

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1982-1983

28 JANUARI 1983

BEGROTING

van het Ministerie van Volksgezondheid
en van het Gezin
voor het begrotingsjaar 1983

WETSONTWERP

houdende aanpassing van de begroting van het
Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin
voor het begrotingsjaar 1982

VERSLAG

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

DOOR Mevr. DE LOORE-RAEYMAEKERS

INHOUD

	Blz.
I. — Uiteenzetting van de Minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen	2
Eerste deel: Algemeen overzicht	2
I. Beheersing en omschakeling van de intra-murale gezondheidszorg	3
II. Vernieuwd beleid inzake eerstelijnsgezondheidszorg	10

(1) Samenstelling van de Commissie:

Voorzitter: de heer De Grève.

A. — Leden: de heer Ansoms, Mevr. Boeraeve-Derycke, Mevr. De Loore-Raeymaekers, de heren Diegenant, Gehlen, Lestienne, M. Olivier. — Mevr. Brenez, de heren Coëme, M. Colla, J.-J. Delhay, Rubens, Temmerman, Van Cauwenberghe. — de heren Barzin, F. Colla, De Grève, De Groot, Klein, Militis. — de heren Caudron, Valkeniers. — Mevr. Boniface-Delobe.

B. — Plaatsvervangers: de heren Beerden, Bockstal, Mevr. Demeester-De Meyer, de heer Detremmerie, Mev. Devos, de heren L. Kelchtermans, Liénard, Marchand. — de heren Biefnot, De Loor, Mevr. Detiège, de heren Gondry, Y. Harmegnies, Laridon, Sleenckx, N. — de heren Anthuenis, Bonnel, Cornet d'Elzius, Daems, Flamant, Petitjean, Pierard. — de heren Anciaux, Desaeeyere, Van Boxelaer. — de heer Nols, Mevr. Spaak.

Zie:

4-XXI (1982-1983):

— Nr. 1: Begroting.

— Nr. 2: Amendement.

5-XXI (1982-1983):

— Nr. 1: Wetsontwerp.

Chambre des Représentants

SESSION 1982-1983

28 JANVIER 1983

BUDGET

du Ministère de la Santé publique
et de la Famille
pour l'année budgétaire 1983

PROJET DE LOI

ajustant le budget du Ministère de la Santé publique
et de la Famille
de l'année budgétaire 1982

RAPPORT

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

Mme DE LOORE-RAEYMAEKERS

SOMMAIRE

	Pages
I. — Exposé du Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles	2
Première partie: Aperçu général	2
I. Maîtrise et reconversion des soins de santé intramuros	3
II. Nouvelle politique en matière de soins de santé primaires	10

(1) Composition de la Commission:

Président: M. De Grève.

A. — Membres: M. Ansoms, Mme Boeraeve-Derycke, Mme De Loore-Raeymaekers, MM. Diegenant, Gehlen, Lestienne, M. Olivier. — Mme Brenez, MM. Coëme, M. Colla, J.-J. Delhay, Rubens, Temmerman, Van Cauwenberghe. — MM. Barzin, F. Colla, De Grève, De Groot, Klein, Militis. — MM. Caudron, Valkeniers. — Mme Boniface-Delobe.

B. — Suppléants: MM. Beerden, Bockstal, Mme Demeester-De Meyer, M. Detremmerie, Mlle Devos, MM. L. Kelchtermans, Liénard, Marchand. — MM. Biefnot, De Loor, Mme Detiège, MM. Gondry, Y. Harmegnies, Laridon, Sleenckx, N. — MM. Anthuenis, Bonnel, Cornet d'Elzius, Daems, Flamant, Petitjean, Pierard. — MM. Anciaux, Desaeeyere, Van Boxelaer. — M. Nols, Mme Spaak.

Voir:

4-XXI (1982-1983):

— No 1 Budget.

— No 2: Amendement.

5-XXI (1982-1983):

— No 1: Projet de loi.

	Blz.		Pages
Tweede deel: Begrotingsgegevens	15	Deuxième partie: Données budgétaires	15
A. Lopende uitgaven	15	A. Dépenses courantes	15
B. Kapitaaluitgaven	17	B. Dépenses de capital	17
a) Investeringsprogramma	17	a) Programme d'investissement	17
b) Betalingskredieten	18	b) Crédits de paiement	18
Derde deel: Een jaar bijzondere machten in de sector volksgezondheid — Ombuiging van het aanbod naar de behoeften	18	Troisième partie: Une année de pouvoirs spéciaux dans le secteur de la Santé publique — Adaptation de l'of- fre aux besoins	18
I. Beheersing van het aantal ziekenhuisbedden	19	I. Maîtrise du nombre de lits d'hôpitaux	19
II. Heroriëntering van de intra-murale verzorgings- structuur	20	II. Réorientation de la structure des soins intra-muros	20
III. Uitschakelen van het tekort van de openbare zie- kenhuizen	22	III. Elimination du déficit des hôpitaux publics	22
II. — Uiteenzetting van de Staatssecretaris van Volksgezond- heid en Leefmilieu	23	II. — Exposé du Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement	23
A. Volksgezondheid	23	A. Santé publique	23
1. Informatieopdracht over inhoud en kwaliteit van eetwaren en geneesmiddelen	23	1. Mission d'information sur le contenu et la qualité des denrées alimentaires et des médicaments	23
2. Hoge Gezondheidsraad	24	2. Conseil supérieur d'Hygiène publique	24
3. Nationaal kankerregister	25	3. Registre national du cancer	25
4. Afslankpillen	26	4. Pilules amaigrissantes	26
5. Drugprobleem	27	5. Les problèmes de la drogue	27
B. Leefmilieu	27	B. Environnement	27
1. Verhoging van de operationaliteit van de diensten	27	1. Amélioration du niveau opérationnel des services	27
2. Bescherming van de bevolking tegen de gevaren van kernenergie	28	2. Protection de la population contre les dangers de l'énergie nucléaire	28
3. Water	28	3. L'eau	28
4. Lucht	28	4. L'air	28
III. — Algemene bespreking	29	III. — Discussion générale	29
A. Volksgezondheid	29	A. Santé publique	29
1. Algemeen	29	1. Généralités	29
2. Ziekenhuizen	36	2. Hôpitaux	36
3. Medisch-pedagogische instituten	48	3. Instituts médico-pédagogiques	48
4. Rusthuizen en verzorgingstehuizen	50	4. Maisons de repos et de soins	50
5. Voedingswaren	51	5. Denrées alimentaires	51
6. Polyklinieken — Thuisverzorging	52	6. Polycliniques — Soins à domicile	52
7. Geneesmiddelen	53	7. Médicaments	53
8. Kankerbestrijding	56	8. Lutte contre le cancer	56
9. Alcoholbestrijding	57	9. Lutte contre la drogue et l'alcoolisme	57
10. Bestaansminimum	59	10. Minimum de moyens d'existence	59
11. Opmerkingen van het Rekenhof	60	11. Observations de la Cour des comptes	60
12. Allerlei	61	12. Divers	61
B. Leefmilieu	61	B. Environnement	61
1. Algemeen	61	1. Généralités	61
2. Kernenergie	62	2. Energie nucléaire	62
3. Water	63	3. Eau	63
4. Lucht	63	4. Air	63
5. Bodem	63	5. Sol	63
IV. — Artikelsgewijze bespreking en stemmingen	64	IV. — Discussion des articles et votes	64
Errata	66	Errata	66

DAMES EN HEREN,

I. — UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN INSTITUTIONELE HERVORMINGEN

Eerste deel. — Algemeen overzicht

« Ons land heeft tal van gezondheidsvoorzieningen. De Regering wil die sociale verworvenheid in de toekomst vrijwaren.

In het licht van de budgettaire toestand zal dit slechts mogelijk zijn door een betere beheersing van de ontwikkeling van de kosten voor geneeskundige verzorging. Hiertoe is het nodig de overdreven expansie van de ziekenhuissector af te remmen teneinde een grotere conformiteit met de

MESDAMES, MESSIEURS,

I. — EXPOSE DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DES REFORMES INSTITUTIONNELLES

Première partie. — Aperçu général

« Notre pays est doté d'un large éventail de structures sanitaires. Le Gouvernement tient à préserver cet acquis social pour l'avenir.

A la lumière de la situation budgétaire, cet objectif suppose une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses des soins de santé. A cet effet, il s'impose de freiner l'expansion galopante du secteur hospitalier en vue d'atteindre une plus grande conformité avec la programmation hospi-

ziekenhuisprogramma te bereiken. De afremming van de kwantitatieve groei van de ziekenhuissector is ook noodzakelijk om de leefbaarheid van de bestaande ziekenhuizen te kunnen waarborgen en dit rekening houdend met de diversiteit in de aard van de verstrekte verzorging.

Tegelijk wil de Regering komen tot een heroriëntering van de intra-murale voorzieningen op grond van de nieuwe behoeften. Op dit vlak heeft de Regering de eerste stappen gezet door de oprichting mogelijk te maken van rust- en verzorgingstehuizen waardoor meer adequate opvangmogelijkheden ontstaan voor de steeds toenemende problematiek voortkomend uit de voortschrijdende veroudering van de bevolking.

De afremming van de expansie van de acute ziekenhuissector zal noodzakelijkerwijze moeten gepaard gaan met een efficiëntere en beter gecoördineerde thuisverzorging; een essentieel onderdeel van de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg vormt de versteviging van de rol van de huisarts. Ook op dit vlak heeft de Regering reeds maatregelen genomen en bereidt ze er andere voor.

Hierna wordt nader ingegaan op de twee prioritaire actiedomeinen van de Regering inzake de uitbouw van de gezondheidsvoorzieningen :

I. Beheersing en omschakeling van de intra-murale gezondheidszorg.

II. Uitbouw en versteviging van de eerstelijnsgezondheidszorg.

I. Beheersing en omschakeling van de intra-murale gezondheidszorg

1. De Regering wil de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen in ons land een nieuwe wending geven.

De Regering was van oordeel dat de oprichting van geëigende adviesstructuren nodig was om die heroriëntering te begeleiden.

Voorheen bestonde als adviesorgaan op nationaal vlak de Ziekenhuisraad en de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie.

De Ziekenhuisraad had een algemene adviesbevoegdheid omtrent alle problemen van het ziekenhuiswezen; meer in het bijzonder had de Raad een adviseringsopdracht omtrent de normen inzake werking (erkenning) en financiering (verpleegdagprijs) van de ziekenhuizen.

De Nationale Commissie had een specifieke bevoegdheid op het vlak van de programmatie van ziekenhuizen; meer in het bijzonder behoorde het tot haar opdracht te adviseren over de programmatiecriteria.

Beide adviesorganen hebben elk op hun domein zeer vruchtbaar werk geleverd.

Wel is uit de werkzaamheden gebleken dat de programmatie-problematiek en de problematiek van de inhoudelijke werking der ziekenhuizen zeer nauw zijn verweven.

