht, die als volgt ingedeeld kunnen worden:

a) 101 887 onderzoeken van personeelsleden uit overheidsdiensten, met name:

- 27 054 toelatingsonderzoeken;
- 10 279 geschiktheidsonderzoeken tijdens de loopbaan;
- 10 742 controle-onderzoeken van personeelsleden met ziekteverlof;
- 39 871 schattingsopdrachten voor slachtoffers van arbeidsongevallen (1);
- 7 353 onderzoeken binnen het raam van de arbeidsgeneeskunde (Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming) alsmede 1 273 inenting;
- 6 588 onderzoeken met het oog op eventuele vroegde pensionering om gezondheidsredenen.

b) 41 656 onderzoeken van personen die niet in overheidsdienst zijn, met name:

- 32 880 onderzoeken van autobus-, autocar- en taxi-chauffeurs;
- 3 858 onderzoeken van piloten (handels- en verkeersluchtvaart en luchttoerisme);
- 750 onderzoeken van gewetensbezwaarden en 4 168 onderzoeken van allerlei aard.

Controle van de afwezigheid wegens ziekte

a) In de loop van het jaar 1979, zijn er 87 143 controles verricht. In 81 347 (93,3 %) van de gevallen is vastgesteld dat het ziekteverlof medisch verantwoord was. In 5 796 ge-

(1) In de loop van het jaar 1979 ontving de A. G. D. 33 000 aangiften van arbeidsongevallen met het oog op het uitvoeren van medische expertises. Het krediet voor 1979 (60,4 miljoen) voor de uitbetaling van de medische kosten aan de slachtoffers van arbeidsongevallen, is onvoldoende gebleken.

6. Soins à domicile

En application de l'arrêté royal du 27 décembre 1950, tel qu'il a été modifié ultérieurement, le département de la Santé publique et de la Famille accorde annuellement, dans la limite des crédits budgétaires votés, des subsides aux associations et groupements de services de soins à domicile en vue d'encourager leur activité familiale.

Actuellement, la politique en ce domaine ressortit à la compétence des Communautés.

Le crédit sollicité pour 1981 est de 3 260 000 F pour la Communauté flamande, 1 400 000 F pour la Communauté française et 480 000 F comme dépense bicommunautaire.

7. Office médico-social de l'Etat (O. M. S. E.)
Service de santé administratif (S. S. A.)

Activités de l'O. M. S. E./S. S. A.

Pour situer ces activités, il est utile de signaler qu'au cours de l'année 1979, le Service de Santé administratif a, d'une part, réceptionné et traité $\pm$ 1 021 880 certificats couvrant des absences pour maladie d'agents des services publics placés sous sa tutelle (effectif: $\pm$ 500 000 agents) et, d'autre part, effectué, dans ses treize centres médicaux, 143 543 examens médicaux se répartissant comme suit:

a) 101 887 examens concernant des agents des services publics, dont:

- 27 054 examens d'admission;
- 10 279 examens d'aptitude en cours de carrière;
- 10 742 examens de contrôle d'agents en congé de maladie;
- 39 871 expertises d'accidentés du travail (1);
- 7 353 examens dans le cadre de la médecine du travail (Règlement général pour la protection du travail) ainsi que 1 273 vaccinations;
- 6 588 examens en vue de la mise éventuelle à la pension prématurée pour motif de santé;

b) 41 656 examens de personnes étrangères à l'administration, dont:

- 32 880 examens de chauffeurs de taxis, autocars et autobus;
- 3 858 examens de pilotes d'avions (aviation civile, commerciale et de tourisme);
- 750 examens d'objecteurs de conscience et 4 168 examens à divers titres.

Contrôle des absences pour maladie

a) Au cours de l'année 1979, 87 143 missions de contrôle ont été exécutées. Dans 81 347 cas (93,3 %), il a été constaté que le congé de maladie était justifié. Un ordre de reprise

(1) En 1979, le S. S. A. a réceptionné aux fins d'expertise 33 000 déclarations d'accidents du travail. Le crédit alloué pour 1979 (60,4 millions) pour le paiement des frais médicaux aux victimes d'accidents du travail s'est révélé insuffisant.

vallen (6,6 %) is er een bevel tot werkhervatting gegeven, waardoor globaal 29 586 dagen afwezigheid wegens ziekte uitgespaard zijn.

b) In de loop van het jaar 1979 werden er 1 021 880 geneeskundige getuigschriften geboekt tot motivering voor een totaal van 8 717 187 dagen afwezigheid wegens ziekte. Deze cijfers, die de afwezigheden bevatten voortvloeiend uit werkongevallen, ongevallen van en naar het werk en beroepsziekten, hebben betrekking op een potentieel totaal van 499 534 personeelsleden (aantal op 30 juni 1978).

c) Er kan gesteld worden dat de verscherping van de controle die op 1 januari 1977 begonnen is, geen spectaculaire weerslag heeft gehad, maar wel heeft mogelijk gemaakt de tijdens de vorige jaren vastgestelde aanhoudende toename in te dijken.

d) Het bedrag der honoraria uitgekeerd aan de controlegeeneesheren-niet-ambtenaren voor de opdrachten uitgevoerd in 1979, beloopt 33 548 850 F, een bedrag van 8 901 984 F inbegrepen voor prestatie uitgevoerd in de medische centra (controles en plaatsvervangende geneesheren-ambtenaren).

8. Maatschappelijk welzijn

8.1. *Steun aan behoeftigen* : krediet voor 1980 : 180 miljoen (art. 33.23).

In toepassing van de artikelen 4 en 5 van de wet van 2 april 1965 gewijzigd door de wet van 9 juli 1971 dient de Staat :

1° de verplegingskosten terug te betalen aan de steunverlenende commissie's van de behoeftigen die geen onderstandswoonst hebben verworven.

2° De kosten van bijstand terug te betalen door de steunverlenende commissies verleend aan :

a) aan Belgische behoeftige, gerepatriëerd door toedoen van de Regering, door de Commissie van openbare onderstand (lees openbare centra voor maatschappelijk welzijn) van de plaats van overgave;

b) een behoeftige, die de Belgische nationaliteit niet bezit, en dit tot de dag van zijn inschrijving in het bevolkingsregister;

c) een kind van minder dan achttien jaar dat, naargelang het geval : geboren is uit onbekende vader en moeder; een natuurlijk kind dat door geen van beide ouders is erkend; een kind van Belgische nationaliteit dat bij de geboorte werd verlaten en waarvan de moeder niet ingeschreven was in het bevolkingsregister.

8.2. *Steun verleend aan de Vluchtelingen* : Crediet voor 1980 : 90 miljoen (art. 33.25).

De Regering heeft beslist in toepassing van de ministeriële omzendbrieven van 13 november 1950 en 14 november 1979 voor de uitvoering van de verschillende programma's, de verplegings- en bijstandskosten terug te betalen door de steunverlenende commissie's verleend aan de politieke vluchtelingen.

De programma's die momenteel in uitvoering zijn betreffen de aankomst in België van :

du travail a été délivré dans 5 796 cas (6,6 %) portant sur une récupération globale de 29 586 journées d'absence.

b) Au cours de l'année 1979, il a été enregistré 1 021 880 certificats médicaux couvrant des absences pour maladie pour un total de 8 717 187 journées. Ces chiffres, qui comprennent les absences résultant d'accidents du travail, d'accidents sur le chemin du travail et de maladies professionnelles, se rapportent à un effectif potentiel de 499 534 agents (effectif au 30 juin 1978).

c) On peut affirmer que le renforcement du contrôle, qui a débuté le 1^{er} janvier 1977, n'a pas eu de répercussions spectaculaires, mais a permis d'endiguer l'augmentation continue constatée au cours des années antérieures.

d) Les honoraires payés aux médecins contrôleurs non fonctionnaires pour les missions effectuées en 1979 se sont élevés à 33 548 850 F, y compris une somme de 8 901 984 F pour des prestations effectuées dans les centres médicaux (contrôles et suppléances de médecins fonctionnaires).

8. Aide sociale

8.1. *Aide aux indigents* : crédit pour 1980 : 180 millions (art. 33.23)

En application des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les commissions d'assistance publique, modifiée par la loi du 9 juillet 1971, l'Etat doit rembourser aux commissions secourantes :

1° les frais résultant des soins pour des indigents n'ayant pas acquis de domicile de secours;

2° les frais d'assistance octroyés :

a) à un indigent belge rapatrié à l'intervention du Gouvernement, par la commission d'assistance publique (lire centre publics d'aide sociale) du lieu de remise;

b) à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge, et ce jusqu'au jour de son inscription au registre de la population;

c) à un enfant âgé de moins de dix-huit ans qui, selon le cas : est né de père et mère inconnu; à un enfant naturel non reconnu par l'un ni l'autre de ses parents; à un enfant de nationalité belge, abandonné au moment de sa naissance et dont la mère n'était pas inscrite au registre de la population.

8.2. *Aide aux réfugiés* : crédit pour 1980 : 90 millions (art. 33.25)

En application des circulaires ministérielles des 13 novembre 1950 et 14 novembre 1979, le Gouvernement a décidé le remboursement des frais occasionnés par les soins et l'assistance accordés aux réfugiés politiques par les commissions secourantes.

Les programmes actuellement en cours concernent l'arrivée en Belgique :

- 1) een contingent van 2 000 Zuid-Oost-Aziatische vluchtelingen;
- 2) 150 vluchtelingen uit Latijns-Amerika;
- 3) een contingent van 25 gehandicapte-vluchtelingen met hun gezin momenteel verblijvend in de kampen van Zuid-Europa;
- 4) een nieuw contingent van 300 vluchtelingen uit Zuid-Oost-Azië.

Gelet op de moeilijke economische toestand die het land doormaakt, vallen de verplegings- en bijstandskosten voor deze vluchtelingen steeds in meerdere mate ten laste van de Staat, zodat er voor 1980 reeds een supplementair krediet van 10 miljoen frank werd toegekend.

8.3. *Bestaansminimum* (art. 33.16).

De wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum trad in werking op 1 januari 1975 en na vijf jaar toepassing van de wet groeit het aantal begunstigten nog bestendig aan. De grotere trouwtheid van de bevolking met het bestaan van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn en zijn werking in 't algemeen en met de wetgeving van het bestaansminimum in 't bijzonder, alsook de constante opsporing van eventuele rechthebbenden door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn kunnen als oorzaken voor deze aangroei aangewezen worden.

Overigens is de benarde economische situatie eveneens een belangrijke factor terzake.

Aldus werden als basis voor de begroting 1981 20 610 begunstigten weerhouden. De te verwachten stijging van vijf procent is in dit aantal inbegrepen. De verhoging van het noodzakelijk krediet naar 787,3 miljoen frank vindt hierin hoofdzakelijk zijn oorsprong.

De optrekking van de bedragen met ingang van 1 januari 1980 (die binnen afzienbare tijd zal doorgevoerd worden) zal ongetwijfeld een verdere aangroei van het aantal rechthebbenden tot gevolg hebben. Zo zullen de meest behoeftige zelfstandige gepensioneerden in aanmerking komen voor een gedeeltelijk bestaansminimum. Niettemin dient gestreefd naar een verdere optrekking van de basisbedragen uitgaande van de belofte van de Regering die op dit stuk werd gedaan in de regeringsverklaring, die voorziet dat het bestaansminimum in etappes zal gebracht worden op 180 000 frank voor een gezin en 140 000 frank voor een alleenstaande.

8.4. *Bijzonder maatschappelijk dienstbetoon*

Het beleid inzake minder-validen is een persoonsgebonden aangelegenheid, bijgevolg komen de belangrijkste kredieten voor op de respectieve begrotingen van de Gemeenschappen.

De nationale begroting voorziet alleen kredieten voor de instellingen gelegen in het tweetalig gebied Brussel Hoofdstad die wegens hun organisatie niet tot de ene of de andere Gemeenschap behoren.

a) Speciaal Onderstandsfonds (art. 33.26)

Het speciaal Onderstandsfonds dat tegemoetkomingen verleent aan behoeftige geesteszieken verzorgd ten huize of in psychiatrische inrichtingen en aan hulpbehoevende kanker- en T. B. C.-patiënten, heeft sinds de uitbreiding van de tussenkomsten van het R. I. Z. I. V. veel aan belang verloren.

Niettemin blijft het S. O. F. nog onmisbaar voor de personen die niet van de voordelen van de ziekteverzekering kunnen genieten en voor diegenen die het persoonlijk aandeel van 50 of 125 F per verpleegdag vastgesteld bij het koninklijk besluit van 20 augustus 1980 niet kunnen betalen.

- 1) d'un contingent de 2 000 réfugiés du Sud-Est asiatique;
- 2) de 150 réfugiés latino-américains;
- 3) d'un contingent de 25 réfugiés handicapés qui résident actuellement dans des camps établis dans le sud de l'Europe;
- 4) d'un nouveau contingent de 300 réfugiés du Sud-Est asiatique.

Eu égard aux difficultés économiques que traverse le pays, les frais des soins et de l'assistance dispensés à ces réfugiés sont de plus en plus souvent à charge de l'Etat, si bien que pour 1980, un crédit supplémentaire de 10 millions de francs a déjà été accordé.

8.3. *Le minimum de moyens d'existence* (art. 33.16)

La loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1975 et depuis cinq ans, le nombre de bénéficiaires ne cesse de croître. Cette augmentation peut s'expliquer par une plus grande familiarité de la population avec le fonctionnement des C. P. A. S. et plus précisément, avec la législation sur le minimum de moyens d'existence. Il faut y ajouter la recherche constante d'ayants droit éventuels effectuée par les centres publics d'aide sociale.

La situation économique défavorable influence également l'évolution dans ce secteur.

C'est ainsi que, pour le budget de 1981, le nombre de 20 610 bénéficiaires a été retenu. Ce nombre tient compte d'une augmentation probable de cinq pour cent du nombre de bénéficiaires, ce qui explique l'accroissement du crédit nécessaire qui passe à 783,3 millions de francs.

Le relèvement des montants à partir du 1^{er} janvier 1980 (qui sera appliqué incessamment) aura inévitablement pour conséquence une nouvelle augmentation du nombre de bénéficiaires. Les indépendants pensionnés les plus défavorisés pourront alors prétendre à un montant partiel du minimum de moyens d'existence. Il faut néanmoins poursuivre les efforts visant à augmenter encore les montants de base, efforts étayés par la promesse incluse dans la déclaration gouvernementale, qui stipulait que le montant de base serait porté, par étapes, à 180 000 F pour une famille et 140 000 F pour un isolé.

8.4. *Aide sociale spéciale*

La politique relative aux handicapés est une matière personnalisable. Les crédits les plus importants sont donc inscrits aux budgets des Communautés.

Le budget national ne prévoit des crédits que pour les établissements situés dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui n'appartiennent pas à l'une ou l'autre Communauté en raison de leur organisation.

a) Fonds spécial d'assistance (art. 33.26)

Le Fonds spécial d'assistance qui intervient en faveur des malades mentaux indigents soignés à domicile ou dans des établissements psychiatriques ainsi que des patients atteints de cancer ou de tuberculose les plus démunis, a nettement perdu de son importance depuis l'extension des interventions de l'I. N. A. M. I.

Le Fonds spécial d'assistance demeure toutefois indispensable pour les personnes qui ne bénéficient pas des avantages de l'assurance maladie ainsi que pour celles qui ne sont pas en mesure de payer la participation personnelle de 50 ou 125 F par journée d'hospitalisation fixée par l'arrêté royal du 20 août 1980.

Een belangrijk gedeelte van de kredieten voor Brussel-Hoofdstad komt ten goede van de personen van vreemde nationaliteit.

b) Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten (art. 33.27)

Het betreft een sector waar de personeelslasten uiteraard zeer zwaar doorwegen. Ongeveer 80 % van de uitgaven van de medisch-pedagogische inrichtingen zijn personeelslasten.

Dit is het gevolg van het feit dat een optimale kwaliteitsverzorging wordt nagestreefd, mede gesteund op een verbetering van de bestaande uitrusting en de aanmoediging van nieuwe initiatieven daar waar die noodzakelijk blijken.

De kredieten uitgetrokken op de nationale begroting zijn bestemd voor de « bi-communautaire » inrichtingen van Brussel-Hoofdstad.

8.5. Rustoorden voor bejaarden

De toepassing van de wetten van 12 juli 1966 op de rustoorden voor bejaarden, van 22 maart 1971 en 15 juli 1976 waarbij toelagen worden verleend voor de opbouw, de herconditionering en de uitrusting van rustoorden voor bejaarden alsook voor beveiligingswerken in die rustoorden, alsmede het koninklijk besluit van 15 april 1977 betreffende de dienstencentra, valt onder de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Alleen artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de begrotingsvoorstellen 1979-1980 blijft ten dele tot de nationale bevoegdheid behoren.

Dat artikel is vastgesteld ter vervanging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en met betrekking tot andere vormen van zorgverstreking.

De toepassing van artikel 209 bestaat op nationaal vlak uitsluitend uit het nemen van uitvoeringsmaatregelen inzake planning en het vaststellen van speciale erkenningsnormen ten aanzien van instellingen die officieel willen worden erkend als « rust- en verzorgingstehuis » d.i. een inrichting die bejaarden opneemt ten einde het ziekenhuisverblijf te verkorten of te vermijden.

Beslissingen inzake planning en erkenning zouden in beginsel niet rechtstreeks ten laste komen van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid.

9. Oorlogsgetroffenen

N. W. O. I.

Voor het jaar 1981 is een toelage voorzien van 2 431 500 000 F ten laste van artikel 41.24 van de begroting ten gunste van het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden.

Dit krediet bevat inzonderheid een bedrag van 2 271 100 000 F om het Nationaal Werk toe te laten aan de invaliden en de oorlogsgewonden van de oorlogen van 1914-1918 en 1940-1945 de kosten te betalen betreffende de geneeskundige en pharmaceutische verzorging alsmede de prothesen.

De totale toelage van 2 431 500 000 F omvat bovendien een bedrag van 14 000 000 F voor sociale hulp aan de invaliden, een bedrag van 2 000 000 F voor plaatsing van bejaarde invaliden en een bedrag van 1 400 000 F voor teruggave van interesten.

Une partie non négligeable des crédits pour Bruxelles-Capitale est octroyée aux personnes de nationalité étrangère.

b) Fonds pour les soins médico-socio-pédagogiques aux handicapés (art. 33.28)

Il s'agit d'un secteur dans lequel les charges de personnel sont très lourdes. Elles représentent 80 % des dépenses des établissements médico-pédagogiques.

Cette tendance est la conséquence de l'objectif poursuivi, à savoir dispenser des soins de qualité tout en cherchant à améliorer l'équipement existant et à encourager de nouvelles initiatives là où elles semblent nécessaires.

Les crédits inscrits au budget national sont destinés aux institutions bi-communautaires de Bruxelles-Capitale.

8.5. Maisons de repos pour personnes âgées

L'application des lois des 12 juillet 1966 relative aux maisons de repos pour personnes âgées, 22 mars 1971 et 15 juillet 1976 octroyant des subsides pour la construction, le reconditionnement et l'équipement ainsi que pour les travaux de sécurité dans les maisons de repos, ainsi que de l'arrêté royal du 15 avril 1977 relatif aux centres de services communs, est du domaine communautaire.

Seul l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 reste, en partie du moins, de la compétence nationale.

Cet article a remplacé l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins.

La mise en application de l'article 209 ne nécessite, sur le plan national, que la prise de mesures d'exécution concernant la planification et la détermination de normes spéciales d'agrément à imposer aux établissements désirant se voir accorder la reconnaissance officielle en qualité de « maison de repos et de soins », c'est-à-dire d'établissement pratiquant un hébergement devant permettre de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter.

Les décisions relatives à la planification et à l'agrément ne devraient pas, en principe, avoir de répercussions directes sur le budget du Ministère de la Santé publique.

9. Victimes de la guerre

O. N. I. G.

Pour l'année 1981, une subvention de 2 431 500 000 F est prévue à charge de l'article 41.24 du budget en faveur de l'Œuvre nationale des invalides de la guerre.

Ce crédit comprend notamment un montant de 2 271 100 000 F qui doit permettre à l'Œuvre nationale de payer aux invalides et aux orphelins des guerres 1914-1918 et 1940-1945 les frais afférents aux soins médicaux, pharmaceutiques et aux prothèses.

La subvention totale de 2 431 500 000 F comprend en outre un montant de 14 000 000 F pour l'aide sociale aux invalides, un montant de 2 000 000 F pour le placement des invalides âgés et un montant de 1 400 000 F pour le remboursement des intérêts.

N. W. O. S.

Voor het Nationaal Werk voor Oudstrijders en Oorlogsslachtoffers (N. W. O. S.) is een toelage van 238 300 000 F voorzien ten laste van artikel 41.23.

Dit Werk komt tussenbeide, zowel op het morele als materiële vlak, ten bate van de oudstrijders, weerstanders, politieke gevangenen, krijgsgevangenen, werkweigeraars en weggevoerden van de oorlogen 1914-1918 en 1940-1945 en hun rechthebbenden.

Voor het Vast Bureau van de Nationale Werken voor Oorlogsgetroffenen is een toelage van 11 500 000 F voorzien ten laste van artikel 41.31.

De opdracht van dit Bureau bestaat erin de coördinatie te verzekeren tussen het N. W. O. I. en het N. W. O. S.

De Ministerraad heeft op 22 februari 1980 zijn akkoord betuigd met het principe van een herstructurering van de Werken en met de oprichting te dien einde van een Rijksdienst.

Nieuwe voordelen zullen worden toegekend aan burgerlijke oorlogsslachtoffers en gelijkgestelden, in het raam van het gedeelte van de programmatie 1981 voor genoemde slachtoffers. Het betreft de toepassing van de artikelen 6 en 7 van het Protocol van akkoord van 7 november 1975, getekend tussen de Regering en de vaderlandlievende verenigingen dat een permanente commissie opricht om voorstellen betreffende deze programmatie te doen.

Sociale maatregelen ten gunste van de weerstanders tegen het nazisme zouden eveneens moeten genomen worden in 1981 in toepassing van artikel 1, c, van genoemd protocol.

De begroting van de pensioenen van de burgerlijke oorlogsslachtoffers van de beide oorlogen wordt behandeld in het kader van de begroting der pensioenen (Ministerie van Financiën).

10. Dringende medische hulpverlening

De « dienst 900 » wordt waargenomen door de hulpcentra 900.

Dit zijn de 16 telefonische oproepcentrales in de brandweerkazernes en verspreid over het hele land.

Het vervoer van de slachtoffers gebeurt dank zij een ambulance-wagenpark van 480 ambulancewagens, verdeeld over 276 ambulancediensten. Deze diensten hangen af van brandweer, Rode Kruis, O. C. M. W., gemeentelijke diensten, privé-ziekenhuizen en privé-uitbaters.

Onder deze 480 ambulancediensten zijn 358 voertuigen die door het departement ter beschikking van openbare besturen, van het Rode Kruis van België en van universitaire en andere gespecialiseerde ziekenhuizen gesteld zijn. Aan deze laatste werden een veertigtal reanimatie-ambulancewagens geleverd met een bijzondere geneeskundige uitrusting, inzonderheid wat cardiale en respiratorische reanimatie betreft.

De door bemiddeling van de dienst 900 vervoerde spoedgevallen worden naar 194 ziekenhuizen gebracht die aan zekere minimumvoorwaarden moeten voldoen.

Voor het jaar 1979 kwamen bij de 16 oproepcentra « 900 », 450 170 oproepen binnen, waarvan 188 413 aanvragen voor dringend vervoer van gekwetsten en zieken.

Alhoewel het hulpcentrum 900 bestemd is om hulp te verlenen aan personen die zich op de openbare weg of in een openbare plaats bevinden, moet vastgesteld worden dat het aantal oproepen voor gekwetsten of zieken ten huize de laatste jaren bestendig toeneemt en thans een zeer belangrijk deel vormt van de hulpaanvraag.

O. N. A. C.

Il est prévu, pour l'Œuvre nationale des anciens combattants et victimes de la guerre (O. N. A. C.), une subvention de 238 300 000 F à charge de l'article 41.23.

Cette Œuvre intervient tant sur le plan moral que matériel en faveur des anciens combattants, des résistants, des prisonniers politiques, des prisonniers de guerre, des réfractaires et des déportés des guerres 1914-1918 et 1940-1945 et de leurs ayants droit.

Il est prévu, pour le Bureau permanent des Œuvres nationales des victimes de la guerre, une subvention de 11 500 000 F à charge de l'article 41.31.

La mission du Bureau consiste à assurer la coordination entre l'O. N. I. G. et l'O. N. A. C.

Le Conseil des ministres a marqué son accord, en date du 22 février 1980, sur le principe d'une restructuration des Œuvres et de la création à cet effet d'un Office national.

Des avantages nouveaux seront accordés aux victimes civiles de la guerre et assimilées, dans le cadre de la partie de la programmation 1981 réservée auxdites victimes. Il s'agit de l'application des articles 6 et 7 du Protocole d'accord du 7 novembre 1975 signé entre le Gouvernement et les associations patriotiques, protocole qui institue une commission permanente appelée à faire des propositions concernant cette programmation.

Les mesures sociales prévues en faveur des résistants au nazisme devraient également être prises en 1981 en application de l'article 1^{er}, c, dudit protocole.

Le budget des pensions des victimes civiles des deux guerres est traité dans le cadre du budget des Pensions (Ministère des Finances).

10. Aide médicale urgente

Le service « 900 » est assuré par les centres de secours 900.

Il s'agit des 16 centraux téléphoniques situés dans les casernes de pompiers et répartis dans tout le pays.

Le transport des victimes se fait grâce à un parc de 480 ambulances réparties dans 276 services ambulanciers. Ceux-ci ressortissent au corps des pompiers, à la Croix-Rouge, aux C. P. A. S., aux services communaux, aux hôpitaux privés et aux exploitants privés.

Ces 480 ambulances comprennent 358 véhicules que le département a mis à la disposition des services publics de la Croix-Rouge de Belgique et des hôpitaux universitaires et autres hôpitaux spécialisés. Ces derniers ont bénéficié d'une quarantaine d'ambulance de réanimation, dotées d'un équipement médical exceptionnel, surtout en ce qui concerne la réanimation cardiaque et respiratoire.

Les cas d'urgence pris en charge par le service 900 sont conduits dans 194 hôpitaux qui doivent répondre à certaines conditions minimales.

Pendant l'année 1979, les centres d'appel « 900 » ont reçu 450 170 appels dont 188 413 demandes pour le transport urgent de personnes blessées et malades.

Bien que le centre de secours 900 soit destiné à venir en aide aux personnes qui se trouvent sur la voie publique ou dans un lieu public, le nombre d'appels en faveur de blessés ou malades se trouvant à leur domicile ne fait qu'augmenter ces dernières années et constitue actuellement une partie importante des demandes de secours.

11. Geneesmiddelen

Een wetsontwerp op een bijzondere categorie van geneesmiddelen, met name de gemedicineerde veevoeders, werd in samenwerking met het departement van Landbouw voorbereid. Dit ontwerp is er op gericht een systeem uit te werken voor het fabriceren en behandelen van geneeskrachtige stoffen die met veevoeders gemengd zijn. Gelet op de mogelijke weerslag ervan voor de gezondheid van de mens en van de dieren zal er voorzien worden in een controlemechanisme van deze produkten, die alleen op voorschrift van een dierenarts zullen ter beschikking zijn.

Een ander wetsontwerp tot herziening van de geneesmiddelenwet is eveneens in voorbereiding maar moet nog aan de Ministerraad worden voorgelegd. Dat ontwerp zal vooral slaan op het toepassingsgebied van de wet en op de problemen van de reclame en informatie.

Het zal meteen het standpunt van de Regering weergeven tegenover de wetsvoorstellen die in dat verband bij het Parlement werden ingediend.

De registratie van geneesmiddelen is een onderwerp dat op verschillende niveaus in onderzoek is: in de E. G., in de Benelux en in België. Het gaat er om in de eerste twee gevallen de bestaande samenwerking op internationaal vlak te herzien rekening houdend met de opgedane ervaring. Op Belgisch vlak wordt de mogelijkheid nagegaan specifieke criteria uit te werken voor de registratie van homeopathische produkten.

Het verspreiden van een aangepaste medische informatie zal worden verder gezet door de publicatie van de « Folia pharmacotherapeutica » en van het geneesmiddelencompendium.

Er wordt overwogen de informatie uit te breiden met actualiteitsmededelingen, en nog meer de aandacht van het medisch en farmaceutisch corps te vestigen op het sociaal-economisch aspect van de geneesmiddelen.

Een ontwerp van koninklijk besluit om het statuut uit te werken voor de apothekers-assistenten is in voorbereiding. Dat ontwerp zal voor advies worden voorgelegd aan de Academie voor Geneeskunde, volgens de procedure vastgelegd in het koninklijk besluit n° 78 betreffende de geneeskunst.

12. Voedingsmiddelen en vleeshandel

In verband met de voedingsmiddelen wordt het onderzoek van het wetsontwerp tot oprichting van een Instituut voor de veterinaire keuring dat in de Senaat werd goedgekeurd, verder gezet. Afgezien van deze grondige reorganisatie van de keuring zijn er recent een aantal reglementeringen bekendgemaakt of voorbereid die vooral betrekking hebben op de distributie en de kleinhandel: de lijst van produkten die in de beenhouwerijen mogen worden verkocht, de reglementering op de leurhandel, uitsnijderijen van vlees en gevogelte, diepvriesvlees, te koelen voedingswaren, yoghurt, reclame, etikettering van voedingsmiddelen.

Keuring van vis geeft een aantal problemen: de keurders in de vismijnen worden slechts gedeeltelijk betaald en de opbrengst van de keurrechten bij de invoer blijken niet voldoende om de keuringskosten te betalen.

Er wordt naar een oplossing gestreefd die rekening houdt met de belangen van de reders en van de groothandelaars.

In verband met de aanwezigheid van resten van hormonen in vlees wordt een grondige studie gedaan door de Hoge Gezondheidsraad die in een eerste voorlopig advies heeft geoordeeld dat een aanpassing van de reglementering wenselijk was: in bepaalde omstandigheden en mits strenge controle zou het gebruik van sommige preparaten bij de

11. Médicaments

En collaboration avec le département de l'Agriculture, un projet de loi a été préparé concernant une catégorie particulière de médicaments, à savoir les fourrages médicinaux. Le projet est destiné à mettre au point un système de fabrication et de traitement des substances médicamenteuses mélangées aux fourrages. Afin de remédier aux conséquences éventuelles pour la santé des hommes et des animaux, un mécanisme de contrôle sera mis sur pied pour ces produits, qui seront uniquement disponibles sur prescription d'un vétérinaire.

Un autre projet de loi portant sur la révision de la loi sur les médicaments est également en préparation mais doit encore être soumis au Conseil des ministres. Ce projet concernera principalement le champ d'application de la loi et les problèmes de publicité et d'information.

Il reflètera en même temps la position du Gouvernement à l'égard des propositions de loi qui ont été déposées au Parlement à ce propos.

L'enregistrement des médicaments est une question examinée à différents niveaux: au sein de la C. E. E., du Benelux et en Belgique. Aux deux premiers niveaux, il s'agit de revoir la collaboration existant sur le plan international, compte tenu de l'expérience acquise. Au niveau belge, on envisage la possibilité de mettre au point des critères spécifiques pour l'enregistrement des produits homéopathiques.

La diffusion d'une information médicale adéquate se poursuivra par la publication de la revue « Folia Pharmacotherapeutica » et du compendium des médicaments.

Il est envisagé d'étendre l'information en ajoutant des notes d'actualité et d'attirer davantage plus l'attention du corps médical et pharmaceutique sur l'aspect socio-économique des médicaments.

Le projet d'arrêté royal réglant le statut des assistants en pharmacie est actuellement en préparation. Ce projet sera soumis pour avis à l'Académie de médecine, suivant la procédure fixée par l'arrêté royal n° 78 sur l'art de guérir.

12. Denrées alimentaires et viandes

En ce qui concerne les denrées alimentaires, l'étude du projet de loi relatif à la création d'un Institut de contrôle vétérinaire, qui a été adopté par le Sénat, se poursuit. A côté de cette réorganisation fondamentale du contrôle, un certain nombre de réglementations portant principalement sur la distribution et le commerce de détail ont été récemment publiées ou sont en préparation: la liste des produits qui peuvent être vendus dans les boucheries, la réglementation du commerce ambulant, le découpage de la viande et de la volaille, la viande surgelée, les aliments à réfrigérer, les yaourts, la publicité, l'étiquetage des denrées alimentaires.

Le contrôle de la qualité du poisson a posé de nombreux problèmes: les contrôleurs dans les minques ne sont que partiellement payés et le produit des droits de contrôle à l'importation ne semblent pas suffisants pour couvrir les frais de contrôle.

On s'efforce actuellement de trouver une solution qui tienne compte des intérêts des armateurs et des grossistes.

La présence de résidus d'hormones dans la viande a amené le Conseil supérieur d'Hygiène à faire une étude approfondie à ce sujet. Lors d'un premier avis provisoire, le Conseil a estimé opportune une adaptation de la réglementation: dans certaines circonstances et dans la mesure où un contrôle sévère est effectué, l'utilisation de certaines

vetmesting van dieren kunnen worden toegelaten. Zodra hierover een definitief advies zal uitgebracht zijn, zal het standpunt van het departement worden bepaald.

13. Leefmilieu — Kernveiligheid — Grote waterbouwkundige werken

Het departement Volksgezondheid heeft als taak de gezondheid van de mens te beschermen tegen de gevaren die kunnen bestaan in zijn omgeving. Dit omvat enerzijds de bepaling van de vereiste kwaliteit van de verschillende elementen van zijn leefmilieu, zoals lucht, water en bodem en anderzijds het vermijden van de risico's die kunnen ontstaan ten gevolge van zijn activiteiten of de activiteiten in zijn omgeving.

Het is evident dat een beleid met deze objectieven een preventief karakter moet hebben. Dit betekent dat men zo vroeg mogelijk een inzicht moet krijgen in de gevaren die kunnen optreden en dat men deze op een grondige manier moet leren kennen en evalueren om de juiste maatregelen te kunnen nemen om schadelijke gevolgen te kunnen vermijden.

Dit beleid moet dus gesteund zijn op een ruime kennis. Men moet kunnen voorzien welke de gevolgen zullen zijn van een bepaalde activiteit en van het gebruik of de aanwezigheid van een bepaald produkt, zowel in normale omstandigheden als bij een eventuele meer kritische toestand. Dit vereist een juiste kennis en evaluatie van de weerslag die omgevingsfactoren op de gezondheid kunnen hebben. Modellen-uitbouw is een van de technieken die door wetenschappelijke analyse wordt vooropgesteld om deze beoordeling zo degelijk mogelijk te laten gebeuren.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid om met verfijnde middelen op elk ogenblik de situatie te kennen en de evolutie ervan te volgen, wat een noodzakelijke basis is voor het bepalen van de maatregelen die prioritair moeten worden genomen. De regels die worden vastgelegd in de internationale organisaties zijn eveneens medebepalend voor het vastleggen van die prioriteiten want de behandelde problemen kennen geen grenzen. Ze manifesteren zich op gelijkaardige wijze in verschillende staten en de gevolgen van sommige activiteiten kunnen zich tot over de landsgrenzen laten voelen. Om die reden is een intensieve internationale samenwerking noodzakelijk, zowel op het gebied van het onderzoek als van de reglementering.

De bekommernissen van de Minister op de verschillende domeinen en de prioritair acties voor 1981 liggen als volgt :

HOOFDSTUK I

GEZONDHEIDSASPECTEN VAN HET LEEFMILIEU

1. Water

a) De technische reglementering inzake drinkwater met inbegrip van de minimumnormen. Hierbij dient ondermeer de nadruk gelegd op de integratie van de E. G.-richtlijnen op de bescherming van de grondwaters en de kwaliteit van het oppervlaktewater bestemd voor distributiewater.

b) Het herzien van de wet van 26 maart 1971 op de bescherming van de oppervlaktewateren tegen verontreiniging in overleg met alle betrokkenen.

Die wet geeft een onvoldoende basis om de E. G.-richtlijnen te verwerken in de Belgische rechtspleging. Daarom zullen in de nieuwe wet de kwaliteitsobjectieven moeten opgenomen worden. Daarenboven werden bij de toepassing van de wet een aantal tekorten en onnauwkeurigheden ervaren, die moeten weggewerkt worden.

préparations pour l'engraissement des animaux pourrait être autorisée. Dès que l'avis définitif du Conseil sera connu, le département déterminera sa position.

13. Environnement — Sécurité nucléaire — Grands travaux hydrauliques

Le département de la Santé publique a pour mission de protéger la santé de l'homme contre les dangers qui peuvent exister dans son environnement. Cette mission comporte, d'une part, la détermination de la qualité requise des différents éléments composant son milieu de vie, tels que l'air, l'eau et le sol et, d'autre part, la prévention des risques qui peuvent naître de ses activités ou de celles de son entourage.

Il est évident qu'une politique poursuivant ces objectifs doit avoir un caractère préventif. Cela implique que l'on soit informé le plus rapidement possible des dangers susceptibles de se produire et que l'on doive apprendre à les connaître et à les évaluer d'une manière approfondie, afin de pouvoir prendre les mesures appropriées et d'éviter ainsi des conséquences néfastes.

Une telle politique doit par conséquent s'appuyer sur une large connaissance. En effet, il faut pouvoir prévoir les suites éventuelles d'une activité déterminée et de l'utilisation ou de la présence d'un certain produit, tant dans des circonstances normales que dans une situation éventuellement plus critique. Cela nécessite une connaissance et une évaluation précises de l'influence éventuelle des facteurs de l'environnement sur la santé. L'élaboration de modèles est une des techniques développées par l'analyse scientifique pour réaliser cette évaluation de façon optimale.

Il est ensuite possible, grâce à ces moyens, de connaître la situation à tout instant et de suivre son évolution, ce qui constitue une base indispensable à la détermination des mesures qui doivent être prises par priorité. Les règles arrêtées dans les organisations internationales sont, elles aussi, déterminantes pour la fixation de ces priorités, car les problèmes traités n'ont pas de frontières. Ils se manifestent de manière similaire dans les différents états et les conséquences de certaines activités peuvent se manifester au-delà des frontières. C'est pour cette raison qu'une coopération internationale intense s'impose, tant dans le domaine de la recherche qu'au niveau de la réglementation.

Les préoccupations du Ministre dans les différents domaines et les actions prioritaires pour 1981 se présentent comme suit.

CHAPITRE I

ASPECTS SANITAIRES ET HYGIENE DE L'ENVIRONNEMENT

1. L'eau

a) La réglementation technique relative à l'eau potable, y compris les normes minimales. A ce sujet, il faut notamment souligner l'intégration des directives C. E. sur la protection des eaux souterraines et sur la qualité des eaux superficielles destinées à l'eau de distribution.

b) La révision de la loi du 26 mars 1971 sur la protection des eaux de surface contre la pollution, en collaboration avec tous les intéressés.

En effet, cette loi ne constitue pas une base légale suffisante pour l'intégration des directives C. E. dans la législation belge. C'est pourquoi la nouvelle loi devra prévoir des objectifs de qualité. De plus, l'application de la loi a mis en évidence des lacunes et des imprécisions auxquelles il faut remédier.

Daar de overgangsmaatregelen slechts gelden tot 30 april 1982 moet de voorbereiding van de nieuwe regeling een van onze prioritaire bekommernissen zijn.

c) De algemene en per sector geldende lozingswaarden voor afvalwater, verschenen in 1976 en 1977, dienen herzien te worden na vijf jaar. Ook hiervoor zal in 1981 bijzondere aandacht moeten gewijd worden.

2. Lucht

In verband met de wet betreffende de bestrijding van de luchtverontreiniging: vaststellen van de minimale normen waaraan de omgevingslucht moet voldoen om de gezondheid van de mens te vrijwaren en tevens bepalingen uitvaardigen aangaande het gebruik van installaties en producten die door hun invloed op de luchtkwaliteit de gezondheid kunnen schaden.

Op dit gebied zullen zeer binnenkort besluiten worden uitvaardigd aangaande het toegelaten loodgehalte in benzine en de beperking van het gebruik van chloorfluorkoolwaterstoffen als drijfgas in spuitbussen, beide in uitvoering van de E. G.-bepalingen terzake. Verder worden besluiten voorbereid voor de kwaliteitsnormen van de lucht voor zwaveldioxide en zwevend stof en wordt gewerkt aan het vastleggen van de gezondheidsnormen voor andere verontreinigingen in de lucht zoals lood, cadmium en fluor. Op langere termijn moet een herziening van de wet op de luchtverontreiniging een mogelijkheid creëren op te treden telkens een negatieve invloed van de luchtkwaliteit op de gezondheid van de mens wordt waargenomen, ook wanneer geen specifieke norm wordt overschreden, zodat meer kan worden rekening gehouden met de synergetische werking van verschillende vervuulende stoffen.

3. Geluid

a) Het toepassen van de E. G.-richtlijnen onder meer met betrekking tot het geluid voortgebracht door:

- machines die op bouwwerken worden gebruikt;
- motorvierwielers;
- motorrijwielen;
- landbouwtractoren.

b) Hierbij zij opgemerkt dat de bestaande uitvoeringsbesluiten bij de wet van 18 juli 1973 betreffende de lawaaihinder zullen moeten herzien en aangepast worden aan de nieuwe staatsstructuren.

4. Afval

De afvalverwerking behoort tot de bevoegdheid van de gewesten. Nationaal moet echter een kaderwet, opgesteld in overleg met de gewesten, de basis vormen voor de uitvoering van de E. G.-richtlijnen inzake afvalstoffen, afgewerkte olie, verwijdering van gepolychloreerde biphenyl- en terphenylverbindingen (P. C. B. en P. C. T.), afval afkomstig van de titaandioxide-industrie en deels van de richtlijn betreffende toxische en gevaarlijke afvalstoffen.

5. Giftige en gevaarlijke producten

Een ontwerp van kaderwet tot uitvoering van de E. G.-richtlijnen inzake de indeling, verpakking, etikettering en het op de markt brengen van gevaarlijke producten wordt voorbereid.

Deze kaderwet is noodzakelijk als wettelijke basis voor de reglementering ter bescherming van de gezondheid van de verbruiker.

Comme les mesures transitoires ne sont valables que jusqu'au 30 avril 1982, la préparation du nouveau règlement doit constituer une des préoccupations prioritaires.

c) Les conditions générales et sectorielles de déversement des eaux usées établies en 1976 et 1977 doivent être révisées après cinq ans. Il faudra donc s'y consacrer particulièrement en 1981.

2. L'air

En ce qui concerne la loi relative à la lutte contre la pollution atmosphérique: établissement des normes minimales auxquelles doit correspondre l'air ambiant afin de sauvegarder la santé de la population et, parallèlement, promulgation de dispositions relatives à l'utilisation d'installations et de produits qui peuvent nuire à la santé par leurs effets sur la qualité de l'air.

A ce sujet, et en application des dispositions de la C. E., des arrêtés seront très prochainement édictés en ce qui concerne le taux de plomb autorisé dans l'essence et la limitation de l'utilisation d'hydrocarbures chlorofluorés comme gaz propulseurs dans les aérosols. En outre, des arrêtés sont actuellement en préparation en ce qui concerne les normes de qualité de l'air, le dioxyde de soufre, les poussières en suspension. Des normes sanitaires pour d'autres polluants de l'air tels que le plomb, le cadmium et le fluor sont à l'étude. A plus long terme, une révision de la loi sur la pollution atmosphérique doit permettre d'intervenir lorsqu'il est constaté un effet négatif de la qualité de l'air sur la santé de l'homme — même lorsque aucune norme spécifique n'a été dépassée — de manière à tenir compte davantage de l'effet synergétique des différents polluants.

3. Le bruit

a) Application des directives de la C. E. en ce qui concerne entre autres le bruit produit par:

- les machines utilisées sur les chantiers;
- les véhicules automobiles;
- les motocycles;
- les tracteurs agricoles.

b) Il faut souligner à ce sujet que les actuels arrêtés d'exécution de la loi du 18 juillet 1973 relative à la lutte contre le bruit devront être révisés et adaptés aux nouvelles structures de l'Etat.

4. Déchets

Le traitement des déchets relève de la compétence des régions. Toutefois, au niveau national, une loi-cadre doit être élaborée en concertation avec les régions; elle servira de base à l'exécution des directives de la C. E. concernant les déchets, les huiles usagées, l'élimination des composés polychlorobiphényles et polychloro-terphényles (P. C. B. et P. C. T.), les déchets provenant de l'industrie du dioxyde de titane et, en partie, de la directive relative aux déchets toxiques et dangereux.

5. Substances toxiques et dangereuses

Un projet de loi-cadre, pris en exécution des directives de la C. E. sur la classification, l'emballage, l'étiquetage et la mise sur le marché des substances dangereuses est en voie d'élaboration.

Cette loi-cadre est indispensable en vue de la mise en place de la base légale d'une réglementation visant la protection de la santé du consommateur.

HOOFDSTUK II

KERNVEILIGHEID
EN BESCHERMING TEGEN IONISERENDE STRALINGEN

1. De volledige herziening van het algemeen reglement op de bescherming van de bevolking en van de werknemers tegen het gevaar van de ioniserende stralingen is aan de gang; rekening zal worden gehouden met :

- nieuwe basisnormen stralingsbescherming (E. G.-richtlijn);
- internationale overeenkomsten inzake vervoer van radioactieve stoffen;
- vooruitgang van wetenschap en techniek, werd aangenomen en moet in 1981 een ontwerp opleveren dat aan verschillende commissies en raden voor advies moet voorgelegd worden.

2. De oprichting van een centrale dienst voor de bescherming tegen ioniserende stralingen is dringend noodzakelijk. Hij zou in 1981 moeten operationeel zijn.

3. De Interministeriële Commissie, opgericht bij koninklijk besluit van 15 oktober 1979, zal zijn coördinerende rol op het gebied van de kernveiligheid en veiligheid van de Staat op kerngebied verder zetten.

HOOFDSTUK III

HET WATERBELEID EN DE WERKEN
VAN HET PRIORITAIR INVESTERINGSPROGRAMMA

Bij de bijzondere wet van 8 augustus 1980 betreffende de hervorming van de instellingen is het waterbeleid overeenkomstig artikel 6, § 1, V, geregionaliseerd, behalve voor de subsidiëring en het beheer van de grote bouwkundige werken van nationaal belang. Bedoelde werken omvatten o.a. spaarbekkens en waterproductiecentra.

In 1981 wordt hiervoor een nationaal krediet gevraagd van 3 084 300 000 F. De realisatie van deze waterbronnen bestemd voor drinkwater moet toelaten in de toekomst meer beroep te doen op de oppervlaktewaters voor de productie van drinkwater, omdat de grondwaterlagen onvoldoende beginnen te worden voor de behoeften.

De voorziene werken zijn o.a. :

- het bijwerken van productiecentra;
- het beëindigen van de werken aan de spaarbekkens;
- het aanvangen van de werken aan nieuwe spaarbekkens en de werken aan de spaarbekkens op de waterlopen;
- het bouwen van nieuwe productiecentra;
- de bouw van een infiltratie-installatie met het doel de grondwaterlagen te hervoeden.

In het kader van het prioritair investeringsprogramma voor de ontwateringswerken binnen de stedelijke complexen werden in 1978, 1979 en 1980 kredieten voorzien op het nationaal budget. Deze kredieten dienen voor de verwezenlijking van werken ter bestrijding van overstromingen en voor de scheiding van de afvalwaters van de natuurlijke waters voor de stedelijke bekkens van de Zenne, Antwerpen, Gent en de kust.

Voor het Zennebekken werden ze opgenomen in het richtplan voor de sanering van de oppervlaktewaters in de Brusselse zone, dat werd goedgekeurd door de Brusselse Executieve, de Vlaamse Executieve, de Ministers van Openbare Werken en van Volksgezondheid en waarvan een uittreksel verscheen in het *Belgisch Staatsblad* van 8 juli 1980.

CHAPITRE II

SECURITE NUCLEAIRE
ET PROTECTION CONTRE LES RADIATIONS IONISANTES

1. Une révision complète du règlement général de la protection de la population et des travailleurs contre le danger des radiations ionisantes est en cours, qui tiendra compte des éléments suivants :

- les nouvelles normes de base de la protection contre les radiations (directive C. E.);
- les accords internationaux en matière de transport de substances radioactives;
- les progrès réalisés dans les domaines scientifiques et techniques.

Elle devra être transmise, au stade de projet, aux différents conseils et commissions consultatifs.

2. La création d'un service central de protection contre les radiations ionisantes s'impose de toute urgence. Il devrait être opérationnel en 1981.

3. La Commission interministérielle, instituée par l'arrêté royal du 15 octobre 1979, poursuivra sa mission de coordination en ce qui concerne la sécurité nucléaire et la sûreté de l'Etat dans le domaine nucléaire.

CHAPITRE III

LA POLITIQUE DE L'EAU ET LES TRAVAUX
DU PROGRAMME D'INVESTISSEMENT PRIORITAIRE

Aux termes de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, la politique de l'eau est régionalisée, conformément à l'article 6, § 1^{er}, V, à l'exception des subventions et de la gestion des grands travaux hydrauliques d'intérêt national. Ces travaux comprennent, entre autres, les bassins d'épargne et les centres de production d'eau potable.

Pour 1981, le crédit demandé à cette fin s'élève à 3 084 300 000 F. La réalisation de ces sources destinées à la production d'eau potable doit permettre, à l'avenir, d'utiliser de plus en plus souvent les eaux de surface à cette fin, les nappes d'eau souterraines devenant insuffisantes, eu égard aux besoins.

Les travaux prévus visent, entre autres, à :

- étendre les centres de production,
- terminer les travaux aux bassins d'épargne,
- entreprendre les travaux aux nouveaux bassins d'épargne et aux bassins d'épargne sur les cours d'eau,
- construire de nouveaux centres de production,
- construire une installation d'infiltration en vue de réalimenter les nappes souterraines.

En 1978, 1979 et 1980, des crédits ont été inscrits au budget national dans le cadre du programme d'investissement prioritaire pour les travaux de démergement dans les complexes urbains. Ces crédits sont affectés à la réalisation de travaux permettant de lutter contre les inondations et à la séparation des eaux usées et des eaux naturelles pour les besoins urbains de la Senne, d'Anvers, de Gand et de la région côtière.

Pour ce qui est du bassin de la Senne, ils ont été repris dans le plan d'assainissement des eaux de surface en zone bruxelloise, approuvé par l'Exécutif bruxellois, l'Exécutif flamand et les Ministres des Travaux publics et de la Santé publique et dont un extrait a été publié au *Moniteur belge* du 8 juillet 1980.

14. Het instituut voor hygiëne en epidemiologie

A. Plaats van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie in een gezondheidsbeleid

Het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie heeft als opdracht het departement voor te lichten en bij te staan in zijn tweevoudige taak; enerzijds waken over preventie en rehabilitatie van de volksgezondheid en anderzijds en strijd tegen omgevingsfactoren die de Mens en zijn soort kunnen aantasten.

Het is bijgevolg de taak van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, zo goed en zo snel mogelijk de risico's die de mens bedreigen te identificeren en de problemen voorafgaandelijk te onderkennen zodat een oplossing kan voorgesteld worden, vóór de problemen in de actualiteit komen, of vóór ze zware last berokkenen.

Er wordt over gewaakt dat de studieprojecten identiek zijn met die welke de nationale organen (H. G. R.-I. C. W. B.) of internationale organen (Benelux, E. G., W. G. O., I. O. A. E., U. N. E. P., O. E. S. O.) als prioritair hebben gesteld (1).

Eén van de noodzakelijke instrumenten waarover de Regering dient te beschikken om de bescherming van de gezondheid en de kwaliteit van het leefmilieu te garanderen, is een groep wetenschapsmensen die in nauwe samenwerking met de universiteiten en andere wetenschappelijke inrichtingen moet in staat zijn volgende diensten te leveren :

a) *Studie en controle m.b.t. de toepassing van de wetgeving en de reglementering, genomen met het oog op de bescherming van de bevolking en haar leefmilieu*

Die studie en dat toezicht hebben b.v. betrekking op het domein van drinkwatervoorziening, eetwaren, oppervlaktewater, grondwater, kustwateren, luchtvervuiling, de afvalproblematiek, huishoudelijke voorwerpen, speelgoed, cosmetica, kledingsstukken, geneesmiddelen en drugs, serums en vaccins en andere biologische produkten, inbegrepen therapeutica van menselijke oorsprong, radiologische risico's en risico's gebonden aan fysische agentia, andere dan ioniserende stralingen, besmettelijke en sociale ziekten (microbiologische aandoeningen, kanker, rheuma, cardiovasculaire aandoeningen, enz...)

Twee belangrijke initiatieven zijn in het stadium van ontwikkeling : het automatisch meetnet voor de pollutie-immissies en een kwaliteitscontrole op de laboratoria voor klinische biologie.

(1) H. G. R. - I. C. W. B. : Hoge Gezondheidsraad — Interministeriële Commissie voor Wetenschapsbeleid.

E. G.	: Europese Gemeenschap.
W. G. O.	: Wereld Gezondheidsorganisatie.
I. O. A. E.	: Internationale Organisatie voor Atoomenergie.
U. N. E. P.	: United Nations Environment Programme.
O. E. S. O.	: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling.
R. D.	: Research & Development.
C. O. S. T.	: Coordination in the field of scientific and technical research.
F. G. W. O.	: Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek.

14. L'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie

A. Place de l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie dans une politique de santé

L'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie est chargé d'éclairer le département dans les missions de sauvegarde, de prévention et de réhabilitation de la santé humaine et de lutte contre les facteurs d'environnement susceptibles de toucher l'homme et son espèce.

Sa mission est d'identifier au mieux et au plus tôt les risques qui peuvent menacer l'homme et de devancer les problèmes, de manière à pouvoir proposer une solution avant qu'ils fassent l'objet des feux de l'actualité ou qu'ils suscitent de lourds désagréments.

Il est veillé à ce que ses projets d'études soient ceux que les organismes nationaux (C. S. H. P. - C. I. P. S.) ou internationaux (Benelux, C. E., O. M. S., A. I. E. A., P. N. U. E., O. C. D. E. principalement) ont reconnu comme prioritaires (1).

En vue d'assurer la protection de la santé et la qualité de l'environnement humain, l'un des outils indispensables dont le Gouvernement doit pouvoir disposer est une équipe de personnalités du monde scientifique qui, en étroite collaboration avec les services universitaires et les autres institutions scientifiques, soit en mesure de rendre les services suivants :

a) *Etudes et contrôles dans le cadre de la mise en œuvre des législations et réglementations prises en vue de protéger la santé de la population et son environnement*

Ces études et contrôles sont effectués, par exemple, dans le domaine des eaux potables et des denrées alimentaires, des eaux de surface, souterraines et côtières, de la pollution de l'air, des déchets et de leur retour vers l'homme, des objets ménagers, jouets, cosmétiques, vêtements, des médicaments et drogues, des sérums et vaccins et autres produits biologiques, y compris les substances thérapeutiques d'origine humaine, des risques radiologiques et liés à des agents physiques autres que les radiations ionisantes, des maladies transmissibles et autres (les affections microbiologiques, cancers, rhumatismes, affections cardiovasculaires etc..)

Deux nouvelles initiatives importantes sont en voie de développement, celle du réseau de détection automatique des immissions polluantes et celle du contrôle de qualité des laboratoires de biologie clinique.

(1) C. S. H. P. - C. I. P. S. : Conseil Supérieur d'Hygiène — Commission Interministerielle de la Politique scientifique.

C. E.	: Communauté Européenne.
O. M. S.	: Organisation Mondiale de la Santé.
A. I. E. A.	: Agence Internationale de l'Energie Atomique.
P. N. U. E.	: Programme des Nations Unies pour l'Environnement.
O. C. D. E.	: Organisation de Coopération et de Développement Economique.
R. D.	: Recherche et Développement.
C. O. S. T.	: Coordination in the field of scientific and technical research.
F. R. S. M.	: Fonds de Recherche Scientifique Médicale.

b) *Beoordeling van situaties, produkten, gedragingen of projecten die direct of indirect een weerslag hebben of kunnen hebben op de volksgezondheid*

Deze beoordelingen kunnen gebeuren op vraag van derden of op eigen initiatief.

Bijvoorbeeld in verband met luchtkwaliteit, salmonella en shigella, griep, hepatitis, bestraalde eetwaren, cosmetica, chronische toxiciteit en mutageniciteit van scheikundige stoffen.

Eén van de essentiële doelstellingen van het instituut is het voorbereiden van normen, referentietechnieken en evaluatiemethoden voor de graad van expositie.

c) *Zuiver onderzoek en de organisatie van een wetenschappelijke documentatie*

Het gaat om projecten die zich situeren in een algemeen kader dat verder reikt dan dit van het instituut : I. C. W. B.-programma's (onderzoek en ontwikkeling R. D.-Water, R. D.-Lucht, R. D.-Afval, R. D.-Energie), E. G.-programma's (Onderzoek Leefmilieu en Radiobiologie) COST-programma's (slib, derivaten SO₂, micropolluënten in water) of OESO-programma's of programma's in het kader van de Hoge Gezondheidsraad (1).

Bovendien poogt het Instituut binnen de grenzen van zijn materiële mogelijkheden en van zijn beschikbaarheid aan personeel en lokalen, onderzoek te ontwikkelen op ondermeer het vlak van de epidemiologie, meer bepaald met het oog op microbiologische, toxicologische en sociologische (stress) risico's van de bevolking op het vlak van de kwaliteit van de voeding, toxicologische en immunologische effecten op korte en lange termijn van nieuwe stoffen, risico's verbonden aan mycotoxines, de parasitologie, en antropozoonoses, risico's verbonden aan ioniserende stralingen, aan geluid, evenals de bepaling van nieuwe biologische indices voor de milieuvervuiling.

B. *Financiering en inkomsten van derden*

De noodzakelijke onafhankelijke positie van het Instituut brengt de verplichting mee enkel over staatsmiddelen te kunnen beschikken die nagenoeg het volledig budget moeten dekken. Het is slechts op bepaalde zeer beperkte domeinen van algemeen belang dat het Instituut inkomsten van derden heeft.

Het Instituut voorziet enige inkomsten enerzijds van de E. G. (In het kader van onderzoek m.b.t. biologie, sanitaire bescherming, leefmilieu en in het kader van kontrakten met de Commissie m.b.t. specifieke werkzaamheden inzake mathematische modellen) en anderzijds in het kader van F. G. W. O. programma's (situatie van cerebrospinale meningitis) (1).

C. *Plan voor de uitbouw van het I. H. E.*

a) *Centrale infrastructuur*

Onderhandelingen zijn aan de gang om het I. H. E. enkele delen van het aanpalend gebouw; bezet door het Militair Hospitaal ter beschikking te stellen en om de huidige situatie te verbeteren die wordt verergerd ten gevolge van de vermeerdering der taken en de overbezetting der lokalen.

(1) Zie vorige bladzijde.

b) *Appréciation de situations, produits, comportements, habitudes ou projets ayant ou pouvant avoir une incidence directe ou indirecte sur la santé publique.*

Ces appréciations peuvent résulter de la demande de tiers ou d'initiatives propres.

Ce sont, par exemple, celles relatives à la qualité de l'air, aux salmonella et shigella, à la grippe, à l'hépatite, aux aliments irradiés, aux cosmétiques, à la toxicité chronique et à la mutagénèse de substances chimiques.

Un des buts essentiels de l'Institut est de préparer des normes et des techniques de référence et des méthodes d'évaluation du degré d'exposition.

c) *Recherches proprement dites et organisation de la documentation scientifique*

Il s'agit de projets se situant généralement dans un cadre qui dépasse celui de l'Institut : C. I. P. S. (Programmes Recherche-Développement, Eau, R. D. Air, R. D. Déchets, R. D. Energie), C. E. (Recherches Environnement et Radiobiologie), C. O. S. T. (boues d'épuration, dérivés en SO₂, micropolluants de l'eau) ou Programmes-O. C. D. E. ou dans le cadre d'activités du Conseil Supérieur d'Hygiène (1).

Par ailleurs, dans les limites de ses possibilités matérielles et des disponibilités en personnel et en locaux, l'Institut s'efforce de développer des recherches entre autres épidémiologiques, visant notamment les risques microbiologiques, toxicologiques et sociologiques (stress) au niveau des populations, la qualité de l'alimentation, les aspects toxicologiques, à court et à long terme, et immunologiques des nouvelles substances, les risques liés aux toxines mycotiques, la parasitologie et les anthropolozoonoses, les risques liés aux radiations ionisantes et au bruit ainsi que la détermination de nouveaux indices biologiques de la pollution du milieu.

B. *Financement et recettes résultant de tiers*

La position d'indépendance nécessaire à l'Institut le met dans l'obligation de ne disposer que d'un financement étatique qui couvre presque la totalité de son budget. Ce n'est que dans des domaines très limités de recherche d'intérêt général que l'Institut peut espérer quelques recettes provenant de tiers.

C'est l'Institut d'Hygiène qui prévoit d'obtenir des sommes provenant d'une part de la C. E., dans le cadre de recherches relatives à la biologie, à la protection sanitaire à l'environnement et dans le cadre de contrats ponctuels passés par la Commission (service environnement pour certains travaux de comparaisons mathématiques) ou, d'autre part, dans le cadre des programmes F. R. S. M. (situation de la méningite cérébrospinale) (1).

C. *Plan de développement de l'I. H. E.*

a) *Infrastructure centrale*

Des pourparlers sont en cours pour que l'I. H. E. puisse disposer de certaines parties de l'immeuble voisin, occupé par l'hôpital militaire, et pour remédier à la situation actuelle, qui s'aggrave suite à l'augmentation des charges et à l'encombrement des locaux.

(1) Voir page précédente.

b) *Buitendiensten*

De Regie der Gebouwen heeft zich verbonden voor een programma waardoor 9 antennes, die elk voltijds 70 personen zouden tewerkstellen, ter beschikking van het I. H. E. worden gesteld.

Sommige delen van dat programma werden reeds gerealiseerd.

II. TOELICHTING VAN DE MINISTER

A. Hoofdaccenten van het beleid

Voorrang wordt gegeven aan :

- 1° de kwaliteitsverbetering;
- 2° de kostenmatiging.

1° *Kwaliteitsverbetering*

Inzake kwaliteitsverbetering verwijst de Minister naar het medisch aanbod, de eerstelijnszorg, de herziening van de wet op de geneesmiddelen die aan de Ministerraad werd voorgelegd.

Al deze punten kwamen aan bod in de beleidsnota.

De Minister blijft voorstander van het uitwerken van een statuut van de ziekenhuisgeneesheer; hiertoe werd een ontwerp van koninklijk besluit uitgewerkt.

Het probleem werd uigesteld omdat men in bepaalde middelen van oordeel was dat het een communautaire aan gelegenheid betrof.

Persoonlijk is de Minister van oordeel dat deze maatregel ressorteert onder de bevoegdheid van de nationale Minister.

Wat de Orde van Geneesheren betreft herinnert de Minister eraan dat verschillende parlementairen hieromtrent initiatieven hebben genomen o.m. de heer Anciaux, wiens wetsvoorstel door de Kamer op 1 augustus 1980 werd aangenomen (Stuk n° 468/1 van 1979-1980) en de heer Hancké (Stuk n° 688/1).

De Minister heeft aan het Kernkabinet een eerste nota overgemaakt en het ligt in zijn bedoeling een meer gedetailleerde nota hieromtrent aan de Ministerraad over te zenden.

De Minister wijst verder op de uitgebreide bilaterale contracten welke bestaan met landen zoals Algerije, Malta, D. D. R., Polen, Egypte, Roemenië; met de naburige landen bestaan ruime en bestendige afspraken via organismen zoals Benelux, Raad van Europa, E. E. G., W. G. O. en O. E. S. O.

Met betrekking tot het wetsontwerp op de veterinaire keuring (Stuk Kamer n° 499/1 van 1979-1980) deelt de Minister ten slotte mede dat er aan een protocol wordt gewerkt met het Ministerie van Landbouw betreffende de bevoegdheden en de onderlinge coördinatie tussen de beide departementen.

2° *Kostenmatiging*

Volgende punten worden achtereenvolgens door de Minister besproken.

1. Afbouw van het aantal « acute » ziekenhuisbedden.

De nationale programmatiecommissie werd verzocht advies uit te brengen en suggesties voor te leggen omtrent de te volgen werkwijze.

Eerstadaags wordt ook een omzendbrief aan de voorzitters van de beheersorganen van de ziekenhuizen overgemaakt met betrekking tot artikel 209 van de wet van

b) *Antennes extérieures*

La Régie des Bâtiments est engagée dans un programme destiné à mettre à la disposition de l'I. H. E. 9 antennes conçues pour employer chacune à temps plein 70 personnes.

Certaines parties de ce programme ont déjà été réalisées.

II. — COMMENTAIRE DU MINISTRE

A. Aspects prioritaires de la politique

Les points prioritaires sont :

- 1° l'amélioration de la qualité;
- 2° la modération des dépenses.

1° *Amélioration de la qualité*

En ce qui concerne l'amélioration de la qualité, le Ministre attire l'attention sur l'offre médicale, les soins de santé primaires et la révision de la loi sur les médicaments qui a été soumise au Conseil des ministres.

Tous ces points sont traités dans la note de gestion.

Le Ministre est favorable à l'élaboration du statut du médecin hospitalier. Un projet de loi a été mis au point à ce sujet.

La procédure a toutefois été interrompue, certains milieux ayant estimé que cette matière relève des Communautés.

Le Ministre estime par contre que ce problème relève de la compétence du Ministre national.

En ce qui concerne l'Ordre des médecins, le Ministre rappelle que plusieurs parlementaires ont pris des initiatives en cette matière, notamment M. Anciaux dont la Chambre a adopté la proposition de loi le 1^{er} août 1980 (Doc. n° 468/1 de 1979-1980) et M. Hancké. (Doc. n° 688/1).

Le Ministre a remis une première note au Cabinet restreint et il a l'intention de faire parvenir, à ce sujet, une note plus détaillée au Conseil des ministres.

Il souligne ensuite l'existence d'importants contrats bilatéraux conclus avec des pays comme l'Algérie, Malte, la R. D. A., la Pologne, l'Égypte et la Roumanie. Des accords larges et durables ont été réalisés avec les pays voisins par l'intermédiaire d'organismes tels que le Benelux, le Conseil de l'Europe, la C. E. E., l'O. M. S. et l'O. C. D. E.

Enfin, en ce qui concerne le projet de loi relatif à l'expertise vétérinaire (Doc. Chambre n° 499/1 de 1979-1980), le Ministre signale qu'un protocole est élaboré en collaboration avec le Ministère de l'Agriculture, concernant les compétences respectives des deux départements et la coordination de leurs activités.

2° *Modération des dépenses*

Le Ministre aborde successivement les points suivants :

1. Réduction du nombre de lits « aigus ».

La Commission nationale de programmation a été invitée à émettre un avis et des suggestions au sujet de la manière de procéder.

Une circulaire concernant l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 sera adressée prochainement aux présidents et présidentes des

8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980. Bij deze omzendbrief wordt een formulier gevoegd dat door de ziekenhuizen dient te worden ingevuld en teruggestuurd vóór 20 januari 1981.

2. Als maatregel ter bevordering van de kostenmating vermeldt de Minister voorts nog :

- de verpleegdagprijs;
- de planning van de zware diensten;
- de uitbouw van de extra murale sector;
- de thuisverzorging;
- de klinische biologie.

3. Verder stipt de Minister aan dat hij onlangs een ontwerp van wijziging van artikel 98 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de O. C. M. W. voorgelegd heeft aan de Ministerraad, ontwerp dat aan de Raad van State voor advies werd overgezonden.

4. De Minister stipt tevens aan dat de herstructurering van de N. W. O. I. en N. W. O. S. door zijn departement wordt bestudeerd en voorbereid.

5. Wat het leefmilieu betreft behoort een groot deel van de materies tot de bevoegdheid van de gemeenschappen en de gewesten en is Minister van het Openbaar Ambt bevoegd om de coördinatie van het leefmilieubeleid te verzekeren.

De Minister van Volksgezondheid blijft verantwoordelijk inzake kernveiligheid en stralingsbescherming, de grote waterbouwkundige werken en de hygiënische aspecten van de nationale reglementeringen in verband met water, lucht, geluid, afval en gevaarlijke stoffen.

B. Conclusies van het bezoek van de Minister aan de kerncentrale in Three Mile Island, Harrisburg - Verenigde Staten van Amerika

1. Huidige toestand van de centrale in Three Mile Island, Harrisburg, 21 maanden na het ongeval

Bevindingen na een 6 uur durend bezoek aan de centrale onder leiding van 2 deskundigen van de *Nuclear Regulatory Commission* (N. R. C.) die de werkzaamheden ter plaatse regelen :

a) Reactorgebouw (*containment building*)

De vloer van het gebouw waar zich de reactorkern en de stoomgeneratoren bevinden staat onder radioactief water dat afkomstig is van het primair koelsysteem. Het water staat 8 voet (2,45 m) hoog en per minuut komt er 0,1 gallon (0,4 liter/minuut) bij. De radioactiviteit van het water is zeer hoog : 200 microcurie per kubieke centimeter

Het is vooral dat water dat het heersend stralingsniveau bepaalt en de toegang tot het gebouw slechts mogelijk maakt met inachtneming van speciale voorzorgsmaatregelen.

De maatschappij die de centrale exploiteert (« Metropolitan Edison » en « General Public Utilities ») laat op dit ogenblik een toestel vervaardigen, genoemd « Submerged Demineralized System » dat het sterk radioactief water dat in de kelder van het gebouw aanwezig is moet ontsmetten. Dat toestel zal slechts over enkele maanden in gebruik kunnen worden genomen; daarover moet evenwel door de N. R. C. gunstig worden beschikt, na onderzoek van een

organes de gestion des hôpitaux. Cette circulaire comporte en annexe un formulaire qui doit être complété et renvoyé par les hôpitaux avant le 20 janvier 1981.

2. Parmi d'autres mesures susceptibles de modérer les coûts, le Ministre cite encore :

- le prix de la journée d'entretien;
- la planification des services lourds;
- l'élaboration du secteur extra muros;
- les soins à domicile;
- la biologie clinique.

3. Le Ministre signale d'autre part qu'il a soumis récemment au Conseil des ministres un projet de modification de l'article 98 de la loi organique du 8 juillet 1976 sur les C. P. A. S., projet qui a été transmis pour avis au Conseil d'Etat.

4. Le Ministre fait également remarquer que la restructuration de l'O. N. I. G. et de l'O. N. A. C. est étudiée et préparée par son département.

5. En ce qui concerne l'environnement, une grande partie des matières relève de la compétence des communautés et des régions et c'est le Ministre de la Fonction publique qui est compétent pour assurer la coordination de la politique en matière d'environnement.

Le Ministre de la Santé publique demeure responsable en ce qui concerne la sécurité nucléaire et la protection contre le rayonnement, les grands travaux hydrauliques, ainsi que les aspects hygiéniques des réglementations nationales relatives à l'eau, à l'air, au bruit, aux déchets et aux matières dangereuses.

B. Conclusions de la visite du Ministre à la centrale nucléaire de Three Mile Island, Harrisburg - Etats-Unis

1. Etat actuel de la centrale de Three Mile Island, Harrisburg, 21 mois après l'accident

Constatations après plus de 6 heures de visite, sous la conduite de 2 responsables de la *Nuclear Regulatory Commission* (N. R. C.) qui contrôlent les opérations sur place :

a) Bâtiment du réacteur (*containment building*)

Le sous-sol du bâtiment où se trouvent le cœur et les générateurs de vapeur est rempli d'eau radioactive qui s'est échappée du circuit primaire. La hauteur actuelle de l'eau est d'environ 8 pieds (2,45 m) et la quantité d'eau s'accroît de 0,1 gallon par minute (0,4 litre/minute). La radioactivité de cette eau est très élevée : 200 microcuries par centimètre cube.

C'est essentiellement la présence de cette eau qui détermine le niveau de rayonnement ambiant et ne permet l'accès du bâtiment que moyennant des précautions spéciales.

La société exploitante de l'installation (« Metropolitan Edison » et « General Public Utilities ») fait actuellement fabriquer un appareil appelé « Submerged Demineralized System » qui devrait décontaminer l'eau fortement radioactive située dans le sous-sol du bâtiment. Cet appareil ne pourra être opérationnel que dans quelques mois; son usage sera toutefois subordonné à une décision favorable de la N. R. C. après un « impact statement », c'est-à-dire un exa-

« impact statement » d.i. een studie van de weerslag ervan op de installatie en het milieu. Verscheidene technische problemen wachten nog op een oplossing (pompen, enz.).

Er is nog geen aanvang gemaakt met de ontsmetting van het gebouw; tot nu toe hebben slechts 4 ploegen technici, uitgerust met speciale kleding en maskers, het gebouw betreden.

De beelden (foto's en films) die zij hebben gemaakt tijdens die bezoeken en welke nog niet openbaar zijn gemaakt, maar aan ons werden getoond, tonen aan dat de installaties uitwendig (leidingen enz...) niet erg zijn beschadigd behalve twee deuren die zijn ingedeukt na een ontplofing die zich heeft voorgedaan 9 uur na de aanvang van het ongeval; die waterstofexplosie heeft een drukpiek van 2 bar teweeggebracht in het gebouw dat is ontworpen om te weerstaan aan een overdruk van 4 bar.

Naarmate men in het gebouw meer naar boven gaat lijkt het erop dat de temperatuur hoog moet geweest zijn aangezien telefoons, telefoondraden en plastic buizen boven in het gebouw door de hitte zijn gesmolten.

Elke maand zal in het gebouw een inspectiebezoek worden gehouden.

De atmosfeer in het gebouw is sedert het ongeval verbeterd vermits tijdens de zomer van 1980 de radioactieve gassen (vooral krypton 85) zonder gevaar voor de omwonende bevolking zijn geloosd volgens een door de N. R. C. goedgekeurde procedure.

b) Hulpgebouwen

De meeste hulpgebouwen zijn ontsmet, maar er blijft nog een gedeelte van het radioactief water dat tijdens het ongeval vanuit het reactorgebouw via een afvoerput naar één der hulpgebouwen is verwijderd. De ontsmetting wordt uitgevoerd met een apparaat « EPICOR II » dat bestaat uit harsfilters. Die filters worden op dit ogenblik ter plaatse in speciale containers opgeslagen; niemand weet wat er in de toekomst mee zal gebeuren. Het betreft hier radioactief afval dat allerlei technische vraagstukken oproept (onder meer de vorming van radioactief tritium).

c) Controlekamer

De rapporten van de verschillende onderzoekscommissies (« Kemeny »-commissie, « Rogovin »-commissie enz...) hebben fouten van de controlekamer van de centrale aangegeven: overvloed van alarmsignalen, slechte opstelling of het uitvallen van sommige indicators, enz...

Die opmerkingen blijken volkomen gegrond te zijn.

Om het verloop van bepaalde werkzaamheden te volgen moeten de operators achter het bedieningspaneel gaan staan.

Over de reactorkern zelf zijn weinig juiste gegevens voorhanden: de chromel-alumelthermokoppels die in de kern van de reactor zijn geplaatst, wijzen temperaturen aan van 30 tot 80 graden Celsius, maar het is zo dat de oververhitting waaraan die thermokoppels hebben blootgestaan de juistheid ervan heeft aangetast.

d) Toegang tot de gebouwen

De toegang tot de verschillende gebouwen wordt ter wille van de veiligheid streng bewaakt door gewapende wachten en het stralingsniveau wordt meermaals gecontroleerd.

Uit het bezoek en de contacten met deskundigen van de N. R. C. blijkt dat de vooruitzichten inzake het opnieuw in gebruik nemen van de centrale T. M. I.-2 problematisch zijn. Niemand kan met zekerheid zeggen of de centrale

men de son impact sur l'installation et son environnement. Plusieurs problèmes techniques doivent encore être résolus (pompes, etc...).

La décontamination du bâtiment n'a pas encore commencé; tout au plus jusqu'à présent, 4 équipes de techniciens ont pu pénétrer dans le bâtiment, munis de revêtements spéciaux et de masques.

Les images (photos et films) qu'ils ont faites au cours de ces visites et qui n'ont pas encore été rendues publiques, mais que le Ministre a pu voir, révèlent qu'extérieurement, les installations (canalisations, etc.) ne semblent pas trop affectées sauf deux portes, qui ont été défoncées probablement à la suite de l'explosion qui a eu lieu 9 heures après le début de l'accident, explosion d'hydrogène qui a entraîné un pic de pression de 2 bars dans le bâtiment prévu pour résister à une surpression de 4 bars.

Au fur et à mesure que l'on monte dans le bâtiment, la température a dû être élevée, car certains téléphones, certaines lignes téléphoniques et tuyaux en plastique situés dans le haut du bâtiment ont fondu à la chaleur.

Il est prévu que les inspections à l'intérieur du bâtiment continueront au rythme d'une par mois.

L'atmosphère à l'intérieur du bâtiment s'est améliorée depuis l'accident car au cours de l'été 1980, les gaz de fission radioactifs (surtout le krypton 85) ont été évacués à l'extérieur sans danger pour la population avoisinante, selon une procédure approuvée par la N. R. C.

b) Bâtiments auxiliaires

La majorité des bâtiments auxiliaires a pu être décontaminée, mais il reste encore à traiter une partie de l'eau radioactive qui, au cours de l'accident, a été évacuée du puisard du bâtiment du réacteur dans un des bâtiments auxiliaires. Ce traitement de décontamination est effectué par un appareil appelé « EPICOR II », constitué de filtres à résines. Ces derniers sont actuellement stockés sur le site dans des conteneurs spéciaux; nul ne sait aujourd'hui ce qu'il en adviendra dans le futur. Ces déchets sont radioactifs et posent plusieurs problèmes techniques (la formation de tritium radioactif, notamment).

c) Salle de contrôle

Les rapports des différentes commissions d'enquête de l'accident (Commission « Kemeny », Commission « Rogovin », etc.) ont souligné les défauts de la salle de contrôle de la centrale: surabondance des signaux d'alarme, mauvaise disposition ou non fonctionnement de certains indicateurs, etc.

Ces observations semblent pleinement justifiées.

Pour suivre l'évolution de certaines opérations, les opérateurs doivent même se rendre derrière les panneaux de commande.

A propos du cœur même du réacteur, les informations exactes sont peu nombreuses: les thermocouples en chromel-alumel qui plongent dans le centre du réacteur indiquent des températures du cœur variant de 30 à 80 degrés Celsius, mais il est exact que ces thermocouples ont été soumis à une surchauffe qui rend incertaines les indications qu'ils donnent.

d) Accès aux bâtiments

L'accès aux divers bâtiments est, pour des motifs de sécurité, très sévèrement surveillé par des gardes armés et le taux de radioactivité est contrôlé à plusieurs reprises.

De cette visite ainsi que des contacts avec des responsables de la N. R. C., il apparaît que les perspectives de la remise en marche de l'installation de T. M. I. 2 sont problématiques. Nul ne peut affirmer aujourd'hui avec certi-

in de toekomst nog elektriciteit zal opwekken : de omvang van de technische problemen die daarmee zullen gepaard gaan is nog niet gekend. Welke emotionele reacties zouden bovendien niet losbarsten bij het opnieuw in gebruik nemen van de centrale ?

Na het ongeval heeft de N. R. C. alle centrales van het type T. M. I. in de Verenigde Staten doen stilleggen. Sedertdien zijn alle centrales opnieuw in bedrijf gesteld (behalve T. M. I. 1), een centrale van 800 MWe die naast de getroffen installatie ligt. Zulks is geschied om technische redenen : de N. R. C. heeft immers gevraagd dat verscheidene constructiewijzigingen worden aangebracht aan T.M.I.-1; maar voornamelijk om administratieve en politieke redenen (de ingebruikneming wordt op dit ogenblik onderzocht in « hearings »). De uiteindelijke beslissing berust bij de N. R. C., maar daartegen staat beroep open bij verscheidene rechterlijke instanties. In afwachting van betere tijden tracht men voor T. M. I.-1 een nieuwe beter uitgeruste controlekamer te ontwerpen.

2. Gevolgen van het ongeval voor de volksgezondheid

In het totaal zijn 10 miljoen Curie Xenon 133 en een tiental curie jodium 131 in het milieu terechtgekomen.

Uit melkmonsters die zijn genomen gedurende 8 dagen na het ongeval blijkt dat de joodconcentratie was verhoogd : 40 ± 20 picocurie per liter, hetgeen aanmerkelijk lager ligt dan de waarde waarboven melk ongeschikt wordt voor consumptie.

De lozing van Xenon is over verschillende dagen gespreid geweest. Voor de persoon die hypothetisch gesproken het meest blootgesteld is geweest (d.i. die voortdurend aan de rand van de kerncentrale heeft gewoond), werd de straling geschat op 80-100 millirem, zijnde minder dan een jaar natuurlijke stralingen. In ons land bedraagt de gemiddelde natuurlijke radioactiviteit 125 millirem per jaar.

Daaruit blijkt dat de radioactieve straling tijdens het ongeval van Harrisburg vrijwel geen gevaar heeft opgeleverd voor de omwonende bevolking.

Volgens in de Belgische pers verschenen berichten evenwel blijkt uit een rapport van de gezondheidsautoriteiten van de Staat Pennsylvania dat in de negen maanden na het ongeval 13 baby's zijn geboren met ernstige misvormingen van de schildklier. Het is bekend dat die misvormingen erge geestelijke achterstand teweegbrengen.

Daaromtrent werd een onderzoek uitgevoerd; de gepubliceerde gegevens kwamen uit een voorlopig rapport van geneesheren uit de Staat Pennsylvania. In het eindrapport wordt de geboorte van 13 baby's met misvormingen van schildklier bevestigd, maar tevens wordt erop gewezen dat het cijfer, ofschoon het hoger ligt dan dat van het voorgaande jaar, volkomen normaal is en niet afwijkt van de andere in die streek tijdens de jongste jaren opgetekende cijfers. Zulks zou toe te schrijven zijn aan bepaalde erfelijke factoren in die streek. Het is dus verkeerd te denken dat het ongeval de oorzaak is van de misvormingen.

3. Follow-up van de aanbevelingen en rapporten van de N. R. C., opgesteld na het ongeval

Na het ongeval heeft de N. R. C. wijzigingen ingevoerd in de reglementeringen in verband met de veiligheid van kerninstallaties. Aangezien dergelijke reglementen over het algemeen in België worden overgenomen, komt het erop aan de juiste stand ter zake te kennen en te weten hoe de toepassing ervan in de Verenigde Staten evolueert.

tude si cette centrale produira encore de l'électricité : l'ampleur des problèmes techniques qui s'y poseront n'est pas encore connue. Que faut-il dire alors des réactions émotionnelles que pourrait susciter la décision de remettre à nouveau en service cette centrale ?

Après l'accident, la N. R. C. a fait arrêter, aux Etats-Unis, toutes les centrales du même type que T. M. I. Toutes ont, depuis lors, redémarré sauf celle de T. M. I. 1, l'unité de 800 MWe voisine de l'unité accidentée. Il y a, à cela, des raisons techniques (la N. R. C. ayant, en effet, demandé que soient apportées diverses modifications dans la construction de T. M. I. 1), mais surtout des raisons administratives (la mise en service fait actuellement l'objet d'auditions ou « hearings »). La décision finale appartient à la N. R. C. mais il est possible de faire appel de cette décision devant diverses juridictions. Dans l'attente de jours meilleurs, l'on s'efforce actuellement de concevoir pour T. M. I. 1 une nouvelle salle de contrôle mieux équipée.

2. Conséquences de l'accident sur le plan de la santé publique

Au total, plus de 10 millions de curies de xénon 133 et une dizaine de curies d'iode 131 ont abouti dans l'environnement.

Des prélèvements de lait opérés dans les 8 jours ayant suivi l'accident ont indiqué une augmentation de la concentration en iode : 40 ± 20 picocuries par litre, ce qui est notablement en dessous du seuil à partir duquel le lait est impropre à la consommation.

Le rejet de xénon s'est étalé sur plusieurs jours. Pour l'individu, hypothétiquement le plus exposé (c'est-à-dire qui est supposé habiter en permanence à la limite du site nucléaire), l'irradiation a été évaluée à 80-100 millirem, soit moins d'une année d'irradiation naturelle. La radioactivité naturelle moyenne est, dans notre pays, de quelque 125 millirems par an.

La conclusion en est que les conséquences radiologiques de l'accident de Harrisburg ont été à peu près nulles pour la population avoisinante.

Selon des informations parues dans la presse belge, il appert d'un rapport des autorités sanitaires de l'Etat de Pennsylvanie que, dans les neuf mois ayant suivi l'accident, 13 bébés sont nés avec de sérieuses malformations de la glande thyroïde. Il est notoire que ces malformations provoquent de sérieux retards mentaux.

Une enquête a été faite à ce sujet; les informations qui ont été citées faisaient partie d'un rapport provisoire de médecins de l'Etat de Pennsylvanie. Le rapport final confirme la naissance de 13 bébés atteints de malformations de la thyroïde mais fait remarquer en même temps que ce chiffre, bien qu'il soit plus élevé que celui de l'année précédente, est tout à fait dans la normale des chiffres constatés dans cette région au cours des dernières années. Cela tient notamment à des facteurs héréditaires déterminés, présents dans cette contrée. Il n'y a donc pas lieu de considérer que l'accident est la cause de ces malformations.

3. Suivi des recommandations et rapports de la N. R. C. établis après l'accident

Après l'accident, des modifications de la réglementation concernant la sécurité des installations nucléaires ont été édictées par la N. R. C. Des règlements de cet ordre étant généralement repris en Belgique, il importe de savoir où en sont ces nouvelles règles et comment évolue leur application aux Etats-Unis.

De N. C. R. heeft twee belangrijke documenten gepubliceerd :

— het rapport NUREG 578 met als titel « T. M. I.-2 lessons learned task force report (short term) » waarin aanbevelingen zijn gedaan die nageleefd moeten worden door de in werking zijnde centrales volgens een tijdschema dat loopt van juli 1979 tot juli 1981;

— het rapport NUREG 660 met als titel « Action plan for implementing recommendations of the President's Commission and other studies of T. M. I.-2 Accident », dat een actieplan bevat dat moet worden uitgewerkt overeenkomstig de opmerkingen van verschillende onderzoekscommissies.

Blijkbaar worden die aanbevelingen in de meeste gevallen toegepast door de exploitanten van diverse Amerikaanse centrales overeenkomstig het voorgeschreven tijdschema (korte termijn, een jaar, lange termijn).

Vermeldenswaard in dat verband is dat het controleproces in verband met de naleving van de nieuwe reglementeringen als volgt verloopt :

— de nieuwe richtlijnen worden meegedeeld aan de exploitanten en eventueel begeven vertegenwoordigers van de N. R. C. zich ter plaatse om nadere uitleg te verstrekken;

— de nieuwe richtlijnen worden toegepast en de controle gebeurt door de afgevaardigde van de N. R. C. die ter plaatse aanwezig is (er zijn thans 45 nucleaire vestigingsplaatsen waar ten minste één afgevaardigde van de N. R. C. aanwezig is).

4. Een van de lessen van het ongeval op T. M. I.-2 : gepaste opleiding van het bedieningspersoneel

In de Verenigde Staten, net als bij ons, staat de exploitant van de kerninstallatie in voor de opleiding en regelmatige training van het personeel van de centrale, vooral wat de operators betreft.

Op dat gebied is de N. R. C. nog niet klaar met nieuwe regels; de bespreking ervan is nog aan de gang, maar twee strekkingen komen duidelijk naar voren :

— meer gestrengheid aan de dag leggen in verband met de proeven en examens voor recrutering van personeel (eisen inzake diploma enz...);

— verplicht stellen van training met simulators, d.w.z. met modellen van controlekamers waarbij een computer het gedrag van de reactor nabootst, bij normale werking en bij een ongeval, alsmede de gevolgen van de handelingen van de operators, ten einde aan die situaties het hoofd te bieden.

Hoofdzaak in verband met de simulators is te weten of zij in het huidige ontwikkelingsstadium doeltreffend zijn. Met de bestaande simulators kan een ongeval als dat van T. M. I.-2 niet worden gesimuleerd. Om die reden loopt er een programma voor verbetering van de simulators in het « Brookhaven National Laboratory ». Het komt erop aan simulatieprogramma's voor mekaar te krijgen van het twee-fasengedrag in het reactorhart en in het primaire koelsysteem van de reactors, van de gevolgen van het niet-functioneren van sommige kleppen enz... De verantwoordelijken van het programma hebben ons medegedeeld dat zij hopen binnen twee jaar met hun werk klaar te komen.

La N. R. C. a publié deux importants documents :

— le rapport NUREG 578, intitulé « T. M. I.-2 lessons learned task force report (short term) », qui comporte des recommandations devant être respectées par les centrales en cours de fonctionnement, selon un calendrier s'étendant de juillet 1979 à juillet 1981;

— le rapport NUREG 660, intitulé « Action plan for implementing recommendations of the President's Commission and other studies of T. M. I. 2 Accident », qui contient un plan d'action devant être mis en œuvre conformément aux observations de diverses commissions d'enquête.

Dans la plupart des cas, ces recommandations sont et seront manifestement appliquées par les exploitants de diverses centrales américaines selon le calendrier prévu (court terme, un an, long terme).

Il est intéressant de noter à cet égard que le processus de contrôle du respect de ces réglementations nouvelles se déroule comme suit :

— les directives nouvelles sont communiquées aux exploitants, des représentants de la N. R. C. se rendant éventuellement sur place pour les expliquer et les commenter;

— les directives nouvelles sont appliquées, le contrôle étant assumé par le délégué de la N. R. C. présent sur le site (il y a actuellement 45 sites nucléaires comportant chacun au moins un délégué de la N. R. C.).

4. Une des leçons de l'accident de T. M. I.-2 : assurer la formation appropriée du personnel d'exploitation

Aux Etats-Unis d'Amérique, tout comme chez nous, c'est l'exploitant de l'installation nucléaire qui a la responsabilité d'assurer la formation et l'entraînement régulier du personnel de la centrale, en particulier des opérateurs.

La N. R. C. n'a pas encore achevé l'élaboration de nouvelles règles en ce domaine; la discussion de celles-ci est encore en cours, mais manifestement deux tendances semblent se dégager :

— davantage de sévérité dans les épreuves et examens de recrutement du personnel (conditions de diplôme, etc.);

— entraînement obligatoire sur simulateurs, c'est-à-dire sur des répliques en salle de contrôle, dans lesquelles un ordinateur simule le comportement du réacteur lors du fonctionnement normal et lors d'un accident ainsi que les conséquences des actes des opérateurs afin de faire face à ces situations.

La question essentielle à propos des simulateurs est de savoir si, dans leur stade de développement actuel, ils sont efficaces. En effet, les simulateurs existants ne permettent pas de simuler un accident comme celui ayant eu lieu à T. M. I.-2. C'est pourquoi, un programme d'amélioration des simulateurs est actuellement en cours au « Brookhaven National Laboratory ». Il s'agit notamment de mettre au point des programmes de simulation des comportements diphasiques dans le cœur et le circuit primaire des réacteurs, des conséquences de non fonctionnement de certaines vannes, etc. Les responsables de ce programme nous ont dit leur espoir de terminer leur tâche en deux ans.

Het is mogelijk dat de N. R. C. dan de training met simulators verplicht stelt voor de operators. In dat geval komt het erop aan na te gaan of aan de Belgische exploitanten dient te worden aangeraden een simulator te bouwen.

5. Beschermingsmaatregelen bij ongevallen die een weerslag hebben buiten de installaties

De leiders van de N. R. C. en van de *National Council on Radiation Protection* hebben ons het volgende medegedeeld :

1) als er zich een ernstig ongeval voordoet dat een weerslag heeft op het milieu komt het erop aan dat een verantwoordelijke autoriteit de belangrijkste beslissingen treft en de actie van de diensten coördineert die op de verschillende niveaus ingeschakeld moeten worden. Hoewel in theorie de rol van de N. R. C. beperkt is tot het uitvaardigen van regels die de kerncentrales exploiterende ondernemingen dienen na te leven is het in de praktijk de N. R. C. die de operaties leidt bij zware ongevallen;

2) om de N. R. C. snel te kunnen informeren zijn de controlekamers van kerncentrales vanaf nu door middel van twee telefoonlijnen rechtstreeks verbonden met de N. R. C. alsmede met de Federale Organisatie die zich bezighoudt met de hulpplannen (ongeveer de tegenhanger van onze Civiele Bescherming). In de toekomst zullen die communicatiemiddelen met behulp van twee systemen versterkt worden :

— verbinding per radio;

— verbinding per computer : elke controlekamer bezorgt dan aan de centrale computer van de N. R. C. een bepaald aantal inlichtingen in verband met de installatie (druk, temperatuur, ...).

Dat systeem zou, als het wordt goedgekeurd, permanent operationeel zijn ongeacht het feit of er zich al dan niet een ongeval voordoet. Het ligt voor de hand dat zulks in geen geval kan betekenen dat de N. R. C. de centrale exploiteert. Een principiële beslissing ter zake kan binnen 6 maanden worden getroffen; de praktische uitvoering is dan voor later;

3) de *National Council on Radiation Protection* zal wellicht binnenkort aanbevelen dat kaliumjodidetabletten ter beschikking worden gehouden in de buurt van de centrales en in de centrales zelf. Er dient op te worden gewezen dat op T. M. I.-2 aanzienlijke voorraden stabiel jodium inderhaast aangelegd konden worden, maar dat zij niet aan de bevolking konden worden uitgedeeld;

4) de interne urgentieplannen, die door de exploitanten van de centrales moeten uitgewerkt, en de externe urgentieplannen, waarvoor de afzonderlijke Staten verantwoordelijk zijn, moeten door de N. R. C. worden goedgekeurd. Dat maakt deel uit van de voorwaarden voor de afgifte van de exploitatievergunning.

6. Keuze van de vestigingsplaats : nieuwe Amerikaanse regels ?

De keuze van de vestigingsplaats voor een kerncentrale hangt van verscheidene factoren af die zowel van technische aard (voldoende koelwater beschikbaar) als van milieuhygiënische aard (bevolkingsdichtheid enz.) zijn.

Il est possible que la N. R. C. rende alors obligatoire pour les opérateurs l'entraînement sur simulateurs. Il conviendra, en ce cas, d'examiner s'il faut conseiller aux exploitants belges de construire un simulateur.

5. Mesures de protection en cas d'accident ayant des répercussions à l'extérieur des installations

Les dirigeants de la N. R. C. et ceux du *National Council on Radiation Protection* nous ont fait part des considérations suivantes :

1) en cas d'accident grave ayant des répercussions sur l'environnement, il convient d'avoir une autorité responsable qui prenne les décisions majeures et coordonne les actions des services appelés à intervenir aux différents niveaux. Même si, en théorie, le rôle de la N. R. C. se limite à édicter des règles que doivent respecter les sociétés exploitantes des centrales, en pratique, il est exact que c'est la N. R. C. qui prend la tête des opérations en cas d'accident grave.

2) pour que la N. R. C. puisse être informée rapidement, chaque salle de contrôle des centrales nucléaires est dès à présent reliée par deux lignes téléphoniques directes à la N. R. C. ainsi qu'à l'organisation fédérale qui s'occupe des plans de secours (l'équivalent, à peu près, de notre Protection civile). Il est prévu de renforcer, à l'avenir, ces moyens de communication par deux systèmes :

— liaisons par radio;

— liaisons par ordinateurs : chaque salle de contrôle fournirait à l'ordinateur central de la N. R. C. un certain nombre d'informations sur l'installation (pressions, températures, ...).

Ce dernier système, s'il est approuvé, serait d'ailleurs opérationnel en permanence, qu'il y ait ou non accident. Il va de soi qu'en aucun cas, ceci ne peut signifier que la N. R. C. exploite la centrale. Une décision de principe à ce sujet pourrait intervenir dans les 6 mois; la réalisation pratique serait pour plus tard;

3) le *National Council on Radiation Protection* recommandera peut-être prochainement que des tablettes d'iodure de potassium soient disponibles dans le voisinage des centrales et sur le site même. Il faut se rappeler qu'à T. M. I.-2, d'importants stocks d'iode stable ont pu être constitués en toute hâte, mais n'ont pas dû être distribués à la population;

4) les plans d'urgence internes — qui doivent être élaborés par les exploitants de la centrale — et externes — qui relèvent des autorités des divers Etats — doivent être approuvés par la N. R. C. Cela fait partie des conditions de délivrance du permis d'exploitation.

6. Choix des sites : nouvelles règles américaines ?

Le choix du site d'une centrale nucléaire dépend de divers facteurs tenant à la fois à la technique, tels que les disponibilités suffisantes en eaux de refroidissement, et à l'hygiène de l'environnement (densité de population ...).

Het thans geldende criterium, vastgelegd in de *Code of Federal Regulations* (10 CFR 100), houdt rekening met drie bevolkingszones rond de reactors: onbewoonde zone, weinig bevolkte zone, bevolkingscentrum in de nabijheid. De uitbreiding en vastlegging van die zones hangt voor elke vestigingsplaats af van de mogelijkheid er een bepaalde stralingsdosis op te doen bij een ernstig ongeval (design basis accident).

In België zijn er, rekening houdend met de grote bevolkingsdichtheid, speciale veiligheidsmaatregelen opgelegd (dubbele omhulling...), zodat de stralingsdosissen bij ongeval verlaagd kunnen worden tot stralingsdosissen die geringer zijn dan die welke in de Verenigde Staten aanvaard zijn voor onbewoonde zones en weinig bevolkte zones.

Sedert het ongeval hebben een aantal Amerikaanse onderzoekscommissies aanbevolen dat de keuze van de vestigingsplaats uitsluitend gebaseerd wordt op het criterium bevolkingsdichtheid zonder de veiligheidskenmerken van de installaties in acht te nemen.

De N. R. C. gaat ervan uit dat er ter zake geen beslissing komt in de komende achttien maanden à twee jaar. Zij is de mening toegedaan dat het criterium gebaseerd op bevolkingsdichtheid geen nalatigheid ten gevolge mag hebben op het stuk van veiligheidsmaatregelen voor de centrale.

Er dient trouwens op te worden gewezen dat het kiezen van de vestigingsplaats voor andere risico's inhoudende industriële bedrijven wellicht niet altijd met de vereiste zorg is gebeurd. Een gelijkaardig beleid inzake het nagaan van de risico's van sommige industrieën moet beslist aan bod komen.

7. *Uitwisseling van technische informatie tussen België en de N. R. C.*

Op 6 juni 1978 is er een akkoord ondertekend tussen de Belgische Regering en de U.S. *Nuclear Regulatory Commission* voor het uitwisselen van technische informatie op het gebied van de reglementering en de samenwerking inzake het onderzoek betreffende nucleaire veiligheid.

Aan beide zijden bestaat er tevredenheid over dat akkoord, hoewel de toepassing ervan nog voor verbetering vatbaar is.

De verantwoordelijken van de N. R. C. hebben voorgesteld op bilaterale of multilaterale basis (O. E. S. O.-Nuclear Energy Agency?) jaarlijkse informele bijeenkomsten te organiseren tijdens welke informatie kan worden uitgewisseld over de werking van de installaties met inbegrip van eventuele incidenten. De Minister heeft beloofd te onderzoeken welk gevolg aan dit voorstel moet gegeven worden.

Bovendien worden er op dit ogenblik verscheidene organen opgericht (in het kader van de E. E. G., van de O. E. S. O.) om op internationaal niveau tot een systematisering te komen van de uitwisseling van informatie over de incidenten in verband met de werking van de kernreactoren. België dient aan die uitwisseling van gegevens mede te werken.

III. — ALGEMENE BESPREKING

1. Algemene beschouwingen

Volgens een lid moet de nadruk worden gelegd op de preventie. Dit begrip wordt overigens zeer ruim geïnterpreteerd en overschrijdt veruit de eigenlijke medische preventie. In de gangbare opvatting omvat preventie ook gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en bestaat zij in de eerste

Le critère en vigueur actuellement, issu du *Code of Federal Regulation* (10 CFR 100), tient compte de trois zones de population autour des réacteurs: une zone d'exclusion, une zone à faible population, un centre de population proche. L'extension et la détermination de ces zones dépend, pour chaque site, de la possibilité d'y recevoir une dose déterminée de radiations en cas d'accident grave (« design basis accident »).

En Belgique, compte tenu de la forte densité de population, des mesures de sécurité spéciales ont été imposées (double enceinte...) de façon à permettre, en cas d'accident, d'abaisser les doses de radiation à des valeurs plus faibles que celles admises aux Etats-Unis pour les zones d'exclusion et à faible densité de population.

Depuis l'accident, une série de commissions d'enquête américaines ont recommandé que le choix du site dépende uniquement du critère de densité de population, indépendamment des caractéristiques de sécurité des installations.

La N. R. C. ne compte pas prendre de décision en la matière d'ici 18 mois à 2 ans. Elle incline à estimer qu'il ne faut pas que le critère basé sur la densité de population puisse avoir un effet laxiste sur les mesures de sécurité de la centrale.

Il convient d'ailleurs de remarquer que la détermination des sites d'autres industries à risques n'a peut-être pas toujours été faite avec l'attention requise. Il y aurait sans doute lieu de suivre une politique similaire d'évaluation des risques de certaines industries.

7. *Echange d'information technique entre la Belgique et la « N. R. C. »*

Le 6 juin 1978 était signé un accord entre le Gouvernement belge et la U.S. *Nuclear Regulatory Commission* pour l'échange d'informations techniques dans le domaine de la réglementation et de la coopération dans la recherche sur la sécurité nucléaire.

De part et d'autre, on s'estime satisfait de cet accord, bien que l'application de celui-ci soit encore perfectible.

Les dirigeants de la « N. R. C. » ont proposé que se tiennent dans un cadre bilatéral ou multilatéral (O. C. D. E.-« Nuclear Energy Agency »?) des rencontres annuelles informelles, au cours desquelles pourraient être échangées des informations sur le fonctionnement des installations, y compris les incidents éventuels. Le Ministre a promis d'examiner la suite à donner à cette proposition.

En outre, plusieurs organismes sont actuellement en cours de création (notamment dans le cadre de la C. E. E., de l'O. C. D. E.) pour systématiser au niveau international l'échange d'informations sur les incidents de fonctionnement des réacteurs nucléaires. Il convient que la Belgique participe à cette transmission de données.

III. — DISCUSSION GENERALE

1. Considérations générales

Un membre déclare qu'il faut mettre l'accent sur la prévention. Il convient d'ailleurs d'interpréter cette notion de manière très large car elle déborde considérablement la prévention médicale proprement dite. Dans sa conception usuelle, la prévention comprend également l'information et

plaats in het voorkomen en niet alleen in het vroegtijdig opsporen van ziekte.

Nadruk wordt derhalve gelegd op de primaire preventie, die bestaat in de vorming van een algemeen levenskader, dat ten goede komt aan de gezondheid, in de ruime betekenis die daaraan door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt gegeven.

De geschiedenis leert overigens hoe belangrijk deze primaire preventie is. Als voorbeeld mag de bestrijding van de tuberculose gelden. Deze ziekte, ook wel eens de ziekte der armen genoemd, vergde in de periode 1875-1880 ongeveer 20 000 doden per jaar of, statistisch ongerekend, 370 doden per 100 000 inwoners. De wetenschap stond tegen de ziekte vrijwel machteloos tot de ontdekking van de antibiotica na de tweede wereldoorlog. Wel was de bacil geïdentificeerd en bestond de tuberculineproef. Maar een afdoend, zelfs maar gedeeltelijk geneesmiddel was niet voorhanden. Toch daalde tussen 1880 en 1940 het sterftecijfer tot 8 000 en dit niettegenstaande de bevolking aanzienlijk was toegenomen (71 doden per 100 000 inwoners), hetzij minder dan één vijfde, minder dan 20 % van de mortaliteit in 1875-1880. De daling, indrukwekkend op zichzelf, was toe te schrijven aan het elan van solidariteit, dat een uitgebreid net van preventoria, dispensaria en sanatoria tot stand bracht. Maar de doorslaggevende factor waren de eerste grote veroveringen van de arbeidsbeweging : de beperking van de arbeidsweek en de arbeidsdag, de invoering van verlof, de bevordering van de sociale woongelegenheden, de verbetering van de levensvoorwaarden dank zij de stijging van het inkomen. In die sociale verbeteringen heeft de tuberculose haar grootste vijand gevonden.

De vraag moet gesteld worden : garandeert de gezondheidszorg in België wat er redelijkerwijze mag van verwacht worden ? Met andere woorden, is de kosten en batenanalyse positief ?

Het antwoord op deze belangrijke kernvraag kan worden gevonden aan de hand van de internationale vergelijking van gezondheidsindicatoren, beperkt tot de cijfers inzake kindersterfte, die zonder twijfel een van de beste indicatoren zijn van de medico-sanitaire toestand in een land of een streek; het beperken van de sterftecijfers van kinderen binnen het eerste jaar is immers vrijwel uitsluitend functie van de kwaliteit van de sociale en gezondheidsvoorzieningen.

Uit de cijfers voor de jaren 1975-1977 blijkt dat België met een sterftecijfer van 24,3 per duizend geboorten slechts op de negentiende plaats komt, voorafgegaan door landen als Zweden (13,8), IJsland (14), Denemarken (14,7), Luxemburg (15,3), Finland (15,5), Zwitserland (15,6), Noorwegen (17,9), Nederland (18,1), Japan (19), Singapore (20,4).

Merkwaardig daarbij is dat Nederland met de helft kinderartsen een sterftecijfer heeft dat ongeveer 70 % van het Belgische cijfer bedraagt.

Professor R. Clara van de Universitaire Instelling Antwerpen verklaart het volgende :

« Perinatale mortaliteit is één van de meest betrouwbare indicatoren van de gezondheidstoestand op lange termijn van de kinderen, geboren in de betrokken observatieperiode.

De voornaamste maatregelen om de oorzaken van de perinatale mortaliteit en morbiditeit weg te nemen zijn :

— betere levensomstandigheden, betere behuizing, goede voeding, aangepaste werkvoorwaarden; hierbij is er een sterke daling van het aantal prematuren;

l'édification sanitaires et consiste, en premier lieu, à prévenir et non pas seulement à dépister prématurément la maladie.

Il convient dès lors de mettre l'accent sur la prévention primaire, qui consiste à créer un cadre de vie général propice à la santé au sens large du mot que lui donne l'Organisation mondiale de la santé.

L'histoire nous apprend d'ailleurs la grande importance de la prévention primaire. On peut citer à titre d'exemple la lutte contre la tuberculose. Cette maladie, appelée parfois la maladie des pauvres, faisait au cours de la période 1875-1880 quelque 20 000 morts par an, c'est-à-dire, en statistiques, 370 morts par 100 000 habitants. La science a été pratiquement impuissante devant cette maladie jusqu'à la découverte des antibiotiques après la deuxième guerre mondiale. Le bacille avait cependant été identifié et le test de la tuberculine existait déjà. Toutefois, il n'y avait pas de médicament efficace, fût-ce partiellement. Cependant, entre 1880 et 1940, alors que la population s'était considérablement accrue, la mortalité tomba à 8 000 cas, c'est-à-dire 71 morts par 100 000 habitants, chiffre qui correspond à moins de 20 % ou d'un cinquième de la mortalité de 1875-1880. Cette diminution qui est impressionnante par elle-même, doit être attribuée à l'élan de solidarité qui a permis la création d'un vaste réseau de préventoria, dispensaires et sanatoria. Mais, en fait, cette diminution est essentiellement due aux premières grandes conquêtes du mouvement ouvrier : limitation de la semaine et de la journée de travail, instauration des congés, encouragement de la construction d'habitations sociales, amélioration des conditions de vie grâce à l'augmentation des revenus. Ces améliorations dans le domaine social ont été d'un poids déterminant dans la lutte contre la tuberculose.

Il convient toutefois de se demander si les résultats obtenus grâce aux soins de santé dispensés en Belgique correspondent à ce qu'il est raisonnablement permis d'en attendre. En d'autres termes, l'analyse coût-profit est-elle positive ?

On peut répondre à cette question importante en procédant à une comparaison internationale des indicateurs de santé limités aux chiffres relatifs à la mortalité infantile, qui constitue sans aucun doute l'un des meilleurs indicateurs de la situation médico-sanitaire d'un pays ou d'une région, parce que la diminution de la mortalité infantile au cours de la première année de la vie est presque uniquement attribuable à la qualité de l'infrastructure sociale et sanitaire.

Il ressort des chiffres relatifs aux années 1975-1977 qu'avec une mortalité de 24,3 par 1 000 naissances, la Belgique se situe à la 19^e place et qu'elle est précédée par des pays comme la Suède (13,8), l'Islande (14), le Danemark (14,7), le Luxembourg (15,3), la Finlande (15,5), la Suisse (15,16), la Norvège (17,9), les Pays-Bas (18,1), le Japon (19), Singapour (20,4).

Il est à remarquer qu'aux Pays-Bas, où les pédiatres sont deux fois moins nombreux, la mortalité atteint environ 70 % de celle qui est enregistrée en Belgique.

Le Professeur R. Clara de l'« Universitaire Instelling Antwerpen » déclare ce qui suit :

« La mortalité périnatale est l'un des indicateurs les plus sûrs de l'état de santé à long terme des enfants qui sont nés au cours de la période d'observation concernée.

Les principales mesures permettant d'éliminer les causes de la mortalité et de la morbidité périnatales sont :

— l'amélioration des conditions de vie et de logement, une bonne alimentation et des conditions de travail appropriées; ces facteurs entraînent une réduction considérable du nombre des naissances avant terme;

— betere sanitaire en algemene opvoeding o.m. door arts en verpleegkundige; besef van het gevaar van roken, het drinken van alcohol, het gebruik van drugs en geneesmiddelen, het nut van vaccinatie tegen rubella en van hygiënische maatregelen tegen toxoplasmose, het belang van een voldoende lang interval tussen verschillende zwangerschappen, het belang van de leeftijd van de toekomstige moeder, het kennen van centra voor genetisch advies, enz...;

— toegang tot alle zorgen voor alle toekomstige moeders en bereidheid (motivering) om dit te doen. Belangrijk zijn de prenatale zorgen. Als elke toekomstige moeder zich zeven maal zou aangeboden hebben op de prenatale raadplegingen in Frankrijk, had men per jaar 2 570 overlijdens kunnen voorkomen, en waren er 4 800 minder gehandicapten geweest. Voor tien consultaties zijn de cijfers 4 900 en 8 000.

— familieplanning. Volledige gelijkberechtiging van de vrouw, ook en vooral van hen die niet gehuwd zijn. Zwen geeft ons hiervan het voorbeeld. »

In België schiet de organisatie van materniteiten en neonatale centra voor intensieve zorgen echter nog schromelijk te kort.

Kleine materniteiten hebben alleen zin als ze bereid zijn zich beperken tot de verloskunde met een laag risico.

Is het dan overdreven te besluiten dat onze gezondheidszorg onvoldoende rendabel is? Alleszins moet vastgesteld worden dat de reusachtige stijging van de kosten in de afgelopen jaar niet beloond werd met een overeenstemmende verbetering in de gezondheidsindicatoren en dat de klassieke achterstand tegenover andere landen niet werd verkleind.

Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat het fundamentele gebrek van de Belgische gezondheidszorg, nochtans voldoende voorzien van hooggekwalificeerd personeel en moderne uitrustingen, berust in de wijze waarop de structuren werken. Het systeem telt inderdaad een aantal knelpunten, die de huidige toestand kunnen verklaren. Die knelpunten worden teruggevonden in de twee hoofdkenmerken van onze gezondheidszorg: enerzijds de verzuiling, die vooral in de tweede lijn optreedt, anderzijds de prestatiegeeskunde, die vrijwel exclusief van toepassing is.