Daarom leek het dan ook aangewezen de adviesfunctie van de Nationale Commissie en Ziekenhuisraad samen te brengen in één adviesorgaan, meer bepaald de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

De nieuwe Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen is zo opgevat dat via de drie afdelingen de onderscheiden facetten van het ziekenhuiswezen (programmatie, erkenning, financiering) op een voldoende autonome wijze aan bod kunnen komen en tegelijk in hun onderlinge samenhang kunnen worden gezien.

De Raad is zo gestructureerd dat de uitgebrachte adviezen worden gecoördineerd telkens dit vanuit het oogpunt van de samenhang in het ziekenhuisbeleid wenselijk of noodzakelijk is.

talière. Freiner la croissance quantitative du secteur hospitalier constitue également une condition *sine qua non* pour assurer la viabilité des hôpitaux existants, et ce compte tenu de la diversité de la nature des soins dispensés.

Le Gouvernement souhaite procéder simultanément à une réorientation des structures intra-muros en fonction des nouveaux besoins. Le Gouvernement a pris les premières mesures dans ce sens en prévoyant la création des maisons de repos et de soins, offrant ainsi des possibilités accrues d'accueil adéquat, compte tenu de l'ampleur de la problématique du vieillissement de la population.

Ralentir l'expansion du secteur hospitalier aigu devra nécessairement aller de pair avec une organisation plus efficace et mieux coordonnée des soins à domicile; une composante essentielle des soins primaires est le renforcement du rôle du généraliste. Dans ce domaine également, le Gouvernement a déjà pris des mesures et en prépare d'autres.

La suite de ce texte est consacrée aux deux secteurs prioritaires de l'action du Gouvernement en ce qui concerne l'évolution des structures sanitaires :

I. Maîtrise et reconversion des soins de santé intra-muros.

II. Développement et expansion des soins de santé primaires.

I. Maîtrise et reconversion des soins de santé intra-muros

1. Le Gouvernement veut réorienter le développement du secteur hospitalier dans notre pays.

Dans le but d'encadrer cette réorientation, le Gouvernement a estimé qu'il était nécessaire de créer des structures d'avis adéquates.

Auparavant, les structures d'avis au niveau national étaient le Conseil des hôpitaux et la Commission nationale de programmation hospitalière.

Le Conseil des hôpitaux avait une compétence générale d'avis pour tous les problèmes hospitaliers et en particulier une mission d'avis au sujet des normes de fonctionnement (agrégation) et de financement (prix de journée) des hôpitaux.

La Commission nationale avait une compétence spécifique en matière de programmation des hôpitaux; elle avait plus spécialement pour mission d'émettre des avis sur les critères de programmation.

Ces deux organes ont fait œuvre utile chacune dans son domaine.

Toutefois, au cours des activités, il est apparu que les problèmes de programmation et ceux du fonctionnement des hôpitaux sont étroitement imbriqués.

C'est pourquoi il s'est avéré opportun de réunir les fonctions d'avis de la Commission nationale et du Conseil des hôpitaux en un seul organe : le Conseil national des établissements hospitaliers.

Le nouveau Conseil national des établissements hospitaliers est conçu de telle manière que les différents aspects (programmation, agrégation, financement) du secteur hospitalier peuvent être abordés d'une façon suffisamment autonome tout en tenant compte dans le même temps des liens internes.

Le Conseil est structuré de manière telle que la coordination des avis émis est assurée chaque fois que cela est nécessaire ou souhaitable par la cohérence de la politique hospitalière.

Bij de formulering van de opdrachten die aan de Raad werden gegeven, diende vanzelfsprekend rekening gehouden te worden met de nieuwe opdeling van bevoegdheden tussen Staat en Gemeenschappen inzake gezondheidsbeleid (art. 59bis, § 2bis en § 4bis van de Grondwet en art. 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de hervorming der instellingen).

De Raad heeft enkel adviesbevoegdheid inzake ziekenhuismateries waarvan de beslissingsbevoegdheid bij de nationale overheid gebleven is.

2. De bevoegdheid van de nationale Regering inzake het ziekenhuisbeleid situeert zich niet alleen in een gewijzigd institutioneel kader.

Het ziekenhuisbeleid zal ongetwijfeld ook beïnvloed worden door de veranderende maatschappijopvattingen, door de zich wijzigende inzichten betreffende de doelstellingen van een globaal welzijnsbeleid en de plaats en de rol van het ziekenhuis in het geheel van de gezondheidszorg.

Uitgangspunt hierbij zal moeten zijn een visie op een globaal gezondheidsbeleid, waarbij een gecorrigeerd inzicht omtrent een meer evenwichtige uitbouw van de onderscheiden gezondheidsvoorzieningen zal moeten prevaleren op het louter doortrekken van ontwikkelingen uit het verleden. Ook zal rekening moeten gehouden worden met de financiële en budgettaire beperkingen die de crisis ons oplegt.

Het is onmiskenbaar dat in ons land de ziekenhuissector een exponentiële ontwikkeling heeft gekend en dat deze overmatige expansie moet worden omgebogen.

Dat betekent niet een verzwakking van de ziekenhuisfunctie als dusdanig.

Het ziekenhuis als hooggespecialiseerd verzorgingscentrum kan echt niet meer uit ons gezondheidszorgsysteem worden weggedacht.

Wel moeten hoofdzakelijk twee scheefgroeiingen worden weggewerkt.

Vooreerst moet de specialistische benadering derwijze worden bijgestuurd dat een totaalbenadering van de patiënt en zijn familie mogelijk wordt; de humanisering van het ziekenhuis moet op de verschillende niveaus verwezenlijkt worden, zowel in de wijze van behandeling door de arts, als in de manier van verpleging, als in de maatschappelijke begeleiding.

Een andere noodzakelijke ombuiging is dat de overdreven ontwikkeling van de acute ziekenhuissector wordt teruggeschroefd en dat meer aangepaste voorzieningen worden uitgebouwd voor de chronische zieken en voor de zorgbehoevende bejaarden.

Terzake werd reeds een eerste impuls gegeven door een aantal maatregelen die ik hierna nader wil toelichten.

3. Beheersing van het ziekenhuisaanbod.

Om te komen tot een juiste plaats van het ziekenhuiswezen is de beheersing van het aanbod een allereerste noodzaak, vooreerst om redenen van goed gezondheidsbeleid, maar ook uit budgettaire noodzaak.

3.1. Het zal U voldoende bekend zijn dat, in vergelijking met de nationaal vastgestelde programmatiecriteria, er voor gans het land een belangrijk overtal aan ziekenhuisbedden bestaat.

Zo waren er op 1 april 1982 in de algemene ziekenhuizen 69 855 bedden tegenover 58 233 programmatorisch voorziene bedden (+ 20 %). De overschrijding doet zich voor zowel in Vlaanderen als in Wallonië als in Brussel. In Vlaanderen zijn er 38 578 bedden, tegenover 33 355 programmatorisch voorziene bedden (+ 15,7 %); in Wallonië 21 677 bedden, tegenover 18 983 (+ 14,2 %); in Brussel 9 600 bedden, tegenover 5 895 (+ 63,8 % met inbegrip van de universitaire bedden).

Lors de la formulation des missions qui ont été attribuées au Conseil, il fallait évidemment tenir compte de la nouvelle répartition des compétences en matière de politique de santé entre l'Etat et les Communautés (art. 59bis, § 2bis et § 4bis de la Constitution et art. 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles).

Le Conseil n'a que des compétences d'avis dans les matières hospitalières pour lesquelles les autorités nationales ont gardé une compétence de décision.

2. La compétence du Gouvernement national en matière de politique hospitalière ne se situe pas seulement dans un cadre institutionnel modifié.

La politique hospitalière sera incontestablement influencée par les changements de la société, par les opinions changeantes sur les objectifs de la politique globale du bien-être, sur la place et le rôle de l'hôpital dans l'ensemble de la structure des soins.

Le point de départ devra être ici une vue de la politique globale de la santé à l'intérieur de laquelle l'évolution plus équilibrée des différentes infrastructures sanitaires devra l'emporter sur la poursuite pure et simple des développements du passé. Il faudra également tenir compte des restrictions financières et budgétaires que la crise nous impose.

Il est indéniable que dans notre pays le secteur hospitalier a connu une croissance exponentielle et que cette expansion exagérée doit être infléchie.

Cela ne signifie pas un affaiblissement de la fonction de l'hôpital en tant que telle.

Il est certes impensable de concevoir notre système de santé sans l'hôpital, centre de soins hautement spécialisés.

Nous devons plutôt éliminer les évolutions négatives, dont je retiens principalement les deux suivantes.

D'abord, l'approche spécialisée doit être conduite de façon à permettre une approche totale du patient et de sa famille. L'humanisation de l'hôpital doit être réalisée à plusieurs niveaux, tant dans le mode de traitement par le médecin que dans les soins et l'encadrement social.

Une autre inflexion obligée est la limitation de l'évolution exagérée du secteur hospitalier aigu et le développement d'infrastructures plus appropriées pour les malades et les personnes âgées nécessitant des soins.

Toute une série de mesures, que je vais préciser ci-après, ont déjà donné une première impulsion dans ce domaine.

3. Maîtrise de l'offre hospitalière.

Afin d'aboutir à une place correcte du secteur hospitalier, la maîtrise de l'offre est une priorité absolue, d'abord pour des raisons de politique de santé, mais également pour des raisons budgétaires.

3.1. Vous n'ignorez pas que, par comparaison aux critères de programmation nationaux, il existe dans tout le pays un excédent de lits hospitaliers.

Au 1^{er} avril 1982, les hôpitaux généraux comptaient 69 855 lits alors que le programme n'en prévoyait que 58 233 (+ 20 %). Ledit excédent se manifeste en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. En Flandre, il y a 38 578 lits par rapport aux 33 355 lits prévus d'après les critères de programmation (+ 15,7 %); en Wallonie, 21 677 lits par rapport à 18 983 (+ 14,2 %); à Bruxelles, il y a 9 600 lits par rapport à 5 805 (+ 63,8 %, en ce compris les lits universitaires).

Op de datum waren er nog $\pm 6\,500$ bedden in opbouw. Indien al die bedden als ziekenhuisbedden zouden worden in gebruik genomen, dan komt men tot een programmatorische overschrijding van 31 % voor gans het land, van 24,4 % in Vlaanderen, van 28,7 % in Wallonië en 76,9 % in Brussel.

Op dezelfde datum waren er nog een tweeduizend bedden waarvoor een principieel akkoord werd gegeven, maar waarvan de bouwwerken nog niet zijn aangevat.

Indien ook die bedden als ziekenhuisbedden zouden tot stand komen, dan komt men tot een nog grotere programmatorische overschrijding.

3.2. Wegens de druk van de begrotingsmoeilijkheden heeft de Regering te allen prijze willen vermijden dat de reeds scheefgegroeide situatie nog zou verergeren. Er waren derhalve dringend maatregelen nodig, die bovendien noodzakelijk waren om de leefbaarheid van de bestaande ziekenhuizen in de toekomst veilig te stellen.

Door het koninklijk besluit n° 60 (*Belgisch Staatsblad* van 27 juli 1982) wordt een nieuw wettelijk instrumentarium voor de beheersing van het beddenaantal in de wet op de ziekenhuizen opgenomen. Dat besluit stelt de opening van een nieuw ziekenhuis of de uitbreiding van een bestaand afhankelijk van een openingsvergunning. Die vergunning kan niet worden afgegeven als de ingebruikneming en de exploitatie van de ziekenhuisdiensten tot een aantal bedden leidt dat boven het op 1 juli 1982 bestaande aantal erkende bedden ligt.

Dit betekent dat slechts nieuwe bedden als ziekenhuisbedden mogen worden in gebruik genomen indien ze in vervanging komen van bestaande bedden die afgeschaft worden. Die afschaffing van bedden kan gebeuren in het oude ziekenhuis dat wordt vervangen, of in een ander ziekenhuis.

Deze laatste mogelijkheid zou kunnen leiden tot het bijsturen van het gebrek aan evenwicht tussen de ziekenhuisregio's; zo zou bv. door de sluiting van een ziekenhuisdienst in een overbezette ziekenhuisregio de opening worden mogelijk gemaakt in een ziekenhuisregio die qua bedden capaciteit nog onder de programmatie-criteria gebleven is.

Hoewel de nationale regel een algemene draagwijdte heeft, kunnen de gemeenschappen ze toch aanpassen op grond van de evenwichtige spreiding van de ziekenhuisvoorzieningen die zij programmatorisch wenselijk achten.

Bij niet-naleving van de nationale regel zullen de werkingskosten van de betrokken instelling niet vanuit de ziekteverzekering kunnen worden vergoed.

3.3. Naast de maatregel met betrekking tot de ingebruikneming van in opbouw zijnde bedden, wenst de Regering ook maatregelen te nemen die er moeten toe leiden het reeds bestaande beddenaantal te verminderen en aldus meer in overeenstemming met de programmatiecriteria te brengen.

In een eerste fase wenst de Regering dat te bereiken door aan de ziekenhuizen een vermindering van het aantal ligdagen op te leggen.

Zo werd bij omzendbrief van 14 juli 1982 met betrekking tot de vaststelling van de verpleegdagprijs voor 1983 aan al de ziekenhuizen de verplichting opgelegd het aantal verpleegdagen in 1983 met 3 % en in 1984 met 5 % te verminderen. Als referentie-aantal wordt genomen het aantal verpleegdagen in 1980; op dit referentiegetal wordt een dubbele correctie toegepast, zodat de bestendige overbezetting van bepaalde diensten wordt geneutraliseerd. (De tekst van deze omzendbrief ligt ter inzage van de Griffie.)

Door de maatregel zal er ook een grotere overeenstemming komen tussen het aantal geprogrammeerde en erkende bedden en de maximum toegelaten bezetting ervan.

Weliswaar wordt de verplichting tot vermindering van de ligdagen aan alle ziekenhuizen opgelegd, toch moet het duidelijk zijn dat de Regering door deze maatregel een globaal resultaat beoogt. De Regering verwacht dat de ver-

A la même date, $\pm 6\,500$ lits étaient encore en construction. Au cas où tous les lits seraient utilisés comme lits d'hôpital, les critères de programmation seraient dépassés de 31 % pour l'ensemble du pays, de 24,4 % en Flandre, de 28,7 % en Wallonie et de 76,9 % à Bruxelles.

Toujours à la même date, environ 2 000 lits avaient fait l'objet d'un accord de principe, les travaux de construction n'étant cependant pas entamés.

Au cas où ces lits seraient eux aussi réalisés comme lits d'hôpital, le dépassement du programme s'aggravait davantage.

3.2. Sous la pression des difficultés budgétaires, le Gouvernement a voulu éviter à tout prix que cette situation ne s'aggrave encore. Aussi des mesures urgentes s'imposaient-elles. Celles-ci, en outre, étaient nécessaires pour sauvegarder la viabilité future des hôpitaux existants.

Aux termes de l'arrêté royal n° 60 (*Moniteur belge* du 27 juillet 1982) un nouvel instrument légal pour la maîtrise du nombre de lits est introduit dans la loi sur les hôpitaux. Cet arrêté conditionne l'ouverture d'un nouvel hôpital ou l'extension d'un établissement existant à une autorisation d'ouverture. Cette autorisation ne peut être délivrée si la mise en service et l'exploitation des services hospitaliers se soldent par un dépassement du nombre de lits par rapport à celui des lits agréés, existant au 1^{er} juillet 1982.

Cela signifie que des lits nouveaux ne peuvent être mis en service comme lits d'hôpitaux que s'ils viennent en remplacement de lits existants supprimés. Cette suppression de lits peut avoir lieu soit dans l'ancien hôpital qui est remplacé soit dans un autre hôpital.

Cette dernière possibilité pourrait conduire à corriger les déséquilibres entre régions hospitalières; ainsi, p. ex., la fermeture d'un service hospitalier dans une région hospitalière dont la capacité en lits est encore inférieure aux critères de programmation.

Bien que la règle nationale soit de portée générale, les communautés peuvent en modaliser l'application selon la participation équilibrée des infrastructures hospitalières qu'elles estiment souhaitables pour des raisons de programmation.

Le non-respect de la règle nationale a pour conséquence que les frais de fonctionnement des institutions concernées ne seront pas indemnisés par l'assurance maladie.

3.3 Outre la règle relative à la mise en service de lits en construction, le Gouvernement souhaite également prendre des mesures visant à la diminution du nombre actuel de lits et ainsi d'être plus conforme aux critères de programmation.

Dans une première phase, le Gouvernement souhaite atteindre cet objectif en imposant aux hôpitaux une diminution du nombre de journées d'hospitalisation.

Ainsi la circulaire du 1^{er} juillet 1982 relative à la fixation du prix de journée pour 1983 a imposé à tous les hôpitaux l'obligation de réduire le nombre de journées d'entretien de 3 % en 1983 et de 5 % en 1984. Le chiffre de référence est le nombre de journées d'hospitalisation en 1980; une double correction est appliquée à ce chiffre afin de neutraliser la suroccupation de certains services. (Le texte de cette circulaire peut être consulté au Greffe.)

Par cette mesure une plus grande conformité sera réalisée entre le nombre de lits programmés et agréés et leur occupation maximale autorisée.

S'il est vrai que l'obligation de réduction des journées d'hospitalisation est imposée à l'ensemble des hôpitaux, il doit être clair cependant que le Gouvernement, en prenant cette mesure, vise à atteindre un résultat global. Il s'attend

plichting tot vermindering van ligdagen zal resulteren in de afschaffing of sluiting van diensten. Deze sluiting hoeft niet in elk ziekenhuis afzonderlijk plaats te hebben. Integendeel, door onderlinge afspraken tussen ziekenhuizen binnen een ziekenhuisregio of in een nog ruimer verband, zouden bepaalde ziekenhuisdiensten kunnen gesloten worden. Het resultaat dat hierdoor qua vermindering van ligdagen wordt bereikt, kan niet alleen ten goede kunnen aan het betrokken ziekenhuis, maar ook aan een ander ziekenhuis dat bij de afspraak is betrokken; in die hypothese zou door dit laatste ziekenhuis de verplichting tot afbouw van de ligdagen kunnen wegvallen of gemilderd worden.

Ik wens dus te onderstrepen dat de op het eerste gezicht lineaire maatregel van verplichte reductie van verpleegdagen, in zijn praktische toepassingsmogelijkheden de nodige ruimte biedt om binnen de ziekenhuisregio's de nodige herschikkingen te treffen waardoor op het vlak van de gemeenschappen zowel een betere spreiding van de voorzieningen als een grotere overeenstemming met de programmatiecriteria kan worden bereikt.

Ik wil ook nog onderstrepen dat de wet de mogelijkheid heeft geschapen tot schadeloosstelling voor de kosten die gepaard gaan met het afschaffen van ziekenhuisdiensten of de het niet gebruiken van ziekenhuisdiensten met het oog op reconversie tot rust- en verzorgingstehuizen.

4. De vermindering van het aantal ziekenhuisbedden mag niet als een op zichzelf bestaande maatregel beschouwd worden; de motivering ervan mag zeker niet louter in budgettaire overwegingen gezocht worden of in de noodzaak om een grotere conformiteit met de ziekenhuisplanning te verzekeren.

4.1. De afremming van de expansie van de ziekenhuissector werd door de Regering beschouwd als een *conditio sine qua* die bij voorrang moest worden vervuld om van onze gezondheidsvoorzieningen te kunnen heroriënteren, zowel op het vlak van de intra-murale als van de thuisverzorging.

Die samenhang tussen vermindering van ziekenhuisbedden en heroriëntering van de intra-murale voorzieningen wens ik nu wat nader toe te lichten.

Ondanks de expansieve ontwikkeling van de ziekenhuissector moeten we vaststellen dat aan bepaalde behoeften van intra-murale zorg niet of onvoldoende kan worden voldaan. Dit komt omdat in het verleden de ziekenhuissector in hoofdzaak werd ontwikkeld met het oog op het behandelen van acute aandoeningen; die zogenaamde acute diensten hebben een uitrusting en structuur van werken die minder geschikt zijn voor het aangepast opvangen van een nieuwsoortige verzorging die de laatste jaren meer en meer tot uiting komt. Die verschuiving in de verzorgingsproblematiek hangt grotendeels af van demografische factoren.

De veroudering van onze bevolking zet steeds verder door. Niet alleen is er een kwantitatieve toename van het aantal bejaarden.

Van bijzonder belang is dat binnen de totale groep der bejaarden het aantal hoogbejaarden relatief gezien zeer sterk toeneemt. Het is vooral die groep van hoogbejaarden die een eigen gezondheids- en verzorgingsproblematiek ontwikkelt waarvoor nog onvoldoende aangepaste opvangmogelijkheden bestaan.

We bevinden ons dus in deze paradoxale toestand dat, in vergelijking met de programmatiecriteria, te veel middelen in de acute ziekenhuissector worden ingezet, terwijl voor de opvang van de specifieke gezondheids- en verzorgingsproblemen van bejaarden onvoldoende middelen voorhanden zijn.

à ce que l'obligation de réduction des journées d'hospitalisation conduise à la suppression ou la fermeture de services. Cette fermeture ne doit pas avoir lieu dans chaque hôpital séparément. Au contraire, certains services hospitaliers pourraient être fermés par arrangements mutuels entre hôpitaux, soit à l'intérieur d'une région hospitalière soit dans un contexte plus large encore. Le résultat atteint sur le plan de la diminution des journées d'hospitalisation peut profiter non seulement à l'hôpital concerné mais encore à un autre hôpital concerné par l'arrangement; dans cette hypothèse l'obligation de diminuer le nombre de journées d'hospitalisation pourrait être plus réduite voir même annulée pour cet hôpital.