I. Verzuiling

De gezondheidszorg in België wordt gekenmerkt door een sterke verzuiling, die leidt tot een opsplitsing tussen een openbaar en een privé-net van instellingen. Deze beide netten zijn door de wetgeving op gelijke voet geplaatst, wat betreft de subsidies voor de bouw en desgevallend de exploitatie. Toch betekent gelijke financiering niet altijd gelijke behandeling.

a) Zo kan gewezen worden op de personeelslast in de ziekenhuizen, die ruim 70 % van de kosten belooft. Dat blijkt geen reden te zijn om een dwingend personeelskader aan alle ziekenhuizen op te leggen. Wel bestaan minimumnormen, die gelden als voorwaarden, voor de erkenning, en maximumnormen, die niet kunnen overschreden worden of althans niet in de bepaling van de ligdagprijzen worden opgenomen. In de privé-sector, waarvan de tekorten niet gedekt worden door een openbare instantie, worden de minimumnormen in feite als maximumnormen gehanteerd.

— une meilleure formation sanitaire et générale assurée notamment par le médecin et le personnel infirmier; une prise de conscience du danger que représentent le tabagisme, l'absorption d'alcool et la consommation de drogues et de médicaments, de l'utilité de la vaccination contre la rubéole et des mesures hygiéniques contre la toxoplasmose, de la nécessité de respecter un intervalle suffisamment long entre les grossesses, de l'importance de l'âge de la future mère et de l'importance de connaître les centres de consultation génétique, etc.;

— l'accès à tous les types de soins pour toutes les futures mères et la volonté des mères (motivation) de recourir à ces soins. Il est important que la mère bénéficie de soins prénatals convenables. Si, en France, chaque future mère s'était présentée sept fois aux consultations prénatales, il eût été possible d'éviter 2 570 décès par an et il y aurait eu 4 800 handicapés de moins; si chaque mère s'était présentée à dix consultations, ces chiffres auraient été respectivement 4 900 et 8 000.

— le planning familial. Il faut assurer l'égalité totale de droits de la femme, aussi et surtout de la femme célibataire. La Suède doit nous servir d'exemple à cet égard. »

En Belgique, l'organisation des maternités et des centres néo-natals est cependant encore nettement insuffisante.

La création ou le maintien de petites maternités n'a de sens que si elles sont disposées à se limiter à l'obstétrique présentant peu de risques.

Est-il exagéré de conclure que le rendement de notre secteur des soins de santé est insuffisant? Il faut en tout cas constater que l'augmentation prodigieuse des coûts au cours des dernières années ne s'est pas traduite par une amélioration correspondante au niveau des indicateurs de santé et que le retard que la Belgique accuse traditionnellement par rapport aux autres pays ne s'est pas résorbé.

Il est permis d'en conclure que le mal profond dont souffre notre secteur des soins de santé, qui dispose pourtant de suffisamment de personnel hautement qualifié et d'équipements modernes, réside dans le fonctionnement des structures. Le système comporte en effet un certain nombre de faiblesses qui peuvent fournir des éléments expliquant la situation actuelle. Ces faiblesses se retrouvent dans les deux caractéristiques principales du secteur, à savoir le cloisonnement, qui se manifeste surtout au niveau des soins du deuxième degré, et la pratique pour ainsi dire exclusive d'une médecine à la prestation.

I. Cloisonnement

En Belgique, le secteur des soins de santé se caractérise par un cloisonnement très poussé qui se traduit par la coexistence de deux réseaux distincts d'établissements, un réseau public et un réseau privé. La législation place ces deux réseaux sur un pied d'égalité en ce qui concerne l'octroi de subventions en matière de constructions et, éventuellement, d'exploitation. Pourtant, l'égalité au niveau du financement n'implique pas toujours une égalité de traitement.

a) C'est ainsi que l'on peut souligner le coût du personnel hospitalier, qui représente plus de 70 % du coût global. Cette situation ne nous paraît pas justifier la fixation d'un cadre obligatoire pour tous les hôpitaux. Il existe cependant des normes minimales, qui constituent une condition d'agrément, et des normes maximales qui ne peuvent être dépassées ou, du moins, qui n'interviennent pas dans le calcul du prix de la journée d'entretien. Dans le secteur privé, où les déficits ne sont pas couverts par un organisme public, les normes minimales sont, en fait, utilisées comme normes maximales.

In de openbare sector worden op basis daarvan personeelsformaties aangelegd, die door het ministerie van Volksgezondheid worden goedgekeurd, dat dus goedvindt dat in gelijkaardige diensten nu eens met tien leden verplegend personeel per dertig bedden, dan weer met dertien of meer wordt gewerkt. Gevolg van die toestand is dat, waar de openbare sector 38 % der bedden vertegenwoordigt, hij 42 % van het personeel tewerkstelt en dat de privé-sector, met 62 % der bedden, het kan stellen met 58 % van het personeel. In de openbare sector is dus 18 % meer personeel tewerkgesteld. Het Ministerie laat derhalve toe dat in de privé-sector met bijna één vijfde minder personeel wordt gewerkt, terwijl het nochtans de personeelsformaties in openbare dienst gerechtvaardigd acht.

Daarbij komt dat de vrije sectoren beroep doet op qua graden minder gekwalificeerd personeel, waar de openbare sector zich strikt houdt aan de kwalificatie-vereisten.

b) De concurrentiestrijd tussen de zuilen gebeurt echter ook op een wijze, die niet altijd zo duidelijk is als in het geval van de personeelsbezetting. Zo is het ontbreken van een eenvormig statuut voor de ziekenhuisartsen een factor geworden, die de verhoudingen helemaal scheef trekt.

In de privé-ziekenhuizen bestaat er inderdaad een afwijkende en uitermate ondoorzichtige inbreng van de artsen in de financiering van het ziekenhuis. Het is zo dat de artsen er jaarlijks een soort werkrecht betalen, waarvan het bedrag in de orde van zes à zeven cijfers schommelt. Zulks levert de privé-ziekenhuisbeheerder werkingskapitaal en liquide middelen op. In ruil daarvoor wordt echter in het privé-net aan de ziekenhuisartsen vrijheid van honoraria geschonken voor bepaalde reeksen van patiënten, daar waar de openbare sector slechts toelaat dat de arts voor patiënten in éénpersoonkamers een dubbel honorarium kan vragen.

Eén en ander heeft tot gevolg dat zodoende in de privé-sector een « objectieve alliantie » ontstaat met de artsen die er werken en waarvan de inkomsten aanzienlijk boven die van hun collega's in openbare dienst uitstijgen. Het is eveneens bekend dat artsen, verbonden aan een ziekenhuis in de openbare én de privé-sector, hun patiënten systematisch naar het privé-ziekenhuis versluizen. In openbare ziekenhuizen worden daardoor verliezen geleden in diensten, waar de privé-sector een behoorlijke bezettingsgraad bereikt. In 1977 bedroeg het verschil in bezettingsgraad tussen de twee netten nationaal 4,5 % ten gunste van de privé-sector, wat een overeenstemmend percentage meerinkomsten uit ligdagen opleverde.

c) Een ander aspect van de concurrentie tussen de twee netten is dat de dure en deficitair ziekenhuisdiensten aan de openbare sector worden overgelaten en dat de privé-sector winstgevend medisch-technische activiteiten of diensten uitbouwt. Klinische biologie of radiologie komen b.v. goed aan bod in de privé-sector. Daarentegen telt hij aanzienlijk minder 900-diensten b.v. dan de openbare sector, inbegrepen urgentiediensten en medische permanenties.

Het lid herinnert aan de verklaringen afgelegd door een partijvoorzitter op een congres dat gewijd was aan de « Gezondheidszorg in Vlaanderen » en waarbij deze voorzitter een oproep heeft gedaan om een gesprek op gang te brengen om een einde te maken aan de knelpunten die ten grondslag liggen aan de concurrentiestrijd tussen het openbaar en het privé-net.

In dit verband herhaalt het lid dat het niet opgaat dat de openbare en privé-sector als concurrenten tegenover elkaar moeten leven. Beide netten moeten elkaar vinden in de opvatting van een openbare dienst. Zulks veronderstelt vooreerst een aantal morele en filosofische waarborgen tegenover de patiënt, evenals diens rechtszekerheid inzake

Dans le secteur public les cadres sont fixés sur cette base et sont adoptés par le Ministère de la Santé publique, qui admet ainsi que, dans des services similaires, on compte, dans certains cas, dix membres du personnel soignant pour trente lits et, dans d'autres cas, treize ou davantage. Il en résulte que le secteur public, qui représente 38 % des lits, occupe 42 % du personnel, alors que le secteur privé, qui compte 62 % des lits, n'occupe que 58 % du personnel. Par conséquent, le secteur public compte 18 % de personnel en plus. Le Ministère permet dès lors au secteur privé de s'acquitter de sa tâche avec près d'un cinquième du personnel en moins, alors que, d'autre part, il estime que les cadres du personnel du service public sont justifiés.

Il faut ajouter que le secteur libre recourt à du personnel moins qualifié en grade alors que le secteur public se tient strictement aux critères de qualification.

b) Toutefois la concurrence entre les secteurs n'est pas toujours aussi manifeste que dans le cas des effectifs du personnel. C'est ainsi que l'absence d'un statut uniforme des médecins hospitaliers est devenu un facteur de distorsion considérable.

Dans les hôpitaux privés, les médecins participent, en effet, de manière différente et fort peu claire au financement des hôpitaux. C'est ainsi que les médecins y paient chaque année une sorte de droit de travail, dont le montant représente une somme variable de six à sept chiffres. Les gestionnaires des hôpitaux privés s'assurent de la sorte un fonds de roulement et des liquidités. En échange, le réseau privé accorde aux médecins hospitaliers la liberté de fixer leurs honoraires pour certaines catégories de patients, alors que le secteur public permet seulement aux médecins de doubler les honoraires réclamés aux patients des chambres à un lit.

Il résulte de cette situation qu'une « alliance objective » se noue entre le secteur privé et les médecins qui y sont occupés et dont les revenus sont de loin supérieurs à ceux de leurs collègues du secteur public. Lorsqu'un médecin est attaché à un hôpital public et à un hôpital privé, on sait qu'il dirige systématiquement ses patients vers l'hôpital privé. Il s'ensuit que les hôpitaux du secteur public essuient des pertes dans des services où le secteur privé atteint un degré d'occupation convenable. En 1977, l'écart à l'échelle nationale entre les taux d'occupation des deux réseaux était de 4,5 % en faveur du secteur privé, ce qui impliquait un pourcentage correspondant de recettes supplémentaires dues aux journées d'entretien.

c) Un autre aspect de la concurrence entre les deux réseaux doit être relevé : les services hospitaliers coûteux et déficitaires sont laissés au secteur public, tandis que le secteur privé se réserve les activités ou services médico-techniques rentables. La biologie clinique ou la radiologie par exemple sont surtout pratiquées par le secteur privé. En revanche, ce secteur compte, par exemple, sensiblement moins de services 900 que le secteur public (services d'urgence et permanences médicales y compris).

Un membre rappelle les déclarations faites par un président de parti lors d'un congrès consacré aux « soins de santé en Flandre ». Ce président y avait lancé un appel au dialogue en vue de mettre fin aux difficultés qui sont à l'origine de la concurrence entre les secteurs public et privé.

Le membre répète qu'il est inadmissible que les secteurs public et privé doivent se faire concurrence. Les deux réseaux doivent avoir une même conception du service public, ce qui implique en premier lieu qu'il faut donner un certain nombre de garanties morales et philosophiques au patient et assurer à celui-ci la sécurité juridique en matière d'hono-

honorarieregeling en de financiële bijdragen voor medisch-technische prestaties. Zulks veronderstelt een eenvormig statuut voor de ziekenhuisgeneesheer, een zelfde toepassing van de normen allerhande en van de totale budgettering, die ook eenzelfde deficitregeling mogelijk maken.

In de sector van de rusthuizen wordt nu aangedrongen op de subsidiëring van de verzorgingsinstellingen, waardoor aan de financiële zorgen in die sector tegemoet kan worden gekomen en waardoor ook nieuwe mogelijkheden aan de openbare rusthuizen worden geboden. Er wordt aangedrongen op de uitvoering van de wet terzake in een forfaitair regime, dat geen nieuwe tegenstellingen in het leven roept.

II. Prestatiegeneeskunde

De gezondheidszorg in België, althans in de overwegend curatieve sector, is gekenmerkt door de regel dat iedere prestatie afzonderlijk wordt vergoed. Ook hier kan worden gewezen op enkele mechanismen :

a) De prestatiegeneeskunde leidt op alle echelons tot het opdrijven van de technische prestaties van de artsen en zij zet derhalve niet aan tot zuinig beheer. Voorbeelden liggen voor het grijpen. In de klinische biologie is het aantal prestaties sedert 1965 vertienvoudigd en sedert 1975 verdubbeld; in de radiologie is een toename van 400 % vast te stellen; de kinesitherapie steeg nog vlugger en de technisch-medische prestaties bleven niet achter. In diezelfde periode bleef het aantal raadplegingen van huisartsen vrijwel constant en die van de specialisten nam slechts met één derde toe. Het planbureau constateert dan ook dat « algemeen gezien niet zozeer het aantal raadplegingen toeneemt, maar veeleer de technische prestaties ».

De snelle en ongebreidelde toename heeft er het ministerie van Volksgezondheid nu toe gebracht tegen de kostprijs van een half miljard « medisch profielen » te ontwerpen om uit te maken welke artsen aanzienlijk boven het gemiddelde van hun collega's uitstijgen inzake het voorschrijven van technische prestaties. Dat is echter dokteren aan symptomen, niet aan oorzaken. Het systeem van de prestatiegeneeskunde zelf is in feite in het geding.

b) Een tweede mechanisme van de prestatiegeneeskunde is de betaling van de ligdagprijs in het ziekenhuiswezen.

Het nadeel van de ligdagprijs is dat hij op zijn beurt een alliantie doet ontstaan tussen de ziekenhuisbeheerder en de prestatiegeneeskunde. Hoe meer ligdagen, hoe groter inkomen voor het ziekenhuis. Er wordt derhalve gestreefd naar een maximale bezetting van de bedden, wat leidt tot overproductie. Voorkeur wordt gegeven aan patiënten, die niet alleen een ligdagprijs opleveren, maar ook toelaten medische-technische prestaties in rekening te brengen. Sommige diensten in een ziekenhuis krijgen periodiek een wenk om de prestaties op te drijven. Tekenend is verder dat een ziekenhuis zich een winstmarge van 10 % op de farmaceutica mag toeëigenen en dat bekend is dat daarom bij voorkeur de duurste producten worden gekocht en dan niet bij de producent, maar bij een groothandelaar.

De conclusie is dat de prestatiegeneeskunde onze tweede lijn, zeer duur maakt. Een andere formule dan totale budgettering van het ziekenhuis en de overschakeling op een geheel of gedeeltelijk forfaitaire betalingswijze is niet bij machte dit dure mechanisme te ontkrachten. In eerste instantie zou de vorming van een « all-in »-ligdagprijs, dus inbegrepen honoraria en farmaceutica, van aard zijn om snel wat problemen op te lossen.

raires et de participations financières aux prestations médico-techniques. Cela implique encore un statut uniforme du médecin hospitalier, une application uniforme des diverses normes et de la budgétisation totale, qui permettront également de combler le déficit selon des modalités identiques.

Le subventionnement des établissements de soins est également réclamé dans le secteur des maisons de repos; il permettra de faire face aux besoins financiers que connaît ce secteur et d'ouvrir de nouvelles perspectives aux maisons de repos du secteur public. D'autre part, pour l'exécution de la loi relative à cette matière, il faudrait prévoir un régime forfaitaire qui n'engendre pas de nouvelles distorsions.

II. Médecine à la vacation

En Belgique, la règle est que la dispensation des soins de santé, du moins dans le secteur curatif, est rétribuée à la vacation. Toutefois, il faut signaler l'existence de certains mécanismes :

a) la médecine à la vacation aboutit, à tous les échelons, à un accroissement du nombre des prestations techniques des médecins et n'est donc guère favorable à une gestion économique. Les exemples en sont légion. En biologie clinique, le nombre des prestations a décuplé depuis 1965 et doublé depuis 1975. En radiologie, l'augmentation est de 400 %; en kinésithérapie, le taux de croissance est plus élevé encore et il en va de même des prestations médico-techniques. Pendant la même période, le nombre des consultations de médecins généralistes n'a guère changé, tandis que celui des spécialistes n'a augmenté que d'un tiers. Le Bureau du plan constate dès lors « qu'en règle générale ce n'est pas tellement le nombre des consultations qui augmente mais plutôt celui des prestations techniques. »

Or, cet accroissement rapide et effréné a amené le Ministère de la Santé publique à consacrer un demi-milliard à l'élaboration de « profils médicaux », dans le but de déterminer quels sont les médecins qui se situent sensiblement au-dessus de la moyenne de leurs collègues en ce qui concerne la prescription de prestations techniques. Mais cela revient à s'attaquer aux symptômes, mais non aux causes. En fait, c'est le système de la médecine à la vacation qui est mise en cause.

b) un deuxième mécanisme est caractéristique de la médecine à la vacation : la fixation du prix de la journée d'entretien dans le système hospitalier.

Le prix de la journée d'entretien présente l'inconvénient d'être à l'origine d'une alliance entre l'administrateur de l'hôpital et la médecine à la vacation. Plus les journées d'entretien sont nombreuses, plus grandes sont les recettes de l'hôpital. On s'efforce, dès lors, d'assurer un taux d'occupation maximal des lits, ce qui entraîne une surproduction. On donne la préférence aux patients qui non seulement font bénéficier d'une journée d'entretien, mais permettent également de porter en compte des prestations médico-techniques. Certains services hospitaliers se voient périodiquement incités à accroître leurs prestations. Il est également significatif qu'un hôpital puisse s'attribuer une marge bénéficiaire de 10 % sur les produits pharmaceutiques et il est de notoriété publique que, pour ce motif, on achète de préférence les produits les plus chers et ce, plutôt chez un grossiste que chez le fabricant.

En conclusion, la médecine à la vacation rend nos soins du deuxième degré très onéreux. La budgétisation intégrale de l'hôpital et l'adoption d'un mode de paiement totalement ou partiellement forfaitaire sont les seuls moyens d'éliminer ces mécanismes coûteux. Un prix de journée d'entretien « tout compris », incluant donc les honoraires et les produits pharmaceutiques, permettrait de résoudre quantité de problèmes.

De oplossing van de impasse waarin zich de gezondheidszorg bevindt, moet voornamelijk gezocht worden in de forfaitaire betalingswijze.

Als financieel mechanisme laat de forfaitaire betalingswijze toe kostenbeheersend op te treden, omdat daarin kostenelementen, die nu aan iedere controle ontsnappen, onder toezicht worden gebracht. Dat houdt ook in dat het beheer van de gezondheidssector planmatig kan verlopen en dat de toekomst in de hand kan worden gehouden.

Maar forfait staat vandaag voor nog veel meer dan voor een modaliteit van honorering. Het is een nieuwe visie op het gezondheidsbeleid, waarbij de nadruk ligt op de groeps- of teamgedachte en op de gelijkwaardigheid van inbreng van ieder der werkers in het team. Het staat voor integratie van de artsen, op de eerste lijn in de schoot van een « unit », in de tweede lijn in een instelling.

Inhakend op het voorstel van een van de voorzitters van de meerderheidspartijen om een gesprek op gang te brengen over de werking van onze verzuilde netten, vraagt het lid de Minister een initiatief in die zin te nemen. Hij hoopt dat hij positief zal reageren op zijn wetsvoorstel i.v.m. de forfaitaire betoelaging van medisch-sociale eenheden van eerstelijnsgezondheidszorg (Stuk n° 706/1).

Hij wenst experimenten van forfaitaire betoelaging i.v.m. de tweedelijnsgezondheidszorg zoals in Frankrijk (te Saint-Germain-en-Laye en te Rouen).

De studie over de werking van het gezondheidsbestel in België en de begeleidende kosten in de openbare en privé-ziekenhuizen moet worden voortgezet en met bijkomende gegevens afgerond. Aldus zou men over een degelijk beleidsdocument beschikken.

Het lid vraagt eveneens dat een baten-kostenanalyse van de gezondheidszorg in ons land zou worden gemaakt.

* * *

I.v.m. het voorgestelde gesprek is de Minister de mening toegedaan dat het op informele wijze zou kunnen beginnen met de bonden van openbare verzorgingsinstellingen enerzijds en van « Caritas Catholica » anderzijds.

Vraag :

Inlichtingen worden gevraagd inzake de toekomstige werking van de talrijke adviesorganen, comités en besturen welke thans ressorteren onder de bevoegdheid van het departement van Volksgezondheid.

Antwoord :

De Minister heeft een volledige lijst van deze organen bezorgd met aanduiding van de stand van zaken (zie bijlage III).

Hij vestigt de aandacht op de noodzakelijkheid om voor verschillende materies, welke tot de bevoegdheid behoren van de gemeenschappen, toch een kleine nationale kern te bewaren.

Deze is onontbeerlijk om internationale contacten (vb. met de Raad van Europa, met Benelux) te bewaren maar tevens om te beletten dat uiteenlopende gemeenschappelijke oplossingen aanleiding zouden geven tot zeer uiteenlopende R. I. Z. I. V.-uitgaven in beide gemeenschappen.

La solution à l'impasse dans laquelle se trouve notre régime de soins de santé doit, en grande partie, être recherchée dans le système de paiement forfaitaire.

Le mécanisme financier du paiement en forfait permet de freiner les dépenses parce que des éléments du coût qui, actuellement, échappent à tout contrôle, sont désormais contrôlables. Cela implique également que la gestion du secteur des soins de santé peut être planifiée et que son évolution peut être maîtrisée.

Mais aujourd'hui ce forfait représente bien davantage qu'un mode de rétribution. Il correspond à une nouvelle vision en matière de politique de santé, dans laquelle l'accent est mis sur l'idée de groupe ou d'équipe et sur l'équivalence de l'apport de chacun des collaborateurs au sein de cette équipe. Il signifie l'intégration des médecins, en premier lieu, à une « unité » et, en second lieu, à une institution.

Evoquant la proposition du président d'un des partis de la majorité qui souhaitait une concertation sur le fonctionnement de nos réseaux, le membre demande au Ministre de prendre une initiative en ce sens et espère qu'il réservera un accueil favorable à sa proposition de loi relative au paiement forfaitaire des soins de santé primaires (Doc. n° 706/1).

Il souhaite que, comme en France, des expériences de paiement forfaitaire soient faites dans le domaine des soins de santé du deuxième degré (cf. St-Germain-en-Laye et Rouen).

Il faut poursuivre l'étude sur le fonctionnement du secteur des soins de santé en Belgique et sur le coût de l'encadrement dans les hôpitaux publics et privés et parachever cette étude par l'adjonction de données complémentaires. Cette étude pourrait constituer un bon instrument pour la détermination de la politique à suivre.

Le membre demande également qu'une analyse des coûts et profits du secteur des soins de santé soit effectuée.

* * *

En ce qui concerne la concertation proposée, le Ministre estime qu'elle pourrait débiter de manière informelle avec les associations d'établissements publics de soins, d'une part, et « Caritas Catholica », d'autre part.

Question :

Serait-il possible d'obtenir des précisions au sujet du fonctionnement futur des nombreux organes consultatifs, comités et administrations qui relèvent du département de la Santé publique ?

Réponse :

Le Ministre fournit une liste complète, qui précise la situation actuelle de ces organes (voir annexe III).

Il attire l'attention sur la nécessité de conserver un noyau national restreint pour diverses matières qui sont de la compétence des communautés.

Ce noyau est indispensable pour maintenir les contacts internationaux (par exemple avec le Conseil de l'Europe, le Benelux) mais également pour empêcher que des solutions divergentes sur le plan communautaire ne donnent lieu dans les deux communautés à des dépenses dissimilables dans le domaine de l'I. N. A. M. I.

Vraag :

Wat zijn de bevoegdheden van de verschillende ministers voor de persoonsgebonden materies inzake volksgezondheid ?

Antwoord :

De vraag over de bevoegdheid moet aan de voorzitters van de onderscheiden executieven worden gesteld.

Vraag :

Een vergelijkende tabel van de voorgestelde hervormingen en van de verwezenlijkingen i.v.m. de evolutie van de hervorming van de ziekteverzekering wordt gevraagd.

Antwoord :

Zie bijlage IV.

2. Ziekenhuisbeleid

A. Algemeen

Statuut van de ziekenhuisgeneesheer

Wat is de Minister van plan te doen ingeval de aan de gang zijnde onderhandelingen niet slagen of vastlopen ? Als het in zijn bedoeling ligt een koninklijk besluit uit te vaardigen, zou het statuut van de ziekenhuisgeneesheer dan niet verschillend moeten zijn naargelang hij in een ziekenhuis werkzaam is en daar forfaitair dan wel per prestatie vergoed wordt ?

* * *

De werkwijze en de prestaties van de artsen in de ziekenhuizen hebben gevolgen inzake het medisch aanbod.

De rol van de artsen in de ziekenhuizen moet opnieuw worden onderzocht. Ook moet een grotere permanentie worden vereist.

* * *

Voor de ziekenhuisgeneesheer moet een horizontaal statuut worden uitgewerkt dat beide netten doorkruist.

Antwoord :

De Minister is het ermee eens dat het statuut voor de ziekenhuisgeneesheer inderdaad hetzelfde zou moeten zijn in de twee netten. Verschillen kunnen wel optreden in de functionele onderverdelingen, zodat uiteenlopende statuten denkbaar zijn voor academische en gewone ziekenhuizen, ongeacht de inrichtende macht.

Over de diverse modaliteiten van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer bestaat thans onder de verschillende betrokken groepen nog geen consensus.

De besprekingen hieromtrent dienen nog te worden verdergezet.

De Minister meent dat het op dit ogenblik niet mogelijk is éénzelfde statuut op te leggen dat van toepassing zou zijn in alle ziekenhuizen van het land.

Als eerste stap, moet de oprichting van een medische raad in elk ziekenhuis worden overwogen.

Question :

Quelles sont les compétences des différents ministres pour les matières de santé publique qui sont personnalisables ?

Réponse :

La compétence doit être demandée aux présidents des différents exécutifs.

Question :

Il est demandé un tableau comparatif des réformes proposées et des réalisations pour ce qui concerne l'évolution de la réforme de l'assurance maladie.

Réponse :

Voir l'annexe IV.

2. Politique hospitalière

A. Généralités

Statut du médecin hospitalier

Que va faire le Ministre en cas d'échec ou d'enlisement des négociations en cours ? S'il entre dans son intention de publier un arrêté royal, ne faudrait-il pas différencier le statut du médecin hospitalier selon qu'il exerce dans le cadre d'un hôpital le rémunérant au forfait ou à l'acte ?

* * *

Les prestations et la méthode travail des médecins dans les hôpitaux ont une incidence sur l'offre médicale.

Il convient de réétudier le rôle des médecins dans les hôpitaux et d'exiger une permanence plus grande.

* * *

Il faut élaborer un statut horizontal pour les médecins hospitaliers, qui soit applicable aux deux réseaux.

Réponse :

Le Ministre estime également que le statut du médecin hospitalier devrait être le même dans les deux réseaux. Des différences peuvent exister dans la répartition fonctionnelle de sorte qu'il est possible d'envisager des statuts différents pour les hôpitaux universitaires et les hôpitaux ordinaires, quel que soit le pouvoir organisateur.

Un consensus sur les diverses modalités du statut du médecin hospitalier n'existe pas jusqu'à présent entre les divers groupes concernés.

Les négociations sur ce point doivent être poursuivies.

Le Ministre estime qu'il est impossible pour l'instant d'établir un seul et même statut applicable à tous les hôpitaux du pays.

Il faut envisager la création d'un conseil médical dans chaque hôpital comme un premier pas dans cette voie.

Vraag :

Het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en het Fonds voor medisch-socio-pedagogische zorgen aan gehandicapten vallen onder de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Welke zijn de bedragen per gemeenschap en de bevoegdheden van de gemeenschappen over deze kredieten ?

Antwoord :

Er werd nog geen definitieve beslissing genomen inzake de herstructurering van het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen.

Indien de opsplitsing van de betrokken diensten van het bestuur der verzorgingsinstellingen als richting kan worden aangezien zou de verdeling in drie kernen verantwoord lijken, namelijk twee communautaire en één nationale.

In de huidige stand van zaken zijn de bevoegdheden inzake de kredieten voor het jaar 1981 de volgende :

(in miljoenen frank)

Question :

Le Fonds des constructions hospitalières et le Fonds des soins médico-socio-pédagogiques aux handicapés relèvent de la compétence des communautés.

A combien s'élèvent les crédits attribués aux communautés et quelles sont les compétences de ces dernières quant à l'affectation de ces crédits ?

Réponse :

Aucune décision définitive n'a encore été prise en ce qui concerne la restructuration du Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales.

Si la scission appliquée aux services concernés de l'administration des établissements de soins peut être prise comme ligne directrice, la division en trois noyaux serait justifiée, à savoir deux communautaires et un national.

Dans l'état actuel des choses, les compétences en matière de crédits s'établissent comme suit pour l'année 1981 :

(en millions de francs)

Artikelen — Articles	Vlaamse gemeenschap — Communauté flamande	Franse gemeenschap — Communauté française	Duitstalige gemeenschap — Communauté germanophone (1)	Bicommunautaire — Bicommunautaire (2)
533-03 : Onteigeningen. — Expropriations	40	20	—	—
535-02-a : Rentelasten. — Charges d'intérêts	188,4	105,5	—	19
561-02 : Niet terugvorderbare tussenkomst. — Inter- vention à fonds perdus :				
a) vastleggingen. — engagements	2 300	1 500	40	600
b) ordonnancerings. — ordonnancements	997,1	667,2	19	101,8
561-03 : Afhlossingslasten. — Charges d'amortissements	3	3	—	1
561-04 : Waarborg. — Garantie	1	1	1	1
561-05 : Rijksinstellingen voor geesteszieken. — Eta- blissements de l'Etat pour malades mentaux :				
a) vastleggingen. — engagements	300	300	—	—
b) ordonnancerings. — ordonnancements	219	219	—	—

(1) Bevoegdheden : De heer Hansenne. De heer Geens.

(2) Bevoegdheden : De heer Desmarets. Mevr. Steyaert.

(1) Compétences : M. Hansenne. M. Geens.

(2) Compétences : M. Desmarets. Mme Steyaert.

Vraag :

De Ministerraad heeft op 23 december 1980 een besluit genomen in verband met het aantal bedden in de akademische ziekenhuizen.

Naar het schijnt zou dat aantal in totaal met 15 % zijn verminderd.

Kunnen meer gedetailleerde inlichtingen daarover worden verstrekt, inzonderheid in verband met de nieuwe verdeling ? Kan, met betrekking tot de « in de provincie » gevestigde ziekenhuizen waarvan een aantal bedden als universitair worden erkend omdat zij bepaalde banden hebben

Question :

Le Conseil des ministres du 23 décembre 1980 a pris une décision au sujet des lits universitaires.

Il semblerait que leur nombre global ait été réduit de 15 %.

Des détails peuvent-ils être fournis et particulièrement à propos de la nouvelle répartition ? En ce qui concerne les hôpitaux « provinciaux » qui se voient reconnaître des lits universitaires dans le cadre d'une relation avec une université, à quelle date pourront-ils bénéficier du taux de rem-

met een universiteit, worden meegedeeld wanneer zij het preferentieel terugbetalingstarief zullen genieten, dat voor dat soort bedden wordt toegekend? Wanneer zullen zij over de fondsen voor medische promotie kunnen beschikken?

Antwoord :

Rekening houdend met de nieuwe in opbouw zijnde bedden en teneinde wildgroei te vermijden, werd de programmering van de universitaire bedden volstrekt nodig geacht in het raam van de reële behoeften waaraan moet worden voldaan. Bij koninklijk besluit van 30 juni 1978 werd het maximum aantal bedden bepaald met het oog op de programmering van de universitaire ziekenhuizen.

Bovendien werd aangenomen wat trouwens voortspuit uit het advies van de Ziekenhuisraad, dat de universiteiten de mogelijkheid moeten hebben om voor het klinisch onderwijs te zorgen, zoals bepaald is in de programma's voor de toekenning van de graden van doctor in de genees-, heel- en verloskunde en van licentiaat in de tandheelkunde, in de niet-universitaire ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, met andere woorden met geaffilieerde bedden.

In dat licht moet het thans vastgesteld aantal universitaire bedden gezien worden.

— De geaffilieerde ziekenhuizen zouden moeten beschikken over kwaliteitsdiensten die onontbeerlijk zijn om de hierboven bepaalde opdracht te vervullen.

Hier zij aan toegevoegd dat thans maatregelen getroffen worden om een betere financiële dekking te verzekeren voor de zware diensten, namelijk een terugbetalingsbedrag in verhouding met de reële en bewezen lasten.

— Voor de ziekenhuizen die slechts gedeeltelijk over diensten met universitaire bedden beschikken, werd de prijs steeds vastgesteld op basis van een gewogen gemiddelde prijs, waarbij rekening gehouden wordt met de regels die van toepassing zijn voor elke categorie van bedden.

Vraag :

Op grond van artikel 204, 2°, van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 kan een schadeloosstelling worden verleend aan de ziekenhuizen die gedeeltelijk afzien van de uitvoering van het vroeger verleende principieel akkoord in verband met bouwprojecten. Waarom is daar geen krediet voor uitgetrokken op de begroting? Antwoorden dat daartoe een speciaal artikel zal worden opgenomen in het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en van medisch-sociale inrichtingen lijkt niet afdoende en zal de ziekenhuizen waarschijnlijk ook niet aanzetten gebruik te maken van een mogelijkheid waarvoor geen financiële middelen voorhanden zijn.

Antwoord :

De Staat kan inderdaad een schadeloosstelling toekennen voor de kosten die gemaakt werden in verband met de studie en de uitwerking van bouwprojecten waarvoor de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, een principieel akkoord had verleend op voorwaarde dat wordt afgezien van de gehele of gedeeltelijke uitvoering ervan.

De Koning bepaalt door een in Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden voor de toekenning van deze schadeloosstelling evenals de wijze waarop zij wordt berekend.

Een koninklijk besluit dat de criteria vaststelt voor de schadeloosstelling ingevolge het afzien van een principieel akkoord, wordt thans voorbereid.

De Inspecteur van Financiën heeft ter zake zijn advies verstrekt. Dat laatste moet nog nader worden bestudeerd.

boursement préférentiel accordé à ce type de lits? Quand pourront-ils bénéficier des fonds de promotion médicale?

Réponse :

Compte tenu des nouveaux lits en construction et afin d'éviter une croissance sauvage des dépenses, il a été estimé que la programmation des lits universitaires s'avérerait absolument nécessaire dans le cadre des besoins réels à satisfaire. L'arrêté royal du 30 juin 1978 a fixé le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires.

Il fut également admis, ce qui ressort d'ailleurs de l'avis du Conseil des Hôpitaux, que les universités doivent avoir la possibilité d'assurer l'enseignement clinique prévu par les programmes d'études pour l'attribution des grades de docteur en médecine, chirurgie et accouchements et de licencié en sciences dentaires, dans les hôpitaux et services hospitaliers non-universitaires, autrement dit de lits affiliés.

C'est dans cette optique que s'inscrit le nombre de lits universitaires arrêté actuellement.

— Les hôpitaux affiliés devraient disposer de services de qualité qui sont indispensables pour remplir la mission définie ci-dessus.

Il faut ajouter que des mesures sont actuellement en cours pour assurer une meilleure couverture financière pour les services lourds, c'est-à-dire un taux de remboursement en rapport avec les charges réelles justifiées.

— Pour les hôpitaux ne disposant que partiellement de services comptant des lits universitaires, le prix est depuis toujours un prix moyen pondéré, qui tient compte des règles applicables à chaque catégorie de lits.

Question :

L'article 204, 2°, de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 permet d'indemniser les établissements hospitaliers qui renonceront partiellement à l'accord de principe octroyé antérieurement pour des projets de construction. Comment se fait-il qu'aucun poste budgétaire ne prévoit ces dépenses? Annoncer qu'il sera prévu un article spécial au Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales ne paraît pas suffisant ni de nature à inciter des hôpitaux à utiliser une faculté pour laquelle les moyens financiers ne sont pas prévus.

Réponse :

L'Etat peut, en effet, accorder une indemnité pour les frais résultant de l'étude et de l'élaboration de projets de construction pour lesquels le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions a donné son accord de principe, à condition de renoncer à leur exécution totale ou partielle.

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les conditions d'octroi et les modalités de calcul de cette indemnité.

Un arrêté royal fixant les critères d'indemnisation pour abandon d'accord de principe est en élaboration.

L'Inspecteur des Finances vient de donner son avis. Cet avis doit encore être examiné de plus près.

Vraag :

De V-afdelingen van de ziekenhuizen worden van hun hoofdbezigheid afgeleid en worden voor 90 % bezet door personen die in een rusthuis op hun plaats zijn.

Hoe kan zulks worden verholpen ?

* * *

Wat de derdelijnsgezondheidszorg betreft vraagt een van de regeringspartijen de toepassing van artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980, waarbij in een forfaitaire regeling is voorzien. Ze wenst eveneens dat het ontwerp van koninklijk besluit aan de commissie wordt voorgelegd.

* * *

Artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 voorzorg in de uitbreiding van de maatregelen voor de ziekenhuizen die geheel of gedeeltelijk zouden omgevormd worden in rustoorden of verzorgingsinstellingen. Wanneer zullen de bijzonderheden bekend zijn van de financiële maatregelen die zullen genomen worden voor de ziekenhuizen die daartoe besluiten ?

Antwoord :

Artikel 209 van voornoemde wet luidt als volgt :

« Artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging wordt vervangen door de volgende tekst.

” Art. 5. — § 1. In het raam van een planning bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, en volgens normen vastgesteld na advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd, door een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit, kan door de bevoegde Minister aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning worden toegekend voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen.

Met erkende rustoorden voor bejaarden worden gelijkgesteld ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een afgesloten architectonisch geheel vormen, die omgeschakeld zijn tot verblijfsdiensten voor de opname van zorgen-behoevende bejaarden.

De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder, binnen de perken van de begrotingskredieten, voor deze zorgenverlening een bijzondere tussenkomst kan worden verstrekt ten laste van hetzij de verzekeringsinstellingen in het raam van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, hetzij van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, hetzij van het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden, hetzij van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

§ 2. De in § 1 bedoelde tussenkomst kan ook worden verleend in de plaats van de tussenkomst in de verpleegdagprijs voor patiënten die meer dan één jaar in een ziekenhuis zijn opgenomen en wier gezondheidstoestand geen medische behandeling in een ziekenhuis vergt.

De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit regels bepalen betreffende de opnameprijs voor deze patiënten.

§ 3. De toelagen voor de opbouw, de herconditionering en de uitrusting van rustoorden voor bejaarden, zoals voorzien in de wet van 22 maart 1971, worden op 90 % van

Question :

Les sections V des hôpitaux sont détournées de leur rôle essentiel et sont occupées à 90 % par des personnes dont la place est en maison de repos.

Comment y remédier ?

* * *

En ce qui concerne les soins de santé tertiaires, un des partis gouvernementaux demande l'application de l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 qui prévoit un système forfaitaire. Ce parti souhaite également que le projet d'arrêté royal soit soumis à la Commission.

* * *

L'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980, a prévu l'extension des mesures envisagées en faveur d'hôpitaux qui seraient transformés en tout ou en partie en maisons de repos ou de soins. Quand sera connu le détail des mesures financières qui seront offertes aux hôpitaux qui suivraient cette option ?

Réponse :

L'article 209 de la loi précitée s'énonce comme suit :

« L'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins, est remplacé par le texte suivant :

” Art. 5. — § 1. Dans le cadre d'une planification établie par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et selon les normes déterminées après consultation du Conseil supérieur du Troisième Age, par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, une agrégation spéciale peut être accordée par le Ministre compétent aux services intégrés de dispensation de soins à domicile et aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter.

Sont assimilés aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, les hôpitaux et parties d'hôpitaux formant une unité architecturale distincte, qui sont convertis en services résidentiels pour l'hébergement de personnes âgées nécessitant des soins.

Le Roi détermine les conditions selon lesquelles, dans les limites des crédits budgétaires, une intervention spéciale peut être accordée pour cette dispensation de soins à charge soit des organismes assureurs dans le cadre de la législation relative à l'assurance contre la maladie et l'invalidité, soit de la Société nationale des Chemins de fer belges, soit de l'Œuvre nationale des Invalides de guerre, soit des centres publics d'aide sociale.

§ 2. L'intervention visée au § 1^{er} peut aussi être accordée à la place de l'intervention dans le prix de la journée d'entretien pour les patients hospitalisés depuis plus d'un an et dont l'état de santé ne requiert plus de traitement médical dans un hôpital.

Le Roi peut déterminer par arrêté délibéré en Conseil des Ministres des règles relatives au prix d'hébergement pour ces patients.

§ 3. En cas de reconversion d'un hôpital ou d'une maison de repos pour personnes âgées dans le cadre de l'agrégation spéciale prévue au § 1, le montant des subsides pour

de kostprijs van de werken, leveringen en prestaties gebracht ingeval het een reconversie betreft van een bestaand ziekenhuis of rustoord voor bejaarden in het kader van de in § 1 bedoelde bijzondere erkenning". »

In verband met de vermindering van het aantal bedden in de ziekenhuizen voor acute zieken werd een circulaire gezonden naar de ziekenhuizen om ze te vragen in het kader van een « operatie waarheid » een evaluatie op te maken van de patiënten die in de inrichting zijn opgenomen.

De antwoorden worden tegen het einde van de maand januari verwacht. De bevoegde diensten zullen alles in het werk stellen om daaruit de passende besluiten te trekken en zij zullen ter zake concrete uitvoeringsvoorstellen doen.

Vraag :

Het departement heeft er zich altijd tegen verzet dat een dienst acute ziekten en een dienst chronische ziekten in een zelfde gebouw worden geïnstalleerd.

Moet die mening niet worden herzien ?

Antwoord :

Volgens de juiste interpretatie van de V normen mag deze dienst niet bestaan naast andere diensten binnen een zelfde gebouw voor acute zieken.

In het raam van eventuele reconversie van acute bedden wordt allereerst gedacht aan V-bedden waarbij deze binnen het ziekenhuis steeds goed gescheiden en afzonderlijke entiteiten moeten vormen.

Daar het probleem van wijziging van bestemming van sommige acute bedden zich blijft stellen en de programmatiecriteria voor V-bedden veelal reeds bereikt zijn, biedt artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 de mogelijkheid sommige ziekenhuizen of gedeelten ervan onder bepaalde voorwaarden met erkende rust- en verzorgingstehuizen gelijk te stellen.

B. Programmatie

Vraag :

Kunnen de in 1979 door de Minister verstrekte statistieken in verband met het aantal ziekenhuisbedden per gewest en per dienst tot op heden worden bijgewerkt ?

Antwoord :

Zie bijlage V.

Vraag :

In het kader van de budgettaire voorstellen voor 1980 heeft de Regering besloten het aantal ziekenhuisbedden met 5 % te verminderen. Mocht die vermindering op eenvoudige wijze worden toegepast, dan zou zulks neerkomen op de bevestiging van de thans bestaande ongelijkheden en op een verhoging, voor elk ziekenhuis, van de kostprijs van de ligdag voor de overblijvende bedden. Er moet dus aan een selectieve oplossing worden gedacht. Aan de Ziekenhuisraad werd ter zake een advies gevraagd.

Wat denkt de Regering op dat stuk te doen ?

la construction, le reconditionnement et l'équipement des maisons de repos pour personnes âgées, prévus par la loi du 22 mars 1971, est porté à 90 % du coût des travaux, fournitures et prestations". »

En matière de diminution du nombre de lits dans les hôpitaux pour malades aigus, il a été envoyé une circulaire aux hôpitaux leur demandant de faire, dans le cadre d'une opération de vérité, une évaluation de la population des malades présents dans leur établissement.

Les réponses sont attendues pour la fin du mois de janvier. Les services compétents mettront tout en œuvre pour en tirer les conclusions qui s'imposent et feront des propositions concrètes d'application.

Question :

Le département s'est toujours opposé à admettre sous le même toit un service de médecine aiguë et un service de médecine chronique (service V).

Ne faut-il pas revoir cette conception ?

Réponse :

Selon l'interprétation stricte des normes V, ce service ne peut exister auprès d'autres services à l'intérieur d'un même bâtiment pour malades aigus.

Au cas où, dans la perspective d'une reconversion éventuelle de lits aigus, on envisage la création de lits-V à l'intérieur de l'hôpital, ceux-ci doivent obligatoirement être séparés et constitués en entités distinctes.

Puisque le problème de l'affectation de certains lits aigus persiste et que les critères de programmation pour les lits-V ont souvent été atteints, l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 offre la possibilité d'assimiler, sous certaines conditions, un certain nombre d'hôpitaux ou de services d'hôpitaux à des maisons de repos et de soins agréés.

B. Programmation

Question :

Les statistiques fournies par le Ministre en 1979 au sujet du nombre de lits d'hôpitaux par région et par service peuvent-elles être actualisées ?

Réponse :

Voir annexe V.

Question :

Dans le cadre des propositions budgétaires pour 1980, le Gouvernement a décidé de réduire de 5 % le nombre de lits hospitaliers. Cette diminution de lits, si elle s'appliquait uniformément, ne ferait que consacrer des disparités actuelles et augmenter pour chaque hôpital le prix de revient de la journée d'entretien pour les lits restants. Il faut donc définir une approche sélective. Le Conseil des hôpitaux a été saisi de cette question pour donner un avis.

Quelles sont les intentions du Gouvernement en cette matière ?

Antwoord :

De vermindering van het aantal ziekenhuisbedden met 5 %, zoals voorzien in het regeerakkoord, wordt op dit ogenblik door de bevoegde diensten van het departement van Volksgezondheid alsmede door de onderscheiden adviesorganen onderzocht.

Het probleem wordt in al zijn aspecten ontleed ten einde de juiste beleidsbeslissingen te treffen. Zo wordt onderzocht welke de weerslag is op het aantal ligdagen, op de gemiddelde verblijfsduur, op de verpleegdagprijs, op de personeelsformatie, op de gemiddelde bezetting en de gevolgen voor potentiële patiënten. Dit is een greep uit de diverse aspecten die grondig worden uitgediept.

Overigens is ook in dit verband een enquête « waarheidsoperatie », bij de verzorgingsinstellingen aan de gang om na te gaan in welke mate beheersverantwoordelijken zelf suggesties hebben om in hun instelling of via samenwerking tot een verantwoorde vermindering van de beddencapaciteit te komen.

Aanwijzingen omtrent de wijze van afbouw zijn — gezien de grondigheid waarmee de verschillende « condities » worden onderzocht — slechts voorlopig : er kan worden gedacht aan afbouw in onderbezette sectoren zoals materniteit en pediatrie. Andere maatregelen zijn nog niet voorzien.

Overigens is één enkele formule niet te weerhouden. Een combinatie van maatregelen zal wellicht meer aangewezen zijn.

Het is onmogelijk vooruit te lopen op de aan gang zijnde procedures en enquête. Het vooropstellen van een datum of een fasering vastleggen zouden het vlot verloop van de werkzaamheden in het gedrang kunnen brengen.

Vraag :

Een lid vraagt uitleg over de vermindering met 5 % van het aantal ziekenhuisbedden. Is deze maatregel ook van toepassing voor de in opbouw zijnde ziekenhuizen.

Antwoord :

Thans kan nog geen definitief standpunt worden ingenomen i.v.m. de middelen die zullen aangewend worden om de 5 % afbouw van ziekenhuisbedden te realiseren.

De Ziekenhuisraad bracht terzake reeds advies uit en er wordt nu gewacht op dat van de Nationale Programmatiecommissie.

Vraag :

Hoever staat het met de verlenging van het mandaat van de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie, die reeds in augustus 1980 had moeten geschieden ? Zullen schikkingen worden genomen voor een evenwichtiger vertegenwoordiging van de verschillende partijen die bij de werkzaamheden van die Commissie betrokken zijn ?

Het wordt tijd ter zake een standpunt in te nemen, want die vertraging belet de gewestelijke commissies voor ziekenhuisprogrammatie normaal te functioneren.

Antwoord :

De Regering heeft op 16 januari 1981 beslist de mandaten van de leden van de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie met één jaar te verlengen.

Réponse :

La réduction de 5 % du nombre des lits d'hôpitaux, telle qu'elle est prévue dans l'accord de gouvernement, est actuellement étudiée par les services compétents du département de la Santé publique et par les divers organes consultatifs.

On procède à l'analyse approfondie du problème en vue de prendre les décisions politiques adéquates. Cette analyse concerne notamment l'incidence sur le nombre de journées d'entretien, sur la durée moyenne de l'hospitalisation, sur le coût de la journée d'entretien, sur les effectifs du personnel, sur l'occupation moyenne, ainsi que l'incidence pour les patients potentiels. Ces éléments figurent parmi les matières qui sont soumises à une étude approfondie.

Il est d'ailleurs procédé à une « enquête-vérité » sur ce point auprès des établissements hospitaliers en vue d'établir si les gestionnaires ont eux-mêmes des suggestions à présenter en vue de réduire la capacité de leur établissement ou de réaliser en collaboration une réduction justifiée.

Compte tenu du caractère approfondi de l'étude des différentes conditions, toute indication concernant la manière dont sera opérée la réduction ne peut avoir qu'une valeur relative : il pourrait être envisagé une réduction dans les secteurs dont le taux d'occupation est inférieur à la moyenne, tels que la maternité et la pédiatrie. Aucune autre mesure n'est encore prévue.

Il est d'ailleurs impossible de retenir une formule unique. Il faudra probablement combiner plusieurs mesures.

On ne peut anticiper les procédures, ni l'enquête qui sont actuellement en cours. Fixer une date ou un calendrier pourrait mettre en cause le déroulement harmonieux des travaux.

Question :

Un membre demande des explications au sujet de la réduction de 5 % du nombre des lits d'hôpitaux. Cette mesure s'applique-t-elle également aux hôpitaux en construction ?

Réponse :

Il est actuellement impossible d'adopter un point de vue définitif concernant les moyens qui seront employés pour réaliser la réduction de 5 % des lits hospitaliers.

Le Conseil des hôpitaux a déjà émis un avis en la matière et l'on attend actuellement l'avis de la Commission de programmation nationale.

Question :

Qu'en est-il de la reconduction de la Commission nationale de programmation hospitalière, qui aurait dû intervenir depuis août 1980 ? Des dispositions seront-elles prises pour rééquilibrer la représentation des différentes parties associées aux travaux de cette Commission ?

Il est temps de prendre attitude à ce sujet car ce retard empêche le fonctionnement normal des Commissions régionales de programmation hospitalière.

Réponse :

En date du 16 janvier 1981, le Gouvernement a décidé de prolonger d'un an les mandats des membres de la Commission nationale de programmation hospitalière.

In de overgangsfase tussen het beëindigen van het mandaat en de datum van het herbenoeming heeft het Bureau van genoemde Commissie op verzoek van de Minister de continuïteit verzekerd en intussen meerdere ontwerpen van adviezen voorbereid die onmiddellijk aan de herbenoemde Commissie op haar eerstkomende plenaire vergadering kunnen worden voorgelegd.

Vraag :

Welke is de huidige toestand inzake de gewestelijke programmatiecommissies, o.m. te Brussel ?

Antwoord :

De Brusselse programmatiecommissie is op dit ogenblik niet regelmatig samengesteld en vergadert niet meer.

De gebeurlijke wedersamenstelling is afhankelijk van de beslissingen die zullen getroffen worden inzake het overlegorgaan voor Brussel ter uitvoering van artikel 5, § 3, van de bijzondere wet op de staatshervorming van 8 augustus 1980.

Vraag :

Overweegt het departement de herstructurering van de openbare ziekenhuizen in Brussel, die, op twee na, bi-communautair zijn ?

Antwoord :

Het lijkt voorbarig inzake de herstructurering van de Brusselse ziekenhuizen thans reeds een definitieve stelling in te nemen.

Bovendien moet eveneens nog het overlegorgaan, voorzien bij artikel 5, § 3, van voornoemde wet van 8 augustus 1980, en bedoeld om de gezondheidspolitiek in Brussel te bepalen, worden opgericht.

Vraag :

Welke is de toestand i.v.m. het aantal bedden van het V. U. B.-ziekenhuis ?

Antwoord :

De 725 bedden van de V. U. B. blijven behouden, het kinderziekenhuis inbegrepen : 616 bedden voor het academisch ziekenhuis en 109 bedden voor de zware diensten.

Vraag :

Voor de zogeheten « zware » medische diensten is een betere financiële regeling uitgewerkt. Op initiatief van de Minister werd vanaf 19 mei 1980 in de algemene ziekenhuizen een enquête gehouden over de toestand terzake.

Wie zal de ziekenhuizen aanwijzen die beschouwd worden als over zware medische diensten beschikkend en die daardoor meer financiële tegemoetkomingen krijgen om de kosten van die diensten te dekken ?

Het vaststellen van de normen behoort tot de nationale bevoegdheid, maar de aanwijzing van de ziekenhuizen die genoemde zware diensten mogen inrichten behoort daarentegen tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Pendant la phase transitoire entre la fin du mandat et la reconduction, le Bureau de la Commission précitée a, à la demande du Ministre, assuré la continuité et a entretemps préparé plusieurs projets d'avis qui pourront être soumis sans délai à la Commission reconduite lors de sa première réunion plénière.

Question :

Quelle est actuellement la situation des commissions régionales de programmation, notamment à Bruxelles ?

Réponse :

La Commission régionale bruxelloise de programmation hospitalière n'est pas constituée régulièrement et ne se réunit plus pour l'instant.

Son éventuelle recomposition est subordonnée aux décisions qui seront prises concernant l'organe de concertation pour Bruxelles en exécution de l'article 5, § 3, de la loi spéciale sur la réforme de l'Etat du 8 août 1980.

Question :

Le département envisage-t-il la restructuration des hôpitaux bruxellois qui, à deux exceptions près, sont tous bi-communautaires ?

Réponse :

Il semble prématuré de prendre actuellement une position définitive en ce qui concerne la restructuration des hôpitaux bruxellois.

En outre, l'organe de concertation prévu par l'article 5, § 3, de la loi du 8 août 1980 et destiné à fixer la politique des soins de santé à Bruxelles doit encore être institué.

Question :

Quelle est la situation en ce qui concerne le nombre de lits à l'hôpital de la V. U. B. ?

Réponse :

Les 725 lits de la V. U. B. sont maintenus, y compris ceux de la clinique pour enfants. Ces lits se répartissent comme suit : 616 lits pour l'hôpital universitaire et 109 lits pour les services lourds.

Question :

Il est prévu une meilleure couverture financière des services médicaux dits « lourds ». A l'initiative du Ministre, une enquête a été menée à partir du 19 mai 1980 dans les hôpitaux généraux pour connaître la situation dans ce domaine.

Qui va désigner les hôpitaux qui seront reconnus comme possédant des services médicaux lourds et qui, de ce fait, obtiendront une « meilleure couverture financière » de ces services ?

Si la fixation des normes relève de la compétence nationale, il paraît au contraire que la désignation des hôpitaux bénéficiaires de ces services lourds relève de l'autorité communautaire.

Is dat ook de interpretatie van de Minister?
Wie zal, op grond van de gevoerde enquête, de ziekenhuizen aanwijzen en wanneer zal dat gebeuren?

Antwoord :

- a) De regeling tot compensatie voor personeelskosten in zware medische diensten behoort tot de bepaling van de prijs van de verpleegdag.
- b) Er dient opgemerkt te worden dat de omzendbrief van 31 juli 1980 betreffende de provisionele prijs voor 1981 niet meer de tussenplafonds vermeldt voor de ziekenhuizen die beantwoorden aan de bijzondere eisen. De compensatie van deze maatregel dient gevonden te worden in het raam van een betere financiering van de zware of gekwalificeerde diensten.

Vraag :

- 1) I.v.m. de zware medische apparatuur wordt gevraagd :

- de lijst;
- de localisatie met adresopgave;
- de geografische spreiding over de 3 gewesten.