Je souhaite donc insister sur le fait que la mesure à première vue linéaire de réduction obligatoire de journées d'entretien offre dans ses possibilités d'application pratique la latitude nécessaire pour procéder dans les régions hospitalières aux réaménagements indispensables, permettant d'atteindre au niveau des communautés une meilleure répartition des équipements ainsi qu'une plus grande conformité par rapport aux critères de programmation.

Je désire également faire remarquer que la loi a créé la possibilité d'indemniser les frais inhérents à la suppression ou la désaffectation de services hospitaliers en vue de la reconversion en maisons de repos et de soins.

4. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux ne peut pas être considérée isolément comme une mesure en soi; la motivation de cette mesure ne peut certainement pas être recherchée uniquement dans des considérations budgétaires ou dans la nécessité d'aboutir à une plus grande conformité avec la planification hospitalière.

4.1. Le frein mis à l'expansion du secteur hospitalier a été considéré par le Gouvernement comme une condition *sine qua non* afin de permettre la réorientation de notre infrastructure sanitaire, tant au niveau des soins intra-muros que des soins à domicile.

Je veux à présent aborder plus en détail ce rapport entre la réduction du nombre de lits d'hôpitaux et la réorientation des soins intra-muros.

Malgré l'expansion du secteur hospitalier, nous devons constater que certains besoins en soins intra-muros ne peuvent pas ou insuffisamment être satisfaits ou l'être insuffisamment. Cela s'explique par le fait que dans le passé le secteur hospitalier a été développé principalement en vue de traiter les affections aiguës. Ces services dits aigus ont un équipement et une structure de travail moins appropriés à l'approche adéquate d'un nouveau type de soins dont la problématique ne cesse de se préciser d'année en année. Ce glissement de la problématique de soins dépend largement de facteurs démographiques.

Le vieillissement de notre population se poursuit. Il n'y a pas seulement une augmentation du nombre de personnes âgées.

Il importe de savoir que dans le groupe total des personnes âgées, le nombre de vieillards très âgés a fortement augmenté. C'est précisément ce groupe de « 4 × 20 ans » qui pose des problèmes de santé et de soins pour lesquels il n'y a pas encore suffisamment de possibilités d'accueil appropriées.

Nous nous trouvons dès lors dans une situation paradoxale, où, par comparaison aux critères de programmation, trop de moyens sont investis dans le secteur aigu, tandis que trop peu de moyens existent pour aborder les problèmes de santé et de soins spécifiques aux personnes âgées.

Vanc' . dat de Regering geopteerd heeft zowel voor een herschikking in de aanwending van de beschikbare middelen als voor een reconversie van de bestaande intra-murale voorzieningen naar nieuwe opvangmogelijkheden.

4.2. Een van de hoofdcomponenten in dit heroriënteringsproces is de uitvoering van de sinds 1978 bestaande wet die in beginsel in de mogelijkheid voorziet van tegemoetkoming vanwege de ziekteverzekering in de specifieke verzorging die aan zorgbehoevende bejaarden wordt verstrekt door diensten voor thuisverzorging, door rustoorden voor bejaarden of door omgeschakelde ziekenhuisdiensten die een bijzondere erkenning hebben bekomen.

In een eerste fase heeft de Regering geopteerd voor de uitvoering van deze wet in de intra-murale sector; de uitvoering in de sector van de thuisverzorging zal weldra volgen, zodra de mechanismen zullen klaar zijn om deze operatie in budgettair veilige voorwaarden uit te voeren.

De Regering wil dus een eerste effectieve impuls geven aan het tot stand komen van rust- en verzorgingstehuizen. Aangezien dit moet gebeuren door een herschikking van de aanwending van de beschikbare middelen, werd door het bijzondere machtenbesluit n° 59 (*Belgisch Staatsblad* van 27 juli 1982) de totstandkoming van rust- en verzorgingsbedden gekoppeld aan de voorwaarde dat dit moet gepaard gaan met een gelijkwaardige vermindering van ziekenhuisbedden in afgeschafte ziekenhuisdiensten.

Omtrent dit in de wet opgenomen beginsel was vooraf overeenstemming bereikt met de Gemeenschapsexecutieven.

Ook de principes met betrekking tot de gelijkwaardige afbouw werden reeds geformuleerd in het protocol afgesloten tussen de Nationale Regering en de Franse en de Vlaamse Gemeenschapsexecutieve. (Bijlage bij het koninklijk besluit n° 60 van 22 juli 1982, *Belgisch Staatsblad* van 27 juli 1982).

Om de reconversie van instellingen zo vlug mogelijk op gang te brengen, heb ik alles in het werk gesteld om de uitvoeringsbesluiten inzake planning en erkenning alsmede inzake de Z. I. V.-tegemoetkoming zo vlug mogelijk klaar te krijgen.

Ik meen te kunnen zeggen dat over de basisopvattingen van het rust- en verzorgingstehuis zoals die in de besluiten tot uiting komt, in alle betrokken middelen een grote mate van overeenstemming bestaat, evenals over het feit dat de oprichting van verzorgingsbedden binnen een vastgelegd programma moet geschieden.

Voorts ben ik ervan overtuigd dat zowel het koninklijk besluit van 2 december 1982 (*Belgisch Staatsblad* van 7 december 1982) op de erkenningsnormen als het programmatiebesluit (ministerieel besluit van 2 december 1982, *Belgisch Staatsblad* van 7 december 1982) in de toekomst op basis van de eerste ervaringen zullen moeten geëvalueerd worden en desgevallend zullen moeten worden bijgesteld.

Dat is de reden waarom de uitgevaardigde besluiten een voorlopig karakter hebben.

4.3. Aan de totstandkoming van een voldoende aantal rust- en verzorgingstehuizen zal, mijns inziens, een doorslaggevende bijkomende stimulans kunnen gegeven worden indien door een algemene actie een belangrijke pakket ziekenhuisbedden zou kunnen gededuceerd worden: hierdoor zouden, ingevolge de vastgelegde equivalentie-regel, een dubbel aantal verzorgingsbedden kunnen gecreëerd worden.

Mede gelet op het feitelijk functioneren van een groot aantal V-diensten op het vlak van zorgverlening aan bejaarden en chronische zieken, had ik dan ook aan de ziekenhuisraad gevraagd zich te willen bezinnen over de vraag of de V-dienst als ziekenhuisdienst moet behouden worden, dan wel of een reconversie naar rust- en verzorgingstehuis aangewezen is.

C'est pourquoi le Gouvernement a choisi tant pour un réaménagement dans l'affectation des moyens disponibles que pour une reconversion de l'infrastructure intra-muros, en nouvelles possibilités d'accueil.

4.2. Une des principales composantes dans le processus de réorientation est l'exécution de la loi en vigueur depuis 1978 qui prévoit, en principe, la possibilité d'une intervention de l'Assurance maladie dans les soins spécifiques aux personnes âgées, soit par des services de soins à domicile, soit par des maisons de repos ou des services hospitaliers reconvertis qui ont obtenu l'agrément spéciale.

Dans une première phase, le Gouvernement a choisi d'exécuter la loi dans le secteur intra-muros; l'exécution de la loi dans le secteur des soins à domicile suivra dès que les mécanismes seront mis au point pour réaliser ces opérations dans des conditions de sécurité budgétaire.

Le Gouvernement veut donc donner une première impulsion effective dans la création des maisons de repos et de soins. Etant donné que ceci doit avoir lieu par un réaménagement dans l'affectation des moyens disponibles, l'arrêté des pouvoirs spéciaux n° 59 (*Moniteur Belge* du 27 juillet 1982) a conditionné la création de lits de repos et de soins à une réduction du nombre de lits d'hôpitaux dans les services hospitaliers supprimés.

Sur le principe inscrit dans la loi un consensus préalable avait été atteint avec les Exécutifs communautaires.

Les principes relatifs à la réduction équivalente avaient également été formulés dans le protocole conclu entre le Gouvernement national et les exécutifs régionaux flamand et de la communauté française (Annexe à l'arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982, *Moniteur Belge* du 27 juillet 1982).

Afin de réaliser aussi vite que possible la reconversion des établissements, j'ai mis tout en œuvre pour que les arrêtés d'exécution en matière de programmation et d'agrément ainsi que ceux relatifs à l'intervention de l'I.N.A.M.I. soient prêts dans les délais les plus brefs.

Je crois pouvoir dire qu'un large consensus existe dans tous les milieux concernés à propos de la conception de base de la maison de repos et de soins telle qu'elle est exprimée dans ces arrêtés, ainsi que sur l'obligation de créer les lits de soins à l'intérieur d'une programmation définie.

D'autre part, je suis convaincu que l'arrêté royal du 2 décembre 1982 relatif aux normes d'adéquation (*Moniteur Belge* du 7 décembre 1982) et l'arrêté de programmation (arrêté ministériel du 2 décembre 1982, *Moniteur belge* du 7 décembre 1982) devront être évalués sur base des premières expériences; le cas échéant, les arrêtés devront être adaptés.

C'est pourquoi les arrêtés qui ont été promulgués, ont un caractère provisoire.

4.3. A mon avis, la réalisation d'un nombre suffisant de maisons de repos et de soins pourra être stimulée d'une façon décisive si, par une action globale, un ensemble important de lits d'hôpitaux pouvait être désaffecté. Cela permettrait, par le jeu de la règle d'équivalence de créer deux fois plus de lits de soins.

J'avais demandé, dans ce cadre, au Conseil des hôpitaux d'examiner l'opportunité de maintenir les services « V » comme services hospitaliers et si une reconversion en maisons de repos et de soins est indiquée, et ce au vu du fonctionnement effectif d'un nombre élevé de services « V » sur le plan des soins dispensés aux personnes âgées et aux malades chroniques.

Om ik anderzijds de ontwikkeling van de typisch medisch-geriatrische zorgverlening niet wens af te remmen, heb ik tegelijk de vraag gesteld of de eventuele afschaffing van de V-dienst als ziekenhuisdienst niet moest gepaard gaan met een eventuele aanpassing van de programmatiecriteria voor de R-dienst.

Ik heb aan de nieuwe Raad gevraagd dat vraagstuk bij voorrang te onderzoeken.

5. Door sommigen wordt de mening geuit dat de maatregelen met betrekking tot beheersing en vermindering van ziekenhuisbedden een nadelige weerslag zullen hebben op de tewerkstelling. Ik ben van oordeel dat men de vermindering van de tewerkstelling in de ziekenhuissector niet los mag zien van de maatregelen tot stimulering van de totstandkoming van de rust- en verzorgingstehuizen.

Ik ben er dan ook van overtuigd dat in het geheel van de verzorgingssector geen sprake zal zijn van een vermindering van de tewerkstelling, maar dat er eerder, bij gelijkblijvende globale tewerkstelling, zich een verschuiving zal voordoen op grond van de heroriëntering van de intramurale voorzieningen.

6. De heroriëntering van het ziekenhuisbeleid mag uiteraard niet uitsluitend op budgettaire overwegingen steunen.

6.1. De gezondheidsinfrastructuur moet beoordeeld worden in het licht van de evolutie van de behoeften.

Ik heb reeds gesproken over de noodzaak om onze intramurale voorzieningen te heroriënteren in het licht van de gewijzigde behoeften ingevolge demografische ontwikkelingen.

Ik zal ook bijzondere aandacht besteden aan de verdere ontwikkeling van de psychiatrische ziekenhuissector, zowel in de inhoudelijke werking als op het vlak van de programmatie.

De toekomstige evolutie van de ziekenhuisinfrastructuur zal ook moeten gezien worden in het licht van de wenselijk geachte ontwikkeling van de extra-murale gezondheidszorg.

6.2. In de toekomst moet de financieringsregeling van de ziekenhuizen worden aangepast. De toekomstige regeling moet het mogelijk maken :

- a) een financieringsmethode uit te werken waarbij door previsionele budgettering de globale uitgaven beter kunnen worden beheerd;
- b) een zo groot mogelijke autonomie en vernieuwing inzake beheer te waarborgen (enveloppe-systeem);
- c) op een nog meer adequate wijze rekening te houden met de objectieve verschillen die inzake de aard van de verzorging tussen de ziekenhuizen bestaan.

Hiertoe zal het nodig zijn nu reeds een aanvang te maken met het uitwerken van een systeem voor het verzamelen van gegevens dat leidt tot een beter inzicht in de aard van de medische zorgenverstrekking, de aard en de graad van intensiteit van de geboden verpleegkundige verzorging.

Instrumenten van medische en verpleegkundige registratie zullen hierbij zo moeten worden ontwikkeld dat zij ook praktisch bruikbaar worden om te komen tot een soort groepering van ziekenhuizen die qua aard van ziekenhuiszorg vergelijkbaar zijn en op grond van de inhoud van de dienstverlening een gepaste financiële regeling krijgen.

Aldus zullen bepaalde eenvormige maatregelen die in het verleden bij gebrek aan genuanceerde informatie lineair moesten genomen worden, in de toekomst overbodig worden, omdat men over de passende beleidsinstrumenten zal beschikken om de diversiteit van de ziekenhuizen in de maatregelen in te calculeren.

C'est parce que je ne souhaite pas freiner le développement des soins gériatriques que j'ai également demandé si une suppression des services « V » comme services hospitaliers ne doit pas s'accompagner d'une adaptation éventuelle des critères de programmation applicables aux services « R ».

J'ai demandé au nouveau Conseil d'examiner cette question en priorité.

5. Certains disent que les mesures visant la maîtrise et la diminution des lits d'hôpitaux auront un effet néfaste sur l'emploi. Je suis d'avis qu'on ne peut détacher le problème de la diminution de l'emploi dans le secteur hospitalier, des mesures visant à stimuler la création de maisons de repos et de soins.

Aussi, suis-je convaincu que dans l'ensemble du secteur de soins, il ne peut être question d'une réduction de l'emploi, mais qu'il s'agira plutôt, avec un niveau d'emploi global stationnaire, d'un glissement en fonction de la réorientation des équipements intra-muros.

6. La réorientation de la politique hospitalière ne peut évidemment pas s'inspirer uniquement de considérations budgétaires.

6.1. L'infrastructure sanitaire doit être évaluée en fonction de l'évolution des besoins.

J'ai déjà évoqué la nécessité de réorienter les soins intra-muros à la lumière de la modification des besoins du développement démographique.

Je me propose également de consacrer une attention particulière au développement ultérieur du secteur des hôpitaux psychiatriques, tant sur le plan des normes d'agrément que des critères de programmation.

L'évolution future de l'infrastructure hospitalière devra également être considérée à la lumière de l'évolution jugée nécessaire des soins de santé extra-muros.

6.2. Dans l'avenir le système de financement des hôpitaux devra être adapté. Le nouveau système devra permettre de réaliser en même temps trois objectifs :

- a) meilleure maîtrise des dépenses globales grâce à une budgétisation prévisionnelle plus poussée;
- b) garantir le plus possible l'autonomie et l'innovation dans la gestion (système d'enveloppes);
- c) tenir compte d'une manière plus nuancée des différences objectives existant entre les hôpitaux en ce qui concerne la nature des soins dispensés.

Pour la réalisation de ce dernier objectif, il faudra mettre en route un système de recueil de données qui aboutisse à une meilleure compréhension de la nature des soins médicaux dispensés, de la nature et du degré d'intensité des soins infirmiers offerts.

Il faudra à cet égard développer des instruments d'enregistrement médical et infirmier de façon à ce qu'ils soient disponibles en pratique pour arriver à une sorte de regroupement d'hôpitaux comparables sur le plan de la nature des soins et auxquels un règlement approprié serait appliqué en fonction du contenu des services prestés.

Aussi certaines mesures uniformes qui dans le passé ont dû être prises de façon linéaire, par manque d'information nuancée, deviendront superflues car on disposera des instruments de politique adéquats pour tenir compte de la diversité des hôpitaux lors de la prise des mesures.

6.3. De uiteengezette principes zouden alle geloofwaardigheid verliezen als het deficit van de openbare ziekenhuizen een verloop zou kennen zoals in het verleden. Daarom heb ik, in het kader van het overleg Staat-Gewesten-Gemeenten de verbintenis aangegaan snel rationaliseringsmaatregelen te treffen ten einde progressief dat deficit weg te werken.

Door de Regering werden terzake maatregelen genomen op 3 vlakken :

6.3.1. Op grond van het huidige artikel 13 van de ziekenhuiswet werd een koninklijk besluit uitgevaardigd waarin de criteria worden opgesomd waarmee zal rekening worden gehouden om te bepalen wat in aanmerking komt voor het vaststellen van het tekort waarvan de last over de gemeenten wordt gespreid (koninklijk besluit van 20 december 1982 tot vaststelling van de maatstaven voor het bepalen van de ziekenhuistekorten bedoeld in artikel 13, § 2, van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, *Belgisch Staatsblad* van 28 december 1982).

De bestaande regeling wordt verstrakt, met als gevolg dat de betrokken O. C. M. W.'s bepaalde tekorten voortaan zelf zullen moeten dragen, hetgeen een stimulans inhoudt om de oorzaak van deze tekorten weg te werken.

6.3.2. Hoofdstuk III van het wetsontwerp betreffende de fiscale en begrotingsbepalingen voorziet in een wijziging van artikel 13 van de ziekenhuiswet (Stuk n° 486/1).

De voorgestelde wijzigingen hebben een drievoudig doel :

- a) beperking van het soort lasten dat voor de berekening van het deficit in aanmerking komt;
- b) vermindering van het aantal gemeenten dat in het tekort moet bijdragen tot de gemeenten die tot de normale invloedssfeer van het betrokken O. C. M. W.-ziekenhuis behoren ;
- c) als gevolg van punt b) zouden de inspraakmogelijkheden van de betrokken gemeenten worden verhoogd.

6.3.3. Het bijzondere machtenbesluit n° 162 van 30 december 1982 tot wijziging van artikel 13 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen (*Belgisch Staatsblad* van 12 januari 1983) bepaalt dat aan de O. C. M. W.-ziekenhuizen die een tekort vertonen, een saneringsplan kan worden opgelegd om uiterlijk op 31 december 1988 de tekorten weg te werken.

Hiertoe zal het O. C. M. W. wettelijk in de mogelijkheid worden gesteld de passende maatregelen te treffen; bij ontstentenis ervan zullen van overheidswege maatregelen kunnen worden opgelegd.

6.3.4. Bovendien heb ik het voornemen het autonome beheer van het O. C. M. W.-ziekenhuis zo veel mogelijk te bevorderen : in een eerste fase zal ik hiertoe een koninklijk besluit uitwerken om, op basis van de bestaande wetgeving, de eigen beslissingsbevoegdheden van het bijzonder Comité voor ziekenhuisbeheer maximaal uit te breiden.

6.4. Bevordering van de kwaliteit van de geboden verzorging.

Wij hebben miljarden geïnvesteerd in de bouw en de uitrusting van moderne ziekenhuizen. Vandaag de dag kunnen wij zonder enig voorbehoud stellen dat onze ziekenhuisinfrastructuur een van de best uitgebouwde is in het Westen, maar is het ook de meest doeltreffende ?

Die gedurfde vraag mag op zijn minst worden gesteld. Het antwoord ligt niet zo maar voor de hand. In België kunnen wij die vraag niet beantwoorden bij gebrek aan gegevens. Die informatie zou werkelijk de kwaliteit van de geboden verzorging kunnen verbeteren, als zij wordt gebruikt voor een interne evaluatie van de verzorging.

6.3. Les principes que je viens d'énoncer perdraient toute crédibilité si les déficits des hôpitaux évoluent comme par le passé. Aussi dans le cadre de la concertation Etat-Régions-Communes, je me suis engagé à prendre rapidement des mesures de rationalisation afin d'éliminer progressivement ces déficits.

Le Gouvernement a pris des mesures en la matière sur 3 plans :

6.3.1. Un arrêté royal a été pris en application de l'actuel article 13 de la loi sur les hôpitaux; il spécifie les critères dont il faudra tenir compte pour déterminer ce qui sera retenu pour la fixation du déficit, dont la charge est répartie sur les communes (arrêté royal du 20 décembre 1982, déterminant les critères pour la fixation des déficits des hôpitaux visés à l'article 13, § 2 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, *Moniteur belge* du 28 décembre 1982).

La réglementation actuelle est renforcée et a pour conséquence que les C. P. A. S. concernés devront désormais supporter eux-même certains déficits, ce qui est de nature à les stimuler à éliminer la cause de ce déficit.

6.3.2. Le chapitre III du projet de loi portant des dispositions fiscales et budgétaires prévoit la modification de l'article 13 de la loi sur les hôpitaux (Ch. des Repr., Doc. n° 486/1 du 23 décembre 1982).

Les modifications proposées ont un triple objectif :

- a) limitation du type de charges qui entre en considération pour le calcul du déficit;
- b) réduction du nombre de communes qui doivent contribuer au déficit de sorte que seules doivent intervenir, les communes qui appartiennent à la zone normale d'attraction de l'hôpital C. P. A. S. concerné;
- c) les possibilités de cogestion des communes concernées seraient accrues.

6.3.3. L'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 162 du 30 décembre 1982 modifiant l'article 13 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux (*Moniteur belge* du 12 janvier 1983) prévoit qu'il sera possible d'imposer aux hôpitaux C. P. A. S. déficitaires un plan d'assainissement afin d'éliminer les déficits au plus tard le 31 décembre 1988.

Pour ce faire, le C. P. A. S. obtiendra par la loi les possibilités de prendre des mesures appropriées : à défaut de telles mesures, elles pourront être imposées d'autorité.

6.3.4. En outre, j'ai l'intention de favoriser le plus possible la gestion autonome de l'hôpital C. P. A. S.; dans un premier temps, j'élaborerai sur base de la législation existante, un arrêté royal pour élargir de façon maximale les compétences propres de décision du Comité spécial de gestion de l'hôpital.