- 2) Wat gebeurt er met zware medische apparatuur die niet erkend is en toch aangekocht en gebruikt werd?

Antwoord :

- 1) Aan de ziekenhuisraad werd een nieuw advies gevraagd aangaande de lijst van de zware apparatuur. Bepaalde toestellen die thans op de markt zijn vallen volgens de enen wel, volgens de anderen niet onder de definitie van de thans als zware apparatuur bepaalde toestellen.

Om dergelijke moeilijkheden te vermijden voor de toekomst voorziet artikel 205 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 de verplichte registratie van medische apparatuur.

Daarenboven heeft de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie een advies uitgebracht om de programmatie voor de toekomst op te vatten in functie van de diensten eerder dan van de apparaten.

Rekening houdende met deze feiten is het moeilijk de juiste lijst mede te delen van de thans bestaande apparaten.

- 2) De toelating tot installatie hangt af van bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Voor de meeste apparaten zijn nog geen programmatiecriteria opgesteld; men kan dus moeilijk nagaan of de bestaande apparatuur passen in het programma en zo niet, of zij de bestaande planning in het gedrang brengen. Het is in deze geest dat mogelijke sancties werden voorzien; in elk geval is er geen overheidstussenkomst voor de kosten van aankoop en installatie.

Vraag :

Waarom is de registratie van de zware medische apparatuur nog niet beëindigd?

Antwoord :

De registratie van zware medische apparatuur heeft tot doel de Minister van Volksgezondheid officieel mede te delen welke verschillende apparaturen er op de markt komen, om aldus de programmatie beter in de hand te kunnen houden.

Est-ce bien l'interprétation du Ministre?

Qui va procéder à la désignation des hôpitaux sur base de l'enquête menée et à quel moment?

Réponse :

- a) La solution de compensation pour du personnel occupé dans des services lourds fait partie de la détermination du prix de la journée d'entretien.

- b) La circulaire du 31 juillet 1980, relative au prix prévisionnel pour 1981, ne reprend plus les plafonds intermédiaires prévus pour les hôpitaux répondant à des exigences particulières. C'est dans le cadre d'un meilleur financement des services lourds ou, autrement dit, qualifiés que l'on doit trouver la compensation de cette mesure.

Question :

- 1) En ce qui concerne l'appareillage médical lourd, un membre demande :

- la liste de cet appareillage;
- sa localisation avec indication de l'adresse;
- sa répartition géographique entre les trois régions.

- 2) Quelle est la situation de l'appareillage médical lourd qui n'est pas agréé, mais qui est néanmoins acheté et utilisé?

Réponse :

- 1) Un nouvel avis a été demandé au Conseil des hôpitaux au sujet de la liste de l'appareillage lourd. Les avis sont partagés quant à savoir si certains appareils, qui se trouvent actuellement sur le marché, répondent à la définition de l'appareillage médical lourd.

Afin d'éviter de semblables difficultés à l'avenir l'article 205 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 prévoit l'enregistrement obligatoire de l'appareillage médical.

La Commission nationale de programmation hospitalière a rendu un avis préconisant de concevoir désormais la programmation en fonction des services plutôt qu'en fonction des appareils.

Compte tenu de ces éléments, il est difficile de fournir la liste exacte des appareils qui existent actuellement.

- 2) L'autorisation d'installer ces appareils relève de la compétence des Communautés.

La plupart des appareils n'ont pas encore fait l'objet de critères de programmation. Il est dès lors difficile de vérifier si les appareils existants sont conformes au programme, ou s'ils compromettent la programmation existante. C'est dans cette optique qu'ont été prévues les sanctions éventuelles. Les pouvoirs publics n'interviennent en aucun cas dans les frais d'acquisition et d'installation.

Question :

Pourquoi l'enregistrement de l'appareillage médical lourd n'est-il pas encore achevé?

Réponse :

L'enregistrement de l'appareillage médical lourd doit permettre de tenir le Ministre de la Santé publique au courant des différents types d'appareils qui sont mis sur le marché et, partant, de mieux régler la programmation.

Wanneer de Koning de lijst bepaalt van de toestellen die moeten beschouwd worden als zware medische apparatuur moet men kunnen beletten dat deze omzeild wordt door een nieuw toestel op de markt te brengen onder een andere benaming of met een of andere nieuwe eigenschap, toestel dat dan niet zou vallen onder de dwingende bepalingen van de zware medische apparatuur.

*C. — Verpleegdagprijs
en financiële aspecten*

Vraag :

a) Volgens de prognoses zou de rijksbijdrage in de verpleegdagprijs 10 miljard 238,1 miljoen bedragen, terwijl die bijdrage in 1980 12 miljard 192,6 miljoen bedroeg, dus een vermindering met 16,3 %.

Hoe heeft men die vermindering geraamd ? Zij lijkt immers hoe dan ook in tegenspraak te zijn met de steeds stijgende kosten van het ziekenhuisbeheer.

Inzake de rijksbijdrage in de door de academische ziekenhuizen aangerekende verpleegdagprijs constateert men daarentegen juist het tegengestelde. Terwijl het voor 1980 uitgetrokken krediet 970,5 miljoen bedroeg, zou datzelfde krediet voor 1981 immers op 1 miljard 181,4 miljoen worden gebracht; dat betekent dus een stijging met 21,73 %.

Hoe is die buitengewone stijging uit te leggen en vooral dat onevenwicht tussen de inkrimping van de rijksbijdrage in de door de gewone ziekenhuizen aangerekende verpleegdagprijs, terwijl men anderzijds een zeer aanzienlijke stijging constateert van de tegemoetkoming van het Rijk in de kosten van de academische ziekenhuizen ?

b) Als men de begroting bekijkt, komt men tot de bevinding dat de rijksbijdrage in de rentelasten van de leningen die door de overheid werden aangegaan om de tekorten van de O. C. M. W.-ziekenhuizen te dekken, zal afnemen van 219,4 miljoen in 1980 tot 200 miljoen in 1981, dus een daling met 8,84 %.

Hoe is dat te rijmen met de in alle gemeenten geconstateerde stijging van de bijdragen van die gemeenten om de ziekenhuistekorten te dekken ?

c) Welke zijn voor 1978-1979 en voor 1980, globaal gezien en per gewest, de bedragen welke de steden en de gemeenten hebben moeten uitgeven om hun ziekenhuistekorten te dekken ? Volgens bepaalde cijfers zou dat tekort van 2,2 miljard in 1977 toegenomen zijn tot 5,2 miljard in 1980.

Wanneer zal artikel 13 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen herzien worden ? Wanneer zal het Rijk geheel of gedeeltelijk de ziekenhuistekorten wegvagen welke sedert 1974 werden afgewenteld op de gemeenten ?

Het lid herinnert daaromtrent aan het door hem ingediende wetsvoorstel tot wijziging van artikel 13, § 2, van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen (Stuk n° 555/1, 1979-1980).

Antwoord :

a) In feite zijn de kredieten voor de gewone ziekenhuizen niet verminderd met 16,3 %, maar verhoogd met 6,94 %.

Het bedrag van 10 238,2 miljoen dient immers verhoogd te worden met 2 800 miljoen, d.i. de bijdrage van de « Nationale Loterij », zodat men in totaal 13 038,2 miljoen F bekomt tegenover 12 192,6 miljoen F in 1980.

L'établissement par le Roi de la liste des appareils qui doivent être considérés comme de l'appareillage médical lourd doit permettre d'empêcher les constructeurs de tourner la règle de l'agrément en commercialisant un nouvel appareil sous une autre dénomination ou avec l'une ou l'autre caractéristique nouvelle et de soustraire aussi cet appareil aux dispositions contraignantes qui s'appliquent à l'appareillage médical lourd.

*C. — Aspects financiers et prix
de la journée d'hospitalisation*

Question :

a) Il est prévu que l'intervention de l'Etat dans le prix de la journée d'hospitalisation sera de 10 milliards 238,2 millions alors qu'elle était en 1980 de 12 milliards 192,6 millions, soit une diminution de 16,3 %.

Comment a-t-on estimé cette diminution qui ne semble pas, en tout cas, correspondre au coût de plus en plus élevé de la gestion hospitalière ?

Par contre, au titre de l'intervention de l'Etat dans le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux universitaires, l'on constate une progression diamétralement opposée. En effet, alors que le crédit prévu pour 1980 était de 970,5 millions, il est prévu de la porter à 1 milliard 181,4 millions, soit une augmentation de 21,73 %.

Comment s'explique cette progression extraordinaire et surtout le déséquilibre constaté entre la diminution de la part de l'Etat dans l'intervention de la journée d'hospitalisation pour les hôpitaux ordinaires dans le même temps qu'il y a une progression très sensible de son intervention dans les hôpitaux universitaires ?

b) L'étude du budget fait apparaître que l'intervention de l'Etat dans les charges d'intérêts des emprunts contractés par les pouvoirs publics locaux pour couvrir les déficits des hôpitaux des C. P. A. S. passera de 219,4 millions en 1980 à 200 millions en 1981 soit une diminution de 8,84 %.

Cela correspond-t-il bien à l'accroissement constaté par toutes les communes de leur intervention destinée à couvrir les déficits hospitaliers ?

c) Quels sont, pour 1978, 1979 et éventuellement pour 1980, les montants globaux et par région que les villes et communes ont dû couvrir en tant que déficit des hôpitaux ? Selon certains chiffres avancés, ce déficit serait passé de 2,2 milliards en 1977 à 5,2 milliards en 1980.

A quand la révision de l'article 13 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux ? Quand l'Etat épongera-t-il, en tout ou en partie, le déficit des hôpitaux qu'il fait supporter aux communes depuis 1974 ?

Le membre rappelle, à cet égard, sa proposition de loi modifiant l'article 13, § 2, de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux (Doc. n° 555/1 de 1979-1980).

Réponse :

a) Les crédits invoqués pour les hôpitaux ordinaires ne sont en fait pas diminués de 16,3 % mais augmentent de 6,94 %.

En effet, le montant de 10 238,2 millions doit être majoré de 2 800 millions représentant une intervention de la « Loterie nationale », ce qui donne au total 13 038,2 millions de F par rapport à 12 192,6 millions de F pour 1980.

Voor de universitaire ziekenhuizen dient ermee rekening te worden gehouden dat het krediet met 225 miljoen vermindert werd. De vergelijking moet bijgevolg als volgt gebeuren :

1980 : 1 195,5

1981 : 1 181,4,

of eigenlijk een vermindering met 1,18 %.

b) Het gaat niet om leninglasten met betrekking tot de huidige tekorten, maar om de delging van het verleden voor de leningen ten laste van de Staat.

Rekening houdend met de verrichte terugbetalingen moeten de interesten normaal verminderen.

c) Zoals herhaaldelijk werd onderstreept, inzonderheid ter gelegenheid van voornoemd wetsvoorstel van de heer Van Cauwenberghe (Stuk Kamer n° 555/1 van 1979-1980), berust de beheersverantwoordelijkheid volledig bij de O. C. M. W.'s en de intercommunales, die terzake over een zeer uitgebreide autonomie beschikken.

Rekening houdend met de huidige budgettaire moeilijkheden is het uitgesloten dat de Staat de bedoelde tekorten zou helpen dekken, wat andere regelingen niet uitsluit.

De jongste bekende cijfers zijn de volgende :

Dienstjaar 1974	...	1 477 150 141
Dienstjaar 1975	...	1 970 166 837
Dienstjaar 1976	...	2 002 462 664
Dienstjaar 1977	...	3 009 109 976
Dienstjaar 1978 (raming)	...	3 601 939 700

Vraag :

In de beheersnota lezen wij onder punt 3, betreffende de noodzakelijke beperkingen, van het Hoofdstuk « De verpleegdagprijs en de financiële aspecten » dat een « dalende coëfficiënt zal worden toegepast voor het bepalen van de verpleegdagprijs ».

Wat wordt daarmee bedoeld ? Is het mogelijk daaromtrent meer details te vernemen ?

De financiële leefbaarheid van de ziekenhuizen is reeds zo slecht dat elke vermindering van de financiële toelagen een daling van het aantal personeelsleden meebrengt, hetgeen de kwaliteit van de verstrekte zorgen beïnvloedt, te meer daar het aantal gepresteerde uren per jaar tijdens de laatste jaren geleidelijk werd verminderd.

Antwoord :

Het gaat om de forfaitaire vermindering met 1 % op de previsionele prijzen van 1981. Zij is het gevolg van de besparingsmaatregelen bij de overheidsdiensten waarbij een vermindering met 5 % opgelegd wordt voor de werkingskosten buiten de personeelslasten. Aangezien die lasten overeenkomen met zowat 80 % van de verpleegdagprijs, kan de inspanning van 5 % in deze sector omgezet worden in $5\% \times 0,2 = 1\%$.

Vraag :

Hoe zal het probleem van de financiering van de nieuwbouw van ziekenhuizen worden opgelost ?

Pour les hôpitaux universitaires, il faut tenir compte que le crédit a été diminué de 225 millions. La comparaison doit dès lors porter sur les chiffres suivants :

1980 : 1 195,5

1981 : 1 184,4,

soit en fait une réduction de 1,18 %.

b) Il ne s'agit pas de charges d'emprunts se rapportant aux déficits actuels, mais de l'apurement du passé pour les emprunts à supporter par l'Etat.

Compte tenu des remboursements effectués, il est normal que les intérêts dus diminuent.

c) Ainsi que cela a déjà été souligné à maintes reprises et notamment à l'occasion de la proposition de loi précitée déposée par M. Van Cauwenberghe (Doc. Chambre n° 555/1 de 1979-1980), la responsabilité de gestion repose entièrement entre les mains des C. P. A. S. et intercommunales qui jouissent d'une autonomie très large en la matière.

Compte tenu des difficultés budgétaires actuelles, il est exclu que l'Etat intervienne dans la couverture des déficits dont question, ce qui n'exclut pas la possibilité d'autres aménagements.

Les derniers chiffres connus sont :

Exercice 1974	...	1 477 150 141
Exercice 1975	...	1 970 166 837
Exercice 1976	...	2 002 462 664
Exercice 1977	...	3 009 109 976
Exercice 1978 (estimation)	...	3 601 939 700

Question :

Dans la note de gestion, sous le chapitre « prix de journée et aspect financier », on peut lire au point 3 des restrictions nécessaires que l'on prévoit « l'application d'un coefficient régressif pour la fixation du prix de la journée d'hospitalisation ».

Qu'est-ce que cela signifie ? Peut-on en connaître les détails ?

La viabilité financière des hôpitaux est déjà tellement compromise que toute régression dans le financement va entraîner une diminution du personnel avec les incidences que l'on peut imaginer sur le plan de la qualité des soins, le nombre d'heures par année ayant déjà été progressivement réduites au cours de ces dernières années.

Réponse :

Il s'agit de la diminution forfaitaire de 1 % à appliquer aux prix prévisionnels de 1981. Elle est basée sur les mesures d'économie imposées aux administrations de l'Etat, qui prévoient une réduction de 5 % des frais de fonctionnement autres que le personnel. Celui-ci représentant environ 80 % du prix de la journée d'hospitalisation, l'effort de 5 % transposé à ce secteur se traduit par $5\% \times 0,2 = 1\%$.

Question :

Comment envisage-t-on de résoudre le problème du financement des nouvelles constructions hospitalières ?

Antwoord :

In de loop van 1980 werden moeilijkheden ondervonden wegens onvoldoende betalingskredieten voor de vastleggingen van vóór 1980.

Met de toekenning van een bijkrediet van 835 000 000 F in december 1980 en de mogelijkheid van vereffeningen vanaf 1 januari 1981 op de kredieten van 1981 is de toestand thans volledig aangezuiverd.

Er zijn weinig of geen moeilijkheden te verwachten in 1981.

Vraag :

Wat de verwarmingskosten betreft bereikte men in augustus 1980 reeds 80 % van de in de provisionele prijs van 1981 voorziene kosten is. Kunnen die kosten worden herzien ?

Antwoord :

De in het basisdossier in te rekenen kosten zijn provisioneel, zij kunnen dus later worden aangepast t.t.z. :

$$\frac{\text{verbruik 1979} \times 80}{100} \times \text{prijs per 31-8-1980}$$

De bijkomende werkelijke kosten kunnen in voorkomend geval na de afsluiting van het jaar 1980 boven het algemeen maximumbedrag in aanmerking worden genomen.

Vraag :

De overbelasting van de ziekenhuizen moet vermeden worden; een ziekenhuis dat onderbezet is wordt evenwel financieel gestraft. Hoe kan deze tegenstelling worden opgeheven ?

Antwoord :

Tot op heden werd de bedoelde onderbezetting gesanctioneerd door een normalisatie van de algemene kosten, exclusief personeelslasten, en het verrekenen ervan op basis van een normale bezetting.

De Minister is zinnens deze werkwijze te veranderen en de bedoelde bestraffing achterwege te laten voor zover de onderbezetting geen permanent karakter aanneemt, en dit in opvolging van een advies van de ziekenhuisraad.

Een maatregel die overwogen wordt om overbezetting van bedden tegen te gaan zou er kunnen in bestaan geen bijkomend personeel te verlenen voor de verpleegdagen die boven de 100 % bezetting uitstijgen. Een beslissing in die zin wordt overwogen.

Vraag :

Wordt bij de toekenning van de kredieten voor de financiering van de ziekenhuisexploitatie rekening gehouden met de volgende elementen die op de werkingskosten van die ziekenhuizen wegen of zullen wegen :

— de toepassing van het koninklijk besluit van 6 november 1979 dat de maatregelen vaststelt met het oog op de brandbeveiliging; voor verscheidene ziekenhuizen zal de aanpassing aan die normen vaak aanzienlijke uitgaven vergen;

Réponse :

Au cours de l'année 1980, des difficultés ont surgi en raison de l'insuffisance des crédits de paiement afférents aux engagements antérieurs à 1980.

L'octroi, en décembre 1980, d'un crédit supplémentaire de 835 millions de F et la possibilité d'effectuer des paiements à partir du 1^{er} janvier 1981 sur les crédits de 1981 ont permis de régulariser complètement la situation.

On ne prévoit guère ou pas de difficulté en 1981.

Question :

Les frais de chauffage ont atteint, dès le mois d'août 1980, 80 % du total inscrit aux prévisions pour 1981. Ces frais peuvent-ils être réévalués ?

Réponse :

Les frais à prévoir au dossier de base sont provisionnels; il peuvent donc être ajustés par la suite, c'est-à-dire :

$$\frac{\text{consommation 1979} \times 80}{100} \times \text{prix au 31-8-1980.}$$

Les frais supplémentaires réels peuvent éventuellement être pris en considération au-delà du montant maximum général après la clôture des comptes pour l'année 1980.

Question :

Il faut éviter le surpeuplement des hôpitaux, mais un hôpital sous-occupé est pénalisé financièrement. Comment cette contradiction peut-elle être levée ?

Réponse :

Jusqu'à présent la sous-occupation d'un hôpital a été sanctionnée par une normalisation des frais généraux autres que les charges de personnel et par l'imputation de ces frais sur la base d'une occupation normale.

Conformément à un avis du Conseil des hôpitaux, le Ministre envisage de modifier cette procédure et de ne pas appliquer les pénalisations pour autant que la sous-occupation ne soit pas permanente.

Une des mesures envisagées pour éviter la sur-occupation des lits pourrait être de ne pas accorder de personnel supplémentaire pour les journées d'entretien au-delà d'un taux d'occupation de 100 %. Une décision en ce sens est envisagée.

Question :

En ce qui concerne le financement de l'exploitation des hôpitaux, les crédits tiennent-ils compte des éléments suivants qui grèvent ou grèveront les frais de fonctionnement de ces hôpitaux :

— l'application de l'arrêté royal du 6 novembre 1979 qui précise les mesures de prévention contre l'incendie; la mise en conformité des différentes institutions hospitalières impliquera des dépenses parfois considérables;

— de financiering van de werking van de comités voor ziekenhuishygiëne die door de wet zijn voorgeschreven en waarover de Ziekenhuisraad zijn advies verstrekt heeft, met name i.v.m. de bezoldiging van de geneesheer en de verpleegster die belast zijn met de werking ervan; die financiering vervalt evenwel zodra het globaal plafond bereikt is.

Antwoord :

Het gaat om kosten die inherent zijn aan de exploitatie van ieder ziekenhuis en die zich normaal in de vastgestelde plafonds moeten integreren.

Vraag :

Rusthuizen kunnen een subsidie van 90 % ontvangen voor de werken inzake brandveiligheid.

Kan men die maatregel ook niet voor de ziekenhuizen nemen ?

Antwoord :

De beslissing die genomen werd bij koninklijk besluit van 5 november 1976 om de toelage voor onontbeerlijke brandbeveiligingswerken in de rustoorden voor bejaarden op 90 % te brengen, was noodzakelijk om zo snel mogelijk de rustoorden voor bejaarden aan de normen inzake brandveiligheid te doen beantwoorden.

De ziekenhuizen moeten evenzeer voldoen aan de voorwaarden inzake brandveiligheid. Maar de daaraan verbonden investeringskosten kunnen verrekend worden in de verpleegdagprijs.

3. Geneeskunde praktijk

A. Medisch aanbod

Vraag :

Welke is de zienswijze van de overheid inzake medisch aanbod ?

Het lid is gekant tegen het « numerus clausus » zonder meer.

Antwoord :

De stijging van het aantal geneesheren (zie bijlage VI) gaat niet gepaard met een verbetering van de gezondheids-toestand van onze bevolking; wel heeft zulks hoge uitgaven inzake zorgenverstrekking tot gevolg.

De kwaliteit zou moeten voorrang hebben op de kwantiteit. Welnu, een te groot aantal studenten heeft tot resultaat minder goed opgeleide geneesheren; een zeer groot aantal geneesheren gaat eveneens gepaard met een vermindering van de individuele ervaring van elke geneesheer.

Wegens het ontbreken van doeltreffende remmingsmechanismen bij de aanvang en tijdens de studie neemt het aantal geneesheren gestaag toe en meent het Departement derhalve dat maatregelen moeten worden overwogen om een beter evenwicht met de behoeften van de bevolking en een optimale opleiding te kunnen verzekeren.

* * *

— le financement du fonctionnement des comités d'hygiène hospitalière, prévu par la législation, pour lequel le Conseil des hôpitaux a donné des avis, notamment en ce qui concerne la rémunération du médecin et de l'infirmière chargés d'en assurer le fonctionnement mais sans que les frais y relatifs puissent intervenir dès le moment où le plafond global est atteint.

Réponse :

Il s'agit de frais qui sont inhérents à l'exploitation de chaque hôpital et qui d'ivent normalement s'intégrer dans les plafonds fixés.

Question :

Les maisons de repos peuvent obtenir un subside de 90 % pour les travaux nécessaires à la sécurité contre l'incendie.

Ne peut-on prévoir la même mesure pour les hôpitaux ?

Réponse :

La décision prise par l'arrêté royal du 5 novembre 1976, de porter à 90 % le subside pour des travaux indispensables de protection contre les risques d'incendie dans les homes pour personnes âgées était justifiée par la nécessité de faire répondre le plus rapidement possible les maisons de repos aux normes de protection contre les incendies.

Les hôpitaux sont également tenus de respecter les normes de protection contre les incendies. Toutefois les frais d'investissements liés à ces travaux peuvent être pris en compte pour le calcul du prix de journée d'entretien.

3. Pratique de la médecine

A. Offre médicale

Question :

Quel est le point de vue des pouvoirs publics concernant le problème du nombre des médecins ?

Le membre, pour sa part, est opposé au « numerus clausus » sans plus.

Réponse :

L'augmentation du nombre des médecins (voir annexe VI) ne va pas de pair avec une amélioration de l'état de santé de notre population; il en résulte plutôt des dépenses considérables en matière de dispensation des soins.

La qualité devrait avoir la priorité sur la quantité. Or, la présence d'un nombre trop important d'étudiants ne permet pas leur assurer une aussi bonne formation alors que le nombre considérable des médecins a pour effet de réduire l'expérience individuelle de chacun d'entre eux.

En raison de l'absence de mécanismes de freinage au début et au cours des études, le nombre des médecins ne cesse d'augmenter; le département estime dès lors que des mesures doivent être envisagées en vue d'assurer un meilleur équilibre par rapport aux besoins de la population et à une formation optimum.

* * *

Een belangrijk probleem is dat van de opleiding van geneesheren-specialisten. De criteria inzake specialisatie voorzien een betere opleiding voor deze specialisten en een beperkt aantal kandidaten per dienst, met het gevolg dat het aantal kandidaat-specialisten zal verminderen.

Aangezien in de stagecentra een belangrijke gekwalificeerde omkadering voorzien werd, en dit met het oog op een betere opleiding van de specialisten in het belang van de patiënten, is het te voorzien dat voor de jonge specialisten toekomstmogelijkheden zullen openstaan.

* * *

Het departement beschikt over tabellen per arrondissement en per gemeente van het aantal huisartsen en geneesheren-specialisten die er werkzaam zijn. Andere gegevens zoals de leeftijdsgroepen zijn eveneens beschikbaar op het departement. Met deze gegevens moet elke jonge gepromoveerde kunnen oordelen over de plaats die hij best kiest voor het uitoefenen van zijn beroep.

Het departement zal binnenkort een brochure uitgeven waarin deze gegevens hernomen zijn. Een betere spreiding van de huisartsen zou het mogelijk maken de behoeften inzake eerstelijnszorg beter op te vangen. De informatie van studenten en geneesheren zijn een primordiale taak voor het departement en de organen die eronder ressorteren.

Vraag :

1) Omtrent het medisch aanbod zal de Minister contact opnemen met de Minister van Nationale Opvoeding, maar feitelijk bestaat er reeds nu bij de studenten in de geneeskunde een selectie door de examens en de herschikking van de programma's, waarbij het accent wordt gelegd op de natuurwetenschappelijke vorming van de artsen ten nadele van de maatschappelijke vorming.

Zulke toestand is in tegenstrijd met de democratisering van de studies in de geneeskunde.

2) Welke is de evolutie van het aantal de mislukkingen in de eerste kandidatuur van de geneeskundige faculteiten ?

Antwoord :

1) De Minister bevestigt dat hij dienaangaande gesprekken voert met de Ministers van Nationale Opvoeding en wijst op de duidelijke vermindering van het aantal studenten tussen 1977 en 1981.

Hij verwijst verder naar punt 4.1 van zijn beleidsnota.

Het is juist dat de examens een selectie mogelijk maken. Niettegenstaande deze selectie en die herschikking der programma's is het niettemin zo dat bij de laatste promotie van 1980, 38,6 % van het aantal studenten van het eerste jaar geslaagd zijn, daar waar dit percentage over zes jaar slechts 32,2 % bedroeg.

Op het vlak van de volksgezondheid moet gezorgd worden voor een goede opleiding van de geneesheren zowel op het maatschappelijk als op het wetenschappelijk gebied, dient het evenwicht te worden verzekerd tussen het aantal artsen en de behoeften van de bevolking.

2) M.b.t. de evolutie van het aantal mislukkingen in de geneeskundige faculteiten in de eerste kandidatuur, worden volgende gegevens verstrekt.

La formation de médecins spécialistes constitue un problème important. Les critères de spécialisation prévoient une meilleure formation de ces spécialistes et un nombre limité de candidats par service; il s'ensuit que le nombre des candidats-spécialistes va décroître.

Etant donné qu'un encadrement qualifié important a été prévu dans les centres de stage en vue d'une meilleure formation des spécialistes, et ce, dans l'intérêt des patients, il faut s'attendre à ce que des possibilités d'avenir s'ouvrent devant les jeunes spécialistes.

* * *

Le département dispose, par arrondissement et par commune, de tableaux des médecins-généralistes et des médecins spécialistes qui y exercent. D'autres données, par exemple les groupes d'âge, sont également disponibles au département; à l'aide de tous ces éléments chaque nouveau diplômé doit pouvoir déterminer le lieu où il est préférable pour lui d'exercer sa profession.

Le département publiera sous peu une brochure dans laquelle ces données sont reprises. Une meilleure répartition des généralistes devrait permettre de mieux faire face aux besoins de soins de santé primaires. L'information des étudiants et des médecins représente une tâche primordiale pour le département et les organes qui dépendent de lui.

Question :

1) Le Ministre examinera le problème du nombre des médecins avec ses collègues de l'Education nationale, mais en fait, il existe d'ores et déjà chez les étudiants en médecine une sélection due aux examens et au réaménagement des programmes, dans lequel l'accent est mis davantage sur la formation en sciences naturelles plutôt que sur la formation sociale.

Cette situation est en contradiction avec la démocratisation des études de médecine.

2) Quelle est l'évolution du nombre des échecs en première candidature de la faculté de médecine ?

Réponse :

1) Le Ministre confirme qu'il examine ce problème avec ses collègues de l'Education nationale et met l'accent sur la nette réduction du nombre des étudiants de 1977 à 1981.

Il se réfère encore au point 4.1 de sa note de gestion.

Il est exact que les examens permettent de pratiquer une sélection. Néanmoins, cette sélection et le réaménagement des programmes ont eu pour résultat qu'en ce qui concerne la dernière promotion de 1980, 38,6 % des étudiants de première année ont réussi, alors que ce pourcentage n'était que de 32,2 % il y a six ans.

Il faut veiller dans le domaine de la santé publique à assurer une bonne formation aux médecins, aussi bien sur le plan social que sur le plan scientifique, et à réaliser un équilibre entre le nombre des médecins et les besoins de la population.

2) Au sujet de l'évolution du nombre des échecs en première candidature des facultés de médecine, les chiffres suivants ont été fournis :

Aantal ingeschreven studenten in alle geneeskundige faculteiten :

Academische jaren	Eerste kandidatuur	Tweede kandidatuur
1973-1974/1974-1975	3 969	2 202
1974-1975/1975-1976	3 786	2 146
1975-1976/1976-1977	3 779	2 188
1976-1977/1977-1978	4 204	2 196
1977-1978/1978-1979	4 018	2 105
1978-1979/1979-1980	3 743	2 066
1979-1980/1980-1981	3 700	?
1980-1981/1981-1982	3 297	?

Vraag :

In ons land bestaan zeer diverse vormen van activiteiten inzake preventieve gezondheidszorg. Op dit stuk bestaat er echter geen enkele coördinatie. Wat meent het departement hieromtrent te moeten doen ?

Iedereen dringt aan op een dergelijke uitbouw van de eertelijnszorg. Dit betekent heel wat meer dan de huidige activiteit uitgeoefend door het departement inzake thuisverzorging. Zonder een duidelijke visie over de eerstelijnszorg, is een efficiënte regeling van het medisch aanbod niet mogelijk.

Welk is het beleid van het departement inzake eerstelijnszorg ? Welke initiatieven zullen worden genomen ?

Antwoord :

Het probleem van de eerstelijnszorg en van de preventieve gezondheidszorg is een veel te omslachtige materie om in het raam van de begroting te worden behandeld.

Niettemin mag het huidige systeem op het stuk van de zorg in de eerste lijn niet zonder meer worden veroordeeld. Integendeel, het past hulde te brengen aan de talrijke plichtsgetrouwe huisartsen die zich totaal inzetten voor hun patiënten.

Zo de parlementsleden zulks verlangen, kan hierover een bijzonder debat gehouden worden.

B. Orde van Geneesheren

Vraag :

Welk is daaromtrent het standpunt van de Regering ?

Blijft de Orde gehandhaafd of zal een ander orgaan worden opgericht ?

Deze kwestie mag niet op de lange baan worden geschoven.

Antwoord :

De Minister hoopt binnenkort aan het Kernkabinet een nota hieromtrent voor te leggen.

Nombre d'étudiants inscrits dans l'ensemble des facultés de médecine :

Années académiques	Première candidature	Deuxième candidature
1973-1974/1974-1975	3 969	2 202
1974-1975/1975-1976	3 786	2 146
1975-1976/1976-1977	3 779	2 188
1976-1977/1977-1978	4 204	2 196
1977-1978/1978-1979	4 018	2 105
1978-1979/1979-1980	3 743	2 066
1979-1980/1980-1981	3 700	?
1980-1981/1981-1982	3 297	?

Question :

Il existe dans notre pays des formes très diverses d'activités dans le domaine des soins de santé préventifs, mais il n'y a aucune coordination de ces activités. Quelles mesures le département estime-t-il devoir prendre à cet égard ?

Chacun demande que les soins de santé primaires soient organisés sérieusement. Une telle entreprise va beaucoup plus loin que l'activité que le département déploie aujourd'hui dans le domaine des soins à domicile. En l'absence d'idées claires sur les soins de santé primaires, il n'est pas possible de régler de manière efficace l'évolution du nombre des médecins.

Quelle est la politique suivie par le département en ce qui concerne les soins primaires ? Quelles initiatives le département compte-t-il prendre ?

Réponse :

Le problème des soins primaires et des soins préventifs constitue une matière bien trop complexe pour être abordée dans le cadre du budget.

Néanmoins, le système actuel des soins primaires ne peut pas être condamné purement et simplement. Il convient, au contraire, de rendre hommage aux innombrables généralistes qui, fidèles à leur devoir, se consacrent entièrement à leurs patients.

Si les parlementaires le désirent, un débat spécial pourra être consacré à ce problème.

B. Ordre des médecins

Question :

Quelle est la position du Gouvernement en ce qui concerne l'Ordre des médecins ?

Cet Ordre sera-t-il maintenu ou un autre organe sera-t-il créé ?

Ce problème devrait être réglé rapidement.

Réponse :

Le Ministre espère soumettre prochainement au Cabinet restreint une note relative à ce problème.

Hij meent dat mits bepaalde belangrijke wijzigingen in de wetgeving, de Orde nog het beste geplaatst is om gedragsregels uit te vaardigen en toezicht uit te oefenen op haar leden door tuchtorganen, en dit in het belang van de patiënt.

De voornaamste redenen voor deze wijzigingen vereist zijn :

— de zeer uitgebreide bevoegdheid van de Orde waardoor deze de uitoefening van de geneeskunde in al zijn aspecten kan regelen en daardoor in feite bevoegdheden uitoefent die niet beperkt zijn tot haar leden maar veel verder reikt.

— de mogelijke vermenging van deontologie en syndicalisme wanneer de Orde positie kiest of artsen ondersteunt;

— de overdreven sancties;

— de rechtsonzekerheid betreffende de codex;

— de bevoegdheid van de Orde over ambtenaren;

— het feit dat de Orde in bepaalde gevallen « rechter en partij » is.

Voor zover de nodige wijzigingen worden aangebracht o.m. op het stuk van voornoemde punten, meent de Minister dat er voldoende waarborgen zullen voorhanden zijn.

C. Afwezigheidscontrole

Vraag :

Welke maatregelen worden overwogen in verband met de controle op de afwezigheid wegens ziekte ?

Antwoord :

Deze vraag dient te worden gesteld aan de Minister van Sociale Voorzorg. Zij heeft geen betrekking op de begroting van het departement van Volksgezondheid.

Ter verbetering van de controle op de arbeidsongeschiktheid, werden in april 1980 de volgende maatregelen getroffen :

1) het zwaartepunt van de medische controle op de primaire arbeidsongeschiktheid moet op de eerste maand van de arbeidsongeschiktheid worden gelegd;

2) bij afwezigheid op de controlezitting onder gegronde reden dient principieel een huisbezoek te worden verricht hetzij door de adviserend geneesheer hetzij door de geneesheer-inspecteur van de dienst voor geneeskundige controle (cfr. art. 48 van de wet van 9 augustus 1963);

3) bij hervalling moet een vroegtijdig onderzoek van de verzekerde plaatsvinden binnen drie dagen na de kennisgeving, alvorens de arbeidsongeschiktheid opnieuw kan worden aanvaard (deze maatregel geldt eveneens inzake invaliditeit);

4) ten laatste bij het verstrijken van de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid, dient de adviserend geneesheer over een volledig medisch dossier te beschikken, dat zowel de geneeskundige als de arbeidskundige aspecten bevat en dat door de geneesheren-inspecteurs van de controlediensten van het R. I. Z. I. V. kan worden geraadpleegd;

5) de versterking van de controle op door invaliden uitgeoefende sluikarbeid wordt momenteel gesproken in het beheerscomité van de dienst voor uitkeringen.

Il estime que, moyennant certaines modifications importantes à la législation, l'Ordre demeure l'instance la mieux placée pour édicter des règles de conduite et exercer une surveillance sur ses membres par l'intermédiaire d'organes disciplinaires, et ce dans l'intérêt du patient.

La nécessité de modifier cette législation résulte principalement des éléments ci-après :

— la compétence très large de l'Ordre des médecins, qui est habilité à régler tous les aspects de l'exercice de l'art de guérir et exerce en fait des compétences qui ne se limitent pas à ses membres, mais s'étendent bien au-delà;

— le risque d'interférence entre la déontologie et le syndicalisme dans les prises de position et les actions de l'Ordre;

— les sanctions trop sévères;

— l'absence de sécurité juridique en ce qui concerne le Code;

— les pouvoirs dont dispose l'Ordre envers les fonctionnaires;

— le fait que l'Ordre est parfois juge et partie.

Le Ministre estime que, pour autant que l'on apporte des modifications au statut de l'Ordre en ce qui concerne les points précités, un maximum de garanties sera assuré à la population.

C. Contrôle des absences

Question :

Quelles sont les mesures prévues en ce qui concerne le contrôle des absences pour maladie ?

Réponse :

Cette question intéresse le Ministre de la Prévoyance sociale et ne présente aucun rapport avec le budget du département de la Santé publique.

En ce qui concerne le renforcement du contrôle en matière d'incapacité de travail, le Ministre souligne que les mesures suivantes ont été prises en avril 1980 :

1) le contrôle médical renforcé en matière d'incapacité primaire doit porter essentiellement sur le premier mois d'incapacité;

2) en cas d'absence sans motif suffisant à la consultation de contrôle, il convient de prévoir la visite à domicile du médecin-conseil ou du médecin-inspecteur du service de contrôle médical (cfr. art. 48 de la loi du 9 août 1963);

3) en cas de rechute, l'assuré doit être soumis à un examen anticipé dans les trois jours de la notification avant que l'incapacité soit à nouveau reconnue (cette disposition s'applique également à l'invalidité);

4) le médecin-conseil doit disposer, au plus tard à l'expiration du premier semestre d'incapacité, d'un dossier médical complet exposant les aspects médicaux et professionnels du cas et pouvant être consulté par les médecins-inspecteurs des services de contrôle de l'I. N. A. M. I.;

5) le comité de gestion du service des indemnités examine actuellement le renforcement du contrôle des invalides exerçant une activité professionnelle non déclarée.

Verder werd aan de geneesheren-inspecteurs van het R. I. Z. I. V. opdracht gegeven de uitvoering van de aan de geneesheren adviseurs opgedragen taken nauwlettend te controleren.

Dank zij deze maatregelen moeten de verantwoorde verschillen die tussen de provincies en tussen de landsbonden worden vastgesteld m.b.t. de duur van de arbeidsongeschiktheid, kunnen worden weggewerkt. Aldus zal een gevoelige besparing worden gerealiseerd.

De ziekenfondsen dragen terzake een belangrijke verantwoordelijkheid. De erkenning van de arbeidsongeschiktheid behoort inderdaad tot de bevoegdheid van de adviserend geneesheer van de ziekenfondsen.

D. Medische wachtdienst

Vraag :

De Minister lijkt niet onverdeeld gelukkig met de aanzienlijke verhoging van het aantal gevallen waarin de dienst 900 naar een particuliere woning wordt geroepen. Waarom zou men een rechtstreeks beroep op de dienst 900 moeten ontmoedigen ? Is dat niet het bewijs dat de wachtdiensten van de huisartsen niet doelmatig genoeg zijn ? Wat is het resultaat van het advies dat de Minister bij de provinciale geneeskundige commissies in verband met de verbetering van de wachtdiensten heeft ingewonnen ?

Antwoord :

De mogelijkheid om snel over doeltreffende medische hulp te beschikken in geval van nood is een belangrijk element inzake zorgenverstrekking aan de bevolking.

Elke geneeskundige commissie heeft een eerste studie van de behoeften gemaakt. Zij heeft contact opgenomen met de groeperingen en verenigingen van geneesheren, ten einde de werking ervan na te gaan en te verbeteren.

De punten die in de studie nader belicht werden zijn : de werking van de diensten, de oppervlakte van de gewoonlijk in sectoren gegroepeerde gemeenten, het aantal geneesheren met dienst, de communicatiemiddelen naar de bevolking, naar bepaalde organisaties zoals de dienst 900, ziekenhuizen enz...

a) Inzake huisartsen

Op grond van de werkzaamheden van de geneeskundige commissies kunnen wij — behalve altijd mogelijke mense-lijk vergissingen — bevestigen dat overal in het land wachtdiensten werkzaam zijn van vrijdagavond tot maandagmorgen. Zowel s' nachts als overdag laat de wachtdienst in bepaalde sectoren te wensen over.

Bepaalde commissies hebben voor intern gebruik precieze criteria opgesteld, terwijl andere daarentegen op een empirische wijze blijven functioneren.

Uit de studie blijkt eveneens dat o.a. ook belangrijke problemen bestaan op het gebied van de communicaties of telecommunicaties die moeten verbeterd of gemoderniseerd worden.

Bovendien werd vastgesteld dat de behoeften van streek tot streek ten zeerste verschillen en dat een grote soepelheid moet behouden blijven.

b) Inzake gespecialiseerde geneeskunde ten huize en in het ziekenhuis

Hier ook zijn de werkzaamheden en de inventaris van de bestaande toestand aan de gang.

Aan te zien de commissies zich echter naargelang van de provincie in een zeer verschillend stadium bevinden en de werkzaamheden niet zo ver gevorderd zijn als voor de eerstelijns geneeskunde, zou het voorbarig zijn nu al conclusies voorop te stellen.

Les médecins-inspecteurs de l'I. N. A. M. I. ont, en outre, été chargés de contrôler attentivement l'exécution des missions des médecins-conseil.

Les mesures précitées doivent mettre fin aux différences que l'on constate en fonction des provinces et des mutualités en ce qui concerne la durée des incapacités de travail. Elles permettront également de réaliser des économies appréciables.

La responsabilité des mutualités est considérable en cette matière. Ce sont, en effet, les médecins-conseil des mutualités qui sont chargés de la reconnaissance des incapacités de travail.

D. Service de garde médical

Question :

Le Ministre paraît réticent devant l'augmentation considérable des appels à domicile adressés au service 900. Pourquoi décourager cet appel direct au service 900 ? N'est-ce pas la démonstration que les services de garde des médecins généralistes ne sont pas suffisamment efficaces ? Qu'a donné la consultation du Ministre auprès des commissions médicales provinciales quant à l'amélioration des systèmes de garde ?

Réponse :

La possibilité de disposer rapidement d'une aide médicale en cas d'urgence est un élément important dans l'organisation des soins à la population.

Chaque commission médicale a fait une première étude des besoins et a pris contact avec les groupements et organisations des médecins afin d'en vérifier et d'améliorer le fonctionnement.

Les points rencontrés dans les études concernent : le fonctionnement des services, l'étendue des communes habituellement groupées en secteur, le nombre des médecins de garde, les moyens de communication vers la population, vers certains organismes tels le service 900, les hôpitaux, etc...

a) En matière de médecine générale

Les travaux des commissions médicales permettent actuellement d'affirmer — sauf erreur humaine toujours possible — que l'entière du pays est couverte par des services de garde du vendredi soir au lundi matin. Cependant, de jour et la nuit, la garde laisse à désirer dans certains secteurs.

Certaines commissions ont établi, à usage interne, des critères précis, d'autres ont continué à fonctionner de façon plus empirique.

Des travaux de l'étude, il ressort également qu'il existe, entre autres, des problèmes importants de communications ou de télécommunications, qui devront être améliorées ou modernisées.

De plus, il est établi que les besoins sont extrêmement différents d'un secteur à l'autre et qu'une grande souplesse doit être maintenue.

b) En matière de médecine spécialisée à domicile et à l'hôpital

Les travaux et inventaires de la situation existante sont en cours.

Toutefois, les commissions étant parvenues à un stade très différent selon les provinces et les travaux n'étant pas aussi avancés que pour la médecine de premier échelon, il serait prématuré d'avancer des conclusions.

Vraag :

Werd de Vlaamse medische wachtdienst in Brussel eindelijk erkend als medische wachtdienst?

Uitleg wordt gevraagd over de moeilijkheden die deze wachtdienst heeft ondervonden vanwege de provinciale geneeskundige commissie.

Antwoord :

De Vlaamse wachtdienst van Brussel beantwoordt aan de criteria die door de provinciale geneeskundige commissie worden gebruikt en is als zodanig erkend.

In verband met Brussel stellen er zich geen problemen maar wel te Dilbeek waar twee wachtdiensten goed functioneren.

Tevens zij aangestipt dat contactvergaderingen voorzien zijn tussen de verantwoordelijken van de Vlaamse wachtdienst en van de geneeskundige commissie.

*E. Dringende medische hulpverlening**Vraag :*

M.b.t. de dringende medische hulpverlening wordt de lijst gevraagd van de ter zake erkende ziekenhuizen van de agglomeratie Brussel met vermelding van de toegewezen opname-regio.

Antwoord :

1) Erkende ziekenhuizen 900 van de agglomeratie Brussel :

— Centrum Joseph Bracops 79, Dr. Druetstraat — 1070-Brussel.

— Frans Hospitaal Kon. Elisabeth 158, Josse Goffin laan — 1080-Brussel.

— Univ. Ziekenhuis St-Pieter 322, Hoogstraat — 1000-Brussel.

— Univ. Ziekenhuis Brugmann 4, Van Gehuchtenpl. — 1020-Brussel.

— Centrum voor Traumatologie Disca 70, Zespenningestraat — 1000-Brussel.

— Genees- en Heelkundig Inst. Etterbeek 2, Dr. Joly plantsoen — 1040-Brussel.

— Genees- en Heelkundig Inst. Elsene 63, Paquotstr. — 1050-Brussel.

— Genees- en Heelkundig Inst. P. Brien 220, Lambertmontlaan — 1030-Brussel.

— St Elisabethkliniek 206, Defrélaan — 1180-Brussel.

— Univ. Klin. St-Luc 10, Hippocraatlaan — 1200-Brussel.

— Akademisch Ziekenhuis V.U.B. 101, Laarbeeklaan — 1090-Brussel.

— Univ. Ziekenhuis Erasmus 808, Lenniksestwg — 1070-Brussel.

— Inst. Edith Cavell — Maria Depage 32, Edith Cavellstr. — 1180-Brussel.

— St-Jansziekenhuis 114, Broekstraat — 1000-Brussel.

— Ziekenhuis van St-Gillis 142, Marconistr. — 1180-Brussel.

2) Opname-regio.

Gelet op de bepalingen van artikel 7 van het koninklijk besluit van 2 april 1965, houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van de gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, moet het slachtoffer of de zieke vervoerd worden naar het dichtstbijgelegen openbaar of privéziekenhuis, beschikkend over een behoorlijk ingerichte dienst.

Question :

Le « Vlaamse wachtdienst » a-t-elle, enfin, été reconnue à Bruxelles en tant que service de garde médicale ?

Le Ministre peut-il fournir des précisions au sujet des difficultés que ce service a rencontrées de la part de la commission médicale provinciale ?

Réponse :

La « Vlaamse wachtdienst » de Bruxelles répond aux critères qui sont utilisés par la commission médicale et est reconnue comme telle.

Les problèmes qui se posent ne concernent pas Bruxelles mais Dilbeek où deux services de garde fonctionnent bien.

Il faut ajouter que des réunions de contact sont prévues entre les responsables du « Vlaamse wachtdienst » et la commission médicale.

*E. Aide médicale urgente**Question :*

Un membre demande quels sont les établissements agréés en matière d'aide médicale urgente dans l'agglomération de Bruxelles et quelles sont les zones desservies par ces établissements.

Réponse :

1) Hôpitaux de l'Agglomération de Bruxelles agréés pour le service 900.

— Centre Joseph Bracops 79, rue Dr. Druet — 1070-Bruxelles.

— Hôpital Français — Reine Elisabeth 158, Av. Josse Goffin — 1080-Bruxelles.

— Hôpital Universitaire St-Pierre 322, rue Haute — 1000-Bruxelles.

— Hôpital Universitaire Brugmann 4, place Van Gehuchten — 1020-Bruxelles.

— Centre de Traumatologie Disca 70, rue des Six Jetons — 1000-Bruxelles.

— Inst. Médico-chirurgical d'Etterbeek 2, Square Dr. Joly — 1040-Bruxelles.

— Inst. Médico-chirurgical d'Ixelles 63, Rue J. Paquot — 1050-Bruxelles.

— Inst. Médico-chirurgical P. Brien 220, Bd Lambertmont — 1030-Bruxelles.

— Clinique Ste Elisabeth 206, Av. Defré — 1180-Bruxelles.

— Clinique Universitaire St-Luc 10, Av. Hippocrate — 1200-Bruxelles.

— Hôpital Universitaire de la V.U.B. 101, Avenue Laarbeek — 1090-Bruxelles.

— Clinique Universitaire Erasme 808, Route de Lennik — 1070-Bruxelles.

— Inst. Edith Cavell — Maria Depage 32, Rue Edith Cavell — 1180-Bruxelles.

— Hôpital St-Jean 114, Rue du Marais — 1000-Bruxelles.

— Hôpital de St-Gilles 142, Rue Marconi — 1180-Bruxelles.

2) Zone desservie.

Eu égard aux dispositions de l'article 7 de l'arrêté royal du 2 avril 1965, déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié, la victime ou le malade doit être transporté vers l'hôpital public ou privé le plus proche disposant d'un service approprié.

Vraag :

Er wordt gevreesd dat patiënten met commerciële doeleinden geloodsd worden naar bepaalde ziekenhuizen door privé ambulancediensten.

Is het departement gewapend om deze handelwijze te bestrijden ?

Antwoord :

In toepassing van artikel 7 van het koninklijk besluit van 2 april 1965, houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening, moeten de slachtoffers of zieken van de openbare weg of openbare plaats, overgebracht worden naar het dichtstbijgelegen openbaar of privé ziekenhuis dat over een behoorlijk ingerichte dienst beschikt.

Een lijst van deze diensten is in het bezit van ieder hulpcentrum 900.

De niet door het departement erkende privé-ambulancediensten worden niet opgeroepen door de hulpcentra 900.

Het vervoer van patiënten ten huize wordt door geen enkele wettelijke bepaling geregeld.

Dit vervoer gebeurt op verzoek van de geneesheren, ziekenhuizen of belanghebbenden zelf.

Vraag :

De aandacht wordt gevestigd op het probleem van de alleenstaanden die plots ziek worden en over geen telefoon beschikken.

Worden thans andere alternatieve hulpmiddelen beproefd ?

Kan de centrale 900 hierbij niet ingeschakeld worden om de hulpgroepen bij voorbeeld via telecommunicatie op te vangen ?

Antwoord :

Het probleem van de oproepen voor dringende medische hulp zal onderzocht worden.

Vraag :

Hoever staat het met de helikopter-hulpdienst voor de slachtoffers van zware verkeersongevallen evenals met de samenwerking tussen het departement van Volksgezondheid en de burgerlijke bescherming ter zake ?

Antwoord :

De helikopter-hulpdienst van de burgerlijke bescherming komt geregeld ter sprake tussen de bevoegde dienst van het departement en die van het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

Met betrekking tot de dringende medische hulp aan de slachtoffers van ongevallen op de weg, blijkt uit de ervaring dat behoudens uitzonderlijk omstandigheden men beter niet automatisch de hulp van de helikopter van de burgerlijke bescherming inroept voor dringende medische hulpverlening; het aantal ambulantiendiensten die daarvoor worden ingezet, is immers vrij groot.

Question :

Il y a lieu d'appréhender que des services privés d'ambulances ne dirigent (systématiquement et à des fins commerciales) les malades vers des hôpitaux déterminés.

Le département dispose-t-il des moyens nécessaires pour s'opposer à ces pratiques ?

Réponse :

En application de l'article 7 de l'arrêté royal du 2 avril 1965, déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente, les victimes ou malades se trouvant sur la voie publique ou dans un lieu public, doivent être transportés vers l'hôpital public ou privé le plus proche disposant d'un service approprié.

Chaque centre de secours 900 est en possession d'une liste reprenant ces services.

Les services privés d'ambulances, non agréés par le département, ne sont pas appelés par les centres de secours 900.

Le transport de patients à domicile n'est régi par aucune disposition légale.

Ce transport se fait à la demande de médecins, hôpitaux ou des intéressés mêmes.

Question :

Un membre attire l'attention sur le problème, en cas de malaise soudain, des personnes isolées qui ne disposent pas du téléphone.

D'autres techniques sont-elles actuellement mises à l'épreuve ?

Le central 900 ne pourrait-il intervenir et recevoir les demandes d'aide par voie de télécommunications ?

Réponse :

Le problème des appels en matière d'aide médicale urgente fera l'objet d'une étude.

Question :

Où en est le service d'hélicoptère de secours pour les accidentés graves et la collaboration à ce sujet entre le département de la santé publique et la protection civile ?

Réponse :

Le service de l'hélicoptère de secours de la protection civile fait l'objet de contacts périodiques entre l'administration compétente du département et celle du ministère de l'Intérieur.

En ce qui concerne l'aide médicale urgente aux accidentés de la route, l'expérience acquise démontre que, sauf en des circonstances exceptionnelles, le recours systématique à l'hélicoptère de la protection civile dans le cadre de l'aide médicale urgente ne s'impose pas, eu égard au réseau relativement dense des services d'ambulance affectés à l'aide médicale urgente.

F. *Thuisverzorging*

Vraag :

Welke maatregelen worden door het departement overwogen met het oog op de uitvoering van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, gewijzigd door artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1980-1981?

Antwoord :

Vóór de val van de zogeheten regering Martens II had de Minister een ontwerp van koninklijk besluit voorbereid ter uitvoering van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978.

De tekst van dit ontwerp moet evenwel worden aangepast ingevolge de vervanging van artikel 5 door artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980 op de budgettaire voorstellen 1980-1981.

In afwachting echter worden door het bestuur, in toepassing van het koninklijk besluit van 27 december 1950, zoals het later werd gewijzigd, de jaarlijkse toelagen verder uitbetaald aan de verenigingen en groeperingen van diensten voor verzorging aan huis, en dit met oog op de aanmoediging van de gezinsactiviteit van deze diensten.

Deze aanmoedigingstoelagen werden verhoogd, vanaf 1 januari 1980, ingevolge twee koninklijke besluiten genomen enerzijds door de Minister van de Franse Gemeenschap (koninklijk besluit van 20 maart 1980) en anderzijds door de Minister van de Vlaamse Gemeenschap (koninklijk besluit van 9 april 1980).

Vraag :

Er wordt te weinig gedaan op het vlak van de thuisverzorging.

Vanuit het departement, of vanuit de gemeenschappen, zouden terzake onverwijld initiatieven moeten worden genomen.

Kan de thuisverzorging niet op een onrechtstreekse wijze met name via fiscale maatregelen worden aangemoedigd?

Antwoord :

De Minister wenst uitvoering te geven aan artikel 5 van voornoemde wet van 27 juni 1978. Hij verwacht de reacties van de ziekenhuizen op zijn omzendbrief betreffende artikel 209 van de programmwet van 8 augustus 1980.

Ten slotte vraagt hij zich af wat bedoeld wordt met fiscale maatregelen ter bevordering van de thuisverzorging.

G. *Klinische biologie*

Vraag :

Welke is de stand van zaken m.b.t. het bij de Senaat aanhangig wetsontwerp op de laboratoria voor klinische biologie?

Welke zijn de vooruitzichten?

Zal men tot een geografische spreiding komen?

Hoe zal met de kwaliteit rekening worden gehouden?

Zal het mogelijk zijn om privé-kapitaal in te brengen?

Antwoord :

De bespreking van het wetsontwerp betreffende de klinische biologie zal eerstdaags hernomen worden in de Senaatscommissie. De Regering heeft nog geen positie gekozen omtrent de gestelde vragen op ingediende amendementen.

F. *Soins à domicile*

Question :

Quelles mesures le département envisage-t-il de prendre en vue d'exécuter l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins, modifiée par l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1980-1981?