6.4. La promotion de la qualité des soins.

Nous avons investi des milliards de francs dans la construction et l'équipement d'hôpitaux modernes. Aujourd'hui nous pouvons affirmer sans aucun doute que notre infrastructure hospitalière est une des plus développées dans le monde occidental, mais est-elle des plus efficaces ?

Cette question audacieuse mérite d'être au moins posée. La réponse ne serait pas des plus évidentes. Nous ne pourrions pas répondre à cette question en Belgique tout simplement par manque de données. Or, cette information pourrait réellement améliorer la qualité des soins si elle sert à une évaluation interne des soins.

Daarom zullen sommige werkwijzen, zoals medical audit, in de toekomst worden aangemoedigd door integratie ervan in de taken en de functie die zullen deel uitmaken van het statuut van de ziekenhuisarts.

Sedert 1970 hebben vele besprekingen plaatsgehad en zijn er ontwerpen van statuut van de ziekenhuisarts uitgewerkt, zonder echter tot een definitief resultaat te leiden. Bij de uitwerking van het concept van het geïntegreerde ziekenhuis is de regeling van het statuut van de ziekenhuisarts en van de interne organisatie een onontbeerlijke component.

De wettelijke regeling van het statuut van ziekenhuisarts vormt bovendien voor de patiënten een bijkomende waarborg voor een kwalitatief hoogstaande verzorging, waarbij rekening wordt gehouden met sociale elementen zoals verzekering van een permanente verzorging, financiële draagkracht van de patiënt en samengaan met de extra-murale verzorging. Het is paradoxaal dat er een aantal bijzonder strikte architecturale normen bestaan voor het erkennen van een ziekenhuis, maar dat er geen enkel normatief voorschrift bestaat over de evaluatie en de organisatie van de medische activiteit. Dat belangrijke dossier zal onverwijld moeten worden aangepakt.

7. De ziekenhuizen hebben in het geheel van ons gezondheidssysteem een essentiële, onvervangbare rol te spelen.

De toekomst zal echter niet langer gericht zijn op verdere expansie, maar op het behoud en de verbetering van de kwaliteit van de behandeling en de verpleging. Ik heb aangeduid op welke punten onze ziekenhuizen nog beter op de reële behoeften van de bevolking kunnen inspelen.

De nieuwe functie van het ziekenhuis in het geheel van de gezondheidsvoorzieningen zal slechts kunnen gerealiseerd worden indien dat gepaard gaat met een versteviging van de eerstelijnsgezondheidszorg. Hierop zal ik nu verder ingaan.

II. Vernieuwd beleid inzake eerstelijnsgezondheidszorg

1. Eerstelijnszorg : essentiële component van de gezondheidszorg.

De eerstelijnszorg kent de laatste jaren een bijzondere belangstelling, zowel op internationaal als op nationaal vlak.

De Wereldgezondheidsorganisatie ziet de eerstelijnszorg als het eerste niveau en onmisbaar onderdeel van de gezondheidszorg van een land. De belangrijkste kenmerken ervan zijn : behoeftegerichtheid, gemeenschapsparticipatie, doeltreffendheid, integratie.

Ook in eigen land gaat de jongste jaren veel aandacht naar de eerstelijnsgezondheidszorg.

De versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg is noodzakelijk zowel om de totstandkoming van een meer evenwichtige gezondheidszorg te stimuleren als om doeltreffender op nieuwe behoeften in te spelen.

Hiertoe is een wijziging van het beleid nodig; de expansie van de intra-murale zorg moet worden afgeremd; prioritaire aandacht moet gaan naar de uitbouw van de thuisverzorging.

Die ommekeer in het beleid werd reeds in 1978 bij wet ingezet; toen werd in de wet het principe opgenomen dat aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning en een tegemoetkoming van de ziekteverzekering kan worden toegekend « voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen ».

Niet om principiële, maar om praktische en budgettaire redenen heeft de Regering beslist die wetsbepaling in verschillende stadia uit te voeren.

C'est pourquoi certaines procédures de travail, telles que l'audit médical, seront encouragées à l'avenir en l'intégrant dans les tâches et les fonctions qui seront prévues dans le statut du médecin hospitalier.

Depuis 1970, les discussions et les projets relatifs aux statuts du médecin hospitalier se sont multipliées sans jamais aboutir. Cependant, la mise au point du statut du médecin hospitalier et de l'organisation interne constitue un élément essentiel pour la réalisation du concept de l'hôpital intégré.

Le règlement par voie légale du statut du médecin hospitalier constitue en outre pour les patients une garantie supplémentaire de soins de qualité tout en tenant compte d'impératifs sociaux tels que l'assurance de la permanence des soins, l'accès financier et l'intégration avec les soins extra-muros. Il est en effet paradoxal qu'il existe des normes architecturales extrêmement strictes pour qu'un hôpital soit agréé, mais qu'aucune disposition normative ne réglemente l'évaluation et l'organisation de l'activité médicale. Ce dossier important sera repris rapidement.

7. Les hôpitaux ont dans l'ensemble de notre système de santé une fonction essentielle et irremplaçable.

L'avenir ne sera toutefois plus orienté vers la poursuite de l'expansion, mais plutôt vers le maintien et l'amélioration de la qualité du traitement et des soins. J'ai indiqué les points où nos hôpitaux pourraient encore mieux être axés sur les besoins réels de la population.

La nouvelle fonction de l'hôpital dans l'ensemble des structures de soins ne pourra être réalisée que si elle s'accompagne d'un renforcement des soins de santé primaires. Je tiens à donner quelques informations complémentaires sur cet aspect.

II. Nouvelle politique en matière de soins de santé primaires

1. Les soins de santé primaires : composante essentielle du système de santé

La problématique des soins de santé primaires a connu un engouement particulier ces dernières années, tant au niveau national qu'international.

L'Organisation mondiale de la santé voit les soins de santé primaires comme le premier niveau et l'élément indispensable de tout système sanitaire d'un pays. Les caractéristiques essentielles en sont : organisation en fonction des besoins, participation de la communauté, efficacité et intégration.

Aussi dans notre pays on voit les dernières années un intérêt accru pour le problème des soins de santé primaires.

Le renforcement du système des soins primaires me paraît nécessaire tant pour réaliser un meilleur équilibre dans l'infrastructure sanitaire que pour rencontrer les besoins nouveaux d'une manière plus efficace.

Pour cela il faut un changement de politique; l'expansion du secteur intra-muros doit être freinée; il faut une action prioritaire pour développer les soins à domicile.

Le déclic de ce revirement de la politique a déjà été donné par une loi en 1978 : on inscrit alors dans la loi le principe qu'une agrégation spéciale et une intervention de l'assurance maladie peuvent être accordées à des maisons de repos pour personnes âgées et à des services intégrés de soins à domicile « pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter ».

Non pour des raisons de principe mais pour des raisons pratiques et budgétaires, le Gouvernement a décidé de mettre ces dispositions légales à exécution par phases.

In een te stadium heeft de Regering geopteerd voor de uitvoering van deze wet in de intra-murale sector.

De uitvoering van artikel 5-209 in de sector van de thuisverzorging zal weldra volgen, zodra de mechanismen zullen klaar zijn om deze operatie in budgettair veilige voorwaarden door te voeren. Tevens zal vooraf overeenstemming moeten worden bereikt omtrent het begrip « geïntegreerde dienst voor thuisverzorging » en de erkenningsvoorwaarden ervan.

Gelet op de grote diversiteit aan historisch gegroeide voorzieningen in ons land op het vlak van thuisverzorging, en rekening houdend met de groeiende bewustwording van de betrokken dienstverlenende groepen met betrekking tot de eisen van een integrale dienstverlening die tot uiting komt in allerlei initiatieven van samenwerking, acht ik het persoonlijk niet aangewezen dat van overheidswege al te strak zou worden opgetreden door het opleggen van totaal nieuwe structuren of van strakke uniformiserende eisen aan de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging. De meeste componenten die noodzakelijk zijn om tot goede thuisverzorging te komen zijn in ons land in ruime mate voorhanden. Weliswaar zijn ze niet altijd voldoende op mekaar afgestemd om de gewenste integratie in de totaalbenadering van de patiënt en zijn familie te bereiken.

Uit de praktijk is gebleken dat met een minimum aan nieuwe structuren de nodige samenwerkingsverbanden kunnen worden tot stand gebracht tussen de huisartsfunctie en de andere functies van thuisverzorging, waarbij de functie van de thuisverpleging primordiaal is, samen met de gezins-hulp en de maatschappelijk-werkfunctie.

Het samenbrengen van een ruim dienstverleningsaanbod via een centrum van diensten lijkt mij een veelbelovende formule voor een adekwate en integrale dienstverlening thuis.

Met die formule kan naargelang van de concrete behoeften van de patiënt, te allen tijde degelijk en gekwalificeerd personeel ingezet worden dat voor de continuïteit in de verzorging kan instaan.

Naast het beschreven model lijken mij nog vele andere modellen denkbaar, zoals de multi-disciplinaire gezondheidszorg-teams die in wijkverband werken.

2. Centrale rol van de huisarts

2.1. Functie-omschrijving

Ik ben ervan overtuigd dat, wat ook de gekozen organisatievorm zij, aan de huisartsfunctie een centrale rol zal moeten worden toebedeeld. Ik meen dat vanuit het beleid kan worden ingestemd met de opvatting dat de huisarts in principe zowel instaat voor de basisopvang inzake gezondheidszorg, als voor de verwijzing naar andere niveaus van medische verzorging, tegelijk vormt de huisartsfunctie het integrerend element in de medische begeleiding van de patiënt, op een continue wijze, in alle levensjaren, in alle levensomstandigheden.

2.2. Opleiding in het licht van de functie-omschrijving

2.2.1. De geschetste functie-omschrijving van de huisarts heeft vanzelfsprekend repercussies op de opleiding en de vorming van de huisartsen, die beter in overeenstemming moet worden gebracht met hun nieuwe opdracht.

Deze aanpassing voltrekt zich in ons land op een dubbel vlak, enerzijds in universitair verband anderzijds via aan-

Dans une première phase le Gouvernement a opté pour l'exécution de la loi dans le secteur intra-muros.

L'exécution de l'article 5-209 dans le secteur des soins à domicile suivra prochainement, dès que les mécanismes seront mis au point pour réaliser l'opération dans des conditions budgétaires sûres. Il faudra préalablement parvenir également à une entente sur la notion « service intégré de soins à domicile » et sur les conditions de son agréation.

Etant donné la grande diversité des infrastructures de soins à domicile, dont la croissance a des origines historiques, et devant la prise de conscience grandissante des différents groupes concernés face aux exigences d'une dispensation intégrale des soins qui s'exprime dans diverses initiatives de collaboration, j'estime personnellement qu'il est contre-indiqué que les autorités interviennent avec une trop grande fermeté, en imposant des structures entièrement nouvelles ou des conditions strictes d'uniformisation aux services intégrés de soins à domicile. La plupart des composantes nécessaires à des soins à domicile de qualité sont légion dans notre pays. Peut-être ne s'accordent-elles pas toujours suffisamment entre elles pour parvenir à l'intégration souhaitée dans l'approche totale du patient et de sa famille.

L'expérience a montré qu'avec un minimum de structures nouvelles, il est possible de créer les rapports de collaboration nécessaires entre la fonction de généraliste et les autres fonctions de soins à domicile, où la fonction des soins infirmiers à domicile soit primordiale, avec le concours de l'aide familiale et de l'assistance sociale.

La concentration dans un centre d'une vaste offre de service me paraît prometteuse pour une prestation adéquate et intégrale de services à domicile.

La formule permet de mettre en œuvre en tout temps et en fonction des besoins concrets du patient un personnel compétent et qualifié capable d'assurer la continuité des soins.

Outre le modèle décrit, les nombreux autres schémas me semblent réalisables, comme par exemple les équipes sanitaires multidisciplinaires de quartier.

2. Rôle central du généraliste

2.1. Description de la fonction

Je suis convaincu que, quelque soit la forme d'organisation choisie, la fonction de médecin de famille aura un rôle central. Je crois en effet que le pouvoir politique peut se rallier à la conception selon laquelle le médecin généraliste assure en principe les soins de santé de base et qu'il constitue le passage vers d'autres niveaux de soins; la fonction de médecin généraliste constitue en même temps un élément intégrant de l'encadrement médical du patient, d'une façon continue, pendant toute la vie en toutes circonstances.

2.2 Formation spécifique du médecin de famille

2.2.1. Cette définition de la fonction du médecin généraliste a évidemment des conséquences sur la formation, qui devra être plus appropriée aux tâches nouvelles.

Cette adaptation s'opère dans notre pays à deux niveaux, d'une part dans le cadre d'une réforme des études à l'uni-

vullen opleiding en bijscholing die mede haar stimulansen heeft gevonden in maatregelen die vanuit de ziekteverzekering werden gegeven.

De jongste jaren werden aan alle Belgische faculteiten voor geneeskunde in min of meer doorgedreven vorm aanpassingen aan het curriculum doorgevoerd met het oog op de specifieke opleiding tot huisarts.

Tegelijk wordt, op grond van de toepassing van een Z. I. V.-regeling m.b.t. verhoogd honorarium voor bezoek en raadpleging, na het behalen van een basisdiploma een aanvullende opleiding georganiseerd die aanleiding geeft tot een bijzondere erkenning door de Minister van Volksgezondheid.

2.2.2. Bij ministerieel besluit van 15 december 1982 werden nieuwe criteria uitgevaardigd.

Het besluit vindt zijn vertrekpunt in een advies van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen. Het voorstel van de Hoge Raad werd op heel wat punten geamendeerd. Daarbij werd vooral rekening gehouden met de ervaring opgedaan door de universitaire centra voor huisartsgeneeskunde, alsook met het ruime overleg dat met de verschillende betrokken partijen (huisartsen, universiteiten, studenten) heeft plaatsgehad.

Eveneens op 15 december werd een ministerieel besluit uitgevaardigd tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van stagemeester in de huisartsgeneeskunde.

De nieuwe besluiten willen een bijdrage leveren tot de revalorisatie en de specificiteit van de huisarts.

Ten einde misverstanden te vermijden kan het nuttig zijn de aandacht op volgende elementen te vestigen :

a) de voorgestelde regeling geldt enkel voor de specifieke Z. I. V.-bepalingen m.b.t. het verhoogd honorarium voor bezoek en raadpleging.

b) De geneesheren die de bijkomende opleiding niet wensen te volgen, kunnen zich vrij vestigen en de geneeskunde uitoefenen.

c) De studenten die de aanvullende vorming wel wensen te volgen kunnen zich eveneens als zelfstandig geneesheer vestigen en vanuit hun eigen praktijk begeleid worden door een ervaren huisarts-stagemeester.

d) Al wie de aanvullende opleiding wenst te volgen moet hiertoe ook werkelijk de kans krijgen.

e) Het theoretische gedeelte van de aanvullende vorming moet in principe tijdens de 7 jaar van het normale curriculum gevolgd worden en moet georganiseerd worden door de universiteiten zelf.

De essentie van de aanvullende opleiding die via de Hoge Raad en de Minister van Volksgezondheid wordt georganiseerd, ligt in de praktijk-gerichte beroepsopleiding via beroepsuitoefening onder eigen verantwoordelijkheid en onder begeleiding van ervaren artsen.

Ik ben ervan overtuigd dat door die specifieke aanvullende vorming één van de basisvoorwaarden wordt verwezenlijkt om de huisarts zijn centrale rol in de gezondheidszorg te laten vervullen.

versité, d'autre part par une formation complémentaire en exécution de la législation de l'assurance-maladie.

Il est vrai que toutes les facultés belges de médecine ont adapté le cursus d'une manière plus ou moins prononcée en vue d'une formation spécifique de généraliste.

En même temps, en fonction de l'application d'un règlement de l'A. M. I. concernant une majoration des honoraires pour les visites et les consultations, une formation complémentaire est organisée après l'obtention d'un diplôme de base; ladite formation est suivie d'un agrément spécial par le Ministre de la Santé publique.

2.2.2. De nouveaux critères ont été promulgués par arrêté ministériel du 15 décembre 1982.

L'arrêté a été élaboré sur la base d'un avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes. La proposition du Conseil supérieur a toutefois été amendée sur bien des points en tenant compte surtout de l'expérience acquise par les centres universitaires de médecine généraliste et aussi de la large concertation qui a eu lieu avec les différentes parties intéressées (médecins généralistes, universités, étudiants en médecine).

Un autre arrêté du 15 décembre 1982 détermine les critères d'agrément des maîtres de stage en médecine générale.

Les nouveaux arrêtés veulent contribuer à la revalorisation et à la spécificité du médecin généraliste.

Afin d'éviter les malentendus, il paraît utile de souligner les éléments suivants :

a) Le règlement proposé se situe uniquement en fonction des dispositions spécifiques de la réglementation A. M. I. sur les honoraires majorés pour visite de consultation.

b) Les médecins qui ne souhaitent pas suivre la formation complémentaire peuvent s'établir et exercer librement la médecine.

c) Les étudiants qui souhaitent suivre la formation complémentaire pourront s'établir comme médecins indépendants et leur pratique sera encadrée par un maître de stage expérimenté en médecine générale.

d) Tous ceux qui souhaitent suivre la formation complémentaire doivent en avoir réellement la possibilité.

e) La partie théorique de la formation complémentaire doit en principe être suivie au cours des 7 années du cursus normal. Elle doit être organisée par les universités elles-mêmes.

L'essence de la formation complémentaire telle qu'elle est organisée par le Conseil supérieur et le Ministre de la Santé publique peut se définir en termes de formation professionnelle axée sur la pratique sous forme d'exercice de la profession en responsabilité propre et avec un encadrement par des médecins expérimentés.

Je suis convaincu que cette formation complémentaire spécifique constitue l'une des conditions de base permettant au généraliste de remplir son rôle central dans le contexte des soins de santé.

2.3. Continue en integrale zorg. Dringende hulpverlening.

Mijns inziens staat of valt de herwaardering van de huisartsenfunctie met de waarborg die de bevolking gegeven wordt m.b.t. de continuïteit van zorgverlening en de opvang van de dringende oproepen.

Indien de individuele arts die waarborg niet (meer) kan geven, dan moet de georganiseerde huisartsengroep dat toch kunnen. Bij acuut optredend onheil moet de bevolking snel over medische hulp kunnen beschikken.

Voor een doeltreffende zorgenverlening lijkt het mij onontbeerlijk dat een dringende oproep aan huis wordt opgevangen door een huisarts. Hij is de meest aangewezen persoon om uit te maken welke zorgen de patiënt behoeft: thuisverzorging of ziekenhuisopname.

Het is mijn vaste overtuiging dat het onhoudbaar en onverantwoord is dat een permanente verzorging in de eerste lijn niet meer effectief wordt verzekerd en al te dikwijls onnodig wordt afgeschoven naar het ziekenhuis. Inzake dringende medische hulp ten huize moet naar oplossingen worden gezocht die als resultaat qua permanente bereikbaarheid en snel optreden vergelijkbaar zijn met de resultaten van het eenvormige oproepsysteem voor ongevallen op de openbare weg.

Ik verwacht dat de bijzondere werkgroep die ik daartoe heb opgericht, weldra tot concrete voorstellen zal komen om de bereikbaarheid van de huisarts te verhogen en tot een meer doeltreffende opvang van de urgentiegevallen te komen.

2.4. Relatie tot de geneesheer-specialist.

Een bijzonder gewichtig punt in de huisartsenproblematiek is de uitbouw van hun relatie met de specialist.

Daarbij is het onontbeerlijk dat de verhouding huisarts-specialist door de geneesheren zelf ter hand genomen wordt opdat het probleem samenwerking en taakverdeling eindelijk de vereiste gezonde en collegiale oplossing krijgt.

In elk geval wil ik stellen dat de uiteenlopende ontwikkeling van specialistische geneeskunde en huisartsgeneeskunde niet tot de bestanding van twee parallel georganiseerde vormen van geneeskunde zou mogen leiden. M.i. moet men blijven vasthouden aan de opvatting dat er slechts één geneeskunde mag zijn en dat zeker geen concurrentiële opstelling mag ontstaan.

Ik ben er mij van bewust dat de bestaande gelijke toegankelijkheid van specialist en huisarts in bepaalde gevallen moeilijk verenigbaar is met de verwijzings- en integratiefunctie die men aan de huisarts wil toevertrouwd zien. Terzake moet zeker naar oplossingen gezocht worden. Vanuit het beleid zou ook kunnen onderzocht worden hoe via wijziging aan de bestaande Z. I. V.-regeling stimulansen tot verwijzing via de huisarts kunnen worden gegeven.

De tijd lijkt nog niet rijp om tot verplichte inschrijving of tot verplichte verwijzing te komen; dit lijkt mij ook niet voor alle gevallen noodzakelijk of opportuun.

2.5. Sensibilisering van de bevolking.

Het komt me voor dat de vernieuwde visie op de opdracht van de huisarts aan de bevolking moet worden bijgebracht; ik ben bereid van overheidswege bij te dragen tot

2.3. Soins continus et intégraux. Aide médicale urgente.

A mon avis la revalorisation de la fonction de généraliste va de pair avec la garantie donnée à la population d'assurer la continuité des soins et l'hospitalisation en cas d'urgence.

Si cette garantie ne peut (plus) être donnée par le médecin individuellement, elle doit cependant être assurée par le médecin organisé en équipe. La population doit pouvoir bénéficier rapidement de l'aide médicale nécessaire en cas de calamité.

Pour que les soins soient dispensés avec efficacité il me paraît indispensable que le médecin de famille intervienne pour traiter les cas d'urgence à domicile; il est la personne la plus indiquée pour déterminer les soins, dont le patient a besoin: soins à domicile ou hospitalisation.