Réponse :

Avant la chute du gouvernement Martens II, le Ministre avait préparé un projet d'arrêté royal en exécution de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978.

Le texte de ce projet doit toutefois être adapté par suite du remplacement de l'article 5 par l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1980-1981.

Dans l'entre-temps, l'Administration continue, en application de l'arrêté royal du 27 décembre 1950 tel qu'il a été modifié ultérieurement, à payer annuellement des subsides aux associations et groupements de services de soins à domicile en vue d'encourager leur activité familiale.

Ces subsides d'encouragement ont été augmentés, à partir du 1^{er} janvier 1980, à la suite de deux arrêtés royaux, pris respectivement par le Ministre de la Communauté française (arrêté royal du 20 mars 1980) et par le Ministre de la Communauté flamande (arrêté royal du 9 avril 1980).

Question :

Trop peu d'attention est accordée aux soins à domicile.

Le département ou les communautés devraient certainement prendre des initiatives dans ce domaine.

Les soins à domicile ne peuvent-ils pas être encouragés de manière indirecte, notamment par le biais de mesures fiscales?

Réponse :

Le Ministre entend mettre à exécution l'article 5 de la loi du 27 juin 1978. Il attend les réponses des hôpitaux à sa circulaire relative à l'article 209 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires.

Enfin, il ne voit pas à quoi le membre fait allusion en demandant des mesures fiscales visant à promouvoir la dispensation des soins à domicile.

G. *Biologie clinique*

Question :

Où en est le projet de loi concernant les laboratoires de biologie clinique qui a été déposé au Sénat?

Quelles sont les perspectives dans ce domaine?

Parviendra-t-on à réaliser une répartition géographique des laboratoires?

Quelle attention accordera-t-on à la qualité?

Un apport de capitaux privés sera-t-il possible?

Réponse :

La discussion sur le projet de loi concernant la biologie clinique va être reprise incessamment en Commission du Sénat. Le Gouvernement n'a pas encore pris position sur les questions soulevées, ni sur les amendements déposés.

Vraag :

Wat bedoelt men met de kwaliteitscontrole inzake klinische biologie ?

Is men ook zinnens profielen van activiteiten op te stellen ?

Antwoord :

Ter verbetering van de kwaliteit van de onderzoeken wordt aan de laboratoria voor klinische biologie een externe controle op de deugdelijkheid van de ontleding opgelegd door het koninklijk besluit van 10 november 1978 betreffende de erkenning door de Minister van Volksgezondheid van de laboratoria voor klinische biologie.

De thans uitgeoefend controle wordt uitgevoerd door universitaire laboratoria die hiervoor bijzonder erkend werden door de Minister van Volksgezondheid, na advies van de Commissie voor klinische biologie. In de loop van 1981 zullen twaalf universitaire laboratoria voor de volgende groepen van analyses monsters verzenden die moeten ontleed worden : klinische scheikunde en hormonologie, hematologie, immuno-hematologie, microbiologische en microscopische ontleding, ontleding met behulp van radio-isotopen *in vitro*.

Een studie m.b.t. de profielen van de activiteiten zou door het R. I. Z. I. V. overwogen worden. Dit instituut heeft, normalerwijze, het initiatief van deze activiteiten.

H. Apothekers en geneesmiddelen**Vraag :**

De vestiging van de apotheken laat veel te wensen over : in de grote centra zijn er teveel terwijl er in de veraf gelegen plaatsen te weinig zijn.

Een groot aantal jonge apothekers vinden geen uitweg behalve sommige bevooroordeelden die over een voldoende kapitaal beschikken om een apotheek te kunnen overnemen.

De reglementering zou helemaal moeten worden herconcipieerd om de overnamen minder duur te maken en een democratisering van het beroep te realiseren.

Antwoord :

De vestigingswet inzake apotheken is een niet na te volgen voorbeeld; anderzijds is het uitwerken van een goede regeling verre van eenvoudig.

De laatste jaren kan nochtans een gunstige evolutie aangestipt worden :

a) het aantal studenten in opleiding (zie bijlage VII) vermindert;

b) vele plaatsen werden gecreëerd door de reglementaire schikkingen voor de ziekenhuizen;

c) behalve de cumuls « *ad vitam* » werden praktisch alle medico-farmaceutische cumuls opgeheven.

In het huidig stelsel heeft een apotheker er alle belang bij dat de duurste produkten verkocht worden en dat er zoveel mogelijk verkocht wordt : een systeem zou moeten uitgedacht worden waarbij het tegenovergestelde zou worden nagestreefd (eventueel een soort forfaitair stelsel).

Deze vraag werd reeds besproken in geïnteresseerde mid-dens en het antwoord was niet zonder meer negatief. Thans wordt een koninklijk besluit voorbereid waarbij een regeling getroffen wordt voor het overdragen van een apotheek van de ouders op de kinderen.

Question :

Que faut-il entendre par « contrôle de la qualité » dans le domaine de la biologie clinique ?

Est-il également envisagé d'établir des profils d'activités ?

Réponse :

En vue d'améliorer la qualité des analyses, un contrôle externe de la qualité des analyses est imposé aux laboratoires de biologie clinique par l'arrêté royal du 10 novembre 1978 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre de la Santé publique.

Le contrôle actuellement pratiqué est exécuté par des laboratoires universitaires spécialement agréés à cette fin par le Ministre de la Santé publique sur avis de la Commission de biologie clinique. Pour l'exercice 1981, douze laboratoires enverront des échantillons d'analyses dans les groupes d'analyses suivants : chimie clinique et hormonologie, hématologie, immuno-hématologie, examens microbiologiques et microscopiques, analyses à l'aide de radioisotopes *in vitro*.

Une étude concernant les profils d'activités serait envisagée par l'I. N. A. M. I. qui a normalement l'initiative de ces activités.

H. Pharmaciens et médicaments**Question :**

Les pharmacies sont mal implantées; il y en a trop dans les grands centres et trop peu dans les endroits éloignés.

Un grand nombre de jeunes pharmaciens se trouvent dans une situation sans issue, sauf quelques privilégiés qui disposent d'un capital suffisant pour reprendre une officine.

Il faudra revoir entièrement la conception de la réglementation en la matière, de façon à rendre les reprises moins onéreuses et à réaliser la démocratisation de la profession.

Réponse :

La loi sur l'implantation des pharmacies est un exemple à ne pas suivre; d'autre part, la mise au point d'une réglementation satisfaisante est loin d'être simple.

Ces dernières années, on constate cependant une évolution favorable.

a) le nombre d'étudiants en cours de formation diminue (voir annexe VII);

b) de nombreux emplois ont été créés par les dispositions réglementaires pour les hôpitaux;

c) à l'exception des cumuls à vie, pratiquement tous les cumuls médico-pharmaceutiques ont été abolis.

Dans le système actuel, un pharmacien a tout intérêt à vendre les produits les plus chers et à vendre le plus possible: il conviendrait d'imaginer un système dans lequel la démarche du pharmacien serait inverse (éventuellement une sorte de système forfaitaire).

Cette question a déjà été débattue dans certains milieux intéressés et ceux-ci ont réagi d'une manière qui n'est pas totalement négative. Un arrêté royal établissant une réglementation applicable à la transmission d'officines, de parents à enfants, est actuellement en cours de préparation.

Vraag :

De wet van 17 december 1973 is slecht omdat ze het beroep beschermt door de enorme overdrachtprijzen (10 miljoen F of meer).

Hoe denkt de Minister hieraan een einde te maken ?

Antwoord :

Het kan niet worden ontkend dat bij de overname van apotheken overnameprijzen worden gevraagd die zware offers vergen van de jonge apothekers.

Alhoewel reeds een overnameprijs moest worden betaald vóór de inwerkingtreding van de wet van 17 december 1973 heeft deze laatste wellicht een zekere stijging van de prijzen tot gevolg gehad. Daarom werd het koninklijk besluit van 13 april 1977 getroffen met de bedoeling de prijs te beperken. Het toezicht over de juistheid van het werkelijk bedrag ervan, kan in de huidige wettelijke context evenwel zeer moeilijk worden georganiseerd.

De aandacht van de Regering werd onlangs op deze problematiek gevestigd en de diensten van het departement werden hiermee belast dienaangaande een rapport op te stellen.

Vraag :

Het eisen van een supplement van 88 F voor elke week-eindprestatie van de apothekers is een onaanvaardbare praktijk.

Antwoord :

Door de ziekteverzekering wordt de terugbetaling toegekend van een verhoogd honorarium voor dringende voorschriften uitgevoerd 's nachts of op zondag door de van wacht zijnde apothekers. Dit honorarium is slechts een maal per voorschrift verschuldigd en is verantwoord omdat het een vergoeding van de wachtdienst moet mogelijk maken.

Vraag :

Het aantal geneesmiddelen moet verminderd worden, ook voor de medici.

Het technisch comité van het R. I. Z. I. V. wordt ermede belast een compendium op te stellen.

Zal dit even goed zijn als de « Folia pharmaceutica » ?

Antwoord :

De diensten van het departement zijn belast met de voorbereiding van een herziening van de registratie van de geneesmiddelen die reeds verschillende jaren op de markt zijn.

Anderdeels zal in gezamenlijk overleg met het R.I.Z.I.V. worden onderzocht op welke wijze de informatie bestemd voor de geneesheren kan worden verbeterd en uitgebreid.

Vraag :

Met betrekking tot de reclame en de informatie inzake geneesmiddelen wordt een wetsontwerp voorbereid. Er kan een onafhankelijk Instituut voor de geneesmiddelen moeten worden opgericht, dat ermede belast is de consumptie af te remmen en de kostprijs te verminderen, en dat ten deze einde de therapeutische waarde, de prijs en de verkapping van de bestaande geneesmiddelen met elkaar zou vergelijken. Zulks zou de intrekking van de erkenning met zich kunnen brengen.

Question :

La loi du 17 décembre 1973 est mauvaise, en ce sens qu'elle protège la profession par le biais des énormes prix de transfert (10 millions de F ou plus).

Comment le Ministre compte-t-il mettre fin à cette situation ?

Réponse :

Il est indéniable que les prix demandés pour la reprise d'une pharmacie constituent une lourde charge pour les jeunes pharmaciens.

Bien que l'acquittement d'un prix de reprise soit antérieur à l'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 1973, il se pourrait néanmoins que cette dernière ait entraîné une certaine hausse des prix. C'est la raison pour laquelle a été pris l'arrêté royal du 13 avril 1977 visant à limiter les prix des reprises. Néanmoins, le contrôle de l'exactitude du montant réel peut très difficilement être organisé de manière efficace dans le contexte légal actuel.

L'attention du Gouvernement a été récemment attirée sur ce problème et les services du département ont été chargés de l'élaboration d'un rapport à ce propos.

Question :

Le fait que les pharmaciens réclament un supplément de 88 F pour toute prestation de week-end est une pratique inadmissible.

Réponse :

L'assurance maladie autorise le remboursement d'honoraires majorés pour les prescriptions urgentes exécutées la nuit ou le dimanche par les pharmaciens de garde. Ces honoraires ne sont dus qu'une fois par prescription et se justifient du fait qu'ils sont destinés à la rétribution du service de garde.

Question :

Le nombre de médicaments doit être diminué et cela vaut également pour les membres du corps médical.

Le comité technique de l'I. N. A. M. I. a été chargé de rédiger un compendium.

Ce dernier aura-t-il la même valeur que les « Folia Pharmaceutica ».

Réponse :

Les services du département sont chargés de procéder à une révision de l'enregistrement des médicaments qui sont en vente depuis plusieurs années déjà.

Par ailleurs, le département examinera, d'un commun accord avec l'I. N. A. M. I., de quelle façon pourra être améliorée et étendue l'information destinée aux médecins.

Question :

Un projet de loi concernant la publicité et l'information relatives aux médicaments est en préparation. Il conviendrait de créer un Institut indépendant pour les médicaments qui serait chargé de freiner la consommation et de faire baisser le coût en procédant à la comparaison de la valeur thérapeutique, du prix et du conditionnement des médicaments existants. Cette comparaison pourrait entraîner le retrait de certaines agrégations.

Een ruimere voorlichting van de geneesheren inzake de prijs en de doeltreffendheid van de geneesmiddelen is ten zeerste gewenst. Kan terzake geen compendium worden opgesteld ten behoeve van de medische sector?

Antwoord :

De Minister vraagt zich af of het wel noodzakelijk is dat een nieuwe instelling wordt opgericht. Hij is verder van oordeel dat de thans bestaande organismen maximaal moeten benut worden om een aangepaste informatie te verspreiden.

J. Patiëntenbonden

Vraag :

Een lid haalt het geval aan van een tewerkgestelde gynecoloog die tijdens een van zijn nachtdiensten 11 bevallingen heeft verricht en voor elke bevalling een niet aangegeven honorarium van 8 000 F heeft gevraagd, wat een totaal van 88 000 F in één nacht tegenwoordigt.

Niemand durft hiertegen reageren.

Voor dergelijke gevallen is de oprichting van patiëntenbonden noodzakelijk.

Wat is de houding van het departement aangaande de gestelde problematiek?

Antwoord :

De Minister vraagt dat hij op de hoogte zou worden gesteld van de misbruiken waarvan de leden kennis zouden hebben, opdat hij zijn diensten en gebeurlijk de diensten van het R. I. Z. I. V., zouden kunnen nagaan of de reglementering inzake terugbetaling en conventie nageleefd werden.

Vraag :

In Antwerpen bestaat een patiëntenbond die ongeveer 3 000 leden telt en die werkt een bijzonder tijdelijk kader van 4 personen, wier contract niet wordt verlengd. Indien deze verlenging wordt geweigerd, zal een amendement worden ingediend om aan deze bond een krediet te verlenen.

Antwoord :

Deze aangelegenheid ressorteert onder de bevoegdheid van de Minister van Tewerkstelling en Arbeid. De Minister zal hem verzoeken de nodige maatregelen te treffen omtrent de reconductie van het bijzonder tijdelijk kader.

K. Orde van de dierenartsen

Vraag :

Informatie wordt gevraagd over de werking, het activiteit en de werksfeer van de Orde van de dierenartsen.

Antwoord :

De Orde der dierenartsen ressorteert onder de bevoegdheid van de Minister van Landbouw. De vraag zal derhalve aan de Minister van Landbouw worden overgezonden.

Il serait souhaitable de mieux informer les médecins au sujet du prix et de l'efficacité des médicaments. Cette information ne pourrait-elle faire l'objet d'un fascicule ?

Réponse :

Le Ministre n'est pas convaincu de la nécessité de créer un nouvel organisme. Il estime, en outre, qu'il convient de tirer le meilleur profit des organismes existants en vue d'améliorer l'information.

J. Création d'associations de patients

Question :

Un gynécologue qui assurait la garde dans une maternité a assisté à onze accouchements en une nuit et a réclamé 8 000 F d'honoraires non déclarés par accouchement, soit un total de 88 000 F en une nuit.

Personne n'ose réagir contre de tels agissements.

La création d'associations de patients présente donc un intérêt évident.

Quelle est la position du département à ce sujet ?

Réponse :

Le Ministre demande à être informé de tout abus en matière de pratique-médicale dans un établissement hospitalier dont les membres auraient connaissance, afin qu'il puisse charger ses services ou éventuellement les services de l'I. N. A. M. I. de vérifier si la réglementation en matière de remboursement et de convention a été respectée.

Question :

Il existe à Anvers une association de patients qui compte quelque 3 000 affiliés et qui occupe quatre personnes du cadre spécial temporaire, dont on refuse de reconduire le contrat. A défaut de cette reconduction, un amendement sera déposé en vue d'accorder un subside à cette association.

Réponse :

Le Ministre demandera à son collègue de l'Emploi et du Travail qui a cette matière dans ses attributions de prendre les mesures nécessaires pour la reconduction du cadre spécial temporaire.

K. Ordre des vétérinaires

Question :

Un membre demande des informations au sujet du fonctionnement, du ressort et des activités de l'Ordre des vétérinaires.

Réponse :

Le Ministre transmettra la question à son collègue de l'Agriculture qui a l'Ordre des vétérinaires dans ses attributions.

L. Zelfmoorden

Vraag :

Het aantal zelfmoorden neemt gestadig toe.

De gekende cijfers, namelijk $\pm 1\ 600$ zelfmoorden per jaar, zouden aan de lage kant zijn. Men raamt het aantal zelfmoorden op 3 300 per jaar i.p.v. 1 600 en het aantal zelfmoordpogingen op tien maal meer.

Daar het aantal zelfmoorden een barometer is van onze samenleving wordt gevraagd of het departement dit probleem van nabij volgt en nadere toelichting hieromtrent kan verschaffen.

Antwoord :

Uit de cijfers van de jaren 1977, 1978 en 1979 (voor 1980 zijn nog geen cijfers voorhanden) blijkt dat het aantal zelfmoorden toeneemt. Het is juist dat de gespecialiseerde organen deze cijfers als een minimum aanzien, vooral wat betreft de zelfmoordpogingen.

	Mannen	Vrouwen
1977	1 201	679
1978	1 325 (10 % verhoging)	700 (2,5 % verhoging)
1979	1 369 (3,1 % verhoging)	762 (11 % verhoging)

Het probleem van de zelfmoorden wordt van zeer nabij gevolgd door het departement, vooral op het gebied van gespecialiseerde consultaties zoals tele-onthaal, de centra van preventie en van zelfmoord, de diensten voor geestelijke gezondheid, de psychiatrische diensten, de gespecialiseerde ziekenhuisdiensten, alsook S. O. S. jongeren.

Juistere gegevens zijn moeilijk zelfs onmogelijk te bekomen rekening houdend met het feit dat een aantal zelfmoorden niet als dusdanig maar wel als ongeval niet geregistreerd wordt.

4. Preventief gezondheidsbeleid

Vraag :

De investeringen inzake preventief gezondheidsbeleid zijn een besparing voor de toekomst want voorkomen is efficiënter dan genezen.

Een deel van deze sector blijft nationaal. Ziet de Minister daar ruimte voor een initiatief inzake coördinatie ?

* * *

Een informatiecampaagne zal worden aangekondigd inzake de strijd tegen het gebruik van drugs en alcohol, dat een schrijnend probleem is bij jongeren, vooral op private feestjes.

Er wordt aangedrongen op een meer doeltreffend beleid ter voorkoming van deze moderne plaag.

L. Suicides

Question :

Le nombre de suicides augmente régulièrement.

Le chiffre officiel, à savoir quelque 1 600 suicides par an, serait sous-évalué. Le chiffre réel serait de 3 300 l'an et les tentatives de suicide seraient dix fois plus nombreuses.

Le problème des suicides est considéré comme un baromètre de notre civilisation, aussi un membre demande-t-il si le département est attentif à cette situation et si le Ministre peut fournir des précisions à ce sujet.

Réponse :

Les chiffres des années 1977, 1978 et 1979 (ceux de 1980 ne sont pas encore connus) montrent une augmentation du nombre de suicides. Il est par ailleurs exact que les organismes spécialisés les tiennent pour des minima sur base d'une comparaison avec les tentatives de suicide.

	Hommes	Femmes
1977	1 201	679
1978	1 325 (soit 10 % d'augmentation)	700 (soit 2,5 % d'augmentation)
1979	1 369 (soit 3,1 % d'augmentation)	762 (soit 11 % d'augmentation)

Le problème du suicide est non seulement suivi de très près par le département surtout au niveau des consultations spécialisées telles que les télé-accueils et le centre de prévention du suicide, S. O. S. jeunes, services de la santé mentale, les services psychiatriques et services hospitaliers spécialisés.

Il est difficile, voire impossible, d'obtenir des renseignements plus précis, étant donné qu'un certain nombre de suicides ne sont pas enregistrés comme tels mais bien comme des accidents.

4. Politique préventive en matière de soins de santé

Question :

Les investissements dans le domaine des soins de santé préventifs constituent une économie pour l'avenir, car prévenir vaut mieux que guérir.

Une partie de ce secteur continue à relever de la compétence nationale. Le Ministre peut-il prendre une initiative en vue d'une coordination dans ce domaine ?

* * *

Une campagne d'information va être lancée dans le cadre de la lutte contre l'usage de la drogue et de l'alcool, qui constitue un problème brûlant pour la jeunesse, qui se pose surtout à l'occasion de fêtes privées.

Un membre insiste pour qu'une politique plus efficace soit menée dans le domaine de la prévention de ce mal du monde moderne.

Antwoord :

Dit probleem ressorteert voor een groot deel onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. Een coördinatie zal nochtans noodzakelijk blijven. Bij het drugprobleem zijn verschillende departementen betrokken nl. Justitie, Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid. Bovendien moeten op internationaal niveau overeenkomsten worden gesloten ter voorkoming en bestrijding van druggebruik.

België maakt deel uit van de (werk)groep Pompidou en de stand van zaken i.v.m. internationale drugbestrijding zal worden gepreciseerd.

Vraag :

Voor het personeel en de centrale administratie van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn werd een overschot van 70 miljoen verwacht in 1980.

Uiteindelijk blijkt dat er geen overschot zal zijn. Is het mogelijk de begroting aan te passen ?

Antwoord :

De begroting kan niet worden aangepast zoals gevraagd.

Toch moet een onderscheid worden gemaakt tussen twee soorten overdrachten :

— de overdracht van het begrotingssaldo van 1980 naar de begroting voor 1981, zal worden toegestaan door een bepaling in het bijblad van 1980;

— het niet gebruikte saldo van het begrotingskrediet voor 1979 van het N. W. K. kan niet worden overgedragen.

Niettemin moet een nog vast te stellen algemeen krediet worden besproken voor alle personaliseerbare aangelegenheden, waarvoor het krediet voor 1980 opnieuw op de nationale begroting werd uitgetrokken onder afdeling 61, artikel 01.01.

Vraag :

Uit de personeelsformatie van het Instituut voor hygiëne en epidemiologie blijkt dat een groot percentage van het personeel tijdelijk is. Het lijkt noodzakelijk die formatie op een goede manier te structureren.

Antwoord :

De oplossing van dit probleem bij het I. H. E. kende een zekere vertraging omdat er betwisting was inzake bevoegdheid.

Er is besloten dat het I. H. E. nationaal blijft.

De werking van de jury, bestaande uit wetenschapslui, die een rangorde geeft aan de kandidaten, lijkt een goede methode.

Het probleem zal nader bekeken en onderzocht worden.

Réponse :

Ce problème relève en grande partie de la compétence des communautés. Une coordination restera cependant nécessaire. Le problème de la drogue intéresse plusieurs départements, à savoir la Justice, l'Intérieur et la Santé publique. En outre, il est indispensable que des accords soient conclus au plan international en vue de prévenir et de combattre l'usage de stupéfiants.

La Belgique est associée au « groupe (de travail) Pompidou » et la situation dans le domaine de la lutte qui est menée au niveau international contre le trafic et l'usage de stupéfiants sera précisée.

Question :

Un excédent de 70 millions était prévu pour 1980 en faveur du personnel et de l'administration centrale de l'Œuvre nationale de l'Enfance.

Il apparaît en définitive qu'il n'y aura aucun excédent. Est-il possible de procéder à un ajustement du budget ?

Réponse :

Il n'est pas possible d'ajuster le budget dans le sens demandé.

Il convient toutefois de distinguer deux sortes de report :

— le report du solde du budget de 1980 au budget de 1981 sera autorisé par une disposition dans l'ajustement budgétaire de 1980;

— le solde non utilisé du crédit budgétaire de 1979 à l'O. N. E. ne peut être reporté.

Toutefois, le crédit global encore à déterminer sera examiné pour l'ensemble des matières personnalisables, dont le crédit pour 1980 a été réinscrit au budget national à la section 61, sous l'article 01.01.

Question :

A l'examen du cadre du personnel de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie, il apparaît qu'un pourcentage important de ce personnel est engagé à titre temporaire. Il semble nécessaire de donner à ce cadre une structure appropriée.

Réponse :

La solution du problème du cadre de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie a été quelque peu retardée par suite d'un litige relatif aux compétences.

Il a été décidé que l'Institut resterait national.

Le mode de fonctionnement du jury, qui est composé de scientifiques et détermine l'ordre des candidats, paraît judicieux.

Le problème du cadre fera l'objet d'un examen plus approfondi.

5. Voedingsmiddelen en vleeshandel

Vraag :

Door de middenstandsorganisatie werd aangedrongen op de uitbreiding van de commissie advies inzake voedingsmiddelen met vertegenwoordigers van de middenstand.

Wat zijn de inzichten hieromtrent ?

Antwoord :

Een koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 5 december 1977 tot regeling van de samenstelling en de werking van de commissie van advies inzake voedingsmiddelen is in voorbereiding en zal eerstdaags getroffen worden.

Vraag :

1) Kan kennis worden genomen van het verslag van de eetwareninspectie voor het jaar 1980 ?

2) Is men zinnens maatregelen te nemen ter intensifiëring van de controle op de eetwaren ?

3) De overtredingen in verband met het gebruik van kleurstoffen zijn frekwent. Worden er hieromtrent maatregelen overwogen ?

Antwoord :

1) Het jaarverslag van 1980 met betrekking tot de eetwaren is nog niet opgesteld. Een gedeelte van de analyseuitslagen ontbreekt nog en de evaluatie van alle resultaten zal nog enkele maanden vergen. Zodra dit verslag gedrukt is zal het, zoals verleden jaar, onder meer aan de leden van de Commissies voor de Volksgezondheid van Kamer en Senaat worden overgezonden.

2) Met de thans beschikbare middelen is het onmogelijk de controle nog meer te intensifiëren. De geprogrammeerde monsternemingen, zoals ze thans gebeuren, zijn aan een plafond gekomen, zowel wegens de beschikbare kredieten als wegens een acuut personeelsgebrek. Alleen een aanpassing van de personeelsformatie zou een verdere intensifiëring kunnen toelaten.

3) Vermits de analyseresultaten nog niet volledig geëvalueerd zijn kunnen nog geen exacte cijfers worden medegedeeld. Maar het aantal overtredingen met betrekking tot kleurstoffen is niet zo groot als door sommigen aangenomen wordt. In 1980 werden ongeveer 150 processen-verbaal opgesteld, waarvan verschillende omwille van overtredingen voor een totaal van 40 ton uit de handel genomen, waarvan ongeveer 14 ton kleurstoffen.

Vraag :

Er werd reeds herhaaldelijk geantwoord op parlementaire vragen dat het de bedoeling was het personeel voor de inspectie van de controle op voedingswaren uit te breiden.

Is dit gebeurd en in welke mate ?

Antwoord :

Een ontwerp betreffende de personeelsformatie is voorgelegd aan de inspecteur van Financiën. De budgettaire weerslag ervan zou ongeveer 25 miljoen bedragen. De goedkeu-

5. Denrées alimentaires et commerce des viandes

Question :

Les organisations des classes moyennes demandent l'élargissement à des représentants des classes moyennes de la commission consultative en matière de denrées alimentaires.

Quelles sont les intentions du Ministre à ce sujet ?

Réponse :

Un arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 5 décembre 1977 réglant la composition et le fonctionnement de la commission consultative en matière de denrées alimentaires est en préparation et sera pris très prochainement.

Question :

1) Serait-il possible de prendre connaissance du rapport de l'inspection des denrées alimentaires pour l'année 1980 ?

2) Des mesures seront-elles prises en vue d'intensifier le contrôle des denrées alimentaires ?

3) Les infractions en matière d'utilisation de colorants sont fréquentes. Des mesures sont-elles envisagées dans ce domaine ?

Réponse :

1) Le rapport annuel relatif aux denrées alimentaires pour l'année 1980 n'a pas encore été établi. Une partie des résultats des analyses fait encore défaut et l'évaluation de l'ensemble des résultats prendra encore quelques mois. Dès qu'il sera imprimé, ce rapport sera transmis, comme l'année passée, à tous les membres des Commissions de la Santé publique de la Chambre et du Sénat.

2) Compte tenu des moyens disponibles à l'heure actuelle, il est impossible d'intensifier encore le contrôle. Pratiques comme elles le sont actuellement, les prises d'échantillons programmées ont atteint un plafond, compte tenu aussi bien des crédits disponibles que de la pénurie aiguë de personnel. Seul l'ajustement des cadres permettrait d'intensifier le contrôle.

3) Etant donné que les résultats des analyses n'ont pas encore été évalués dans leur intégralité, aucun chiffre exact ne peut encore être donné. Cependant le nombre des infractions en matière de colorants n'est pas aussi élevé que certains veulent le dire. En 1980, quelque 150 procès-verbaux ont été dressés, dont plusieurs pour motif d'infraction en matière de colorants. Plusieurs stocks totalisant 40 tonnes, dont environ 14 tonnes de colorants, ont été retirés du commerce.

Question :

En réponse à des questions parlementaires, l'intention d'augmenter le personnel de l'inspection des denrées alimentaires a été exprimée à plusieurs reprises.

Cette augmentation a-t-elle eu lieu et, dans l'affirmative, quelle a été son importance ?

Réponse :

Un projet de cadre est actuellement soumis à l'inspecteur des Finances. Son incidence budgétaire serait de quelque 25 millions de F. Son approbation constitue un point de

ring ervan is een beleidspunt binnen het budgettair beleid, niet alleen van het departement maar van de Regering. Aan de Regering zal gevraagd worden om in het kader van de begroting 1982 dit probleem als prioritair te beschouwen.

Ondertussen zal alles in het werk worden gesteld om het ontwerp van personeelsformatie door de departementen van Openbaar Ambt en van Begroting te doen aanvaarden.

Vraag :

Welke is de huidige stand van zaken i.v.m. het wetsontwerp op de veterinaire keuring (Doc. Kamer n° 499/1 van 1979-1980) ?

Welke is de toestand inzake de bevoegdheidsproblemen tussen de departementen van Volksgezondheid en Landbouw ?

Antwoord :

De problemen in verband met de bevoegdheden tussen de departementen van Volksgezondheid en Landbouw maken het voorwerp uit van discussies op het niveau van de respectievelijke kabinetten.

Vraag :

De veterinaire keuring moet onder de bevoegdheid blijven ressorteren van de Minister van Volksgezondheid. De controle op de voedingswaren moet bij de produktie gebeuren en niet bij het gebruik.

Inzake de bestrijding van het gebruik van hormonen, kan het departement van Volksgezondheid niet positief optreden door het invoeren van een kwaliteitslabel voor de produkten zonder hormonen ?

Antwoord :

Wat de controle op de hormonen betreft heeft België een strenge wetgeving in vergelijking met die van andere landen, zodat buitenlandse producenten bevoordeligd zijn.

De toepassing van de wetgeving kan echter onvoldoende verzekerd worden, daar de onderzoeken technisch ingewikkeld en tijdrovend zijn.

Dit zijn problemen waar op het niveau van de E. G. gemeenschappelijke standpunten en maatregelen moeten genomen worden.

De Minister staat aarzelend tegenover de invoering van een kwaliteitslabel voor vlees dat niet met hormonen behandeld is : de toekenning ervan stuit op dezelfde praktische moeilijkheden van controle als die welke men nu ondervindt.

Vraag :

Door het slechts sporadisch spoelen van de leidingen die gebruikt worden voor het aftappen van bier, zouden onhygiënische toestanden geschapen worden.

Zou terzake geen reglementering moeten worden uitgevaardigd ?

Antwoord :

In artikel 9, § 1, 3°, van het koninklijk besluit van 13 november 1978 betreffende de hygiëne bij de fabricage

la politique budgétaire, non seulement du département mais encore du Gouvernement. La proposition sera faite au Gouvernement de considérer ce problème comme prioritaire dans le budget de 1982.

Entre-temps, tout sera mis en œuvre pour faire adopter le projet de cadre par les départements de la Fonction publique et du Budget.

Question :

Quel est l'état d'avancement du projet de loi relatif à l'expertise vétérinaire (Doc. Chambre, n° 449/1 de 1979-1980) ?

Quelle est la situation en ce qui concerne les problèmes de compétence entre les départements de la Santé publique et de l'Agriculture ?

Réponse :

Les problèmes de compétence entre les départements de la Santé publique et de l'Agriculture font l'objet de discussions entre les cabinets.

Question :

L'expertise vétérinaire doit rester de la compétence du Ministre de la Santé publique. Le contrôle des denrées alimentaires doit se faire au stade de la production et non à celui de la consommation.

Le département ne peut-il intervenir de manière positive dans la lutte contre l'utilisation d'hormones en créant un label de qualité pour les produits sans hormones ?

Réponse :

Pour ce qui est du contrôle des hormones, la législation belge est sévère par rapport à celle d'autres pays, à telle enseigne que les producteurs étrangers se trouvent avantagés.

Il est cependant possible que l'application de notre législation soit insuffisamment assurée, étant donné que les examens sont compliqués du point de vue technique et qu'ils prennent beaucoup de temps.

Il s'agit là de problèmes nécessitant des options et des mesures communes au niveau de la C. E. E.

Le Ministre hésite quant à l'instauration d'un label de qualité pour les viandes qui n'ont pas été traitées aux hormones : l'attribution d'un tel label se heurte en matière de contrôle aux mêmes difficultés pratiques que celles, qui sont éprouvées à l'heure actuelle.

Question :

Il est antihygiénique de ne pas rincer régulièrement les conduits destinés au soutirage de la bière.

Ne faudrait-il pas prévoir une réglementation dans ce domaine ?

Réponse :

L'article 9, § 1, 3°, de l'arrêté royal du 13 novembre 1978 relatif à l'hygiène en cours de fabrication et lors du

van en de handel in voedingsmiddelen zijn hygiënevoorschriften opgenomen die o.m. bepalen dat tapkranen en leidingen van bier alsook het meubilair in goede staat van onderhoud gehouden moeten worden en geregeld gereinigd moeten worden.

De eetwareninspectie heeft tijdens een geprogrammeerde controle op naleving van deze bepalingen de volgende vaststellingen gedaan: op 15 monsters bier van de tap gaven de bacteriologische analyses het volgende resultaat: 12 monsters werden deugdelijk bevonden en in 3 monsters waren gisten en schimmels aanwezig (deze wijzen op onhygiënische praktijken).

6. Maatschappelijk welzijn

Vraag :

1) Wanneer wordt het wetsontwerp ingediend dat de Minister had aangekondigd om de organieke wet op de O. C. M. W.'s van 8 juli 1976 en met name artikel 98 aan te passen?

2) De Minister kondigt een verhoging aan van de bedragen van het bestaansminimum per 1 januari 1980. Heeft het wel zin om zulks met terugwerkende kracht te laten gebeuren?

Hoe zal dat praktisch worden uitgevoerd?

Antwoord :

1) De voorstellen tot wijziging van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn werden in eerste lezing besproken door de Hoge Raad voor de Onderstand en het Maatschappelijk dienstbetoon.

Eerlang zal een tweede lezing van bedoelde voorstellen plaatshebben.

Het ontwerp van koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 98 van de voormelde wet van 8 juli 1976 werd voor advies overgelegd aan de Raad van State.

2) De terugwerkende kracht tot 1 januari 1980 van de verhoging van de basisbedragen van het bestaansminimum werd door de Regering beslist in het kader van haar beleid ten gunste van de minstbedeelden.

Vraag :

De O. C. M. W.'s zijn overstelpt omdat alle andere diensten de sociale vergoedingen met vertraging uitbetalen (gezinsbijslagen, vergoedingen voor werkloosheid, invaliditeit, arbeidsongevallen enz...). De O. C. M. W.'s wordt dan gevraagd om voorschotten toe te staan waardoor ze zich dan weer vaak genoopt zien om een voorafgaand onderzoek in te stellen.

Hoe kan dat worden verholpen?

Antwoord :

De overlast waarmee de O. C. M. W.'s te kampen hebben doordat de verschillende verantwoordelijke diensten de sociale vergoedingen met vertraging uitbetalen, kan alleen worden opgevangen door een snellere werking van deze diensten. Daartoe kan worden bijgedragen door meer computers in gebruik te nemen.

In de meeste dergelijke gevallen houdt de procedure een medisch onderzoek in. In vele takken wordt ook een onderzoek naar de bestaansmiddelen ingesteld (gewaarborgd minimum en vergoedingen voor minder-validen).

Die onderzoeken vergen een zekere tijd.

commerce des denrées alimentaires comporte des prescriptions d'hygiène prévoyant notamment que les robinets et conduits de soutirage de la bière, de même que le mobilier doivent être maintenus en parfait état d'entretien et nettoyés régulièrement.

Lors d'un contrôle programmé de l'observation de ces dispositions, l'inspection des denrées alimentaires a fait les constatations suivantes: sur 15 échantillons de bière à la pression, les analyses bactériologiques ont donné les résultats suivants: 12 échantillons se sont avérés de bonne qualité, tandis que 3 échantillons présentaient des levures et des moisissures (ce qui dénote des pratiques antihygiéniques).

6. Bien-être social

Question :

1) Quand sera déposé le projet de loi qui avait été annoncé par le Ministre pour adapter la loi organique des C. P. A. S. du 8 juillet 1976 et notamment son article 98?

2) Le Ministre annonce un relèvement des montants du minimum de moyens d'existence au 1^{er} janvier 1980. Cela a-t-il un sens de l'instaurer rétroactivement?

Comment cela va-t-il se faire dans la pratique?

Réponse :

1) Les propositions modifiant la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale ont été discutées en première lecture par le Conseil supérieur de l'Assistance et du Service social.

Il sera procédé incessamment à une deuxième lecture des propositions concernées.

Le projet d'arrêté royal à prendre en exécution de l'article 98 de la loi prénommée du 8 juillet 1976, a été soumis pour avis au Conseil d'Etat.

2) L'effet rétroactif au 1^{er} janvier 1980 de l'augmentation des montants de base du minimum de moyens d'existence résulte d'une décision prise par le Gouvernement dans le cadre de sa politique en faveur des plus défavorisés.

Question :

Les C. P. A. S. sont encombrés par le retard de tous les autres services dans le paiement des indemnités sociales (allocations familiales, de chômage, d'invalidité, d'accident de travail, etc...). Les C. P. A. S. sont alors sollicités d'accorder des avances, ce qui les oblige souvent à une enquête préalable.

Comment remédier à cette situation?

Réponse :

Le remède aux encombrements dont seraient victimes les C. P. A. S. en raison du retard apporté dans le paiement des indemnités sociales par les divers services responsables, réside exclusivement dans l'accélération du fonctionnement de ces divers services. La généralisation des ordinateurs pourra y contribuer.

La procédure à suivre dans la plupart de ces cas prévoit des examens médicaux. Dans plusieurs secteurs, (minimum garanti et allocations aux handicapés), un examen des ressources est également réalisé.

La réalisation de ces examens nécessite donc un certain délai.

Vraag :

Het gebeurt dat minderjarige kinderen zich uit eigen beweging melden om in een tehuis te worden geplaatst. Is het normaal dat het O. C. M. W. voor dergelijke plaatsingen moet instaan ?

Antwoord :

Op het gebied van sociale bijstand heeft het O. C. M. W. tot algemene taak om iedereen een menswaardig bestaan te verzekeren.

Artikel 60, § 1, van de organieke wet op de O. C. M. W.'s bepaalt evenwel dat het Centrum indien nodig pas kan optreden na een sociaal onderzoek dat uitloopt op een duidelijke diagnose over de vraag of en in hoeverre er behoefte is aan hulp en waarin de meest geschikte middelen worden voorgesteld om daarin te voorzien. Aangezien dus alle gevallen verschillend zijn, met name inzake de plaatsing van een kind in een tehuis, — wat een extreme oplossing is — moet het O. C. M. W. eerst bepalen welke hulp dat kind behoeft.

In één bepaald geval nochtans wordt de taak van het O. C. M. W. omschreven : het staat in voor de bewaking van de minderjarige over wie geen enkele persoon het ouderlijke gezag noch de voogdij of de materiële bewaring heeft (art. 63 van de voormelde wet).

Vraag :

Ressorteert de organisatie van de O. C. M. W. onder de gemeenschapsministers of onder de nationale Minister ?

Antwoord :

Zoals de vraag is gesteld, moet worden opgemerkt dat de nationale Minister bevoegd is inzake de bepalingen in verband met de organisatie van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Uit artikel 5, § 1, II, 2°, van de bijzondere wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980 blijkt namelijk dat « de regelen tot inrichting van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn » geen persoonsgebonden aanlegenheden zijn.

Aangezien zich evenwel qua interpretatie bepaalde grensgevallen kunnen voordoen, zal het advies van de Raad van State worden gevraagd over de juiste draagwijdte van die bepaling.

*Vraag :**Speciaal Onderstandsfonds*

Een onderzoek naar de werking van het speciaal Onderstandsfonds is wenselijk. Welke rol spelen de provinciale commissies nog ? Is de uitkering van presentiegelden nog verantwoord ?

In deze commissies wordt geen sociaal beleid gevoerd, bestaat er geen coördinatie met de sociale diensten en ontstaan belangrijke vertragingen in de afhandeling van de dossiers om daar het onderzoek ervan soms, ten huize van de leden gebeurt van de commissies.

Deze commissies hebben een louter administratieve functie. Welke maatregelen overweegt het departement terzake ?

Antwoord :

Sedert de uitbreiding van de ten laste neming door de ziekteverzekering van de onderhoudskosten van de geestes-

Question :

Il arrive que des enfants mineurs se présentent spontanément pour placement dans un home. Est-il normal que le C. P. A. S. doive intervenir pour de tels placements ?

Réponse :

Selon la mission générale qui lui a été attribuée en matière d'aide sociale, le C. P. A. S. doit intervenir pour permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine.

L'article 60, § 1, de la loi organique des C. P. A. S. précise toutefois que, si nécessaire, l'intervention du centre est précédée d'une enquête sociale, se terminant par un diagnostic précis sur l'existence et l'étendue du besoin d'aide et proposant les moyens les plus appropriés d'y faire face. Ainsi, chaque cas étant différent, notamment en matière de placement d'enfant dans un home — qui est une solution extrême —, le C. P. A. S. doit d'abord préciser le besoin d'aide de l'enfant.

Dans un cas toutefois, le C. P. A. S. voit son rôle précisé : vis-à-vis du mineur d'âge à l'égard duquel personne n'est investi de l'autorité parentale ou n'exerce la tutelle ou la garde matérielle, il doit assurer cette garde (art. 63 de la loi précitée).

Question :

L'organisation des C. P. A. S. relève-t-elle des Ministres communautaires ou du Ministre national ?

Réponse :

Telle que la question est posée, il y a lieu de considérer que c'est le Ministre national qui est compétent en ce qui concerne les dispositions relatives à l'organisation des centres publics d'aide sociale.

En effet, il résulte de l'article 5, § 1, II, 2°, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 que les « règles organiques des centres publics d'aide sociale » ne constituent pas des matières personnalisables.

Toutefois, comme certains cas-limites d'interprétation peuvent surgir à cet égard, l'avis du Conseil d'Etat sera demandé sur la portée exacte de cette disposition.

*Question :**Fonds spécial d'assistance*

Il serait souhaitable de mener une enquête sur le fonctionnement du Fonds spécial d'assistance. Quel rôle assument encore les commissions provinciales ? Le paiement de jetons de présence se justifie-t-il encore ?

Ces commissions se signalent par l'absence de toute politique sociale, par un manque total de coordination avec les services sociaux en raison du fait que ceux-ci sont parfois examinés à domicile par les membres des commissions.

Ces commissions ont une fonction purement administrative. Quelles sont les mesures envisagées par le département dans ce domaine ?

Réponse :

Depuis que l'assurance contre la maladie a été élargie par la prise en charge des frais d'entretien des malades mentaux

zieken opgenomen in psychiatrische inrichtingen, heeft het Speciaal Onderstandsfonds inderdaad veel van haar belang verloren.

Uiteraard zijn de werkzaamheden van de adviserende commissies dan ook sterk verminderd.

Niettemin kan aan hun werking niet voorbijgegaan worden, aangezien deze bij de wet geregeld is.

Het is de Minister evenwel niet bekend dat de dossiers ten huize van de leden worden bezorgd om er te worden afgehandeld.

De hervorming van het Speciaal Onderstandsfonds zal echter aan een grondige studie onderworpen worden.

Vraag :

Men beweert dat slechts een klein deel van de marginalen (20 tot 50 %) aanspraak maken op het bestaansminimum waarop ze recht hebben; de reden is de onwetendheid.

Kan er geen planmatige opsporing gebeuren door de O. C. M. W. ?

Is er geen regeling te voorzien zodat deze marginalen automatisch zouden krijgen waarop ze recht hebben ?

Antwoord :

Dat de opsporing van eventuele rechthebbenden ook door de O. C. M. W.'s zelf dient te gebeuren, is voorzien in de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum, meer bepaald in artikel 7, § 1 dat bepaalt : « Het bestaansminimum wordt, hetzij op aanvraag van de betrokkene, hetzij ambtshalve toegekend... ».

In een eerste omzendbrief, waarbij de wettelijke en reglementaire bepalingen betreffende het bestaansminimum nader worden uitgelegd, stelde de vorige Minister aldus dat het aan de commissie van openbare onderstand behoort aandacht te schenken aan elke toestand die haar tussenkomst kan rechtvaardigen in het raam van de wet en dat zij niet alleen de gevallen moet onderzoeken die door de belanghebbende zelf bij haar aanhangig worden gemaakt, maar ambtshalve eveneens de gevallen die zij kent of haar ter kennis worden gebracht door derden of op gelijk welke wijze.

In een volgende omzendbrief werd nogmaals benadrukt dat de taak van de C. O. O.'s niet mag beperkt blijven tot het behandelen van de aanvragen die zij ontvangen; zij moeten ook actief medewerken opdat aan de wet in hun eigen gemeente voldoende ruchtbaarheid zou worden gegeven. Zij moeten eventueel zelf, in een geest van progressieve sociale dienstverlening, de gevallen opsporen die voor het toekennen van een bestaansminimum in aanmerking kunnen komen.

De besturen werden bijgevolg op hun verantwoordelijkheid terzake gewezen. Daarnaast werd de inspectiedienst opdracht gegeven met de C. O. O.'s contact op te nemen om concrete maatregelen uit te werken inzake inlichting van de plaatselijke bevolking en opsporing van mogelijke rechthebbenden.

Deze maatregelen hebben ertoe geleid dat, na de onvermijdelijke inlooperperiode en na de aan vertraagde activiteit — te wijten aan de inrichting van de O. C. M. W.'s bij de fusies van de gemeenten — de meerderheid der marginalen wel bereikt werd gedurende de laatste jaren van de toepassing van de wet.

Inderdaad, sinds 1975 hebben reeds circa 70 000 personen gedurende kortere of langere periodes van dit sociale recht gebruik gemaakt. En, zoals gezegd in de beleidsnota, werden als basis voor de begroting 1981, 20 610 begunstigen weerhouden en een verdere aangroei van dit aantal met vijf procent. Deze cijfers tonen aan dat de onwetendheid omtrent het bestaan van dit recht thans minimaal te noemen is.

placés dans des établissements psychiatriques, le Fonds spécial d'assistance a effectivement perdu beaucoup de son importance.

Par conséquent, les activités des commissions consultatives ont considérablement diminué.

Néanmoins, comme leur mission est réglée par la loi, on doit y avoir recours.

Le Ministre ignore si des dossiers sont traités à domicile par des membres de ces commissions.

La réforme du Fonds spécial d'assistance sera toutefois soumise à une étude approfondie.

Question :

Seuls un petit nombre de marginaux (20 à 50 %) demanderait à bénéficier du minimum de moyens d'existence auquel ils ont droit, tout simplement par manque d'information.

Les C. P. A. S. ne pourraient-ils pas rechercher systématiquement les ayants droit ?

Ne serait-il pas possible de prévoir un régime accordant d'office cette prestation aux marginaux ?

Réponse :

La loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence et notamment son article 7, § 1, qui dispose que « le minimum de moyens d'existence est accordé, soit à la demande de l'intéressé, soit d'office... » prévoient que les C. P. A. S. eux-mêmes doivent rechercher des ayants droit éventuels.

Précisant dans une première circulaire les dispositions légales et réglementaires, le Ministre précédent a indiqué que la commission d'assistance publique se doit d'être attentive à toute situation qui justifierait son intervention dans le cadre de la loi et qu'elle a à examiner non seulement les cas dont elle est saisie par l'intéressé lui-même mais aussi d'office les cas qui lui sont connus ou qui sont portés à sa connaissance par des tierces personnes ou de quelque manière que ce soit.

Une circulaire ultérieure souligne une nouvelle fois que la mission des C. A. P. ne se limite pas à traiter les demandes, mais consiste également à faire connaître de manière suffisante dans leur commune l'existence de la loi. Eventuellement, il leur appartient même, et ce dans un esprit progressiste d'assistance sociale, de rechercher les cas qui peuvent justifier l'octroi du minimum de moyens d'existence.

Les administrations ont donc été suffisamment instruites de leur responsabilité en la matière. En outre, le service d'inspection a été chargé de prendre contact avec les C. A. P. afin d'élaborer des mesures concrètes permettant d'informer la population locale et de rechercher les ayants droit éventuels.

Après la période de rodage inévitable et le retard encouru à cause de la création des C. P. A. S. survenue en même temps que la fusion des communes, les mesures qui ont été prises ont permis d'atteindre la majorité des marginaux au cours des dernières années d'application de la loi.

En effet, depuis 1975 environ 70 000 personnes ont bénéficié de ce droit social pendant des périodes plus ou moins longues. Comme la note de gestion le rappelait, le nombre de 20 610 bénéficiaires a été retenu pour l'établissement du budget 1981 tandis qu'un accroissement de ce nombre de cinq pour cent est prévu. Ces chiffres démontrent que le manque d'information quant à l'existence de ce droit peut être considéré comme très peu important.

Alleszins lijkt het gepast om, in het licht van de bereikte resultaten en met verwijzing naar de plaatselijke situatie, de O. C. M. W.'s zelf de vrijheid de middelen te laten kiezen om de rechthebbenden op te sporen.

Vraag :

1) De uitvoering van de wet op het bestaansminimum laat te wensen over, want het onderzoek naar de bestaansmiddelen moet voor elk geval worden ingesteld zodat de maatschappelijk assistenten overbelast zijn. Het begrip « menselijke waardigheid » is vaag en de uitgekeerde bedragen zijn doorgaans ontoereikend om daarmee een waardig bestaan te leiden.

2) Welke verplichtingen heeft het O. C. M. W. tegenover de gerechtelijke overheid indien naar aanleiding van het onderzoek naar de bestaansmiddelen overtredingen worden vastgesteld ?

Zijn zij gebonden door het beroepsgeheim ?

Antwoord :

1) Krachtens artikel 8, § 1, van de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum hebben de openbare centra voor maatschappelijk welzijn de mogelijkheid en niet de verplichting een sociaal onderzoek te bevelen met het oog op de toekenning van het bestaansminimum of met het oog op de herziening of de intrekking van een desbetreffende beslissing.

Ondanks de huidige economische crisis en de daarmee samenhangende begrotingsbeperkingen heeft de Regering altijd voorrang verleend aan de verbetering van de levensstandaard van de minstbedeelden en meer in het bijzonder van de minder-validen, de kleine gepensioneerden en de personen die een gewaarborgd inkomen voor bejaarden en een bestaansminimum genieten.

Sinds 1 januari 1975, datum waarop de wet van 7 augustus 1974 in werking is getreden, tot 1 januari 1981, zijn de bedragen van de vergoeding ten gevolge van de indexaanpassingen en de verhogingen van het basisbedrag waartoe de Regering heeft besloten, gestegen van 64 469 F tot 160 707 F voor echtgenoten, van 46 981 F tot 115 707 F voor een alleenstaande en van 32 235 F tot 80 357 F voor een samenwonende.

2) De vraag betreffende het beroepsgeheim waartoe de centra voor maatschappelijk welzijn ten opzichte van de gerechtelijke overheid zijn gehouden indien naar aanleiding van een sociaal onderzoek een misdrijf wordt vastgesteld, is een principeel vraagstuk dat een grondige juridische studie door de administratie zal vergen.

Vraag :

1981 werd tot jaar van de minder-validen uitgeroepen.

Welk initiatief zullen de departementen van Volksgezondheid en van Sociale Voorzorg ter zake nemen ?

Antwoord :

Het beleid inzake minder-validen is krachtens artikel 5, § 1, van de bijzondere wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980 een persoonsgebonden aangelegenheid, die dus niet langer tot de bevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid behoort.

De initiatieven die in het kader van het jaar van de minder-validen zijn genomen of zullen worden genomen, vallen bijgevolg onder de verantwoordelijkheid van de Ministers en Staatssecretarissen van de Gemeenschappen.

A la lumière des résultats obtenus et compte tenu de la situation locale, il semble de toute manière indiqué de laisser aux C. P. A. S. le libre choix des moyens permettant de rechercher les ayants droit éventuels.

Question :

1) L'exécution de la loi relative au minimum de moyens d'existence laisse à désirer car l'enquête sociale est de rigueur dans chaque cas, ce qui surcharge les assistant(e)s sociaux (sociales). La notion de « dignité humaine » est vague et les montants alloués sont généralement insuffisants pour mener une existence qui y soit conforme.

2) Quels sont les obligations des C. P. A. S. vis-à-vis des autorités judiciaires en cas de découverte de délits à l'occasion de l'enquête sociale ?

Sont-ils tenus au secret professionnel ?

Réponse :

1) En application de l'article 8, § 1, de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence, les centres publics d'aide sociale ont la faculté et non l'obligation d'ordonner une enquête sociale en vue de l'octroi d'un minimum de moyens d'existence ou de la révision ou du retrait d'une décision y relative.

Malgré la crise économique actuelle et les restrictions budgétaires qu'elle impose, le Gouvernement a toujours donné la priorité à l'amélioration du niveau de vie des plus défavorisés sur le plan financier et plus particulièrement des handicapés, des petits pensionnés et des bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées et du minimum de moyens d'existence.

Du 1^{er} janvier 1975, date d'entrée en vigueur de la loi du 7 août 1974, au 1^{er} janvier 1981, les montants de l'allocation sont passés, en raison de l'adaptation à l'index et des majorations du montant de base décidées par le Gouvernement, de 64 469 F pour les conjoints à 160 707 F, de 46 981 F pour une personne isolée à 115 707 F, de 32 235 F pour une personne cohabitante à 80 357 F.

2) La question relative au secret professionnel auquel pourraient être tenus les centres publics d'aide sociale vis-à-vis des autorités judiciaires en cas de découverte de délits à l'occasion de l'enquête sociale pose une question de principe qui va nécessiter une étude juridique approfondie de la part de l'administration.

Question :

L'année 1981 a été proclamée l'année des handicapés.

Quelle initiative les départements de la Santé publique et de la Prévoyance sociale comptent-ils prendre à ce sujet ?

Réponse :

La politique des handicapés est en vertu de l'article 5, § 1, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 une matière personnalisable, qui, à ce titre, ne ressortit plus à la compétence du Ministre de la Santé publique.

Des initiatives prises ou à prendre dans le cadre de l'année des handicapés relèvent dès lors de la responsabilité des ministres et secrétaires d'Etat communautaires.

Vraag :

Hoe kan worden vermeden dat diverse sociale assistenten die tot verschillende diensten behoren, zich bezig houden met één en dezelfde persoon.

Antwoord :

Het probleem van de coördinatie van het maatschappelijk werk tussen diverse diensten zou een oplossing moeten kunnen vinden dank zij het initiatief van het O. C. M. W., dat aan de instellingen en diensten van maatschappelijk werk binnen zijn ressort kan voorstellen een comité tot stand te brengen, waarin de maatschappelijk werkers hun werkzaamheden kunnen coördineren en overleg plegen over de individuele of collectieve behoeften en de middelen om daarin te voorzien (art. 62 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn).

Dit werd trouwens gepreciseerd in een omzendbrief van de Staatssecretaris voor de Vlaamse Gemeenschap, D. Coens, d.d. 7 november 1979, waarin is bepaald dat « deze samenwerking en coördinatie onmisbaar zijn, maar ongelukkig in de praktijk niet bestaan ».

Het overleg moet niet alleen op het niveau van de maatschappelijk werkers, maar ook op dat van de personen die verantwoordelijk zijn voor de politieke maatschappelijk hulpverlening, worden gepleegd.

Vraag :

Waarin bestaat het werk van de gezinshelpsters ?

Antwoord :

De taken van de gezinshelpster worden omschreven in het statuut van de gezinshelpster, zoals dat bij ministerieel besluit van 6 april 1967 werd goedgekeurd (*Belgisch Staatsblad* van 27 april 1967).

In dat statuut worden de taken van de gezinshelpster als volgt bepaald :

De gezinshelpster is de medewerkster van het gezin. Zij draagt bij tot het instandhouden of herstellen van het gezinsleven.

Haar opdracht bestaat erin het normale werk van de huismoeder in het gezin geheel of gedeeltelijk te verrichten, voor zover deze zelf hiervoor normaal niet meer kan instaan.

Zij vervult de gewone gezins- en huishoudelijke taken, o.a. verzorging en toezicht van de kinderen, koken, dagelijks onderhoud van de woning, kleine was, strijk, verstellen.

Bovendien zal de gezinshelpster zo nodig ook het gezin moreel en sociaal helpen, inzonderheid door het te oriënteren naar de bevoegde instanties.

7. Sport**Vraag :**

Artikel 11 van het koninklijk besluit van 14 februari 1974 voorzag twee wielervedstrijden per week voor jeugdige renners en de mogelijkheid van een derde wedstrijd mits gunstig advies van een erkend gespecialiseerd sportcentrum.

Question :

Comment éviter que plusieurs assistantes sociales de services différents prennent en charge une même personne ?

Réponse :

Le problème de la coordination du travail social entre différents services devrait trouver une réponse dans l'initiative du C. P. A. S. de proposer aux institutions et services déployant dans le ressort du centre une activité sociale, de créer avec eux un comité où les travailleurs sociaux pourraient coordonner leur action et se concerter sur les besoins individuels ou collectifs et les moyens d'y répondre (art. 62 de la loi du 8 juillet 1976, organique des C. P. A. S.).

Ceci a d'ailleurs été précisé dans une circulaire du Secrétaire d'Etat à la Communauté et à la Région flamande, M. D. Coens, en date du 7 novembre 1979 où il écrit notamment que : « cette collaboration et cette coordination sont indispensables mais — hélas — elles sont pratiquement inexistantes ».

Cette concertation doit avoir lieu non seulement au niveau des dispensateurs de l'aide sociale, mais également au niveau des responsables de la politique d'aide sociale.

Question :

Quelles sont les prestations à accomplir par les aides familiales ?

Réponse :

Les tâches de l'aide familiale sont définies dans le statut de l'aide familiale tel qu'il a été approuvé par l'arrêté ministériel du 6 avril 1967 (*Moniteur belge* du 27 avril 1967).

Ce statut précise la mission de l'aide familiale dans les termes suivant.

L'aide familiale est la collaboratrice de la famille. Elle maintient ou rétablit la vie familiale.

Elle est appelée au foyer à partager ou à assumer le travail normal de la mère de famille dans la mesure où celle-ci n'est plus à même de l'assurer normalement.

Elle accomplit toutes les tâches familiales et ménagères courantes, entre autres soins et surveillance des enfants, cuisine, entretien journalier des pièces d'habitation, repassage, petite lessive, raccommodage.

L'aide familiale aura le souci, en cas de nécessité, d'aider moralement et socialement les familles, notamment en les orientant vers les instances compétentes.

7. Sport**Question :**

L'article 11 de l'arrêté royal du 14 février 1974 prévoyait deux épreuves par semaine pour les jeunes coureurs cyclistes et la possibilité d'organiser une troisième épreuve moyennant avis favorable d'un centre spécialisé agréé de médecine sportive.

Bij afwezigheid van deze erkende gespecialiseerde sportcentra werd steeds een afwijking toegestaan; deze werd nu plots afgeschaft.

De vroeger toegestane afwijking moet behouden worden. Zijn hieromtrent schikkingen getroffen?

Antwoord :

Deze problematiek werd grondig besproken op het Kabinet in aanwezigheid van de bevoegde communautaire Ministers en van de bevoegde administratie.

Ingevolge deze vergadering heeft de Minister het bevoegde bestuur uitgenodigd de getroffen maatregel op te schorten tot wanneer er een nieuwe regeling zal uitgewerkt zijn waarop de bevoegde ministers hun akkoord zullen kunnen betuigen hebben.

In afwachting zal, zoals in het verleden, de jonge sportbeoefenaar mits de vereiste fysische conditie mogen deelnemen aan drie wedstrijden per week.

Vraag :

Welke is de huidige stand van zaken m.b.t. drie koninklijke besluiten i.v.m. dopingverwekkende substanties (lijst, stalenopneming, erkenning van laboratoria)?

Antwoord :

De uitvoeringsbesluiten van de wet van 2 april 1965 waarbij de dopingpraktijk bij sportcompetities wordt verboden, zijn verschenen in het *Belgisch Staatsblad* van 19 december 1978; het betreft :

1) het koninklijk besluit betreffende de erkenning van de laboratoria voor analyse van monsters die bij sportcompetities zijn genomen;

2) het koninklijk besluit betreffende de monsterneming van urine en bevoorrading bij sportcompetities en de analyse ervan.

In het *Belgisch Staatsblad* van 15 juli 1977 was reeds het koninklijk besluit van 22 april 1977 verschenen houdende vaststelling van de lijst van de substanties die als dopingverwekkend worden beschouwd.

Een ander koninklijk besluit van 14 juni 1978 dien-aangaande is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 21 juni 1978.

Over de concrete uitvoeringsmaatregelen voor de dopingcontrole werden o.m. door de Staatssecretaris voor Vlaamse Gemeenschap voor 1980 reeds initiatieven genomen.

8. Leefmilieu

Vraag :

Drinkwater wordt verspild, vooral door de nijverheid. Er wordt gesuggereerd bij de aanleg van een industriezone de opvang van het regenwater te stimuleren (aanleggen van spaarbekken).

Antwoord :

De suggestie lijkt de Minister uiterst nuttig.

Er bestaat thans reeds de premie voor regenwaterwinning voor private woningen.

En l'absence de ces centres spécialisés agréés, des dérogations étaient toujours accordées; or celles-ci ont à présent été subitement supprimées.

Il y a lieu de maintenir les dérogations antérieures. Des dispositions ont-elles été prises en ce sens?

Réponse :

Ces problèmes ont été examinés de manière approfondie au Cabinet en présence des Ministres communautaires compétents et de l'administration compétente.

A la suite de cette réunion, le Ministre a invité l'administration compétente à suspendre la mesure qui avait été prise jusqu'à ce que soient élaborées des dispositions nouvelles sur lesquelles les Ministres compétents auront pu marquer leur accord.

D'ici-là, le jeune sportif pourra, comme par le passé, participer à trois épreuves par semaines à condition de détenir la condition physique requise.

Question :

Où en sont les trois arrêtés royaux relatifs aux substances dopantes (liste, prélèvements d'échantillons, agrégation de laboratoires)?

Réponse :

Les arrêtés d'exécution de la loi du 3 avril 1965 réprimant la pratique du doping lors des compétitions sportives ont été publiés dans le *Moniteur belge* du 19 décembre 1978; il s'agit de :

1) l'arrêté royal concernant l'agrégation des laboratoires habilités à l'analyse des prélèvements effectués lors des compétitions sportives;

2) l'arrêté royal concernant le prélèvement et l'analyse des urines et du ravitaillement lors des compétitions sportives.

L'arrêté royal du 22 avril avait déjà été publié au *Moniteur belge* du 15 juillet 1977; il établit la liste des substances présumées dopantes.

Un autre arrêté royal relatif à cette matière et daté du 14 juin 1978 a été publié au *Moniteur belge* du 21 juin 1978.

En ce qui concerne les mesures concrètes d'exécution, le Secrétaire d'Etat à la Communauté flamande a notamment déjà pris pour 1980 certaines initiatives dans le domaine du contrôle du doping.

8. Environnement

Question :

L'eau potable est gaspillée, surtout par l'industrie. Certains suggèrent de promouvoir le captage des eaux de pluie lors l'installation de zonings industriels (construction de réservoirs).

Réponse :

Le Ministre juge cette suggestion très utile.

Une prime au captage des eaux de pluie dans les habitations privées existe déjà!

Vraag :

Inzake de strijd tegen de geluidshinder, wordt gevraagd of ook zal worden opgetreden tegen het gebruik van grasmaaiers tijdens de weekeinden.

Antwoord :

Reglementen in verband met het geluid veroorzaakt door grasmaaiers kunnen door de gewesten of de gemeenten vastgesteld worden.

Binnen de Europese Gemeenschap wordt echter een richtlijn hierover voorbereid die tot een algemene norm voor de geluidshinder door grasmaaimachines moet leiden.

9. Opmerkingen van het Rekenhof en antwoord van de Minister

Het Hof maakt over de begroting 1981 van het ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin de volgende opmerkingen.

I. In het ontwerp is geen enkel krediet voor de kabinets-uitgaven uitgetrokken. Daartegenover staat dat de heer Dhoore (die ook minister van Sociale Voorzorg) is) een kabinet heeft voor de beide departementen die hij leidt en dat de desbetreffende kredieten in de begroting van het ministerie van Sociale Voorzorg alleen op dat ene departement betrekking hebben.

II. Titel III — Afzonderlijke sectie — Deel I — Sectie I — artikel 60.09 : « Fonds bestemd voor de ontvangsten en de uitgaven betreffende de voorschotten op en de Staatssus-senkomst in de ligdagprijs van de ziekenhuizen en voor de kosten van de prestaties geleverd door de geneeskundige staf van de universitaire ziekenhuizen, welke geen aanleiding geven tot tussenkomst van de verzekeringsorganismen : 14,2 miljoen F ».

Volgens het verantwoordingsprogramma bedraagt het voor dat fonds uitgetrokken krediet 14 219,6 miljoen F. Het bestaat uit de overdracht van de kredieten die in artikel 33.36 van Sectie 31 (10 238,2 miljoen F) en artikel 33.51 van Sectie 34 (1 181,4 miljoen F) uitgetrokken waren, als-ook uit een ontvangst van 2 800 miljoen F ten laste van de Nationale Loterij.

Dat totaal wordt trouwens bevestigd door de gegevens uit de algemene toelichting bij de begroting van ontvang-ten en uitgaven 1981. Volgens die gegevens bedragen de toelagen aan de ziekenhuizen voor dat jaar 14 219,6 mil-joen F, afgerond tot 14,2 miljard (blz. 69).

III. Titel VII — Instellingen van openbaar nut — Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrich-tigingen. Ontvangsten — Hoofdstuk 45 — Niet-terugvorder-bare tegemoetkomingen van het Rijk : 8 158 miljoen F.

Volgens het verantwoordingsprogramma (blz. 126) is in die ontvangst een niet-terugvorderbare tegemoetkoming van het Rijk ten belope van 2 785,2 miljoen F begrepen, die afkomstig moet zijn van het krediet dat is uitgetrokken op artikel 61.80, hoofdstuk VI, Sectie 51, Titel II, van de be-groting (blz. 32).

Het Hof wijst er in dat verband op dat het onder dat artikel aangegeven krediet slechts 1 950,2 miljoen F be-draagt.

IV. Het Hof attendeert ook op het feit dat de ontwerp-begrotingen van de instellingen van openbaar nut, cate-go-

Question :

En ce qui concerne la lutte contre les nuisances sonores ne conviendrait-il pas de sévir également contre l'utilisation des tondeuses à gazon durant les week-ends..

Réponse :

Des règlements concernant le bruit émis par les tondeuses à gazon peuvent être arrêtés par les régions ou par les com-munes.

La Communauté européenne prépare actuellement une directive ayant pour obje d'établir une norme générale relative aux nuisances sonores produites par les tondeuses à gazon.

9. Observations de la Cour des comptes et réponse du Ministre

La Cour formule sur le budget du ministère de la Santé publique et de la Famille pour l'année budgétaire 1981 les observations suivantes.

I. Le projet ne prévoit aucun crédit pour les dépenses de cabinet alors que M. Dhoore (qui est aussi ministre de la Prévoyance sociale) dispose d'un cabinet pour chacun des deux départements dont il est titulaire et que les crédits inscrits à ce titre au budget du ministère de la Prévoyance sociale ne concernent que ce seul département.

II. Titre III — Section particulière — Partie I — Sec-tion I — article 60.09 : « Fonds destiné aux recettes et dé-penses se rapportant aux avances sur et à l'intervention de l'Etat dans le prix de la journée d'entretien des hôpitaux et aux frais de prestations fournies par le staff médical des hôpitaux universitaires qui ne donnent pas lieu à une inter-vention des organismes assureurs : 14,2 millions de F ».

D'après le programme justificatif, le crédit prévu pour ce fonds, qui est constitué par le transfert des crédits prévus à l'article 33.36 de la Section 31 (10 238,2 millions de F) et 33.51 de la Section 34 (1 181,4 millions de F) ainsi que par une recette affectée de 2 800 millions de F à charge de la Loterie nationale, devrait s'élever à 14 219,6 millions de F.

Ce total est d'ailleurs confirmé par les indications figu-rant dans l'exposé général du budget des recettes et des dépenses pour l'année budgétaires 1981, suivant lesquelles les subsides aux hôpitaux pour cette année seront de 14 219,6 millions de F, arrondis à 14,2 milliards de F (p. 69).

III. Titre VII — Organismes d'intérêt public — Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales. Recettes — Chapitre 45 — Interventions de l'Etat à fonds perdus : 8 158 millions de F.

D'après le programme justificatif (p. 126), cette recette comprend une intervention de l'Etat à fonds perdus de 2 785,2 millions de F devant provenir du crédit inscrit à charge de l'article 61.80 du chapitre VI de la section 51 du Titre II du budget (p. 32).

La Cour fait remarquer à ce sujet que le crédit inscrit à cet article n'est que de 1 950,2 millions de F.

IV. Enfin, la Cour fait observer que les projets de bud-gets des organismes d'intérêt public de la catégorie B, dont

rie B, waarvan in het verantwoordingsprogramma sprake is, niet bij de begroting gevoegd zijn, wat in strijd is met artikel 3, § 2, 2^e lid, van de wet van 16 maart 1954.

Antwoord van de Minister.

I. Inzake de kredieten voor de kabinetsuitgaven werd een amendement voorgesteld (Stuk n^o 4-XXI/2).

II en III. In verband met de kredieten waarvan het bedrag door het Hof wordt betwist, werden errata gepubliceerd zie verder).

IV. Hierbij zijn niet gevoegd :

a) de begroting van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn : aan die instelling werd een herinneringsschrijven gestuurd;

b) de begrotingen van het N. W. O. I. en het N. W. O. S. zijn door de Minister goedgekeurd en voor akkoord aan de Minister van Begroting voorgelegd.

IV. — STEMMINGEN

1. De artikelen 1 tot en met 7 van het wetsontwerp houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1980 (Stuk n^o 5-XXI/1) worden met 11 tegen 1 stem en 1 onthouding aangenomen.

Het gehele wetsontwerp wordt met 11 tegen 2 stemmen aangenomen.

2. Op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en het Gezin voor het begrotingsjaar 1981 (Stuk n^o 4-XXI/1) worden twee amendementen voorgesteld :

a) een amendement van de Regering (Stuk n^o 4-XXI/2) dat ertoe strekt voor 1981 kredieten op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en het Gezin uit te trekken ter dekking van de kabinetsuitgaven van de Minister van Volksgezondheid;

b) een amendement van de heren Caudron en Hancké op de tabellen tot toekening van een subsidie van 6 miljoen F aan de V. Z. W. « Patiëntenbond », dat als volgt is opgesteld :

« In Titel I, Sectie, 31, Hoofdstuk I, § 2, bij artikel 12.35 — toelagen aan sanitaire opvoedende en voorbehoedende organismen (p. 9) worden de kredieten verhoogd met 6 000 000 F.

Verantwoording : De Patiëntenbond ijvert voor de bescherming van de rechten van de patiënten. »

De Minister verklaart dat deze materie tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort. Hij verwijst naar zijn antwoord i.v.m. deze kwestie tijdens de algemene bespreking (zie blz. 60) en hij is het er in principe mede eens om ervoor te zorgen dat het B. T. K. verlengd kan worden. Hij zal de Minister van Terwerkstelling en Arbeid verzoeken de nodige maatregelen daartoe te wille treffen.

Het amendement wordt derhalve door de auteurs ervan ingetrokken.

Het amendement van de Regering (Stuk n^o 4-XXI/2) en de artikelen 1 tot 15 worden aangenomen met 12 stemmen en één onthouding.

De gehele begroting voor 1981, zoals zij werd gewijzigd wordt aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

De Rapporteur,

L. HANCKE

De Voorzitter,

L. KELCHTERMANS

le programme justificatif fait état, ne sont pas annexés contrairement aux dispositions de l'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi du 16 mars 1954.

Réponse du Ministre.

I. Les crédits pour les dépenses de cabinet font l'objet d'un amendement (Doc. n^o 4-XXI/2).

II et III. Les crédits dont le montant est contesté par la Cour font l'objet d'errata (voir infra).

IV. Ne sont pas annexés .

a) le budget de l'Œuvre nationale de l'enfance : une lettre de rappel a été adressée à cet organisme;

b) les budgets de l'O. N. I. G. et de l'O. N. A. C. sont approuvés par le Ministre et ont été soumis à l'accord du Ministre du Budget.

IV. — VOTES

1. Les articles 1 à 7 du projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1980 (Doc. n^o 5-XXI/1) sont adoptés par 11 voix contre 1 et 1 abstention.

L'ensemble du projet de loi est adopté par 11 voix contre 2.

2. Deux amendements sont déposés au budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille pour l'année budgétaire 1981 (Doc. n^o 4-XXI/1) :

a) un amendement du Gouvernement (Doc. n^o 4-XXI/2) tendant à inscrire les crédits pour 1981 devant servir à la couverture des dépenses du Cabinet du Ministre de la Santé publique, au budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille;

b) un amendement aux tableaux de MM. Caudron et Hancké tendant à accorder un subside de 6 millions de F au « Patiëntenbond » V. Z. W. et s'énonçant comme suit :

« Au Titre I, Section 31, Chapitre I, § 2, à l'article 12.35 — subsides aux organismes éducatifs ou prophylactiques sanitaires (p. 9), les crédits sont augmentés de 6 millions de F.

Justification : Le « Patiëntenbond » s'attache à défendre les droits des patients. »

Le Ministre déclare que cette matière relève de la compétence des communautés. Il renvoie à la réponse qu'il a donnée à cette question lors de la discussion générale (voir p. 60) et est en principe d'accord pour faire en sorte que le C. S. T. puisse être prolongé. Il invitera le Ministre de l'Emploi et du Travail à prendre les mesures nécessaires à cet effet.

En conséquence, les auteurs retirent leur amendement.

L'amendement du Gouvernement (Doc. n^o 4-XXI/2) et les articles 1 à 15 sont adoptés par 12 voix et 1 abstention.

L'ensemble du budget pour 1981, tel qu'il a été modifié est adopté par 11 voix contre 2.

Le Rapporteur,

L. HANCKE

Le Président,

L. KELCHTERMANS

A. AMENDEMENTEN OP DE TABELLEN
AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE

Begroting van het Ministerie van Volksgezondheid
en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1981

TITEL I
LOPENDE UITGAVEN

Sectie 01

Kabinetsuitgaven van de Minister
van Volksgezondheid

HOOFDSTUK I

CONSUMPTIEVE BESTEDINGEN
(LOPENDE UITGAVEN VOOR GOEDEREN EN DIENSTEN)

Art. 11.02.01 (54). — *Jaarwedden en vergoedingen van het personeel van het Kabinet* (blz. 8).

Tegenover dit artikel wordt een krediet van « 28 000 000 frank » uitgetrokken.

(Vermeerdering met 28 000 000 frank)

Art. 12.06 (*nieuw*) (blz. 8)

Een artikel 12.06 (*nieuw*) wordt ingevoegd, luidend als volgt :

Art. 12.06.01 (75). — *Huur van onroerende goederen betrokken door het Kabinet met inbegrip van de aan de Regie der gebouwen verschuldigde huurgelden, retributies en vergoedingen. — Belastingen slaande op gebouwen van het Rijk of door hem gehuurd, met inbegrip van de terugbetaling van belastingen aan de Regie der gebouwen.*

Tegenover dit artikel wordt een krediet van « 3 300 000 frank » uitgetrokken.

(Vermeerdering met 3 300 000 frank)

Art. 12.19.01 (17). — *Werkingskosten van het Kabinet* (blz. 8).

Tegenover dit artikel wordt een krediet van « 7 600 000 frank » uitgetrokken.

(Vermeerdering met 7 600 000 frank)

A. AMENDEMENTS AUX TABLEAUX
ADOPTES PAR LA COMMISSION

Budget du Ministère de la Santé publique
et de la Famille pour l'année budgétaire 1981

TITRE I
DEPENSES COURANTES

Section 01

Dépenses de Cabinet du Ministre
de la Santé publique

CHAPITRE I

DEPENSES DE CONSOMMATION
(DEPENSES COURANTES POUR BIENS ET SERVICES)

Art. 11.02.01 (54). — *Traitements et indemnités du personnel du Cabinet* (p. 8).

En regard de cet article est inscrit un crédit de « 28 000 000 de francs ».

(Augmentation de 28 000 000 de francs)

Art. 12.06 (*nouveau*) (p. 8)

Il est inséré un article 12.06 (*nouveau*), libellé comme suit :

Art. 12.06.01 (75). — *Loyer des biens immobiliers occupés par le Cabinet, en ce compris les loyers, rétributions et indemnités dus à la Régie des bâtiments. — Impôts grevant les bâtiments propriété de l'Etat ou loués par lui, en ce compris le remboursement d'impôts à la Régie des bâtiments.*

En regard de cet article est inscrit un crédit de « 3 300 000 francs ».

(Augmentation de 3 300 000 francs)

Art. 12.19.01 (17). — *Frais de fonctionnement du Cabinet* (p. 8).

En regard de cet article est inscrit un crédit de « 7 600 000 francs ».

(Augmentation de 7 600 000 francs)

TITEL II KAPITAALUITGAVEN

Deel II

Kredieten niet bestemd voor de uitvoering
van het investeringsprogramma

Sectie 01

Kabinetsuitgaven van de Minister
van Volksgezondheid

HOOFDSTUK VII

INVESTERINGEN (CIVIELE)

Aankoop van duurzame roerende goederen

Art. 74.01.03 (22). — *Vermogensuitgaven van het Kabinet*
(blz. 26).

Tegenover dit artikel wordt een krediet van « 800 000
frank » ingetrokken.

(Vermeerdering met 800 000 frank)

B. ERRATA

(Begroting van het Ministerie van Volksgezondheid
en van het Gezin voor het Begrotingsjaar 1981)

1. Errata op de tabellen

Op bldz. 15. — Totaal voor sectie 33. — Volksgezondheid
en Gezin : leze men « 1 143,8 » in plaats van « 143,8 ».

Op bldz. 24 is het controlecijfer van het artikel 61.87 :
(65).

Op bldz. 27 - 31 - 32. — Verwijzing (1) : leze men « Zie
ook artikel 10 in de wettekst » in plaats van « Zie ook arti-
kel 9 in de wettekst ».

Op bldz. 5. — Titel IV. — Afzonderlijke sectie. — Wordt
de tekst van artikel 12 vervangen door de volgende : « De
verrichtingen op de speciale fondsen die voorkomen in
Titel IV van de tabel gevoegd bij deze wet worden geraamd
op 17 828,6 miljoen frank voor de ontvangsten en op
16 677,1 miljoen frank voor de uitgaven. »

Op bldz. 6. — Titel VII. — Instellingen van openbaar nut.
— Artikel 14, § 2 : leze men « Deze begroting beloopt
7 330 600 000 frank voor de ontvangsten en 7 424 600 000
frank voor de uitgaven » in plaats van « Deze begroting be-
loopt 8 165 600 000 frank voor de ontvangsten en
8 259 600 000 frank voor de uitgaven. »

Op bldz. 35. — Titel IV. — Afzonderlijke sectie — artikel
60.09.A. —

Ontvangsten van het jaar : lezen « 14 219,6 » in plaats
van « 14,2 ».

Uitgaven van het jaar : lezen « 14 219,6 » in plaats van
« 14,2 ».

TITRE II DEPENSES DE CAPITAL

Partie II

Crédits qui ne sont pas destinés à la réalisation
du programme d'investissements

Section 01

Dépenses de Cabinet du Ministre
de la Santé publique

CHAPITRE VII

INVESTISSEMENTS (CIVILS)

Achats de biens meubles durables

Art. 74.01.03 (22). — *Dépenses patrimoniales du Cabinet*
(p. 26).

En regard de cet article est inscrit un crédit de
« 800 000 francs ».

(Augmentation de 800 000 francs)

B. ERRATA

(Budget du Ministère de la Santé publique
et de la Famille pour l'année budgétaire 1981)

1. Errata aux tableaux

A la p. 15. — Total pour la section 33. — Santé publique
et Famille : lire « 1 143,8 » au lieu de « 143,8 ».

A la p. 24. — Le chiffre de contrôle de l'article 61,87 est :
(65).

A la p. 27 - 31 - 32. — Renvoi (1) : lire « voir également
l'article 10 dans le texte de la loi » au lieu de « voir égale-
ment l'article 9 dans le texte de la loi ».

A la p. 5. — Titre IV. — Section particulière. — Le
texte de l'article 12 est remplacé par le texte suivant : « Les
opérations effectuées sur les fonds spéciaux figurant au
Titre IV du tableau joint à la présente loi sont évaluées à
17 828,6 millions de francs pour les recettes et à 16 677,1
millions de francs pour les dépenses. »

A la p. 6. — Titre VII. Organismes d'intérêt public. —
Article 14, § 2 : lire « Ce budget s'élève pour les recettes à
7 330 600 000 francs et pour les dépenses à 7 424 600 000
francs » au lieu de « Ce budget s'élève pour les recettes à
8 165 600 000 francs et pour les dépenses à 8 259 600 000
francs ».

A la p. 35. — Titre IV. — Section particulière. — Article
60.09.A. —

Recettes de l'année : lire « 14 219,6 » au lieu de « 14,2 ».

Dépenses de l'année : lire « 14 219,6 » au lieu de « 14,2 ».

Op bldz. 35. — Titel IV. — Afzonderlijke sectie. — Totalen voor hoofdstuk I :

Ontvangsten van het jaar : lezen « 16 584,9 » in plaats van « 2 379,5 ».

Uitgaven van het jaar : lezen « 15 369,4 » in plaats van « 1 164,0 ».

Op bldz. 36. — Titel IV. — Afzonderlijke sectie. — Totalen voor sectie I. — Staatsuitgaven op inkomsten met speciale bestemming :

Ontvangsten van het jaar : lezen « 17 735,2 » in plaats van « 3 529,8 ».

Uitgaven van het jaar : lezen « 16 556,2 » in plaats van « 2 350,8 ».

Op bldz. 36. — Titel IV. — Afzonderlijke sectie. — Totalen voor deel I. — Volksgezondheid :

Ontvangsten van het jaar : lezen « 17 741,6 » in plaats van « 3 536,2 ».

Uitgaven van het jaar : lezen « 16 563,0 » in plaats van « 2 357,6 ».

Op bldz. 38. — Titel IV. — Totalen voor Titel IV. — Afzonderlijke sectie.

Ontvangsten van het jaar : lezen « 17 828,6 » in plaats van « 3 623,3 ».

Uitgaven van het jaar : lezen « 16 677,1 » in plaats van « 2 471,7 ».

De bladzijden 39 en 42. — Titel VII. — Instellingen van openbaar nut. — Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen : worden vervangen door de hiernavolgende bladzijden (blz. 76 en 77).

A la p. 35. — Titre IV. — Section particulière. — Totaux pour chapitre I :

Recettes de l'année : lire « 16 584,9 » au lieu de « 2 379,5 ».

Dépenses de l'année : lire « 15 369,4 » au lieu de « 1 164,0 ».

A la p. 36. — Titre IV. — Section particulière. — Totaux pour la Section I. — Dépenses de l'Etat sur ressources affectées :

Recettes de l'année : lire « 17 735,2 » au lieu de « 3 529,8 ».

Dépenses de l'année : lire « 16 556,2 » au lieu de « 2 350,8 ».

A la p. 36. — Titre IV. — Section particulière. — Totaux pour la partie I. — Santé publique :

Recettes de l'année : lire « 17 741,6 » au lieu de « 3 536,2 ».

Dépenses de l'année : lire « 16 563,0 » au lieu de « 2 357,6 ».

A la p. 38. — Titre IV. — Totaux pour le Titre IV. — Section particulière.

Recettes de l'année : lire « 17 828,6 » au lieu de « 3 623,3 ».

Dépenses de l'année : lire « 16 677,1 » au lieu de « 2 471,7 ».

Les pages 39 et 42. — Titre VII. — Organismes d'intérêt public. — Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales — sont remplacées par les deux pages suivantes (pages 76 et 77).

TITEL VII
INSTELLINGEN VAN OPENBAAR NUT
Fonds voor de bouw van ziekenhuizen
en medisch-sociale inrichtingen

TITRE VII
ORGANISMES D'INTERET PUBLIC
Fonds de construction d'institutions hospitalières
et médico-sociales

7. ONTVANGSTEN

(In duizendtallen frank. — En milliers de francs)

7. RECETTES

Art.	Teksten	1981 per artikel — par article	1980 vermoede- lijke — présumées	1979 gedane — effectuées	Libellés	Art.
HOOFDSTUK 41					CHAPITRE 41	
411.05	Terugvordering van niet-verschuldigde uitbetalingen	200	—	180	Récupération de paiements indus.	411.05
09	Administratieve kosten voor derden	7 400	—	7 331	Frais administratifs exposés pour compte de tiers.	09
11	Recuperaties van alle aard voortvloeiend uit schade berokkend aan motorvoertuigen	—	—	—	Récupérations de toutes natures résultant de dégâts causés aux véhicules.	11
	Totalen voor hoofdstuk 41 ...	7 600	—	7 511	Totaux pour le chapitre 41.	
HOOFDSTUK 45					CHAPITRE 45	
450.01	Staatstussenkomst :				Intervention de l'Etat :	450.01
a)	niet terugvorderbare	7 323 000	6 576 600	6 108 700	a) à fonds perdus.	
b)	ten titel van terugvorderbare voorschotten	—	—	—	b) à titre d'avances récupérables.	
	Totalen voor hoofdstuk 45 ...	7 323 000	6 576 600	6 108 700	Totaux pour le chapitre 45.	
HOOFDSTUK 49					CHAPITRE 49	
490.03	Liggende gelden	140 400	114 800	57 984	Fonds en souffrance.	490.03
	Totalen voor hoofdstuk 49 ...	140 400	114 800	57 984	Totaux pour le chapitre 49.	
	Totale voor de ontvangsten ...	7 471 000	6 691 400	6 174 195	Totaux pour les recettes.	

8. UITGAVEN

(In duizendtallen frank. — En milliers de francs)

8. DEPENSES

Art.	Teksten	1981 per artikel — par article	1980 voorziene — prévues	1979 werkelijke — réelles	Libellés	Art.
b)	Vereffeningskredieten :				b)	Crédits de liquidation :
—	Vlaams Gewest	—	—	1 950 228	—	Région flamande.
—	Waals Gewest	—	—	1 438 021	—	Région wallonne.
—	Brussels Gewest	—	—	246 518	—	Région bruxelloise.
—	Communautaire sector	1 785 100	738 000	—	—	Secteur communautaire.
—	Nationaal :				—	National :
—	lasten uit het verleden :	—	—	1 096 044	—	charges du passé :
—	ex-nationaal	390 100	645 900	—	—	ex-national.
—	ex-regio's	1 667 000	2 903 000	—	—	ex-régions.
		3 842 200	4 286 900	4 730 811		
561.03	Toelagen aan derden en als tussenkomst van het fonds in de aflossingslaten van de aangegane leningen voor de financiering van werken :				Subventions à des tiers à titre d'intervention du fonds dans les charges d'amortissement d'emprunts contractés pour le financement de travaux :	561.03
a)	Vlaams Gewest	—	—	51 272	a)	Région flamande.
b)	Waals Gewest	—	—	66 660	b)	Région wallonne.
c)	Brussels Gewest	—	—	10 920	c)	Région bruxelloise.
d)	Communautaire sector	7 000	—	—	d)	Secteur communautaire.
f)	Nationaal :	—	—	47 531	f)	National :
—	lasten uit het verleden :				—	charges du passé :
—	ex-nationaal	62 000	54 500	—	—	ex-national.
—	ex-regio's	243 000	144 800	—	—	ex-régions.
		312 000	199 300	176 383		
04	Uitvoering van de waarborg voor de schuldvorderingen die verband houden met de financiering van de bouw en verbouwingswerken alsook van de kosten van uitrusting en apparatuur van de ziekenhuizen, de rustoorden, de inrichtingen voor gehandicapten en de dienstencentra :				Exécution de la garantie pour les créances relatives au financement des travaux de construction et de reconditionnement ainsi que dans les frais d'équipement et d'appareillage des hôpitaux, des maisons de repos, des homes pour handicapés et des centres de services communs :	04
—	Communautaire sector	4 000	3 000	—	—	Secteur communautaire.
—	Nationaal :				—	National :
—	lasten uit het verleden :				—	chargé du passé :
—	ex-nationaal	1 000	1 000	—	—	ex-national.
—	ex-regio's	95 000	1 000	—	—	ex-régions.
		100 000	5 000	—		
05	Financiering van de bouw en verbouwingswerken alsook van de kosten van uitrusting en apparatuur van de Rijksinstellingen voor geesteszieken :				Financement des travaux de construction, de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage des établissements de l'Etat pour malades mentaux :	05
a)	Vastleggingskredieten :				a)	Crédits d'engagement :
—	Vlaams Gewest	—	—	263 169	—	Région flamande.
—	Waals Gewest	—	—	124 628	—	Région wallonne.
—	Communautaire sector	600 000	600 000	—	—	Secteur communautaire.
		600 000	600 000	387 797		
b)	Vereffeningskredieten :				b)	Crédits de liquidation :
—	Vlaams Gewest	—	—	117 670	—	Région flamande.
—	Waals Gewest	—	—	148 558	—	Région wallonne.
—	Communautaire sector	438 000	216 000	—	—	Secteur communautaire.
—	Nationaal : ex-regio's	188 200	83 600	—	—	National : ex-régions.
		626 200	299 600	266 228		
06	Studies	15 000	15 000	—	Etudes.	06
	Totaal voor hoofdstuk 56 ...				Totaux pour le chapitre 56.	
a)	Vastleggingskredieten	5 040 000	4 230 000	5 237 734	a)	Crédits d'engagement.
b)	Vereffeningskredieten	4 895 400	4 805 800	5 173 422	b)	Crédits de liquidation.
	Hoofdstuk 59				CHAPITRE 59	
590.02	Bestemming van liggende gelden	140 400	114 800	57 984	Affectation des fonds en souffrance.	590.02
	Totaal voor hoofdstuk 59 ...	140 400	114 800	57 984	Totaux pour le chapitre 59.	
	Totaal voor de uitgaven :				Totaux pour les dépenses :	
a)	Vastleggingskredieten	5 040 000	4 230 000	5 237 734	a)	Crédits d'engagement.
b)	Vereffeningskredieten	7 565 000	6 772 400	6 681 764	b)	Crédits de liquidation.

De begrotingen 1980 en 1981 zijn respectievelijk in onevenwicht met 81 miljoen en 94 miljoen F die zullen gedekt worden met overeenstemmende saldo's van vroegere jaren.

Les budgets de 1980 et 1981 présentent respectivement des déséquilibres de 81 millions et 94 millions de F qui seront couverts par des soldes correspondants d'exercices antérieurs.

2. Errata op het verantwoordingsprogramma

In het verantwoordingsprogramma. — Titel VII. — Instellingen van openbaar nut. — Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen worden de bladzijden 126 en 127 vervangen door de hiernavolgende bladzijden (blz. 78 en 79).

TITEL VII

INSTELLINGEN VAN OPENBAAR NUT

Fonds voor de bouw van ziekenhuizen
en medisch-sociale inrichtingenTOELICHTINGSNOTA'S
bij de vooruitzichten der ontvangsten

Art. 450.01 — *Staatstussenkomst (niet terugvorderbaar)*

Bedrag van de jaarlijkse dotaties waarvan sprake in artikel 6bis, § 2, 2^o, van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen verhoogd met een bijkomende dotatie bestemd voor de financiering van de uitgaven voorzien bij § 2, 3^o, van dit artikel en een bijkomende dotatie bestemd om de werkingsuitgaven te dekken.

(In duizendtallen F)

2. Errata au programme justificatif

Dans le programme justificatif. — Titre VII. — Organismes d'intérêt public. — Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales, les pages 126 et 127 sont remplacées par les pages suivantes (pp. 78 et 79).

TITRE VII

ORGANISMES D'INTERET PUBLIC

Fonds de construction d'institutions hospitalières
et médico-socialesNOTES JUSTIFICATIVES
à l'appui des prévisions de recettes

Art. 450.01 — *Intervention de l'Etat (à fonds perdus)*

Montant des dotations annuelles dont question à l'article 6bis, § 2, 2^o, de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, majoré d'une dotation supplémentaire destinée à financer les dépenses prévues par le § 2, 3^o, du même article et d'une dotation supplémentaire destinée à couvrir les frais de fonctionnement.

(En milliers de F)

	Artikels. — Articles					Totaal. — Total
	41.32	41.34	61.32	61.80	61.81	
Nederlandse Gemeenschap. — Communauté néerlandaise	188 400	—	3 000	1 257 100	—	1 448 500
Franse Gemeenschap. — Communauté française	105 500	—	3 000	907 200	—	1 015 700
Duitse Gemeenschap. — Communauté allemande	—	—	—	20 000	—	20 000
Nationaal. — National :						
— Brussel. — Bruxelles	19 000	—	1 000	102 800	—	122 800
— Werkingskosten. — Frais de fonctionnement	—	80 000	—	—	1 100	81 100
Subtotaal. — Sous-total ...	312 900	80 000	7 000	2 287 100	1 100	2 688 100 (1)

	Artikels. — Articles			Totaal. — Total
	41.32(01-02)	61.32(01-02)	61.80(01-02)	
Nationaal. — National :				
Lasten van het verleden. — Charges du passé :				
— Ex-nationaal. — Ex-national	720 100	62 000	391 100	1 173 200
— Ex-regio's. — Ex-régions	1 268 500	243 000	1 950 200	3 461 700
Subtotaal. — Sous-total ...	1 988 600	305 000	2 341 300	4 634 900 (2)

Subtotaal (1) 2 688 100
 Subtotaal (2) 4 634 900
 Totaal 7 323 000

Sous-total (1) 2 688 100
 Sous-total (2) 4 634 900
 Total 7 323 000

Correlatie tussen de uitgaven en de verschillende dotaties
(In duizendtallen F)

Corrélation entre les dépenses et les différentes dotations
(En milliers de F)

	Artikels. — Articles				
	41.32 41.32.01 41.32.02	41.34	61.32 61.32.01 61.32.02	61.80 61.80.01 61.80.02	61.81
Hoofdstuk 51. — Chapitre 51	—	69 146	—	—	—
Hoofdstuk 52. — Chapitre 52	—	23 454	—	—	—
Hoofdstuk 53. — Chapitre 53 :					
Art. 533-03	—	—	—	—	—
Nederlandse Gemeenschap. — Communauté néerlandaise	—	—	—	40 000	—
Franse Gemeenschap. — Communauté française	—	—	—	20 000	—
Art. 535-02 :					
Nederlandse Gemeenschap. — Communauté néerlandaise	188 400	—	—	—	—
Franse Gemeenschap. — Communauté française	105 500	—	—	—	—
Nationaal. — National :					
— Lasten uit het verleden. — Charges du passé :					
Ex-nationaal. — Ex-national	733 600	—	—	—	—
Ex-regio's. — Ex-régions	1 329 000	—	—	—	—
— Brussel. — Bruxelles	19 000	—	—	—	—
Hoofdstuk 55. — Chapitre 55	—	—	—	—	1 100
Hoofdstuk 56. — Chapitre 56	—	—	—	—	—
Art. 561-02, b :					
Nederlandse Gemeenschap. — Communauté néerlandaise	—	—	—	997 100	—
Franse Gemeenschap. — Communauté française	—	—	—	667 200	—
Duitse Gemeenschap. — Communauté germanophone	—	—	—	19 000	—
Nationaal. — National :					
— Lasten uit het verleden. — Charges du passé :					
Ex-nationaal. — Ex-national	—	—	—	390 100	—
Ex-regio's. — Ex-régions	—	—	—	1 667 000	—
— Brussel. — Bruxelles	—	—	—	101 800	—
Art. 561-03 :					
Nederlandse Gemeenschap. — Communauté néerlandaise	—	—	3 000	—	—
Franse Gemeenschap. — Communauté française	—	—	3 000	—	—
Nationaal. — National :					
— Lasten uit het verleden. — Charges du passé :					
Ex-nationaal. — Ex-national	—	—	62 000	—	—
Ex-regio's. — Ex-régions	—	—	243 000	—	—
— Brussel. — Bruxelles	—	—	1 000	—	—
Art. 561-04	—	—	—	—	—
Nederlandse Gemeenschap. — Communauté néerlandaise	—	—	—	1 000	—
Franse Gemeenschap. — Communauté française	—	—	—	1 000	—
Duitse Gemeenschap. — Communauté germanophone	—	—	—	1 000	—
Nationaal. — National :					
— Lasten uit het verleden. — Charges du passé :					
Ex-nationaal. — Ex-national	—	—	—	1 000	—
Ex-regio's. — Ex-régions	—	—	—	95 000	—
— Brussel. — Bruxelles	—	—	—	1 000	—
Art. 561-05, b :					
Nederlandse Gemeenschap. — Communauté néerlandaise	—	—	—	219 000	—
Franse Gemeenschap. — Communauté française	—	—	—	219 000	—
Nationaal. — National :					
— Lasten uit het verleden. — Charges du passé :					
Ex-regio's. — Ex-régions	—	—	—	188 200	—
Art. 561-06	—	15 000	—	—	—
Totaal. — Total	2 375 500 (*)	107 600 (*)	312 000	4 628 400	1 100

(*) 94 miljoen zullen gedekt worden met saldo's van vroegere jaren;
7,6 miljoen zullen gedekt worden door hoofdstuk 41.

(*) 94 millions seront couverts par des soldes d'exercices antérieurs;
7,6 millions seront couverts par le chapitre 41.

BIJLAGE I

ANNEXE I

Voornaamste uitgaven van Titel I

Principales dépenses du Titre I

(In miljoenen frank)

(En millions de francs)

	1981	1980 (aangepast)	Vershil in %
(1)	(2)	(3)	(4)
A. Ziekenhuisbeheer. — Gestion des hôpitaux :			
1. Verpleegdagprijs — Rijkstegemoetkoming (Sectie 31, art. 33.36). — Prix de la journée d'hospitalisation — Intervention de l'Etat (Section 31, art. 33.36) ...	10 238,2	12 192,6	— 16,03
2. Tegemoetkoming in de verpleegdagprijs van de universitaire ziekenhuizen (Sectie 34, art. 33.51). — Intervention dans le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux universitaires (Section 34, art. 33.51) ...	1 181,4	970,5	21,73
3. Tegemoetkoming in de rentelasten van de door de gewestelijke en lokale openbare besturen aangegane leningen tot dekking van de tekorten van de ziekenhuizen van de O.C.M.W.'s (Sectie 31, art. 43.24). — Intervention dans les charges d'intérêts des emprunts contractés par les pouvoirs publics régionaux et locaux pour couvrir les déficits des hôpitaux des C.P.A.S. (Section 31, art. 43.24) ...	200,0	219,4	— 8,84
Totaal. — Total A ...	11 619,6	13 382,5	— 13,17
B. Sociale bijstand. — Aide sociale :			
1. Recht op bestaansminimum (Sectie 31, art. 33.16). — Droit au minimum socio-vital (Section 31, art. 33.16) ...	787,3	399,4	97,12
2. Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (Sectie 31, art. 41.22). — Œuvre nationale de l'Enfance (Section 31, art. 41.22) ...	1 530,0	1 640,4	— 6,73
Totaal. — Total B ...	2 317,3	2 039,8	13,60
C. Oorlogswerken. — Œuvres de guerre :			
1. Toelagen aan het Nationaal Werk voor Oudstrijders en Oorlogsslachtoffers (Sectie 31, art. 41.23). — Subsidies à l'Œuvre nationale des anciens Combattants et Victimes de la Guerre (Section 31, art. 41.23) ...	238,3	230,0	3,61
2. Toelagen aan het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden (Sectie 31, art. 41.24). — Subsidies à l'Œuvre nationale des Invalides de la Guerre (Section 31, art. 41.24) ...	2 431,5	2 510,4	— 3,14
Totaal. — Total C ...	2 669,8	2 740,4	— 2,58
D. Wetenschapsbeleid. — Politique scientifique :			
(Secties 34, 35 en 36 met uitzondering van art. 33.51 — Tegemoetkoming in de verpleegdagprijs van de universitaire ziekenhuizen). — (Sections 34, 35 et 36 à l'exception de l'art. 33.51 — Intervention dans le prix de la journée d'hospitalisation des hôpitaux universitaires) ...	1 222,3	1 126,5	8,50
Totaal. — Total D ...	1 222,3	1 126,5	8,50
F. Lasten van vorige dienstjaren. — Charges du passé :			
Financiële dienst van de leningen bij het Gemeentekrediet voor het subsidiëren van investeringen van de ondergeschikte besturen (rentelasten) — (Sectie 51, art. 41.32, 43.20). — Services financiers des emprunts contractés au Crédit communal pour subventionner les investissements des administrations subordonnées (charges d'intérêts) — (Section 51, art. 41.32, 43.20).			
1. Lasten met betrekking tot materies overgedragen van de nationale begroting naar de gewest- en/of gemeenschapsbegrotingen. — Charges relatives aux matières transférées du budget national aux budgets des régions et/ou des communautés ...	2 620,1	2 582,4	1,46
2. Lasten met betrekking tot materies overgedragen van de gewestelijke begrotingen naar de gemeenschapsbegrotingen. — Charges relatives aux matières transférées des budgets régionaux aux budgets des communautés ...	1 410,7	1 019,3	38,40
Totaal. — Total E ...	4 030,8	3 601,7	11,91
Algemeen totaal. — Total général ...	21 859,8	22 890,9	— 4,50

BIJLAGE II

ANNEXE II

Kapitaaluitgaven

Dépenses de capital

a) Investeringsprogramma

a) Programme d'investissement

(In miljoenen frank)

(En millions de francs)

	Begrotings- kredieten (Titel II) — Crédits budgétaires (Titre II)	Vastleggings- machtigingen Gemeentekrediet — Autorisations d'engagement Crédit communal	Fonds voor economische expansie — Fonds d'expansion économique	Fonds voor strijd tegen de hinder — Fonds destiné à la lutte contre les nuisances	Totaal — Total
Waterproductie. — Production d'eau	—	—	2 365,3	—	2 365,3
Stedelijke ontwatering. — Démergement urbain	313,2	—	—	—	313,2
Strijd tegen de hinder. — Lutte contre les nuisances ...	—	—	—	80,0	80,0
Nationaal instituut van het bloed. — Institut national du sang	27,5	—	—	—	27,5
Dienst 900. — Service 900	5,0	—	—	—	5,0
Instituut Koningin Elisabeth. — Institut Reine Elisabeth	60,0	—	—	—	60,0
Diversen. — Divers	—	110,0	—	—	110,0
Totaal. — Totaux	405,7	110,0	2 365,3	80,0	2 961,0

b) Betalingskredieten

b) Crédits de paiement

(In miljoenen frank)

(En millions de francs)

1. Kapitaaluitgaven voor uitrusting, materieel, enz. (niet-ge-splitste kredieten)	167,5	1. Dépenses de capital relatives à l'équipement, au matériel, etc. (crédits non dissociés)	167,5
2. Kapitaalaflossingen van leningen toegestaan door het Gemeentekrediet :		2. Amortissements du capital d'emprunts consentis par le Crédit communal :	
— Voor investeringen (Sectie 31 en Sectie 51, art. 63.20)	826,6	— A titre d'investissements (Section 31 et Section 51, art. 63.20)	826,6
— Voor de O.C.M.W.'s (Sectie 31, art. 63.23, 63.24) ...	364,0	— Aux C.P.A.S. (Section 31, art. 63.23, 63.24)	364,0
3. Overdracht van ordonnanceringskredieten aan het « Fonds voor Economische Expansie en Regionale Reconversie » (Sectie 31, art. 61.85)	2 365,3	3. Transfert de crédits d'ordonnancement au « Fonds d'expansion économique et de reconversion régionale » (Section 31, art. 61.85)	2 365,3
4. Overdracht van ordonnanceringskredieten aan het « Fonds voor de strijd tegen de hinder » (Sectie 37, art. 61.87) ...	80,0	4. Transfert de crédits d'ordonnancement au « Fonds de lutte contre les nuisances » (Section 37, art. 61.87)	80,0
5. Dotaties aan het « Fonds voor de bouw van Ziekenhuizen en Medisch-Sociale Instellingen » bestemd voor de ordonnancering van directe investeringen (Secties 31 en 51, art. 61.80 en 61.81)	392,2	5. Dotations au « Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales » et destinées à l'ordonnancement d'investissements directs (Sections 31 et 51, art. 61.80 et 61.81)	392,2
— Idem voor aflossingen van subsidieervangende leningen toegestaan door het Gemeentekrediet (Sectie 51, art. 61.32)	62,0	— Idem pour les amortissements d'emprunts en remplacement de subventions consenties par le Crédit communal (Section 51, art. 61.32)	62,0
6. Ordonnanceringskredieten voor rechtstreekse investeringen (Hoofdstuk VII, Secties 31, 34, 37, art. 84.81)	55,4	6. Crédits d'ordonnancement pour les investissements directs (Chapitre VII, Sections 31, 34, 37, art. 84.81)	55,4
7. Ordonnanceringskredieten voor het uitbetalen van toelagen bestemd voor investeringen	840,3	7. Crédits d'ordonnancement pour le paiement de subventions destinées aux investissements	840,3
8. Kredieten voor het betalen der vastleggingen van vóór 1 januari 1980 wat de materies betreft die overgaan van de gewesten naar de gemeenschappen (onderscheiden Sectie 51)	2 212,0	8. Crédits pour honorer les engagements antérieurs au 1 ^{er} janvier 1980 en ce qui concerne les matières qui passent des régions aux communautés (Section distincte 51)	2 212,0
9. Kredieten voor de bicommunautaire instellingen in Brussel-Hoofdstad (onderscheiden Sectie 61)	p.m.	9. Crédits pour les institutions bicommunautaires à Bruxelles-Capitale (Section distincte 61)	p.m.
Totaal	7 365,6	Total	7 365,6

BIJLAGE III

Adviesorganen en parastatalen afhankelijk
van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin

Bestuur van Gezinszorg	Huidige toestand
Hoge Raad van het Gezin	nationaal
Hoge Raad voor de derde leeftijd	nationaal

Bestuursafdeling voor de oorlogsgetroffenen

Parastatalen

	Huidige toestand
Nationale werken voor Oorlogsslachtoffers	nationaal
Hoge Raad en Vast bureau van de Nationale werken voor Oorlogsgetroffenen	nationaal
Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden	nationaal
Nationaal Werk voor Oudstrijders en Oorlogs- slachtoffers	nationaal

Bestuursafdeling voor de verzorgingsinstellingen

1. Parastatalen

	Huidige toestand
Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch sociale inrichtingen	nationaal

2. Adviesorganen

Ziekenhuisraad	nationaal
Programmatiecommissies	communaut.
Nationale Raad voor Verpleegkunde	nationaal

Bestuursafdeling voor de sociale geneeskunde

1. Parastatalen

	Huidige toestand
Nationaal Werk voor Kinderwelzijn	communaut. + nationaal

2. Adviesorganen

Studiecommissie tegen alcoholisme	nationaal
Commissie voor de erkenning van de geneesheren be- last met het radiologisch onderzoek van de thorax, bedoeld in artikel 111 van het Algemeen Reglement op de Arbeidsbescherming	nationaal
College van advies voor de sociale geneeskunde	nationaal
College van Gerechtelijk Geneeskundige Rechtspraak Raad voor advies van de Gerechtelijk Geneeskundige Dienst	nationaal
Hoge Raad voor Kankerbestrijding	nationaal
Commissie van Advies voor het Medisch Schooltoe- zicht	nationaal
Geneeskundige Controlecommissie voor de boksport Antidopingscommissie	nationaal
Hoge Raad voor de Antropogenetica	nationaal
Commissie van Advies voor de « Hyprofysaire dwerg- groei »	nationaal

Bestuursafdeling voor de Volksgezondheid

Adviesorganen

	Huidige toestand
1. Hoge Gezondheidsraad	nationaal
2. Commissie van Advies inzake voedingsmiddelen	nationaal
3. Interministeriële coördinatiecommissie inzake luchtverontreiniging	nationaal
4. Raadgevende commissie inzake motorsporten	nationaal
5. Speciale Commissie inzake ioniserende stralingen	nationaal
6. Interministeriële Commissie voor nucleaire veilig- heid	nationaal

ANNEXE III

Organes d'avis et parastataux ressortissant
au département de la Santé publique et de la Famille

Administration de la Famille	Situation actuelle
Conseil supérieur de la Famille	national
Conseil supérieur du troisième âge	national

Administration des victimes de la guerre

Parastataux

	situation actuelle
Œuvres nationales des Victimes de la guerre	national
Conseil supérieur et Bureau permanent des Œuvres nationales des victimes de la guerre	national
Œuvre nationale des Invalides de la guerre	national
Œuvre nationale des Anciens Combattants et Victimes de la guerre	national

Administration des établissements de soins

1. Parastataux

	Situation actuelle
Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales	national

2. Organes d'avis

Conseil des Hôpitaux	national
Commissions de programmation	communaut.
Conseil National de l'Art infirmier	national

Administration de la médecine sociale

1. Parastataux

	Situation actuelle
Œuvre nationale de l'Enfance	communaut. + national

2. Organes d'avis

Commission d'étude contre l'alcoolisme	national
Commission pour l'agrégation des médecins chargés de l'examen radiologique du thorax visé à l'article 111 du Règlement général pour la protection du travail	national
Collège consultatif de la médecine sociale	national
Collège de jurisprudence médico-légale	national
Collège consultatif de l'Office médico-légal	national
Conseil supérieur du Cancer	national
Commission consultative de l'Inspection médicale scolaire	national
Commission médicale du contrôle de la boxe	national
Commission antidoping	national
Conseil supérieur de la génétique humaine	national
Commission consultative « Nanisme hypophysaire »	national

Administration de l'Hygiène publique

Organes d'avis

	Situation actuelle
1. Conseil supérieur de l'hygiène publique	national
2. Commission consultative en matière de denrées alimentaires	national
3. Commission interministérielle de coordination en matière de lutte et de prévention contre la pollu- tion atmosphérique	national
4. Commission consultative des sports moteurs	national
5. Commission spéciale des radiations ionisantes	national
6. Commission interministérielle de sécurité nucléaire	national

7. Raadgevende commissie inzake de verhoging van de subsidie	nationaal
8. Farmacopœacommissie	nationaal
9. Commissie voor de registratie van geneesmiddelen	nationaal
10. Benelux commissie voor de registratie van geneesmiddelen	nationaal
11. Geneesmiddelencommissie	nationaal
12. Consultatief Comité inzake Geneesmiddelen ...	nationaal
13. Vestigingscommissies en commissie van beroep betreffende de spreiding van de voor het publiek opengestelde apotheken	nationaal
14. Nationale Commissie voor het onderzoek van de vraagstukken betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening	nationaal

Bestuursafdeling voor maatschappelijk welzijn

Adviesorganen

Huidige toestand

Hoge Raad voor het maatschappelijk welzijn	nationaal
Nationale Raad voor advies van het Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten	nationaal
Commissie der rusthuizen voor bejaarden	nationaal

Bestuursafdeling voor de sanitaire bouwkunde

1. Parastatalen

Huidige toestand

Waterzuiveringsmaatschappij van het Kustbekken ...	nationaal
Nationale Maatschappij der Waterleidingen te Brussel	nationaal

2. Adviesorganen

Interministeriële Commissie voor het Waterbeleid ...	nationaal
Hoge Raad voor de Waterleidingen	nationaal
Nationale Raad voor Zuivering van afvalwaters	nationaal
Commissie voor erkenning van ontwerpers	nationaal

Algemene directie der algemene diensten

Bestuur geneeskundepraktijk

Adviesorganen

Huidige toestand

Orde van geneesheren	nationaal
A. Provinciale raden	
B. Raden van Beroep (1 Ned. + 1 Fr.)	nationaal
C. Nationale Raad (met 2 afd. Ned. + Fr.)	nationaal
Orde der apothekers	nationaal
A. Provinciale raden	
B. Raden van Beroep (1 Ned. + 1 Fr.)	
C. Nationale Raad	
Geneeskundige Commissie	nationaal
1 per provincie (in Brabant 2)	
Geneeskundige Commissie van Beroep	nationaal
Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen	nationaal
Commissie voor erkenning van de geneesheren-specialisten en huisartsen	nationaal
Erkenning van geneesheren-specialisten in de revolidatie	nationaal
Commissie medische farmaceutische cumulatie	nationaal
A. Eerste aanleg	
B. Beroep	
Koninklijke academie voor geneeskunde van België ...	nationaal
Technische Commissie voor verpleegkunde	nationaal

7. Commission consultative en matière d'augmentation du taux de subside	national
8. Commission de la pharmacopée	national
9. Commission d'enregistrement des médicaments ...	national
10. Commission Benelux d'enregistrement des médicaments	national
11. Commission des médicaments	national
12. Comité consultatif en matière de médicaments ...	national
13. Commissions et commission d'appel pour l'implantation des officines pharmaceutiques ouvertes au public	national
14. Commission nationale pour l'étude des problèmes relatifs à l'aide médicale urgente	national

Administration de l'aide sociale

Organes d'avis

Situation actuelle

Conseil supérieur de l'aide sociale	national
Conseil national d'avis du Fonds des soins médico-socio-pédagogiques pour handicapés	national
La Commission des maisons de repos pour personnes âgées	national

Administration du génie sanitaire

1. Parastataux

Situation actuelle

Société d'épuration des eaux du bassin côtier	national
Société nationale des distributions d'eau à Bruxelles	national

2. Organes d'avis

Commission interministérielle de l'eau	national
Conseil supérieur des distributions d'eau	national
Conseil supérieur de l'épuration des eaux usées	national
Commission d'agrément des auteurs de projet	national

Direction générale des services généraux

Administration de l'art de guérir

Organes consultatifs

Situation actuelle

Orde des médecins	national
A. Conseils provinciaux	
B. Conseils d'appel (1 F. + 1 N.)	national
C. Conseil national (avec 2 sections F. + N.)	national
Ordre des pharmaciens	national
A. Conseils provinciaux	
B. Conseils s'appel (1 N. + 1 F.)	
C. Conseil national	
Commission médicale	national
1 par province (Brabant : 2)	
Commission médicale d'appel	national
Conseil supérieur des médecins-spécialistes et en médecine générale	national
Commission d'agrément des médecins-spécialistes et en médecine générale	national
Agrément des médecins spécialistes en réadaptation ...	national
Commission cumul médico-pharmaceutique	national
A. Première instance	
B. Appel	
Académie royale de médecine de Belgique	national
Commission technique de l'art infirmier	national

BIJLAGE IV

Evolutie van de hervorming van de ziekteverzekering

Voorgestelde hervormingen	Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980
I. Geneesheren	
1. Beperking aantal; mogelijkheden :	
a) numerus clausus (verslag, blz. 364 tot 371);	Een interministeriële werkgroep « Gezondheidsbeleid » besprak de beheersing van het medisch aanbod.
b) vestigingswet (verslag, blz. 372);	— E. E. G.-Richtlijn van 16 juni 1975 inzake de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de arts, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten (Publicatieblad E. E. G. n° L167 van 30 juni 1975). In voege sedert 20 december 1976. Einde december 1979 waren 53 vreemde artsen ingeschreven bij de Orde van geneesheren.
	— E. E. G.-Richtlijn van 25 juli 1978 inzake de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de beoefenaars der tandheelkunde, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten (Publicatieblad E. E. G. n° L233/1 van 24 augustus 1978). Sedert de inwerkingtreding op 28 januari 1980 werden 2 vreemde tandartsen toegelaten.
	— Wet van 4 april 1980 betreffende de overdracht van bevoegdheden voor de uitvoering van de richtlijnen van de Raad van de Europese Gemeenschappen, betreffende de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de diergeneeskunde (B. S. 21 mei 1980);
c) selectievere erkenning van specialisten (verslag, blz. 404).	— zie eveneens punt I, 1, a).
	— M. B. 30 augustus 1978 tot vaststelling van algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (B. S. 7 september 1978).
	— M. B. 9 maart 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde, pneumologie, cardiologie, gastroenterologie en reumatologie (B. S. 15 maart 1979).
	— M. B. 18 juli 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de heelkunde, neurochirurgie, plastische heelkunde, urologie en orthopedie (B. S. 7 augustus 1979).
	— M. B. 15 september 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de volgende specialismen : anesthesiologie, gynecologie-verloskunde, dermato-venereologie, kindergeneeskunde, neuropsychiatrie, fysische geneeskunde (voorheen fysiotherapie), klinische biologie (B. S. 26 september 1979).
2. Opleiding en nascholing artsen (verslag, blz. 373 tot 382).	Zie punt I, 16.
3. Collectieve akkoorden :	Op 28 maart 1980 kwam een akkoord tussen geneesheren en ziekenfondsen tot stand. (B. S. 1 mei 1980).
— individuele of collectieve toetreding (verslag, blz. 401-402);	niets
— quorum (verslag, blz. 402);	niets
— bescherming gerechtigden bij ontstentenis van akkoord.	art. 129 wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 (B. S. 15 augustus 1980) : voor 1980 wordt bij ontstentenis van een akkoord een uitzonderlijke procedure ingevoerd (inmiddels voorbijgestreefd door het akkoord van 28 maart 1980).
4. Nomenclatuur :	
— te uitgebreid;	— art. 127 en 133 wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : voor de wijziging van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen wordt een nieuwe procedure ingevoerd.

ANNEXE IV

Evolution de la réforme de l'assurance maladie

Réformes proposées	Réalisations au 1 ^{er} octobre 1980
I. Médecins	
1. Limitation du nombre : modalités :	
a) <i>numerus clausus</i> (rapport, pp. 364 à 372);	Un groupe de travail interministériel « Politique de santé » a étudié le problème de la maîtrise de l'offre médicale.
b) loi d'établissement (rapport, p. 372);	— Directive-C. E. E. du 16 juin 1975 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecins et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services (Journal Officiel C. E. E. n° L167 du 30 juin 1975). En application depuis le 20 décembre 1976. Fin décembre 1979, il y avait 53 médecins étrangers inscrits à l'Ordre des médecins.
	— Directive-C. E. E. du 25 juillet 1978 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres des praticiens de l'art dentaire et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services (Journal Officiel C. E. E. n° L233/1 du 24 août 1978). Depuis le 28 janvier 1980, date de la mise en application, deux dentistes étrangers ont été admis.
	— Loi du 4 avril 1980 contenant délégation de pouvoirs pour assurer l'exécution des directives du Conseil des Communautés européennes relatives à l'art de guérir, à l'art infirmier, aux professions paramédicales et à l'art vétérinaire (M. B. du 21 mai 1980) :
	— voir également point I, 1, a).
c) agrégation plus sélective des médecins spécialistes (rapport, p. 404).	— A. M. du 30 août 1978 fixant les critères généraux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M. B. 7 septembre 1978).
	— A. M. 9 mars 1979 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie (M. B. 15 mars 1979).
	— A. M. 18 juillet 1979 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la chirurgie, de la neurochirurgie, de la chirurgie plastique, de l'urologie et de l'orthopédie (M. B. 7 août 1979).
	— A. M. 15 septembre 1979 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités suivantes : anesthésiologie, gynécologie-obstétrique, dermatovénéréologie, pédiatrie, neuro-psychiatrie, médecine physique (précédemment : physiothérapie), biologie clinique (M. B. 26 septembre 1979).
2. Formation et recyclage des médecins (rapport, pp. 373 à 382).	Voir point I, 16.
3. Accords collectifs :	Un accord a été conclu le 28 mars 1980 entre les médecins et les mutualités (M. B. 1 mai 1980).
— engagement individuel ou collectif (rapport, pp. 401-402).	rien.
— quorum (rapport, p. 402).	rien.
— protection des ayants droit à défaut d'accord.	art. 129 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 (M. B. 15 août 1980) : en 1980, à défaut d'accord, il est prévu une procédure exceptionnelle (entretemps dépassée par l'accord du 28 mars 1980).
4. Nomenclature :	
— trop détaillée.	— art. 127 et 133 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 : une nouvelle procédure est introduite pour modifier la nomenclature des prestations de santé.

Voorgestelde hervormingen

— sommige prestaties te hoog gehonoreerd (verslag, blz. 446-448);

— sommige vereisten geven aanleiding tot overconsumptie (vb. radiologie).

5. Veralgemeend remgeld van 25 % (verslag, blz. 362).

6. Zuinige- en kwaliteitsgeneeskunde (verslag, blz. 396).

7. Controle inzake zuinigheid en kwaliteit: medische controle-oriëntering (verslag, blz. 494).

8. Medisch dossier (verslag, blz. 490).

9. Verstrektingsboekje (verslag, blz. 491).

10. Controle op verblijfsduur in ziekenhuizen (verslag, blz. 498).

11. Controle op boekhouding in laboratoria voor klinische biologie en in radiologische centra (verslag, blz. 499).

12. Erkenning en planning van laboratoria voor klinische biologie (verslag, blz. 499).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

— K.B. 31 december 1979 tot vaststelling van de grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkomingen voor geneeskundige verstrekkingen van de geneesheren en tandheelkundigen (B.S. 4 januari 1980):

— ereloon tarieven artsen en tandartsen met 5,2038 % geïndexeerd;

— worden niet geïndexeerd: klinische biologie, nucleaire geneeskunde, radiologie en bepaalde orthopedische behandelingen;

— tariefverminderingen:

— 15 % klinische biologie;

— 25 % nucleaire geneeskunde;

— 10 % (supplementair) inzake klinische biologie wat betreft de konnexisten;

— 25 % wegnemen tumors.

— K.B. 27 december 1979 (B.S. 29 december 1979) tot wijziging van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen: sanering tak klinische biologie en bepaalde nomenclatuurcodes m.b.t. de nierdialyse worden gewijzigd;

— Verordeningen van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging R.I.Z.I.V. van 10 december 1979 (B.S. 29 december 1979) en 30 juni 1980 (B.S. 19 juli 1980) waarbij de bepalingen m.b.t. de verzekeringstegemoetkoming voor hemodialyse thuis, dialyse in een collectief autodialysecentrum en peritoneale dialyse worden gewijzigd;

— K.B. 9 juni 1980 tot wijziging K.B. 16 november 1973 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B.S. 18 juni 1980) (radiologie).

— K.B. 11 september 1980 tot wijziging K.B. 16 november 1973 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en K.B. 11 september 1980 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de orthopedische schoenen (B.S. 24 september 1980): remgeld van 750 F (500 F voor kinderen beneden 12 jaar) per schoen ingevoerd.

— K.B. 28 december 1979 tot wijziging van het K.B. van 7 maart 1972 tot vaststelling van het aandeel van de rechthebbende of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen (B.S. 4 januari 1980).

niets.

Het akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 28 maart 1980 voorziet in het organiseren van een kwantiteitscontrole en het opmaken van een profiel van de zieke.

niets.

art. 132 en 133 wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 wijzigt de procedure voor het invoeren van een verstrektingsboekje.

Geen nieuwe maatregelen in vooruitzicht.

niets.

— K.B. 31 januari 1977 tot bepaling van de verstrekkingen van klinische biologie bedoeld in artikel 153, § 6, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B.S. 4 februari 1977), zoals gewijzigd bij K.B. 24 juli 1978 (B.S. 28 juli 1978);

— Art. 1, 3°, wet 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en sommige andere vormen van verzorging (B.S. 12 juli 1978);

— Het K.B. 25 september 1978 (B.S. 4 november 1978) bepaling van de samenstelling en werkingsregelen van de Raad voor Klinische Biologie;

— K.B. 10 november 1978 (B.S. 14 februari 1979) betreffende de erkenning door de Minister van Volksgezondheid en Leefmilieu van de laboratoria voor klinische biologie;

— K.B. 3 december 1979 tot wijziging K.B. 1 augustus 1979 houdende vaststelling van de regels voor de bijzondere erkenning van laboratoria, belast met de externe controle op de deugdelijkheid der analyses van klinische biologie (B.S. 20 december 1979);

Réformes proposées

- honoraires trop élevés pour certaines prestations (rapport, pp. 446-448).
- certaines conditions provoquent une surconsommation (par ex. radiologie).
- 5. Ticket modérateur généralisé de 25 % (rapport, p. 362).
- 6. Médecine sobre et de qualité (rapport, p. 396).
- 7. Contrôle concernant le coût et la qualité : contrôle d'orientation médicale (rapport, p. 494).
- 8. Dossier médical (rapport, p. 490).
- 9. La tenue d'un « carnet de prestations » (rapport, p. 491).
- 10. Contrôle de la durée du séjour dans les hôpitaux (rapport, p. 498).
- 11. Contrôle de la comptabilité des laboratoires de biologie clinique et des centres radiologiques (rapport, p. 499).
- 12. Agréation et planning des laboratoires de biologie clinique (rapport, p. 447).

Réalizations au 1^{er} octobre 1980

- A. R. 31 décembre 1979. Arrêté royal fixant la base du calcul des interventions de l'assurance pour les prestations de santé des médecins et des praticiens de l'art dentaire (M. B. 4 janvier 1980) :
 - tarifs d'honoraires pour les praticiens de l'art dentaire et les médecins, indexés de 5,2038 %;
 - ne sont pas indexés : biologie clinique, médecine nucléaire, radiologie et certaines prestations orthopédiques;
 - diminution de tarifs :
 - 15 % en biologie clinique;
 - 25 % en médecine nucléaire;
 - 10 % (supplémentaires) pour les connexistes en biologie clinique;
 - 25 % pour l'enlèvement des tumeurs.
- A. R. 27 décembre 1979 (M. B. 29 décembre 1979) modifiant la nomenclature des prestations de santé : assainissement du secteur de la biologie clinique et modification de certains codes de la nomenclature concernant la dialyse rénale.
- Règlements du Comité de gestion du service des soins de santé de l'I. N. A. M. I. du 10 décembre 1979 (M. B. 29 décembre 1979) et du 30 juin 1980 (M. B. 19 juillet 1980) modifiant les dispositions relatives à l'intervention de l'assurance dans les frais pour hémodialyse et dialyse péritonéale à domicile ainsi que pour dialyse dans un centre collectif de dialyse.
- A. R. 9 juin 1980 modifiant l'arrêté royal du 16 novembre 1973 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. 18 juin 1980) (radiologie).
- A. R. 11 septembre 1980 modifiant l'arrêté royal du 16 novembre 1973 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et A. R. 11 septembre 1980 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des chaussures orthopédiques (M. B. 24 septembre 1980) : introduction d'un ticket modérateur de 750 F (500 F pour les enfants en dessous de 12 ans) par chaussure.
- A. R. 28 décembre 1979 modifiant l'arrêté royal du 7 mars 1972 fixant le montant de l'intervention des bénéficiaires ou de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (M. B. 4 janvier 1980).
- Rien.
- L'accord médico-mutualiste du 28 mars 1980 prévoit l'organisation d'un contrôle de quantité et la réalisation d'un profil du malade.
- Rien.
- Les articles 132 et 133 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 modifient la procédure d'introduction du « carnet de prestations ».
- Aucune nouvelle mesure n'est en vue.
- Rien.
- A. R. du 31 janvier 1977 déterminant les prestations de biologie clinique visées à l'article 153, § 6, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. 4 février 1977), modifié par l'A. R. du 24 juillet 1978 (M. B. 28 juillet 1978).
- Art. 1, 3^o, loi du 27 juin 1978 modifiant la loi sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M. B. 12 juillet 1978).
- A. R. 25 septembre 1978 (M. B. 4 novembre 1978) déterminant la composition et la mission du Conseil de la biologie clinique.
- A. R. 10 novembre 1978 (M. B. 14 février 1979) relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre de la Santé publique et de l'Environnement.
- A. R. 3 décembre 1979 modifiant l'arrêté royal du 1^{er} août 1979 fixant les règles d'agrément spécial des laboratoires chargés du contrôle externe de la qualité des analyses de biologie clinique (M. B. 20 décembre 1979).

Voorgestelde hervormingen

13. Sancties (verslag, blz. 499).

14. Fiscale strook (verslag, blz. 400).

15. Probleem van de representativiteit van de geneesherenorganisaties (verslag, blz. 400-402).

16. Revalorisatie huisarts (verslag, blz. 389).

17. Cycli voor herscholing van huisartsen (verslag, blz. 380).

II. Geneesmiddelen (verslag, blz. 249 e.v.).

1. Herziening lijst geregistreerde geneesmiddelen (verslag, blz. 275).

2. Herziening lijst terugbetaalbare specialiteiten (verslag, blz. 276).

3. Afremming erkenning terugbetaalbare specialiteiten (verslag, blz. 276).

4. Afschaffing publiciteit (verslag, blz. 277).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

— K. B. 4 februari 1980 houdende de gelijkstelling van de laboratoria voor klinische biologie met zware medische apparatuur (B. S. 26 februari 1980);

— K. B. 9 juli 1980 ter verlenging tot 31 december 1980 van het K. B. 4 februari 1980 ter gelijkstelling van de laboratoria voor klinische biologie met de zware medische apparatuur (B. S. 20 september 1980).

— Wet van 7 juli 1976 (B. S. van 15 juli 1976), waaraan, na bespreking met de geneesherenorganisaties, enkele aanpassingen worden aangebracht, vervat in de wet van 22 december 1977 (B. S. 24 december 1977);

— art. 130, wet op de budgettaire voorstellen 1979-1980: schrapping of vermindering voordeel sociaal statuut.

Ministerieel besluit van 14 januari 1977 (B. S. 22 januari 1977).

— zie wet 8 december 1977 en K. B. 9 december 1977 (B. S. 13 december 1977);

— bij het K. B. 11 december 1979 (B. S. 20 december 1979) met uitwerking op 6 juni 1975 werden de leden van de medico-mutualistische Commissie, die de geneesherenorganisaties vertegenwoordigen, benoemd.

— oprichting van erkenningskamers voor algemene geneeskunde (K. B. 27 augustus 1976 — B. S. 30 september 1976);

— K. B. 7 oktober 1976 betreffende de organisatie en de werkwijze van de geneeskundige commissies (B. S. 4 februari 1977);

— M. B. 17 januari 1978 (B. S. 23 maart 1978) tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van bijgeschoolde huisarts, gewijzigd door M. B. 21 april 1980 (B. S. 21 mei 1980): de aanvullende opleiding aangevat vóór 1 januari 1978 kan in aanmerking worden genomen op voorwaarde dat de opleiding van 200 lesuren voltooid wordt vóór 1 januari 1981;

— K. B. 29 juni 1978 (B. S. 1 juli 1978) tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen.

Teneinde alle juridische betwistingen omtrent de toelagen van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan de universitaire faculteiten of aan de verenigingen voor algemene geneeskunde, die cursussen voor aanvullende opleiding van algemeen geneeskundigen organiseren, te vermijden, werd de wet van 9 augustus 1963 in deze zin aangevuld door de wet van 22 december 1977 (B. S. 24 december 1977).

K. B. tot goedkeuring van de wijzigingen aan te brengen aan de monografieën « Glycerolum », « Ricini Oleum », « Pentobarbitalum natrium » en « Polysorbatum 60 » van volumen II van de Europese Farmacopie, Belgische uitgave (B. S. 23 september 1980).

— art. 126 en 128, 1^o, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 maakt het mogelijk voor de farmaceutische produkten een nieuwe terugbetalingswijze in te voeren welke rekening houdt met het therapeutisch en sociaal nut van het produkt;

— K. B. 1 september 1980 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vergoedbare geneesmiddelen (B. S. 30 september 1980);

— K. B. 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen (B. S. 30 september 1980).

In de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten werd voorgesteld slechts deze nieuwe specialiteiten te erkennen, welke onontbeerlijk zijn, hetgeen op hevig verzet stuitte van de vertegenwoordigers der farmaceutische industrie.

— Wetsvoorstel Plasman (Kamer, zitting 1975-1976, Gedr. Stuk 714 en zitting 1977-1978, Stuk 204/1);

— Wetsvoorstel Lenssens (Kamer, zitting 1979-1980, Gedr. Stuk 527/1).

Réformes proposées

13. Sanctions (rapport, p. 499).

14. Souche fiscale (rapport, p. 400).

15. Problème de la représentativité des organisations du corps médical (rapport, p. 400-402).

16. Revalorisation du médecin généraliste (rapport, p. 389).

17. Organisation de cours de recyclage pour les médecins généralistes. (rapport, p. 380).

II. Produits pharmaceutiques (rapport, p. 249 et suivantes).

1. La révision de la liste des médicaments enregistrés (rapport, p. 275).

2. Révision de la liste des spécialités remboursables (rapport, p. 276).

3. Limitation de l'agrément de spécialités remboursables (rapport, p. 276).

4. Suppression de la publicité pharmaceutique (rapport, p. 277).

Réalizations au 1^{er} octobre 1980

— A. R. du 4 février 1980 assimilant les laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd (M. B. 26 février 1980).

— A. R. du 9 juillet 1980 prorogeant jusqu'au 31 décembre 1980 l'arrêté royal du 4 février 1980 assimilant les laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd (M. B. 20 septembre 1980).

— Loi du 7 juillet 1976 (M. B. 15 juillet 1976) qui, après les pourparlers avec les organisations représentatives des médecins, a été modifiée par la loi du 22 décembre 1977 (M. B. 24 décembre 1977).

— Art. 130 de la loi sur les propositions budgétaires 1979-1980 : retrait ou diminution de l'avantage du statut social.

Arrêté ministériel du 14 janvier 1977 (M. B. 22 janvier 1977).

— voir loi du 8 décembre 1977 et A. R. du 9 décembre 1977 (M. B. 13 décembre 1977);

— Par arrêté royal du 11 décembre 1979 (M. B. 20 décembre 1979), qui produit ses effets le 6 juin 1975, les membres représentants d'une organisation représentative du corps médical sont nommés à la Commission nationale médico-mutualiste.

— création de chambres d'agrément pour médecins de médecine générale (A. R. 27 août 1976 — M. B. 30 septembre 1976);

— A. R. du 7 octobre 1976 relatif à l'organisation et au fonctionnement des commissions médicales (M. B. 4 février 1977).

— A. M. du 17 janvier 1978 (M. B. 23 mars 1978) fixant les critères d'agrément des médecins généralistes recyclés, modifié par A. M. du 21 avril 1980 (M. B. 21 mai 1980) : la formation complémentaire reçue avant le 1^{er} janvier 1980 peut être prise en compte à condition que la formation des 200 heures de cours soit accomplie avant le 1^{er} janvier 1981;

— A. R. du 29 juin 1978 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et généralistes (M. B. 1 juillet 1978).

Afin de supprimer toute controverse juridique au sujet des subside à charge de l'assurance maladie pour les facultés universitaires ou les organisations de médecine générale qui organisent des cours de formation complémentaire pour les médecins généralistes, la loi du 9 août 1963 a été modifiée par la loi du 22 décembre 1977 (M. B. 24 décembre 1977).

A. R. du 18 juillet 1980 approuvant les modifications à apporter aux monographies « Glycerolum », « Ricini oleum », « Pentobarbitalum Natricum » et « Polysorbatum 60 » du volume III de la Pharmacopée européenne, édition belge (M. B. 23 septembre 1980).

— les art. 126 et 128, 1^o de la loi du 28 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 rendent possible l'introduction d'un nouveau mode de remboursement des produits pharmaceutiques qui tient compte de l'utilité thérapeutique et sociale du produit.

— A. R. du 1^{er} septembre 1980 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des médicaments remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. 30 septembre 1980)

— A. R. du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des fournitures pharmaceutiques (M. B. 30 septembre 1980).

Au sein du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, il a été proposé de n'agréer que les nouvelles spécialités qui sont indispensables, ce qui a rencontré une opposition vigoureuse de la part des représentants de l'industrie pharmaceutique.

— Proposition de loi Plasman (Chambre 1975-1976, Doc. n° 714/1 et 1977-1978, Doc. n° 204/1)

— Proposition de loi Lenssens (Chambre 1979-1980, Doc. n° 527/1)

Voorgestelde hervormingen

5. Verbod uitdeling stalen (verslag, blz. 280).
6. Objectieve voorlichting artsen (verslag, blz. 279).
7. Bescherming bevolking tegen overdreven gebruik (verslag, blz. 283).
8. Scherper onderzoek prijzen (verslag, blz. 284).
9. Winstmarge apothekers en grossisten (verslag, blz. 419-420).
10. Remgeld (verslag, blz. 273-274, 286-298, 193).
11. Hergroeperen diensten (verslag, blz. 276).
12. Gespreksorgaan ziekenfondsen-industrie (verslag, blz. 292).
13. Overname van apotheken (verslag, blz. 415).
14. Standaard-verpakking van geneesmiddelen (verslag Prims).
15. Beperking automedicatie (verslag, blz. 108 en verslag Prims).
16. Magistraal voorschrift (verslag, blz. 285).

III. Ziekenhuizen.

1. Persoonlijke deelname bij hospitalisatie (verslag, blz. 325).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

- K.B. 25 mei 1977 (B.S. 25 juni 1977) tot wijziging van het K.B. van 1 december 1976 tot vaststelling van de perken waarbinnen en de voorwaarden waaronder geneesmiddelen in de vorm van monsters overhandigd mogen worden (B.S. 17 december 1976);
- K.B. 2 juni 1978 (B.S. 15 juni 1978). De monsters mogen maximum 4 % bedragen van de over de laatste 12 m. op de Belgische markt verdeelde eenheden.
- Belgisch Centrum voor farmakotherapeutische informatiek.
- K.B. 24 januari 1977 betreffende de geneesmiddelen die het voorwerp uitmaken van reclame bij het publiek (B.S. 27 januari 1977).
- De wet van 24 november 1978 (B.S. 20 december 1978) verlengt tot 31 december 1980 de uitwerking van de wet van 22 december 1977, welke op haar beurt de wet van 8 juli 1975 verlengde, welke de Minister van Economische Zaken toelaat maximumprijzen vast te stellen voor de farmaceutische produkten;
- Ministerieel besluit van 10 februari 1976 (B.S. 12 februari 1976) tot reglementering der prijzen van de farmaceutische specialiteiten en andere geneesmiddelen;
- Met toepassing van voornoemd M.B. heeft de Minister van Economische Zaken bij schrijven van 11 maart 1977 de prijs van bepaalde antibiotica verlaagd, wat een jaarlijkse besparing van 241 miljoen F moest meebrengen. Daarentegen heeft hij over de periode 1975-31 augustus 1977 109 prijsverhogingen goedgekeurd, wat een jaarlijkse meeruitgave van 480 miljoen F betekent (Kamer, 1977-1978, Stuk 186/3, blz. 5). Tevens werden 127 nieuwe specialiteiten erkend.

Wat de prijsdrukkingsmogelijkheden betreft liet de voorzitter van de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten in het beheerscomité gezondheidszorgen op 14 november 1977 opmerken dat, alhoewel de administratie van het R.I.Z.I.V. al het mogelijke doet om prijsvermindering van de betrokken firma's te verkrijgen, het meer aangewezen zou zijn dat het Ministerie van Economische Zaken de laagst mogelijke prijs zou bedingen in het kader van het prijzenbeleid.

K.B. van 12 januari 1977 tot wijziging van het K.B. van 24 december 1963 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoet komt in de kosten van farmaceutische verstrekkingen (B.S. van 14 januari 1977).

Zie punt II, 2.

niets.

Naast de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten werd een sub-comité voor overleg met de industrie ingesteld, dat het beheerscomité voor gezondheidszorgen van advies dient.

K.B. 13 april 1977 tot vaststelling van de regels die toelaten de waarde van de overdracht der apotheken vast te stellen en toezicht uit te oefenen op deze overdracht (B.S. 28 mei 1977).

niets.

niets.

De terugbetaling van de magistrale bereidingen zal op gelijkaardige wijze als voor de specialiteiten worden gewijzigd (zie punt II, 2).

— Het K.B. 8 februari 1979 (B.S. 13 februari 1979) voert met ingang van 1 januari 1979 een nieuwe regeling in, welke een versoepeling is van de bepalingen vervat in het K.B. 14 maart 1978 (B.S. 18 maart 1978).

— Algemeen principe: vermindering van de tussenkomst van de verzekering met 50 F vanaf de 41^e dag hospitalisatie.

— In bepaalde gevallen en voor alleenstaanden bedraagt de vermindering 100 F of 200 F vanaf de 91^e dag.

Réformes proposées

Réalisations au 1^{er} octobre 1980

5. Limitation de la distribution des échantillons (rapport, p. 280).

6. Information objective des médecins (rapport, p. 279).

7. Protection de la population contre la surconsommation (rapport, p. 283).

8. Examen plus strict des prix (rapport, p. 284).

9. Marge bénéficiaire des pharmaciens et grossistes (rapport, pp. 419-420).

10. Ticket modérateur (rapport, pp. 273-274, 286-298, 193).

11. Regroupement des services (rapport, p. 276).

12. Organe de concertation organismes assureurs-industrie (rapport, p. 292).

13. Reprise de pharmacies (rapport, p. 415).

14. Emballage-standard pour médicaments (rapport Prims).

15. Limitation de l'automédication (rapport, p. 108 et rapport Prims).

16. Prescription magistrale (rapport, p. 285).

III. Hôpitaux

1. Participation personnelle lors d'une hospitalisation (rapport, p. 325).

— A. R. du 25 mai 1977 portant modification de l'A. R. du 1^{er} décembre 1976 fixant les limites et les conditions dans lesquelles la remise de médicaments sous forme d'échantillons peut être effectuée (M. B. 25 juin 1977);

— A. R. du 2 juin 1978 (M. B. 15 juin 1978). Les échantillons ne peuvent dépasser 4 % du nombre d'unités distribuées sur le marché belge durant les 12 mois précédents.

— Centre belge d'information de pharmacothérapie.

— A. R. du 24 janvier 1977 relatif aux médicaments faisant l'objet de publicité auprès du public (M. B. 27 janvier 1977).

— La loi du 24 novembre 1978 (M. B. 20 décembre 1978) prolonge jusqu'au 31 décembre 1980 l'effet de la loi du 22 décembre 1977, laquelle prolongeait à son tour la loi du 9 juillet 1975, qui autorise le Ministre des Affaires économiques à fixer des prix maxima pour les produits pharmaceutiques;

— A. M. du 10 février 1976 (M. B. 12 février 1976) réglementant les prix de spécialités pharmaceutiques et autres médicaments;

— En application de l'A. M. précité, le Ministre des Affaires économiques a, par sa lettre du 11 mars 1977, décidé une baisse du prix de certains antibiotiques, ce qui devrait représenter une économie annuelle de 241 millions de F. Par contre, durant la période 1975-31 août 1977, il a approuvé 109 hausses de prix, ce qui entraîne une dépense annuelle complémentaire de 480 millions (Chambre, 1977-1978, Doc. n° 186/3, p. 5). En outre, 127 nouvelles spécialités ont été enregistrées.

En ce qui concerne les moyens tendant à maîtriser les prix, le président du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques faisait remarquer, lors de la réunion du 14 novembre 1977 du Comité de gestion des soins de santé, que, nonobstant les efforts de l'administration de l'I.N.A.M.I. pour réduire les dépenses, il serait plus efficace que le Ministère des Affaires économiques négocie le prix le plus bas possible dans le cadre d'une politique des prix.

A. R. du 12 janvier 1977 modifiant l'A. R. du 24 décembre 1963 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des fournitures pharmaceutiques (M. B. 14 janvier 1977).

Voir point II, 2.

rien.

Une sous-commission, jouant le rôle d'organe de concertation avec l'industrie, donne des avis au comité de gestion des soins de santé.

A. R. du 13 avril 1977 fixant les règles permettant de déterminer la valeur de transmission des officines pharmaceutiques et de surveiller cette transmission (M. B. du 28 mai 1977).

rien.

rien.

Le remboursement des préparations magistrales sera modifié de la même façon que celui des spécialités (voir point II, 2).

— L'A. R. 8 février 1979 (M. B. 13 février 1979) qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 1979 prévoit un assouplissement des dispositions prévues par l'A. R. 14 mars 1978 (M. B. 18 mars 1978).

— Principe général : réduction de l'intervention de l'assurance de 50 F par jour à partir du 41^e jour d'hospitalisation.

— Dans certains cas et pour des titulaires isolés, la réduction est de 100 F ou de 200 F à partir du 91^e jour.

Voorgestelde hervormingen

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

2. Een forfait per bed (verslag, blz. 314 tot 319).
3. Vermindering aantal verpleegdagen (verslag, blz. 321).
4. Ligdagprijs « alles inbegrepen » (verslag, blz. 317).
5. Art. 10, wet 6 juli 1973 (verslag, blz. 319) : het Ministerie van Volksgezondheid draagt integraal de last van de verpleegdagprijs.
6. Bindende planning (ook van poliklinieken, laboratoria voor radiologie en klinische biologie) (verslag, blz. 311 tot 313).
7. Pyramidale opbouw (lokaal ziekenhuis, gewestelijk ziekenhuis en universitair ziekenhuis) (verslag, blz. 314).
8. Uitbouw thuisverzorging (verslag, blz. 310-311).

Deze verminderingen zijn niet toepasselijk op :

- personen die van het gewaarborgd inkomen genieten;
- de verlofdagen toegekend aan patiënten;
- ingeval van partiële hospitalisatie.

- art. 128, 3^o, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : de mogelijkheid wordt geschapen ook in geval van niet-langdurige hospitalisatie de verzekeringstegemoetkoming te verminderen.

Deze bepaling wordt toegepast door het K.B. 20 augustus 1980 (B.S. 27 augustus 1980) : vermindering van de verzekeringstegemoetkoming met 125 F (50 F voor bepaalde categorieën gerechtigden) vanaf de 1^e hospitalisatiedag. Deze vermindering is niet toepasselijk op :

- partiële hospitalisatie;
- verlofdagen toegekend aan patiënten.

Minister De Saeger had een voorstel uitgewerkt, dat zonder gevolg bleef.

Art. 5 wet 27 juni 1978 (B.S. 12 juli 1978) : erkenning van verzorgingsdiensten in rustoorden en van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

In bespreking.

Zie K.B. 30 juni 1978 tot opname in de normale prijs in de gesloten psychiatrische diensten van de kosten voor de zorgen verstrekt door kinesitherapeuten (B.S. 9 september 1978).

niets.

- Wet 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging (B.S. 12 juli 1978).

— wet budgettaire voorstellen 1979-1980 :

- art. 204, 1^o : afschaffing van vervangen bedden;
- art. 204, 2^o : vergoeding bij afzien van bouwproject;
- art. 208 : uitbreiding verbouwing en omschakeling afhankelijk van voorafgaande toestemming van de Minister;
- art. 209 : financiële voordelen bij omschakeling overtollige bedden naar diensten welke niet onder het ziekenhuisstatuut ressorteren.

- Het K.B. 1 december 1977 (B.S. 13 juli 1978) bepaalt de normen na te leven door de ziekenhuizen van het Vlaamse gewest, terwijl het K.B. 22 maart 1978 (B.S. 1 juli 1978) deze vaststelt voor het Waalse gewest.

- K.B. 18 januari 1979 tot wijziging voor het Vlaamse gewest van het koninklijk besluit van 15 februari 1974 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (B.S. 23 mei 1979).

- K.B. 15 december 1978 tot wijziging, voor het Brusselse gewest, van het koninklijk besluit van 15 februari 1974 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (B.S. 15 januari 1980).

In onderzoek.

- Artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging (B.S. 12 juli 1978);

- In de wet van 5 augustus 1978 wordt voorgesteld de uitvoerende macht te gelasten de bepaling van de ziekwet van 9 augustus 1963 op deze vorm van zorgenverlening toepasselijk te maken;

- In het K.B. n^o 10 van 11 oktober 1978 (B.S. 4 november 1978) wordt bepaald dat de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit kan vaststellen op welke wijze de ziekwet toepasselijk wordt gemaakt op de zorgen verleend door diensten voor thuisverzorging en rustoorden voor bejaarden.

Réformes proposées

Réalisations au 1^{er} octobre 1980

2. Un forfait par lit (rapport, pp. 314 à 319).
3. Diminution du nombre de jours d'hospitalisation (rapport, p. 321).
4. Prix de la journée d'entretien « tout compris » (rapport, p. 317).
5. Art. 10 de la loi du 6 juillet 1973 (rapport, p. 319); le Ministère de la Santé publique supporte intégralement la charge du prix de la journée d'entretien.
6. Planning formel (aussi pour les polycliniques, laboratoires de radiologie et de biologie clinique) (rapport, pp. 311 à 313).
7. Structure pyramidale des hôpitaux (hôpital local, hôpital régional et hôpital universitaire) (rapport, p. 314).
8. Développement des services de soins à domicile (rapport, pp. 310-311).

Les réductions ne sont pas applicables à l'égard :

- d'ayants droit à une forme de revenu garanti;
- des journées d'absence de l'institution pendant le congé accordé aux patients;
- de l'hospitalisation partielle.

- art. 128, 3^o, loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 : la possibilité est prévue de réduire également l'intervention de l'assurance pour les hospitalisations qui ne sont pas de longue durée.

Cette disposition a été appliquée par l'A.R. du 20 août 1980 (M.B. 27 août 1980). Réduction de l'intervention de l'assurance de 125 F (50 F pour certaines catégories d'ayants droit) à partir du 1^{er} jour de l'hospitalisation. Cette réduction n'est pas applicable :

- aux cas d'hospitalisation partielle;
- aux jours de congé accordés aux patients.

L'ancien Ministre M. De Saeger avait élaboré un projet, resté sans suite.

Art. 5bis loi 27 juin 1978 (M.B. 12 juillet 1978) : agrégation de services de soins dans les maisons de repos et de services intégrés de dispensation de soins à domicile.

A l'étude.

Voir A.R. 30 juin 1978 portant incorporation, dans le prix normal des services psychiatriques fermés, des frais découlant des soins prodigués par les kinésithérapeutes (M.B. 9 septembre 1978).

Rien.

- Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M.B. 12 juillet 1978).

- loi relative aux propositions budgétaires 1979-1980 :

- art. 204, 1^o : suppression des lits remplacés;
- art. 204, 2^o : indemnité en cas de renoncement au projet de construction;
- art. 208 : l'extension, le reconditionnement et la reconversion dépendent de l'accord préalable du Ministre;
- art. 209 : avantages financiers en cas de reconversion des lits excédentaires en services qui ne relèvent pas du statut hospitalier.

- Un A.R. du 1^{er} décembre 1977 (M.B. 13 juillet 1978) fixe les critères à respecter par les hôpitaux de la Région flamande, tandis que l'A.R. du 22 mars 1978 (M.B. 1^{er} juillet 1978) les fixe pour la Région wallonne.

- A.R. du 18 février 1979 modifiant, pour la Région flamande, l'arrêté royal du 15 février 1974 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (M.B. 23 mai 1979).

- A.R. du 15 décembre 1978 modifiant, pour la Région bruxelloise, l'arrêté royal du 15 février 1974 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (M.B. 15 janvier 1980).

A l'étude.

- Art. 5 de la loi du 17 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M.B. 12 juillet 1978).

- La loi du 5 août 1978 prévoit de charger le pouvoir exécutif de rendre applicable les dispositions de la loi du 9 août 1963 en matière de maladie à cette forme de dispensation de soins.

- L'A.R. n^o 10 du 11 octobre 1978 (M.B. 4 novembre 1978) stipule que le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, déterminer la façon dont la loi sur l'assurance-maladie est rendue applicable aux soins dispensés par des services de dispensation de soins à domicile et par des maisons de repos pour personnes âgées.

Voorgestelde hervormingen

9. Oprichting verpleegtehuizen en verpleegafdelingen in bejaardentehuizen (verslag, blz. 310-386-389-390).

10. Instelling officina-apotekers (verslag, blz. 328).

11. Eén enkele vereffenings- en uitbetalingsinstelling (verslag Delpérée).

12. Gezondheidscentra (verslag, blz. 311-387).

13. Planning inzake apparatuur (verslag, blz. 313).

14. Verminderen erelonen artsen voor bepaalde verstrekkingen ingevolge tussenkomst Rijk in subsidiëring zware medische apparatuur (verslag Delpérée).

15. Statuut ziekenhuisarts (verslag, blz. 393 tot 395).

16. Beheersvorm en inspraakmogelijkheden in ziekenhuis (verslag, blz. 315).

17. Herziening normen voor aantal ziekenhuisbedden (verslag, blz. 304).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

— Zie punt III, 3 en art. 27, § 7 wet 5 augustus 1978. Het tekort aan rusthuizen wordt echter niet opgelost. Daarentegen werden verscheidene bejaardentehuizen niet erkend, vooral wegens het niet-naleven van de brandbeveiligingsnormen, alhoewel de wet van 15 juli 1976 verbeteringswerken voor 90 % subsidieerbaar maakt. Het is derhalve aangewezen de wet aan te passen, bijv. door het opleggen van een termijn, teneinde de tehuizen te dwingen zich in orde te stellen.

— Art. 209 wet 8 augustus 1978 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980: de gelijkstelling met erkende bejaardentehuizen van een ziekenhuis of gedeelte van een ziekenhuis, die omgeschakeld zijn tot verblijfdiensten voor de opname van zorgenbehoevende bejaarden.

— Art. 209 wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980: vervanging van de tussenkomst in de verpleegdagprijs door een bijzondere tussenkomst voor patiënten die meer dan een jaar in een ziekenhuis zijn opgenomen en wier gezondheidstoestand geen medische behandeling in een ziekenhuis vergt.

— K.B. van 1 juli 1976 houdende aanvulling van het K.B. van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (B.S. 14 september 1976);

— K.B. van 28 oktober 1977 tot wijziging van het K.B. van 29 september 1976 tot wijziging van het K.B. van 29 juni 1967 houdende regelen betreffende de officina's en de geneesmiddelendepots in verzorgingsinrichtingen (B.S. 30 november 1977);

— Ingevolge het K.B. 19 oktober 1978 (B.S. 31 oktober 1978) moet voortaan elke verzorgingsinstelling over een apotheker beschikken.

niets.

Privé-initiatieven te Doornik en Kasteelbrakel.

— Art. 148, wet 5 januari 1976, betreffende de budgettaire voorstellen 1975-1976;

— K.B. 16 juni 1976 (B.S. 8 juli 1976), gewijzigd door K.B. 18 november 1977 (B.S. 2 februari 1978), door K.B. 14 juli 1978 (B.S. 28 oktober 1978) en door K.B. 6 maart 1979 (B.S. 23 maart 1979): lijst zware medische apparatuur;

— Wet van 27 juni 1978 (B.S. 12 juli 1978). K.B. 9 maart 1979, gewijzigd door K.B. 3 september 1979 (B.S. 9 oktober 1979) betreffende het aantal scanners: de norm is 2 per 1 miljoen inwoners + 2 per academisch ziekenhuis, wat 34 scanners betekent, doch bij toepassing van de subcriteria is het toegelaten maximum 26, hetgeen het huidige aantal is;

— K.B. 30 januari 1979 (B.S. 16 maart 1979) betreffende de programmatie van de scintillatiecamera;

— K.B. 6 maart 1979 (B.S. 23 maart 1979) tot vaststelling van de programmaticriteria voor het hemodialyseapparaat in gespecialiseerde ziekenhuiscentra;

— K.B. 3 september 1979 (B.S. 9 oktober 1979) houdende vaststelling van de programmaticriteria voor de transversale axiale tomograaf met ingebouwd telsysteem;

— art. 205 en 207, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980: het in de handel brengen van zware medische apparatuur wordt onderworpen aan registratie.

Zie punt I, 4.

Voorontwerp in bespreking op het Ministerie van Volksgezondheid.

Zie punt 15.

Wetsvoorstel C. De Clercq tot vaststelling van de rechten van de ziekenhuispatiënt (Senaat, B.Z., 1979, Gedr. Stuk nr 195/1).

K.B. 3 augustus 1976 (B.S. 17 september 1976) voor de psychiatrische diensten; K.B. 21 maart 1977 (B.S. 30 april 1977) voor de andere diensten.

Zie ook punt 5.

Réformes proposées

Réalisations au 1^{er} octobre 1980

9. Pourvoir les maisons de repos d'un service de soins médicaux (rapport, pp. 310-386-389-390).
10. Instauration de « pharmaciens cliniques d'hôpital » (rapport, p. 328).
11. Une instance unique chargée du payement (Rapport Delpérée).
12. Centres de santé (Rapport, p. 311-387).
13. Planning de l'équipement médical (Rapport, p. 313).
14. Diminution des honoraires des médecins pour certaines prestations compte tenu du subside pour l'équipement médical lourd (Rapport Delpérée).
15. Statut du médecin hospitalier (rapport, pp. 392 à 395).
16. Droit de regard dans la gestion de l'hôpital (rapport, p. 315).
17. Révision des normes pour le nombre de lits hospitaliers (rapport, p. 304).
- Voir point III, 3, et article 27, § 7, loi du 5 août 1978. Néanmoins il faut augmenter le nombre d'hospices. Beaucoup de maisons de repos ne sont pas reconnues à cause du non respect des normes en matière de protection contre l'incendie, bien que la loi du 15 juillet 1976 subsidie pour 90 % les travaux d'amélioration. Il est dès lors indiqué d'adapter la loi, par exemple en introduisant un délai dans lequel les hospices devront se conformer aux normes existantes.
- Art. 209 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 : l'assimilation aux maisons de repos agréées pour personnes âgées des hôpitaux ou parties d'hôpitaux qui sont convertis en services résidentiels pour l'hébergement de personnes âgées nécessitant des soins.
- Art. 209 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 : remplacement de l'intervention dans le prix de journée d'entretien par une intervention spéciale pour les patients hospitalisés depuis plus d'un an et dont l'état de santé ne requiert plus de traitement médical dans un hôpital.
- A. R. du 1^{er} juillet 1976 complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (M. B. 14 septembre 1976).
- A. R. du 28 octobre 1977 modifiant l'A. R. du 29 juin 1967 réglant les officines et les dépôts de médicaments dans les établissements de soins (M. B. 30 novembre 1977).
- En vertu de l'A. R. du 19 octobre 1978 (M. B. 31 octobre 1978), tout établissement de soins doit engager un pharmacien.
- rien.
- Initiatives privées à Tournai et Braine-le-Château.
- Art. 148 de la loi du 5 janvier 1976 concernant les propositions budgétaires 1975-1976;
- A. R. du 16 juin 1976 (M. B. 8 juillet 1976), modifié par l'A. R. du 18 novembre 1977 (M. B. 2 février 1978), l'A. R. du 14 juillet 1978 (M. B. 28 octobre 1978) et l'A. R. du 6 mars 1979 (M. B. 23 mars 1979) : liste de l'appareillage médical lourd;
- Loi du 27 juin 1978 (M. B. 12 juillet 1978). A. R. du 9 mars 1979, modifié par l'A. R. du 3 septembre 1979 (M. B. 9 octobre 1979) concernant le nombre de scanners : la norme est de 2 pour 1 million d'habitants + 2 par hôpital académique, ce qui signifie 34 scanners. L'application des critères mentionnés est cependant limitée à un maximum de 26, nombre actuellement existant.
- A. R. du 30 janvier 1979 (M. B. 16 mars 1979) concernant la programmation de la caméra à scintillation;
- A. R. du 6 mars 1979 (M. B. 23 mars 1979) fixant les critères de programmation de l'appareil d'hémodialyse installé en centre hospitalier spécialisé.
- A. R. du 3 septembre 1979 fixant les critères de programmation du tomographe axial transverse avec calculateur intégré (M. B. 9 octobre 1979).
- Art. 205 et 207 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 : la commercialisation d'appareillage médical lourd est soumise à l'enregistrement.
- Voir point I, 4.
- Projet à l'étude du département de la Santé publique.
- Voir point 15.
- Proposition de loi C. De Clercq fixant les droits du patient à l'hôpital (Sénat, 1979, Doc. n° 195/1).
- A. R. du 3 août 1976 (M. B. 17 septembre 1976) pour les services psychiatriques; A. R. du 21 mars 1977 (M. B. 30 avril 1977) pour les autres services.
- Voir aussi point 5.

Voorgestelde hervormingen

18. Bouwstop in academische ziekenhuizen (verslag, blz. 306).

IV. Kinesithérapie.

Afremming (verslag, blz. 427-430) van :

1. aantal kinesitherapeuten.

2. aantal verstrekkingen.

V. Ziekenfondsen.

1. Herziening wet 23 juni 1894 : nieuwe rol (verslag, blz. 481).

2. Administratiekosten (verslag, blz. 468 tot 480).

3. Gesprekspartner bij afsluiten overeenkomsten nopens tarieven met :

- a) artsen (verslag, blz. 401);
- b) andere gezondheidswerkers;
- c) ziekenhuizen.

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

- Wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging (B. S. 12 juli 1978);
- K. B. 30 juni 1978 tot vaststelling van het maximum aantal bedden in de academische ziekenhuizen (B. S. 21 juli 1978);
- K. B. 15 december 1978 tot bepaling van bijzondere normen voor universitaire ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten (B. S. 4 juli 1979).
- Het K. B. van 23 augustus 1976 tot wijziging van de voorwaarden inzake de in aanmerkingneming van de studenten in sommige afdelingen van het hoger onderwijs van het korte type (B. S. 31 augustus 1976) voerde een studentenstop in, doch werd ingetrokken bij het K. B. van 6 september 1977 (B. S. 25 oktober 1977).
- Zie punt I, 1, a).
- Verordeningen van 5 december 1977 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B. S. 31 december 1977) betreffende de tegemoetkoming van de verzekering ingeval fysiotherapie- en kinesithérapiebehandelingen dezelfde dag aan eenzelfde rechthebbende worden verstrekt.
- K. B. 30 juni 1978 tot opneming in de normale prijs van de verpleegdag van de ziekenhuizen uitsluitend erkend als gesloten psychiatrie dienst en/of onder een of meerdere van de kenletters A, T, H, O, P, Q, van de kosten voor zorgen verstrekt door kinesitherapeuten (B. S. 9 september 1978).
- Verordening van 23 april 1979 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B. S. 14 juli 1979 — Erratum B. S. 4 augustus 1979), waarbij een verstrekkingenregister voor kinesitherapeuten en verpleegkundigen wordt ingevoerd, gewijzigd door de Verordening van 17 september 1979 (B. S. 27 september 1979).
- Beheerscomité (28 februari 1977) van de uitkeringen van het R. I. Z. I. V. sprak zich uit voor herziening wet 1894.
- K. B. 25 februari 1977 tot wijziging, voor de rekeningen van het dienstjaar 1977, van het percentage van het bedrag der inkomsten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, sector der uitkeringen, bestemd voor de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen (B. S. 4 maart 1977) : het percentage wordt van 7,51 % op 7,16 % gebracht.
- Voor 1978 heeft het Beheerscomité van de gezondheidszorgen op 7 november 1977 voorgesteld de administratiekosten der V. I. met 400 miljoen te verminderen. Dit voorstel werd niet uitgevoerd.
- K. B. 4 januari 1980 tot wijziging, voor de rekeningen van het dienstjaar 1979, van het percentage van het bedrag der inkomsten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, sector der uitkeringen, bestemd voor de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen (B. S. 9 januari 1980) : het percentage wordt van 7,16 % op 6,95 % gebracht.
- K. B. 13 februari 1980 tot vaststelling van het percentage van het bedrag der inkomsten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemd voor de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen (B. S. 16 februari 1980) : voor het jaar 1980 wordt het percentage eenvormig (geneeskundige verzorging en uitkeringen) vastgesteld op 6,54 %. Voor het jaar 1981 en volgende jaren wordt het toepassen van parameters in het vooruitzicht gesteld.
- art. 135, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : invoering van parameters.

Zie punt 1.

Réformes proposées

18. Arrêt de la construction d'hôpitaux universitaires (rapport, p. 306).

IV. Kinésithérapie.

Maîtrise (rapport, pp. 427 à 430) du :

1. Nombre de kinésithérapeutes.

2. Nombre de prestations.

V. Organismes assureurs

1. Révision de la loi du 23 juin 1894 (rapport, p. 481).

2. Frais d'administration (rapport, pp. 468 à 480).

3. Interlocuteur lors de l'élaboration des conventions concernant les honoraires des :

- a) médecins (rapport, p. 401);
- b) autres prestataires de soins;
- c) hôpitaux.

Réalizations au 1^{er} octobre 1980

— Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M. B. 12 juillet 1978).

— A. R. du 30 juin 1978 fixant le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires (M. B. 21 juillet 1978).

— A. R. du 15 décembre 1978 fixant des normes spéciales pour les hôpitaux et services universitaires (M. B. 4 juillet 1979).

— L'A. R. du 23 août 1976 modifiant les conditions de prise en considération des étudiants dans certaines sections de l'enseignement supérieur de type court (M. B. 31 août 1976) a arrêté l'augmentation du nombre d'étudiants. Il fut cependant retiré par l'A. R. du 6 septembre 1977 (M. B. 25 octobre 1977).

— Voir point I, 1, a).

— Règlements du 5 décembre 1977 modifiant l'A. R. du 24 décembre 1963, portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. 31 décembre 1977) concernant l'intervention de l'assurance dans les traitements physiothérapiques et kinésithérapiques donnés le même jour à un même bénéficiaire.

— A. R. du 30 juin 1978 portant incorporation dans le prix normal de la journée d'entretien des hôpitaux agréés exclusivement comme service psychiatrique fermé et/ou sous un ou plusieurs des index A, T, K, O, P, Q des frais découlant des soins prodigués par des kinésithérapeutes. (M. B. 9 septembre 1978).

— Règlement du 23 avril 1979 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963, portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. (M. B. 14 juillet — Erratum M. B. 4 août 1979), par lequel les kinésithérapeutes et les infirmières doivent tenir un registre des prestations, modifié par le règlement du 17 septembre 1979 (M. B. 27 septembre 1979).

Le Comité de gestion (28 février 1977) des indemnités de l'I.N.A.M.I. s'est prononcé pour une révision de la loi de 1894.

— L'A. R. du 25 février 1977 (M. B. 4 mars 1977) modifie, pour les comptes 1977, le pourcentage des revenus, secteur indemnités, destiné aux frais d'administration des O. A. : le pourcentage est ramené de 7,51 % à 7,16 %.

— Pour 1978, le comité de gestion des soins de santé du 7 novembre 1977 a proposé de diminuer les frais d'administration de 400 millions. Cette proposition ne fut pas exécutée.

— A. R. du 4 janvier 1980 modifiant, pour les comptes de l'exercice 1979, le pourcentage du montant des ressources de l'assurance maladie-invalidité, secteur des indemnités, destiné aux frais d'administration des organismes assureurs (M. B. 9 janvier 1980) : le pourcentage est ramené de 7,16 % à 6,95 %.

— A. R. du 13 février 1980 fixant le pourcentage du montant des ressources de l'assurance maladie-invalidité destiné aux frais d'administration des organismes assureurs (M. B. 16 février 1980) : pour l'année 1980, le pourcentage est fixé uniformément (soins de santé et indemnités) à 6,54 %. Pour les années 1981 et suivantes, on prévoit l'application de paramètres.

— Art. 135 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 : introduction des paramètres.

Voir point 1.

Voorgestelde hervormingen

Discussiepunt :

Rol vakbonden en werkgevers (verslag, blz. 401).

4. Administratieve controle op hun werking, verslag, blz. 509 à 516).

VI. Financiering.

1. Hogere sociale zekerheidsbijdragen (verslag, blz. 215).

2. Fiscalisatie van de sociale zekerheid (verslag, blz. 195-210 en verslag van de driedelige werkgroep voor de financiering van de sociale zekerheid).

3. Bijdrage van alle gepensioneerden en invaliden met een pensioen of invaliditeit boven een bepaald bedrag (verslag, blz. 211-214).

4. Afschaffing inkomensgrens in regeling van zelfstandigen (verslag, blz. 224).

5. Bijdrage van werklozen en zieken (verslag Delpérée).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

Niets.

— Een wetsontwerp tot aanzuivering van de financiële toestand van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (Kamer, zitting 1976-1977, Gedr., Stuk n° 1065/1) stelde een solidariteitsbijdrage van 1 april 1977 af voor, welke in 1977 3,5 miljard F zou opgebracht hebben. Dit wetsontwerp werd enkel in de Kamer goedgekeurd.

Om politieke redenen werd het niet door de volgende Regering overgenomen. Deze heeft in de plaats een bijzondere taks op de tabak ingevoerd (zie verder onder 15).

— art. 125, § 1, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 verhoogt voor de periode van 1 oktober 1980 tot 31 december 1981 het bedrag van de bijdrage bestemd voor de sector uitkeringen: de werkgeversbijdrage wordt op 1,83 % gebracht, de werknemersbijdrage op 1,13 % (handarbeider) en op 0,73 % (hoofdarbeider).

— daarentegen besliste de Regering de Rijksbijdrage te verlangen beneden de criteria vastgesteld in de organieke ziekwet:

1979: oorspronkelijk toelage 1978 (index 127 + 4,04 %) (art. 29, § 2, wet 5 augustus 1978).

1980: oorspronkelijke toelage 1979 vermeerderd met de prijs-index x stijging (134,77 - 132,13 = 2 %) (art. 120, § 1, wet 8 augustus 1980) en supplementaire vermindering van 1 383,1 miljoen F in de tak uitkeringen (art. 120, § 2, zelfde wet).

1981: nulgroei ten aanzien van 1980 (dus + 8,24 % bij vergelijking van de spilindex 145,88 voor 1981 met de begrotingsindex voor 1980, nl. 134,77).

— zie punt VI, 15.

— art. 26, § 1, wet 5 augustus 1978 laat fiscalisatie toe van een tak van de sociale zekerheid (Kamer, zitting 1977-1978, Gedr., Stuk 450/23, blz. 167).

— de invordering bij dwangbevel van sociale zekerheidsbijdragen (art. 67, wet 4 augustus 1978). Toepasselijk gemaakt door het K.B. 6 december 1978 (B.S. 2 februari 1979) en ingetrokken door het K.B. van 20 maart 1979 (B.S. 28 maart 1979).

— Art. 27, § 7, c, wet 5 augustus 1978 voorziet in die mogelijkheid.

— art. 160 en 161, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980:

het bijdragepercentage wordt vastgesteld op 1,8 % en het grensbedrag voor de inhoudingen wordt vastgesteld op 20 368 F per maand, vermeerderd met 3 771 F per persoon ten laste. Nogtans is het percentage voor de periode van 1 oktober 1980 tot 31 december 1981 op 2,18 % vastgesteld.

— K.B. 29 augustus 1980 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van artikel 160 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 (B.S. 23 september 1980).

— K.B. 15 september 1980 tot uitvoering van artikel 121, 10°, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B.S. 23 september 1980).

— niets. Wel werd de grens opgetrokken tot 749 241 F.

— art. 145, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980: het bijdragepercentage van 2,35 % wordt met ingang van 1 oktober 1980 vervangen door 3,15 %. Met ingang van 1 januari 1980 wordt het percentage vastgesteld op 2,70 %.

Een politiek ontwerp van akkoord omtrent het principe om van de werklozen die geen gezinshoofd zijn, een bijdrage voor de Z.I.V. te vragen werd onder een vorige Regering verlaten.

Réformes proposées

Point de discussion :

Rôle des syndicats et des employeurs (rapport, p. 401).

4. Contrôle administratif du fonctionnement des organismes assureurs (rapport, pp. 509 à 516).

VI. Financement.

1. Augmentation du montant des cotisations de sécurité sociale (rapport, p. 215).

2. Fiscalisation de la sécurité sociale (rapport, pp. 195 à 210 et rapport du Groupe de travail tripartite pour le financement de la sécurité sociale).

3. Perception d'une cotisation de tous les pensionnés et invalides, dont le montant de la pension ou de l'indemnité dépasse un certain plafond (rapport, pp. 211-214).

4. Suppression du plafond des revenus pour les indépendants (rapport, p. 224).

5. Cotisation des chômeurs et malades (rapport Delpérée).

Réalisations au 1^{er} octobre 1980

Rien.

- Un projet de loi concernant l'assainissement de la situation financière de l'assurance maladie (Chambre 1976-1977, Doc. n° 1065/1) proposait une cotisation de solidarité à partir du 1^{er} avril 1977, ce qui représentait un revenu de 3,5 milliards en 1977. Ce projet n'a été approuvé que par la Chambre.

Pour des raisons politiques, il n'a pas été repris par le Gouvernement de l'époque, qui a introduit une taxe sur le tabac (voir point 15).

- L'art. 125, § 1 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 augmente les taux des cotisations destinées au secteur des indemnités pour la période du 1^{er} octobre 1980 au 31 décembre 1981 : la cotisation de l'employeur est fixée à 1,83 %, la cotisation du travailleur à 1,13 % (travailleur manuel) et à 0,73 % (travailleur intellectuel).

- le Gouvernement décida par contre de diminuer le montant des interventions de l'Etat en dessous des critères fixés par la loi organique sur la maladie.

1979 : montant initial 1978 (index 127 + 4,04 %) (art. 29, § 2, loi du 5 août 1978).

1980 : montant initial 1979 multiplié par l'index des prix augmentation (134,77 — 132,13 = 2 %) (art. 120, § 1, loi du 8 août 1980) et diminution supplémentaire de 1 383,1 millions de F pour le secteur des soins de santé et de 712,5 millions de F pour le secteur des indemnités (art. 120, § 2, même loi).

1981 : croissance zéro par rapport à 1980 (c'est-à-dire + 8,24 % en comparant l'index-pivot 145,88 de 1981 avec l'index du budget pour 1980, soit 134,77).

- voir point VI, 15.

- l'art. 26, § 1 de la loi du 5 août 1978 permet la fiscalisation d'un secteur de la sécurité sociale (Chambre, 1977-1978, Doc. n° 450/23, p. 167).

- recouvrement des cotisations de sécurité sociale par voie de contrainte (art. 67 loi du 4 août 1978). Mis en exécution par l'A. R. du 6 décembre 1978 (M. B. 2 février 1979) et retiré par l'A. R. du 20 mars 1979 (M. B. 28 mars 1979).

- L'art. 27, § 7, c de la loi du 5 août 1978 prévoit cette possibilité.

- art. 160 et 161 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 :

Le taux de cotisation est fixé à 1,8 % et le montant limite pour la retenue est fixé à 20 368 F par mois, augmenté de 3 771 F par personne à charge. Toutefois, pour la période du 1^{er} octobre 1980 jusqu'à et y compris le 31 décembre 1981, le taux de cotisation est fixé à 2,18 %.

- A. R. du 29 août 1980 fixant la date d'entrée en vigueur de l'article 160 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 (M. B. 23 septembre 1980).

- A. R. du 15 septembre 1980 portant exécution de l'article 121, 10°, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. 23 septembre 1980).

Rien. Le plafond a cependant été adapté jusqu'à 749 241 F.

- Art. 145 de la loi du 8 août 1980 concernant les propositions budgétaires 1979-1980 : le taux de cotisation de 2,35 % est, à partir du 1^{er} octobre 1980, remplacé par le taux de 3,15 %. A partir du 1^{er} janvier 1981, le pourcentage est fixé à 2,70 %.

Un projet d'accord politique tendant à demander aux chômeurs, qui n'ont pas la qualité de chef de famille, une cotisation destinée à l'I. N. A. M. I., fut abandonné sous un Gouvernement précédent.

Voorgestelde hervormingen

6. Harmonisering persoonlijke bijdragen (verslag Delpérée).
7. Afzonderlijke financiering voor regeling actieven en W.I.G.'s (verslag, blz. 231).
8. Fiscaal geïnde bijdrage voor alle natuurlijke personen onder aftrek van de betaalde persoonlijke bijdrage (verslag, blz. 217).
9. Afschaffing veiligheidscoëfficiënt (verslag, blz. 242).
10. Toekenning van een bedrijfskapitaal aan het R.I.Z.I.V. (1/24 van de jaarlijkse uitgaven) (verslag, blz. 240).
11. Herzien verdelingsleutel voor de Rijksbijdrage in de werkloosheid tussen takken gezondheidszorgen en uitkeringen (verslag, blz. 239).
12. Vermindering Rijksbijdrage bij werkloosheid (verslag, blz. 237).
13. Afschaffing van twee soorten Rijksstussenkomsten (95 of 27 %), naar gelang het om sociale of andere ziekten gaat (verslag, blz. 234 en 464).
14. Afschaffing van persoonlijke bijdragen voor rechthebbenden op bestaansminimum, gewaarborgd inkomen of invaliditeitsuitkeringen beneden een bepaald bedrag (verslag, blz. 214).
15. Belasting op tabak en alcohol (verslag, blz. 210).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

Niets. Wel werden bij K. B. 30 december 1977 (B. S. 30 december 1977) de volgende bijdragen verhoogd : ascendentenbijdrage zelfstandigen, studenten en niet-beschermde personen.

Niets.

Niets.

Afgeschaft voor 1977 — zie wet 4 februari 1977, houdende begroting van het Ministerie van Sociale Voorzorg 1977 (B.S. 18 februari 1977). Opnieuw afgeschaft in 1978, in 1979 en in 1980.

— De wet van 7 juli 1976 heeft het R.I.Z.I.V. gemachtigd op 30 april 1976 bij de A.S.L.K. een lening van 5 miljard aan te gaan;

— Het K.B. n° 10 van 11 oktober 1978 (B.S. 4 november 1978) machtigt het R.I.Z.I.V. met akkoord van de Minister van Financiën leningen af te sluiten binnen de perken vereist om te voorzien in de ontoereikendheid van zijn inkomsten; aan deze leningen wordt de staatswaarborg verbonden;

— Wetsvoorstel Damseaux (Kamer, B. Z. 1979, Stuk n° 206/1) tot toekenning van voorschotten aan de apothekers;

— art. 134, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : het tekort van 1979 wordt aangezuiverd over een periode van 12 jaar door middel van een lening waarvan aflossing en rente ten laste van het stelsel komen;

— art. 141, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : een solidariteitsfonds wordt ingesteld ten behoeve van de Z.I.V., algemeen stelsel. Het fonds wordt gestijfd door de instellingen van openbaar nut ressorterend onder de Ministers van Pensioenen en Sociale Voorzorg door de storting van een bedrag dat overeenstemt met 2,2 % van de oorspronkelijke kredieten;

— art. 146, wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : de Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit tot 31 december 1980 maatregelen treffen om voor het geheel van de sociale zekerheid de schuldenlast van het verleden op te slorpen.

Niets.

Voortaan wordt de Rijkstoelage berekend op basis van 100/60 van de gemiddelde werkloosheidsuitkering in plaats van het gemiddelde loon van alle werknemers (wet 22 december 1977) (B.S. 24 december 1977).

Niets.

K.B. 15 februari 1977 (B.S. 2 maart 1977) wat betreft de twee eerste categorieën.

Wat betreft de sigaretten toegepast door het K.B. van 20 december 1976 (B.S. van 28 december 1976), uitgevoerd door het Ministerieel Besluit van 23 december 1976 (B.S. van 28 december 1976). Teneinde de vermindering van de inkomsten ingevolge de maatregel vermeld onder 12, op te vangen wordt voorgesteld een deel van de opbrengst van de belasting op tabak en alcohol aan de Z.I.V. toe te wijzen (zie K.B. 10 oktober 1977) (B.S. 15 oktober 1977); M.B. 12 oktober 1977 betreffende het fiscaal stelsel van gefabriceerde tabak (zie wet 22 december 1977) (B.S. 24 december 1977). K.B. 19 juli 1978 (B.S. 28 juli 1978) houdende een bijzondere accijns op tabak.

Bij artikel 29, § 1 van de wet van 5 augustus 1978 wordt artikel 121, 12° van de ziektewet in die zin aangepast dat :

- a) de Koning het bedrag bepaalt van de accijns en de belasting over de toegevoegde waarde op tabaksfabrikaten bestemd voor de financiering van de ziekteverzekering;
- b) de Koning de opbrengst verdeelt onder de verschillende stelsels van de ziekteverzekering.

K.B. 10 december 1979 tot uitvoering van artikel 121, 12° van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B.S. 14 december 1979) : voor 1979 wordt 3,5 miljard F toegekend aan de sector geneeskundige verzorging van de algemene regeling.

Réformes proposées

6. Harmonisation des cotisations personnelles (rapport Delpérée).
7. Financement distinct pour les actifs et les VIPO (rapport, p. 231).
8. Taxation de chaque personne physique sur son revenu fiscal global, sous déduction de la cotisation personnelle payée (Rapport, p. 217).
9. Suppression du coefficient de sécurité (rapport, p. 242).
10. Attribution d'un fonds de roulement à l'I.N.A.M.I. (1/24 des dépenses annuelles) (rapport, p. 240).
11. Révision de la clé de répartition de la subvention de l'Etat pour le chômage entre les secteurs indemnités et soins de santé (rapport, p. 239).
12. Diminution de la subvention de l'Etat en cas de chômage (rapport, p. 237).
13. Suppression de la différence de l'intervention de l'Etat (95 % ou 27 %) selon qu'il s'agit de maladies sociales ou autres (rapport, p. 234 et 464).
14. Suppression de la cotisation personnelle des ayants droit au minimum d'existence et au revenu garanti ou aux indemnités d'invalidité en dessous d'un certain montant (rapport, p. 214).
15. Taxe sur l'alcool et le tabac (rapport, p. 210).

Réalisations au 1^{er} octobre 1980

Rien, sauf l'A. R. du 30 décembre 1977 (M. B. 31 décembre 1977) qui augmentait les cotisations suivantes : cotisation des ascendants des indépendants, étudiants et personnes non protégées.

Rien.

Rien.

Supprimé pour l'année 1977 — voir loi 4 février 1977 relative au budget du département de la Prévoyance sociale (M. B. 18 février 1977). Supprimé à nouveau en 1978, en 1979 et en 1980.

— Sur base de la loi du 7 juillet 1976, l'I.N.A.M.I. a obtenu le 30 juillet 1976 de la C.G.E.R. un prêt de 5 milliards.

— L'A. R. n° 10 du 11 octobre 1978 (M. B. 4 novembre 1978) autorise l'I. N. A. M. I. à contracter, avec l'accord du Ministre des Finances, des emprunts dans les limites nécessaires pour pallier l'insuffisance de ses ressources; ces emprunts bénéficient de la garantie de l'Etat.

— Proposition de loi Damseaux (Chambre, S.E. 1979, Doc. n° 206/1) accordant des avances aux pharmaciens;

— L'article 134 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 : le déficit de 1979 est apuré sur une période de 12 ans, moyennant un emprunt dont les intérêts et l'amortissement sont supportés par le régime;

— L'article 141 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 : un Fonds de solidarité est institué au profit de l'A.M.I., régime général. Le fonds est alimenté par les organismes d'intérêt public placés sous la tutelle des Ministres des Pensions et de la Prévoyance sociale, par le versement d'une somme correspondant à 2,2 % des crédits initiaux;

— L'article 146 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 : le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, prendre des mesures jusqu'au 31 décembre 1980, visant à résorber progressivement et pour l'ensemble de la sécurité sociale, l'endettement du passé.

Rien.

Dorénavant, la subvention de l'Etat est calculée sur base de 100/60 de l'indemnité de chômage moyenne, au lieu de la rémunération moyenne des travailleurs (loi 22 décembre 1977) (M. B. 24 décembre 1977).

Rien.

A. R. 15 février 1977 (M. B. 2 mars 1977) pour les deux premières catégories.

En ce qui concerne les cigarettes, appliquée par l'A. R. 20 décembre 1976 (M. B. 28 décembre 1976) et exécutée par l'A. M. 23 décembre 1976 (M. B. 28 décembre 1976).

En compensation de la diminution des revenus résultant de la mesure visée au point 12, il est proposé de destiner à l'A. M. I. une partie des sommes provenant de la taxe sur l'alcool et le tabac (voir A. R. 10 octobre 1977 (M. B. 15 octobre 1977); A. M. 12 octobre 1977 concernant le régime fiscal en matière de tabac fabriqué) (voir loi 22 décembre 1977, M. B. 24 décembre 1977). A. R. 19 juillet 1978 (M. B. 28 juillet 1978) concernant un droit d'accises spécial sur le tabac.

L'article 29, § 1, de la loi du 5 août 1978 remplace l'article 121, 12°, de la loi assurance-vie en ce sens que :

- a) le Roi fixe le montant à prélever sur les recettes provenant des droits d'accises et de la taxe sur la valeur ajoutée sur les tabacs fabriqués destinés au financement de l'assurance maladie;
- b) le Roi répartit le produit entre les divers régimes des soins de santé.

A. R. du 10 décembre 1979 portant exécution de l'article 121, 12°, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. 14 décembre 1979) : pour 1979, 3,5 milliards de F sont accordés au secteur soins de santé du régime général.

Voorgestelde hervormingen

16. Zeelieden : aanpassing financieringswijze (interim-rapport).

17. Overheveling van gelden uit andere takken van de sociale zekerheid (Verslag, blz. 248 *quinquies*).

VII. Algemene maatregelen

1. Veralgemeend remgeld.

In verslag Delpérée wordt inzake artsenhonoraria 25 % voor de actieven en 12,5 % voor de W. I. G.'s voorgesteld.

2. Vrijstelling (franchise) (verslag, blz. 248-248bis).

3. Beperking van de gedekte risico's (verslag, blz. 246-248).

In nota Dejardin wordt geen tegemoetkoming vooropgesteld in raadplegingen en bezoeken van artsen wat betreft de actieven met een bepaald inkomen en een verminderde tegemoetkoming voor de anderen.

Zelfde vraag voor kinesitherapie en tandheelkunde.

4. Beperking van het toepassingsgebied (verslag, blz. 248ter). De heer Marc Eyskens stelde voor bepaalde risico's enkel in hoofde van bepaalde bevolkingsgroepen te dekken.

5. Overheveling van gelden van andere sectoren (verslag, blz. 248quinquies).

VIII. Preventie

1. Vermindering van het gebruik van tabak (verslag, blz. 118-210).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

K. B. 24 juli 1980 tot uitvoering van artikel 121, 12° van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B. S. 30 juli 1980) : voor 1980 wordt 4,3 miljard toegekend aan de sector geneeskundige verzorging van de algemene regeling.

Het K. B. van 29 december 1975 (B. S. 6 januari 1976) heeft de bijdragevoeten verhoogd.

Art. 125, § 2, wet budgettaire voorstellen 1979-1980 verhoogt voor de periode van 1 oktober 1980 tot 31 december 1981 het bedrag van de bijdrage bestemd voor de sector uitkeringen : de bijdrage van de reder wordt op 1,83 % gebracht, die van de zeeman op 1,13 %.

Zie punt VII, 5.

zie I, 6.

niets.

niets.

K. B. van 24 december 1974 ter bepaling van het jaarbedrag van de inkomsten welke bedoeld zijn in artikel 25, §§ 1, 2 en 3, tot uitvoering van artikel 33, § 5, derde lid, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, zoals gewijzigd door K. B. 31 december 1979 (B. S. 9 januari 1980), K. B. 18 april 1980 (B. S. 1 mei 1980), K. B. 2 mei 1980 (B. S. 8 mei 1980) en K. B. 30 juni 1980 (B. S. 9 juli 1980).

art. 138, 139, 140 en 144 wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : transfert. :

- van het Fonds voor collectieve uitrusting en diensten : 1 640 miljoen F;
- van het reservefonds van de kinderbijslag en geboortepremies : 461,5 miljoen F;
- van het reservefonds van de gezinsvakantiebijslag : 38,5 miljoen F;
- van het Fonds voor toeristische uitrusting (jaarlijkse vakantie werknemers) : 502 miljoen F;
- van de Rijkssubsidie bestemd voor de gezinsbijslag voor zelfstandigen : 185 miljoen F.

— zie onder VI, 15.

— Anti-tabakcampagne.

— K. B. 28 december 1979 betreffende het fabriceren en het in de handel brengen van tabak, produkten op basis van tabak en soortgelijke produkten B. S. 14 maart 1980).

Dit K. B. treedt in werking op 1 april 1981, dag waarop het K. B. 15 juni 1971 (verbod op bepaalde schadelijke bestanddelen in tabak) en de wet van 3 april 1975 (verplichting op elk pakje sigaretten te vermelden « Sigaretten roken kan uw gezondheid schaden ») opgeheven worden. Het K. B. van 28 december 1979 bevat :

- 1° een positieve lijst van toegelaten zelfstandigheden;
- 2° de informatie van de consument (tabak schaadt de gezondheid, gehalte aan teer en nicotine per sigaret);
- 3° een principeel verbod produkten op basis van tabak en tabak-surrogaten te bedelen langs automatische distributieapparaten.

— Een K. B. 5 maart 1980 betreffende de reclame voor tabak, produkten op basis van tabak en soortgelijke produkten (B. S. 14 maart 1980). Zo is er verbod op reclame langs radio, T. V., films, folders aan huis, zelfklevers, borden (behoudens uitzonderingen), lichtreclame, tijdschriften voor kinderen, enz... In tegenstelling met Frankrijk en Zweden wordt de suggestieve reclame niet aan banden gelegd.

Réformes proposées

16. Marins : adaptation du mode de financement (rapport interim).

17. Transfert de fonds d'autres secteurs de la sécurité sociale (rapport, p. 248quinquies).

VII. Mesures générales

1. Ticket modérateur généralisé. Le rapport Delpérée propose pour les honoraires des médecins 25 % pour les actifs et 12,5 % pour les VIPO.
2. Franchise (rapport, pp. 248-248bis).
3. Limitation des risques couverts par l'assurance (rapport, pp. 246-248).
La note Dejardin propose de supprimer l'intervention de l'assurance dans les frais des visites et consultations du médecin généraliste pour les actifs dont le revenu dépasse un certain plafond et une intervention diminuée pour les autres.
Même problème pour les kinésithérapeutes et les dentistes.
4. Limitation du champ d'application. M. M. Eyskens propose de limiter l'intervention de l'assurance à certains risques pour certaines catégories de la population.

5. Transfert de fonds d'autres secteurs à l'A.M.I. (rapport, p. 248quinquies).

VIII. Prévention

1. Diminution de l'utilisation du tabac (rapport, p. 118-210).

Réalisations au 1^{er} octobre 1980

A. R. du 24 juillet 1980 portant exécution de l'article 121, 12^o, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M.B. 30 juillet 1980) : pour 1980, 4,3 milliards de F sont accordés au secteur soins de santé du régime général.

L'A. R. du 29 décembre 1975 (M.B. 6 janvier 1976) a augmenté les taux de cotisation.

L'article 125, § 2, de la loi relative aux propositions budgétaires 1979-1980, augmente pour la période du 1^{er} octobre 1980 au 31 décembre 1981 le taux de la cotisation destinée au secteur des indemnités : le taux de l'armateur est porté à 1,83 %, celui du marin à 1,13 %.

Voir point VII, 5.

Voir I, 6.

Rien.

Rien.

A. R. du 24 décembre 1974 fixant le montant annuel des revenus visés à l'article 25, §§ 1, 2 et 3, en exécution de l'article 33, § 5, troisième alinéa, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par l'A. R. du 31 décembre 1979 (M.B. 9 janvier 1980), l'A. R. du 18 avril 1980 (M.B. 1^{er} mai 1980), l'A. R. du 2 mai 1980 (M.B. 8 mai 1980) et l'A. R. du 30 janvier 1980 (M.B. 9 juillet 1980).

Articles 138, 139, 140 et 144 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 : transfert :

- du fonds d'équipements et de services collectifs : 1 640 millions de F;
- du fonds de réserve des allocations familiales et des primes de naissance : 461,5 millions de F;
- du fonds de réserve des allocations familiales de vacances : 38,5 millions de F;
- du fonds d'équipements touristiques (vacances annuelles travailleurs salariés) : 502 millions de F;
- du subside de l'Etat destiné aux prestations familiales des travailleurs indépendants : 185 millions de F.

— Voir sub. VI, 15.

— Campagne anti-tabac.

— A. R. du 28 décembre 1979 concernant la fabrication et la commercialisation du tabac, produits à base de tabac et produits similaires (M.B. 14 mars 1980).

Cet A. R. entre en vigueur le 1^{er} avril 1981, jour de la suppression de l'A. R. du 15 juin 1971 (interdiction de certains produits nocifs dans le tabac) et de la loi du 3 avril 1975 (mention obligatoire sur chaque paquet de cigarettes de « Fumer des cigarettes peut nuire à votre santé »). L'A. R. du 28 décembre 1979 contient :

- 1^o une liste positive des substances autorisées;
- 2^o l'information du consommateur (le tabac nuit à la santé, teneur en goudron et nicotine par cigarette);
- 3^o une interdiction de principe de distribuer, par des appareils de distribution automatiques, des produits à base de tabac et de succédanés de tabac.

— A. R. du 5 mars 1980 concernant la publicité relative au tabac, aux produits à base de tabac et aux produits similaires (M.B. 14 mars 1980). Il est ainsi interdit de faire de la publicité à la radio, à la télévision, sous forme de films, de prospectus publicitaires remis à domicile, d'autocollants, de panneaux (sauf exceptions), par publicité lumineuse, périodiques pour enfants, etc... La publicité suggestive n'est pas touchée comme c'est le cas en France et en Suède.

Voorgestelde hervormingen

2. Vermindering van het verbruik van alcohol (verslag, blz. 118 en 210).
3. Bescherming van de gezondheid van de verbruiker op het stuk van voedingsmiddelen (verslag, blz. 118).
4. Vermindering van het verbruik van zout (verslag, blz. 118).
5. Vermindering van het verbruik van suiker (verslag, blz. 118).
6. Vermindering toegelaten lawaaihinder (verslag, blz. 118).
7. Meer selectieve secundaire preventie (depistage) (verslag, blz. 407).
8. Beperking op snoepen, drinken en limonades, coca-cola, enz. in scholen, ten einde stijgend tandbederf bij kinderen te vermijden (verslag blz. 423-424).
9. Schadelijke residuën bij plasticverpakking.
10. Opvoeding en voorlichting bevolking (verslag, blz. 283).

IX. Uitkeringen (deelrapport).

1. Invoering van één enkel juridisch begrip « arbeidsongeschiktheid ».
2. Cumulaties.

3. Vereenvoudiging berekeningswijze.

4. Afschaffing loongrens (thans : 56 325 F).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

- Bij K.B. 25 maart 1977 (B.S. 26 maart 1977) wordt de B.T.W. op alcoholhoudende dranken van 14 % op 25 % gebracht met ingang van 1 april 1977.
- K.B. 4 juli 1980 betreffende de bijzondere accijns van ethylalcohol (B.S. 5 juli 1980) uitgevoerd door het M.B. 4 juli 1980 (B.S. 5 juli 1980).
- K.B. 5 juni 1975 (B.S. 4 november 1975).
- K.B. 19 december 1975 (B.S. 8 april 1976).
- Wet 24 januari 1977 (B.S. 8 april 1977).
- K.B. 31 augustus 1976 nopens de samenstelling van het brood (B.S. 17 september 1976), uitgesteld tot 1 januari 1979 bij K.B. 22 december 1977 (B.S. 24 december 1977).
- Niets.
- K.B. 10 juni 1976 (B.S. 13 juli 1976) houdende maatregelen tot inrichting van wedstrijden, test- en oefenritten met motorvoertuigen.
- K.B. 24 februari 1977 (B.S. 26 april 1977) houdende vaststelling van geluidsnormen voor muziek in openbare en privéinrichtingen.
- K.B. 12 oktober 1964, waarbij wordt geregeld hoe dikwijls en op welke wijze de geneeskundige onderzoeken worden verricht en onder welke voorwaarden het medisch schooltoezicht wordt uitgeoefend, zoals gewijzigd door K.B. 31 januari 1977 (B.S. 17 februari 1977) en K.B. 8 augustus 1980 (B.S. 29 augustus 1980).
- Niets.
- K.B. 25 augustus 1976 (B.S. 24 september 1976).
- Zie hoger II, 7.
- Niets.
- art. 27, § 7, wet 5 augustus 1978 : verbod van cumulatie met vakantiegeld (zie ook Kamer 1977-1978, Stuk nr 450/1, blz. 47);
- K.B. 6 juni 1979 tot wijziging van het K.B. 4 november 1963 (art. 230) tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B.S. 9 juni 1979) : verbod op cumulatie met vakantiegeld Art. 230 werd nogmaals gewijzigd door het K.B. 2 juni 1980 (B.S. 11 juni 1980).
- K.B. nr 19 van 4 december 1978 tot wijziging en aanvulling van artikel 70 van de organieke ziekwet van 9 augustus 1963 : nieuwe cumulatierregels worden vastgesteld in het geval dat voor de schade voortvloeiend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden werkelijk schadeloosstelling is verleend krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht (B.S. 14 december 1978).
- Wetsvoorstel Houben over de cumulatie van uitkeringen en tegemoetkomingen aan de minder-validen (Senaat, B.Z. 1979, Gedr., Stuk nr 192/1).
- Herziening van de berekeningswijze van de vergoedingen (Kamer, zitting 1977-1978, Gedr., Stuk nr 450/1, blz. 47);
- K.B. 13 december 1978 (B.S. 22 december 1978) tot wijziging K.B. 4 november 1963 tot uitvoering organieke ziekwet 9 augustus 1963 : met ingang van 1 januari 1979 wordt het maximumbedrag van het loon, op basis waarvan de invaliditeitsuitkering wordt berekend, verhoogd;
- verordening van 27 september 1978 (B.S. 1 november 1978) tot wijziging K.B. 31 december 1963 houdende verordening op de uitkeringen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering : nieuwe berekeningswijze uitkeringen voor de forfaitair per maand betaalde werknemer, de seizoenarbeider, de tijdelijke werknemer en de interimaire werknemer.
- art. 124 wet 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 : loongrens op 68 975 F gebracht.

Réformes proposées

2. Diminution de la consommation d'alcool (rapport, p. 118 et 210).
3. Protection de la santé du consommateur en ce qui concerne l'alimentation (Rapport, p. 118).
4. Diminution de la consommation de sel (rapport, p. 118).
5. Diminution de la consommation de sucre (rapport, p. 118).
6. Diminution du bruit autorisé (rapport, p. 118).
7. Prévention secondaire plus sélective (dépistage).
8. Limitation de la consommation d'aliments et boissons sucrés dans les écoles, afin de diminuer les caries dentaires chez les enfants (rapport, pp. 423-424).
9. Résidus nocifs des emballages en plastic.
10. Education et information de la population (rapport, p. 283).

IX. Indemnités (rapport partiel).

1. Unification de la notion juridique « incapacité de travail ».
2. Cumuls.

3. Simplification du mode de calcul.

4. Suppression du plafond de rémunération (actuellement : 56 325 F).

Réalisations au 1^{er} octobre 1980

- Par A. R. 25 mars 1977 (M. B. 26 mars 1977), la T. V. A. sur les boissons alcoolisées passe de 14 à 25 % à partir du 1^{er} avril 1977.
- A. R. du 4 juillet 1980 concernant les droits d'accises exceptionnels sur l'alcool d'éthylène (M. B. 5 juillet 1980) exécuté par l'A. M. du 4 juillet 1980 (M. B. 5 juillet 1980).
- A. R. 5 juin 1975 (M. B. 4 novembre 1975).
- A. M. 19 décembre 1975 (M. B. 8 avril 1976).
- Loi 24 janvier 1977 (M. B. 8 avril 1977).
- A. R. du 31 août 1976 (M. B. 17 septembre 1976) concernant les ingrédients dans le pain, remis jusqu'au 1-1-1979 par A. R. du 22 décembre 1977 (M. B. 24 décembre 1977).
- Rien.
- A. R. du 10 juin 1976 réglant l'organisation de courses, d'entraînements et d'essais de véhicules automoteurs (M. B. 13 juillet 1976).
- A. R. du 24 février 1977 fixant les normes acoustiques pour la musique dans les établissements publics et privés (M. B. 26 avril 1977).
- A. R. du 12 octobre 1964, réglant la manière et la fréquence des inspections médicales et sous quelles conditions l'inspection médicale scolaire est exercée, modifié par A. R. du 31 janvier 1977 (M. B. 17 février 1977) et A. R. du 8 août 1980 (M. B. 29 août 1980).
- Rien.
- A. R. du 25 août 1976 (M. B. 24 septembre 1976).
- Voir plus haut, point II, 7.
- Rien.
- Art. 27, § 7, de la loi du 5 août 1978 : interdiction du cumul avec le pécule de vacances (voir aussi Chambre 1977-1978, Doc. n° 450/1, p. 47).
- A. R. du 6 juin 1979 modifiant l'A. R. du 4 novembre 1963 (art. 230) portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. 9 juin 1979) : interdiction de cumul avec le pécule de vacances. L'article 230 est modifié une nouvelle fois par l'A. R. du 2 juin 1980 (M. B. 11 juin 1980).
- A. R. n° 19 du 4 décembre 1978 modifiant et complétant l'article 70 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité : de nouvelles règles de cumul sont fixées pour les cas où le dommage causé par maladie, lésions, troubles fonctionnels ou décès est réellement dédommagé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun (M. B. 14 décembre 1978).
- Proposition de loi Houben sur le cumul des indemnités et des allocations aux handicapés (Sénat, Session extraordinaire 1979, Doc. n° 192/1).
- Révision du mode de calcul des allocations (Chambre, session 1977-1978, Doc. n° 450/1, p. 47).
- A. R. du 13 décembre 1978 (M. B. du 22 décembre 1978) modifiant l'A. R. du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité : le montant minimum de la rémunération, servant de base au calcul de l'indemnité d'invalidité, est majoré à partir du 1^{er} janvier 1970.
- Règlement du 27 septembre 1978 (M. B. du 1^{er} novembre 1973) modifiant l'A. R. du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité : nouveau mode de calcul des indemnités pour les travailleurs salariés saisonniers, temporaires et intérimaires payés au forfait mensuel.
- art. 124 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 : plafond de rémunération porté à 68 967 F.

Voorgestelde hervormingen

5. Herziening begrip « gezinshoofd » (advies N. A. R. n^o 554 van 26 mei 1977).
6. Toekenning van vakantiegeld aan de invaliden.
7. Gelijke behandeling van man en vrouw (richtlijn E. E. G. van 19 december 1978).
8. Verhoging uitkeringen aan de oud-invaliden (Wetsvoorstel van de heer C. De Clercq, Senaat, B. Z. 1979, doc. 112/1).
9. Prepensioen voor invaliden.
10. Controle (verslag, blz. 504-509).

Stand verwezenlijkingen op 1 oktober 1980

K. B. 23 januari 1980 tot wijziging van het K. B. 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B. S. 29 januari 1980).

Ingevolge het voornoemde wetsvoorstel C. De Clercq voert de wet van 23 juni 1976 het beginsel van vakantiegeld voor invaliden in.

K. B. 16 mei 1980 tot wijziging van het K. B. 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

art. 158 wet 8 augustus 1979 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980 voorziet in een vergoeding van respectievelijk 1000 F en 800 F voor de invaliden van vóór 1 januari 1979, die al dan niet personen ten laste hebben.

Krachtens de wet van 22 december 1977 betreffende de budgettaire voorstellen 1977-1978 (B. S. 24 december 1977) hadden de bejaarde invaliden tot eind 1978 de mogelijkheid vervroegd pensioen aan te vragen. Deze mogelijkheid werd sedertdien niet meer hernieuwd.

— K. B. 4 april 1980 (B. S. 17 april 1980) en K. B. 16 juni 1980 (B. S. 27 juni 1980) tot wijziging K. B. 10 januari 1969 tot vaststelling van de administratieve sancties die toepasselijk zijn op de rechthebbenden van de regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering: sanctie van 5 000 F op 15 000 F gebracht.

— Het Beheerscomité van de Uitkeringen van het R. I. Z. I. V. stelt voor het probleem van de verbetering van de controle der arbeidsongeschiktheid, inzonderheid het al dan niet afschaffen van het geneeskundig voorschrift, voor te leggen aan de N. A. R.

Réformes proposées**Réalisations au 1^{er} octobre 1980**

5. Révision de la notion de « chef de ménage » (avis C. N. T. n° 554 du 26 mai 1977).
6. Octroi du pécule de vacances aux invalides.
7. Egalité de traitement entre l'homme et la femme (directive C. E. E. du 19 décembre 1978).
8. Augmentation des indemnités aux anciens invalides (Proposition de loi de M. C. De Clercq, Sénat, Session extraordinaire Doc. n° 112/1).
9. Prévisions pour invalides.
10. Contrôle (rapport, pp. 504-509).

A. R. du 23 janvier 1980 modifiant l'A. R. du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M. B. du 29 janvier 1980).

Suite à la proposition de loi précitée de M. C. De Clercq, la loi du 23 juin 1976 instaure le principe du pécule de vacances pour les invalides.

A. R. du 16 mai 1980 modifiant l'A. R. du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

L'art. 158 de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980 prévoit une allocation s'élevant respectivement à 1 000 F ou à 800 F pour les invalides dont l'incapacité de travail est antérieure au 1^{er} janvier 1979 et qui ont ou non des personnes à charge.

En vertu de la loi du 22 décembre 1977 relative aux propositions budgétaires 1977-1978 (M. B. du 24 décembre 1977), les invalides âgés avaient, jusqu'à la fin de 1978, la possibilité de demander la pension anticipée. Cette possibilité n'a plus été renouvelée depuis lors.

— A. R. du 4 avril 1980 (M. B. du 17 avril 1980) et A. R. du 16 juin 1980 (M. B. du 27 juin 1980) modifiant l'A. R. du 10 janvier 1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité : sanction 5 000 F portée à 15 000 F.

— Le Comité de gestion des indemnités de l'I. N. A. M. I. propose de soumettre au C. N. T. le problème de l'amélioration du contrôle de l'incapacité de travail, notamment l'opportunité de supprimer la prescription médicale.

BIJLAGE V

Algemeen overzicht
van het aantal ziekenhuisbedden

(Situatie op 1 januari 1980)

ANNEXE V

Aperçu général du nombre de lits
dans les établissements de soins(Situation au 1^{er} janvier 1980)

Aard der diensten Genre de services	Eigenaar. — Propriétaire		Totaal Total	Aantal bedden per 1 000 inwoners Nombre de lits par 1 000 habitants
	Openbaar. — Public	Privaat. — Privé		
A	250	608	858	
A1	10	23	33	
B	136	138	274	
C	7 886	13 371	21 257	
D	7 665	9 459	17 124	
E	2 340	3 413	5 753	
H	171	154	325	
H*	262	740	1 002	
I	403	412	815	
L	235	—	235	
M	1 768	2 927	4 695	
N	342	453	795	
P	91	57	148	
S	58	105	163	
Akute sector. — Secteur aigu ...	21 617	31 860	53 477	5,42
Instellingen — S — Etablissements	16	2 055	2 071	0,21
H	211	302	513	
H*	186	—	186	
R	1 337	945	2 282	
V	5 365	2 726	8 091	
Geriatric. — Gériatrie	7 099	3 973	11 072	1,12
Sana's. — Sana	127	636	763	0,07
A	434	1 557	1 991	
A1	25	90	115	
A2	—	52	52	
F	3 659	8 721	12 380	
K	50	192	242	
K1	—	40	40	
O	889	3 762	4 651	
P	32	1 386	1 418	
Q	—	14	14	
T	253	2 862	3 115	
T1	16	165	181	
T2	38	269	307	
Psychiatrie	5 396	19 110	24 506	2,48
Totaal. — Total	34 255	57 634	91 889	9,32

BRUSSEL

BRUXELLES

Aard der diensten Genre de services	Eigenaar. — Propriétaire		Totaal Total	Aantal bedden per 1 000 inwoners Nombre de lits par 1 000 habitants
	Openbaar. — Public	Privaat. — Privé		
A	—	79	79	
A1	—	—	—	
B	—	—	—	
C	1 083	1 971	3 054	
D	934	1 333	2 267	
E	266	322	588	
H	—	—	—	
H*	44	433	477	
I	63	54	117	
L	68	—	68	
M	132	316	448	
N	18	43	61	
P	—	57	57	
S	—	—	—	
Akute sector. — Secteur aigu ...	2 608	4 608	7 216	7,15
Instellingen — S — Etablissements	—	131	131	0,13
H	—	43	43	
H*	—	—	—	
R	55	94	149	
V	968	334	1 302	
Geriatric. — Gériatrie	1 023	471	1 494	1,48
Sana's. — Sana	—	—	—	—
A	110	310	420	
A1	—	—	—	
A2	—	—	—	
F	—	20	20	
K	—	10	10	
K1	—	10	10	
O	—	—	—	
P	—	—	—	
Q	—	14	14	
T	—	403	403	
T1	—	—	—	
T2	—	44	44	
Psychiatrie	110	811	921	0,91
Totaal. — Total	3 741	6 021	9 762	9,67

VLAANDEREN

FLANDRE

Aard der diensten Genre de services	Eigenaar. — Propriétaire		Totaal Total	Aantal bedden per 1 000 inwoners Nombre de lits par 1 000 habitants
	Openbaar. — Public	Privaat. — Privé		
A	193	410	603	
A1	10	23	33	
B	80	60	140	
C	4 590	7 104	11 694	
D	4 530	5 146	9 676	
E	1 402	2 464	3 866	
H	151	23	174	
H*	100	180	280	
I	177	239	416	
L	143	—	143	
M	1 088	1 752	2 840	
N	194	302	496	
P	31	—	31	
S	—	34	34	
Akute sector. — Secteur aigu ...	12 689	17 737	30 426	5,41
Instellingen — S — Etablissements	—	1 300	1 300	0,23
H	—	48	48	
H*	—	—	—	
R	393	533	926	
V	2 340	1 805	4 145	
Geriatric. — Gériatrie	2 733	2 386	5 119	0,91
Sana's. — Sana	50	421	471	0,08
A	—	1 037	1 037	
A1	—	70	70	
A2	—	52	52	
F	1 327	6 797	8 124	
K	50	30	80	
K1	—	—	—	
O	735	3 257	3 992	
P	32	1 001	1 033	
Q	—	—	—	
T	—	1 993	1 993	
T1	—	165	165	
T2	—	225	225	
Psychiatrie	2 144	14 627	16 771	2,98
Totaal. — Total	17 616	36 471	54 087	9,62

WALLONIE

WALLONIE

Aard der diensten — Genre de services	Eigenaar. — Propriétaire		Totaal — Total	Aantal bedden per 1 000 inwoners — Nombre de lits par 1 000 habitants
	Openbaar. — Public	Privaat. — Privé		
A	57	119	176	
A1	—	—	—	
B	56	78	134	
C	2 213	4 296	6 509	
D	2 201	2 980	5 181	
E	672	627	1 299	
H	20	131	151	
H*	118	127	245	
I	163	119	282	
L	24	—	24	
M	548	859	1 407	
N	130	108	238	
P	60	—	60	
S	58	71	129	
Akute sector. — Secteur aigu ...	6 320	9 515	15 835	4,90
Instellingen — S — Etablissements	16	624	640	0,19
H	211	211	422	
H*	186	—	186	
R	889	318	1 207	
V	2 057	587	2 644	
Geriatric. — Gériatrie	3 343	1 116	4 459	1,38
Sana's. — Sana	77	215	292	0,09
A	324	210	534	
A1	25	20	45	
A2	—	—	—	
F	2 332	1 904	4 236	
K	—	152	152	
K1	—	30	30	
O	154	505	659	
P	—	385	385	
Q	—	—	—	
T	253	466	719	
T1	16	—	16	
T2	38	—	38	
Psychiatrie	3 142	3 672	6 814	2,11
Totaal. — Total	12 858	15 142	28 040	8,68

BIJLAGE VI

1) Ontwikkeling van het totaal aantal geneesheren (1)
(met of zonder klinische praktijk)

Jaren	Totaal aantal geneesheren	Aantal geneesheren per 10 000 inwoners	Aantal inwoners per geneesheer
(1)	(2)	(3)	(4)
1951 (31-12) ...	8 685	9,98	1 002
1952	8 935	10,20	980
1953	9 271	10,54	949
1954	9 598	10,86	921
1955	9 937	11,17	895
1956	10 358	11,57	864
1957	10 723	11,96	836
1958	11 013	12,13	824
1959	11 380	12,47	802
1960	11 703	12,75	784
1961	12 394	13,49	741
1962	12 888	13,93	718
1963	13 236	14,19	705
1964	13 473	14,29	700
1965	13 793	14,52	689
1966	14 176	14,83	674
1967	14 517	15,11	662
1968	14 922	15,49	645
1969	14 991	15,52	644
1971 (2 kw.) ...	14 887	15,43	648
1972 (31-12) ...	15 888	16,33	590
1973	16 478	16,89	592
1974	17 272	17,65	567
1975	18 506	18,86	530
1976	19 872	20,23	494
1977	20 725	21,07	475
1978	22 143	22,50	444
1979	23 415	23,76	420
1980	24 536	—	—

(1) Geneesheren = Omnipratici + kandidaat-specialisten + erkende geneesheren.

2) Indeling van de geneesheren (1) volgens klinische praktijk en geslacht op 31 december 1980

Geneesheren — Médecins	Met klinische praktijk — Avec pratique clinique			Zonder klinische praktijk — Sans pratique clinique			Totaal — Total		
	M - H	V - F	Tot.	M - H	V - F	Tot.	M - H	V - F	Tot.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Huisartsen. — Médecins généralistes	9 584	1 384	10 968	1 130	388	1 518	10 714	1 772	12 486
Geneesheren-specialisten. — Médecins-spécialistes	8 248	1 369	9 617	188	71	259	8 436	1 440	9 876
Kandidaat specialisten. — Candidats spécialistes	1 583	591	2 174	—	—	—	1 583	591	2 174
Totaal. — Total	19 415	3 344	22 759	1 318	459	1 777	20 733	3 803	24 536
31 december 1979. — 31 décembre 1979	18 969	3 068	22 037	1 016	362	1 378	19 985	3 430	23 415
31 december 1978. — 31 décembre 1978	18 342	2 800	21 142	756	245	1 001	19 098	3 045	22 143
31 december 1977. — 31 décembre 1977	17 281	2 425	19 706	767	252	1 019	18 048	2 677	20 725
31 december 1976. — 31 décembre 1976	16 626	2 135	18 761	865	246	1 111	17 491	2 381	19 872
01 januari 1976. — 1 ^{er} janvier 1976	15 720	1 829	17 549	745	212	957	16 465	2 041	18 506

(1) Geneesheren = huisartsen + erkende geneesheren-specialisten + kandidaat specialisten.

ANNEXE VI

1) Evolution du nombre total des médecins (1)
(avec ou sans pratique clinique)

Années	Nombre total des médecins	Nombre de médecins pour 10 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin
(1)	(2)	(3)	(4)
1951 (31-12) ...	8 685	9,98	1 002
1952	8 935	10,20	980
1953	9 271	10,54	949
1954	9 598	10,86	921
1955	9 937	11,17	895
1956	10 358	11,57	864
1957	10 723	11,96	836
1958	11 013	12,13	824
1959	11 380	12,47	802
1960	11 703	12,75	784
1961	12 394	13,49	741
1962	12 888	13,93	718
1963	13 236	14,19	705
1964	13 473	14,29	700
1965	13 793	14,52	689
1966	14 176	14,83	674
1967	14 517	15,11	662
1968	14 922	15,49	645
1969	14 991	15,52	644
1971 (2 tr.) ...	14 887	15,43	648
1972 (31-12) ...	15 888	16,33	590
1973	16 478	16,89	592
1974	17 272	17,65	567
1975	18 506	18,86	530
1976	19 872	20,23	494
1977	20 725	21,07	475
1978	22 143	22,50	444
1979	23 415	23,76	420
1980	24 536	—	—

(1) Médecins = Omnipraticiens + candidats spécialistes + médecins spécialistes agréés.

2) Répartition des médecins (1) suivant la pratique clinique et le sexe au 31 décembre 1980

BIJLAGE VII

Evolutie van het totaal aantal studenten farmacie

1) Evolutie van het totaal aantal studenten farmacie in de belgische faculteiten

	Absoluut aantal	Index
Academiejaar 1969-1970	3 739	100
Academiejaar 1970-1971	3 835	103
Academiejaar 1971-1972	3 755	100,4
Academiejaar 1972-1973	3 450	92
Academiejaar 1973-1974	3 175	85
Academiejaar 1974-1975	2 805	75
Academiejaar 1975-1976	2 475	66
Academiejaar 1976-1977	2 275	61
Academiejaar 1977-1978	2 237	60
Academiejaar 1978-1979	2 210	59
Academiejaar 1979-1980	2 373	63,4

2) Evolutie van het totaal aantal studenten in de nederlandstalige faculteiten

Academiejaar — Année académique	VIA	RUCA	KUL	Gent — Gand	VUB	Totaal — Total	Index
1975-1976	77	73	515	544	110	1 319	100
1976-1977	58	76	461	491	109	1 195	90,5
1977-1978	49	79	448	459	93	1 128	85,5
1978-1979	44	88	406	426	92	1 056	80
1979-1980	58	105	434	413	102	1 112	84,3

3) Evolutie van het totaal aantal studenten in de franstalige faculteiten

Academiejaar — Année académique	ULB	UCL	Luik — Liège	Bergen — Mons	Namen — Namur	Totaal — Total	Index
1975-1976	309	509	185	83	70	1 156	100
1976-1977	306	477	174	49	74	1 080	93,5
1977-1978	312	502	172	36	87	1 109	96
1978-1979	374	471	159	41	109	1 154	99,8
1979-1980	395	511	189	37	109	1 261	109

ANNEXE VII

Evolution du nombre total des étudiants en pharmacie

1) Evolution du nombre total des étudiants en pharmacie dans les facultés belges

	Chiffre absolu	Index
Année académique 1969-1970	3 739	100
Année académique 1970-1971	3 835	103
Année académique 1971-1972	3 755	100,4
Année académique 1972-1973	3 450	92
Année académique 1973-1974	3 175	85
Année académique 1974-1975	2 805	75
Année académique 1975-1976	2 475	66
Année académique 1976-1977	2 275	61
Année académique 1977-1978	2 237	60
Année académique 1978-1979	2 210	59
Année académique 1979-1980	2 373	63,4

2) Evolution du nombre total des étudiants dans les facultés néerlandophones

4) Vergelijking van het totaal aantal studenten in de nederlandstalige en de franstalige faculteiten met uitsplitsing van de belgische en de buitenlandse studenten

a) Belgische en buitenlandse studenten

4) Comparaison du nombre total des étudiants dans les facultés francophones et dans les facultés néerlandophones avec ventilation selon qu'il s'agit d'étudiants belges et étrangers

a) Etudiants belges et étrangers

Academiejaar — Année académique	Totaal — Total	Nederlandstalige faculteiten — Facultés néerlandophones	Percentage van het totaal — Pourcentage du total	Franstalige faculteiten — Facultés francophones	Percentage van het totaal — Pourcentage du total
1975-1976	2 475	1 319	53,0	1 156	47,0
1976-1977	2 275	1 195	52,5	1 080	47,5
1977-1978	2 237	1 128	50,5	1 109	49,5
1978-1979	2 210	1 056	48,0	1 154	52,0
1979-1980	2 373	1 112	47,0	1 261	53,0

b) Belgische studenten

b) Etudiants belges

Academiejaar — Année académique	Totaal — Total	Nederlandstalige faculteiten — Facultés néerlandophones	Percentage van het totaal — Pourcentage du total	Franstalige faculteiten — Facultés francophones	Percentage van het totaal — Pourcentage du total
1975-1976	2 229	1 296	58,0	933	42,0
1976-1977	2 029	1 172	58,0	857	42,0
1977-1978	1 987	1 106	55,5	881	44,5
1978-1979	1 924	1 044	54,0	880	46,0
1979-1980	1 989	1 097	55,0	892	45,0

c) Buitenlandse studenten

c) Etudiants étrangers

Academiejaar — Année académique	Totaal — Total	Nederlandstalige faculteiten — Facultés néerlandophones	Percentage van het totaal — Pourcentage du total	Franstalige faculteiten — Facultés francophones	Percentage van het totaal — Pourcentage du total
1975-1976	246	23	9,5	223	90,5
1976-1977	246	23	9,5	223	90,5
1977-1978	250	22	9,0	228	91,0
1978-1979	286	12	4,0	274	96,0
1979-1980	384	15	3,9	369	96,0

d) Totaal aantal studenten

Academiejaar	Belgische en buitenlandse	Belgische	Buitenlandse
1975-1976	2 475	2 229	246
1976-1977	2 275	2 029	246
1977-1978	2 237	1 987	250
1978-1979	2 210	1 924	286
1979-1980	2 373	1 989	384

De evolutie van het aantal studenten farmacie wordt gekenmerkt door een geleidelijke vermindering van 1970 tot 1979; de globale daling bedraagt 40 %.

Enkel het academiejaar 1979-1980 maakt hierop een uitzondering door een stijging van 7 %; de vraag is of deze tendens zich ook de volgende jaren zal verder zetten.

Het blijkt dat de franstalige faculteiten reeds een zekere toename kennen vanaf 1978, terwijl deze tendens slechts naar voren komt in 1980 bij de nederlandstalige faculteiten. Dit heeft een omschakeling van de verhoudingen tussen de gewesten tot gevolg.

De evolutie en de verhoudingen tonen zich in een ander daglicht wanneer de buitenlandse studenten buiten beschouwing worden gelaten; in dat geval neemt het aantal studenten aan de franstalige faculteiten minder sterk toe en vertegenwoordigen de nederlandstalige faculteiten een groter aandeel van de studenten.

De toename van het aantal studenten in de franstalige faculteiten wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de buitenlandse studenten; deze verhoging bedroeg 65 % in drie jaar waarvan 34 % het laatste jaar.

Het tegenovergestelde doet zich voor in de nederlandstalige sector waar de toename van 1979-1980 bijna uitsluitend te wijten is aan de belgische studenten (96 %).

d) Nombre total d'étudiants

Année académique	Belges et étrangers	Belges	Etrangers
1975-1976	2 475	2 229	246
1976-1977	2 275	2 029	246
1977-1978	2 237	1 987	250
1978-1979	2 210	1 924	286
1979-1980	2 373	1 989	384

L'évolution du nombre d'étudiants en pharmacie se caractérise par une diminution progressive de 1970 à 1979; la diminution globale atteint 40 %.

Seule l'année académique 1979-1980 fait exception en accusant une augmentation de 7 %; la question est de savoir si cette tendance se maintiendra également au cours des prochaines années.

Il apparaît que les facultés francophones connaissent une certaine augmentation depuis 1978, alors que dans les facultés néerlandophones, celle-ci ne se manifeste qu'en 1980. Cette divergence entraîne une modification des rapports entre les régions.

Cependant, l'évolution et les rapports apparaissent sous un jour différent lorsqu'il n'est pas tenu compte des étudiants étrangers; dans ce cas, l'accroissement du nombre des étudiants dans les facultés francophones est moins grand et les facultés néerlandophones représentent une plus grande part des étudiants.

L'accroissement du nombre des étudiants dans les facultés francophones est dû principalement aux étudiants étrangers; cet accroissement a atteint 65 % en trois ans, dont 34 % au cours de la dernière année.

Le secteur néerlandophone manifeste une tendance inverse, car l'accroissement de 1979-1980 y est dû quasi exclusivement aux étudiants belges (96 %).