Ma profonde conviction est qu'il est intenable et injustifié que la permanence des soins de santé primaires ne soit plus assurée de manière effective et soit trop souvent et inutilement reportée sur l'hôpital. En ce qui concerne l'aide médicale urgente à domicile, des solutions doivent être recherchées, dont les résultats sur le plan de l'accessibilité permanente et l'intervention rapide soient comparables à ceux atteints par le système d'appel unifié pour les accidents sur la voie publique.

J'escompte que le groupe de travail spécial que j'ai institué à cet effet arrivera bientôt à des propositions concrètes permettant d'améliorer les moyens pour atteindre le médecin de famille c'est-à-dire généraliste, ainsi que l'efficacité de la prise en charge des urgences.

2.4. Relation avec le médecin-spécialiste.

Un autre facteur de poids dans la problématique des médecins généralistes est le développement de la relation avec le spécialiste.

A cet égard, il est indispensable que les médecins eux-mêmes s'y mettent afin que les problèmes portant sur la collaboration et la répartition des tâches reçoivent enfin la solution saine et collégiale qu'ils requièrent.

De toute façon, je souhaite préciser que le développement divergent de la médecine spécialisée et de la médecine générale ne peut conduire à la création de deux formes de médecines organisées de façon parallèle. A mon avis, il faut continuer à défendre la conception d'une seule médecine qui ne soit pas en concurrence avec l'autre.

Je suis conscient que la possibilité actuelle d'accès immédiat au spécialiste est dans certains cas difficilement conciliable avec la fonction d'orientateur et d'intégration qu'on veut voir confier au généraliste. Il y a certainement lieu de rechercher des solutions en la matière. On pourrait également étudier la possibilité de stimuler la fonction d'orientation du généraliste en modifiant l'actuelle réglementation de l'A. M. I.

Le moment ne me semble pas encore favorable à une inscription ou une orientation obligatoires; cela ne me semble d'ailleurs ni nécessaire ni opportuun pour tous les cas.

2.5. Sensibilisation de la population.

J'ai le sentiment qu'une vue renouvelée de la mission du généraliste doit être inculquée à la population. Je suis disposé à contribuer à une campagne d'information et de sen-

een informatie- en sensibiliseringscampagne die de bevolking beter moet bewust maken van de functie van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg, nl. de huisarts als deskundig vertrouwensfiguur voor de medische begeleiding van de patiënt.

De bevolking moet opnieuw inzicht krijgen in de sleutel-functie van de huisarts; zij moet het belang van zijn rol kennen voor de individu- en familiegerichte gezondheids-opvoeding en preventie.

Indien de bevolking niet overtuigd is van de essentiële opdracht van de huisarts en er dan ook naar handelt, zullen vele voorstellen tot rationalisering en ordening mislukken. Ik ben bereid met de belanghebbenden te onderzoeken hoe aan deze sensibiliseringscampagne een concrete vorm kan gegeven worden.

Een adequaat beroep van de bevolking op de huisarts-functie moet tot belangrijke verbeteringen in onze medische zorgverlening leiden; hiermede zal mijn inziens ongetwijfeld een meer rationele benutting van de gelden van de ziekte- en invaliditeitsverzekering gepaard gaan.

Die sensibiliseringscampagne zal evenwel slechts nut opleveren indien de nieuwe huisartsfunctie werkelijk optimaal georganiseerd wordt, vooral inzake de bestendige bereikbaarheid en de opvang van dringende oproepen.

3. Het domein van de eerstelijnsgezondheidszorg is in ons land in volle beweging. De overheid moet ten aanzien van de nieuwe evolutie stelling nemen. In de eerste plaats zal moeten gestreefd worden naar een betere onderlinge samenhang van de reeds bestaande voorzieningen.

Alhoewel de eerstelijnsgezondheidszorg vanzelfsprekend niet volgens de afbouw van ziekenhuizen mag worden geconcipieerd — de thuiszorg vormt immers een eigen structuur met autonome kenmerken — toch zal de ontwikkeling ervan een belangrijke nieuwe impuls krijgen door de uitvoering van artikel 5-209.

Voor een correct begrip wil ik nog onderstrepen dat de thuisverzorging ingevolge de bijzondere wet op de hervorming der instellingen een persoonsgebonden aangelegenheid is, waarvan bepaalde aspecten tot het gezondheidsbeleid behoren en andere aspecten tot de bijstand aan personen. Dit betekent dat bij het uitwerken van het beleid ten aanzien van de thuisverzorging moet rekening gehouden worden met de bevoegdheidsverdeling die terzake tussen Staat en Gemeenschappen werd tot stand gebracht. Wat het aspect zorgverstrekking betreft is het zo dat geen integrale overdracht van bevoegdheden van het nationale niveau naar het gemeenschapsniveau werd doorgevoerd.

Aldus werden door de bijzondere wet uitdrukkelijk aan het nationaal niveau toebedeeld: de organieke wetgeving, de financiering van de exploitatie, de basisregelen betreffende de programmatie, de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, de erkenningsnormen die een weerslag hebben op de financiering van de exploitatie.

De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding alsmede de activiteiten en diensten op het vlak van preventieve gezondheidszorg zijn daarentegen haast volledig aan de bevoegdheid van de gemeenschappen overgedragen. De ziekte- en invaliditeitsverzekering is dan weer, wegens de binding met de sociale zekerheid, volledig nationale bevoegdheid.

Gelet op die bevoegdheidsverdeling zal de volledige uitvoering van artikel 5-209 slechts kunnen totstandkomen door maatregelen die enerzijds op het nationale vlak en anderzijds op gemeenschapsniveau moeten worden getroffen.

sibilisation qui doit rendre la population plus consciente de la fonction du généraliste dans l'ensemble des soins de santé.

Le public doit réapprendre à connaître la fonction-clé du généraliste; il doit connaître l'importance de cette fonction pour l'éducation et la prévention sanitaire de l'individu et de la famille.

Si la population n'est pas convaincue de la mission essentielle du généraliste et agit comme telle en réalité, la réalisation de nombreuses propositions de rationalisation et d'organisation sera vouée à l'échec. Je suis disposé à rechercher avec les premiers intéressés comment donner forme concrète à cette campagne de sensibilisation.

Un appel approprié de la population à la fonction de généraliste doit être à l'origine d'importantes améliorations de notre aide médicale qui, selon moi, s'alliera indubitablement à un usage plus rationnel des deniers de l'assurance maladie-invalidité.

La campagne de sensibilisation ne pourra toutefois se révéler véritablement utile sans une organisation optimale de la nouvelle fonction du généraliste, surtout en ce qui concerne la disponibilité permanente et la prise en charge des appels urgents.

3. Le domaine des soins de santé primaires est en pleine évolution dans notre pays. Les autorités doivent prendre position sur cette nouvelle évolution. En premier lieu il faudra arriver à une plus grande cohérence des activités des différents services existants.

Bien que les soins de santé primaires ne puissent être conçus en fonction de la suppression d'hôpitaux — les soins à domicile ont en effet une structure propre et un caractère autonome — leur développement recevra une nouvelle impulsion par l'exécution de l'article 5-209.

Pour une bonne compréhension je tiens à faire remarquer ici que les soins à domicile, en vertu de la loi spéciale de réformes institutionnelles, sont une matière personnalisable dont certains aspects appartiennent à la politique de santé et d'autres à l'aide aux personnes. En d'autres termes, lors de l'élaboration de la politique en matière de soins à domicile il faudra tenir compte de la répartition des compétences en la matière entre Etat et Communautés. Quant à l'aspect dispensation de soins, le transfert de compétence du niveau national au niveau communautaire n'a pas été intégral.

Aussi la loi spéciale a explicitement réservé au niveau national: la loi organique, le financement de l'exploitation, les règles de base concernant la programmation, celles relatives au financement de l'infrastructure, les normes d'agrégation qui ont une répercussion sur le financement de l'exploitation.

L'information et l'éducation sanitaires ainsi que les activités et services dans le domaine des soins préventifs sont par contre presque intégralement transférés à la compétence des communautés. L'assurance maladie-invalidité est, en raison des liens qui l'unissent à la sécurité sociale, de la compétence du pouvoir national.

En raison de cette répartition des compétences l'exécution complète de l'article 5-209 ne pourra être réalisée que par des mesures à prendre à la fois au niveau national et au niveau communautaire.

Teneinde een zo ruim mogelijke coherentie te bereiken tussen het principiële concept van de geïntegreerde thuisverzorging en de praktische verwezenlijking ervan ben ik bereid terzake overleg te plegen met de gemeenschapsexecutieven; ik hoop dat, zoals dat reeds gebeurd is door het protocol met betrekking tot de beheersing van de ziekenhuisbedden, ook in dat verband een principiële en praktische overeenstemming zal kunnen bereikt worden.

Tweede deel. — Begrotingsgegevens

De kredieten aangevraagd voor 1983 zijn verdeeld voor lopende uitgaven en kapitaaluitgaven.

A. Lopende uitgaven

De kredieten betreffende de lopende uitgaven van het departement voor 1983 belopen 34 667,2 miljoen F.

Het goedgekeurde krediet van 1982 bedraagt 30 011,8 miljoen F en het aangepaste krediet van 1982 bedraagt 30 318,1 miljoen F.

Vergeleken met de goedgekeurde begroting 1982 bedraagt de vermeerdering 15,51 %, of 14,34 % vergeleken met de aangepaste begroting 1982.

Op de begroting voor 1982 beschikt het departement ingevolge verschillende overschrijvingen ten belope van 1 981,2 miljoen F op artikel 60.09 (Fonds van de Ziekenhuizen) en door overschrijving van 525 miljoen F door de Nationale Loterij op artikel 66.24 (Fonds voor de financiering der uitgaven van de bicommunautaire sector), in feite over 2 506,2 miljoen F krediet meer, wat een werkelijk totaal van 32 518,0 miljoen F voor 1982 geeft, of van 32 824,3 miljoen F voor de aangepaste begroting 1982. Bovendien werd in 1983 een bedrag van 968,4 miljoen F overgeheveld naar de Gewesten en Gemeenschappen. Zonder dat zou het krediet 1983 tot 35 635,6 miljoen F gestegen zijn.

Bij onderlinge vergelijking van die bedragen, belooft de vermeerdering voor 1983 vergeleken met het goedgekeurde krediet 1982 slechts 9,59 %, of vergeleken met het aangepaste krediet 1982 slechts 8,56 %.

Het begrotingsontwerp 1983 werd opgesteld op basis van de spilindex 174,36 (coëfficiënt 2,4866), terwijl de begroting van 1982 werd opgemaakt op basis van spilindex 154,82 (coëfficiënt 2,2080). De stijging van de index tussen beide ramingen bedraagt 12,62 %.

Voor 1982 bedroeg het aandeel van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin in de totale lopende Rijksuitgaven 2,28 %. Voor 1983 is dit percentage 2,27 % (totaal van de lopende Rijksuitgaven: 1 523 978,9 miljoen F).

In de tabel hieronder worden de voornaamste uitgaven van Titel I samengevat. Ze vertegenwoordigen 90,82 % van de totale begroting (Titel I).

En vue de parvenir à une cohésion optimale du concept de principe des soins à domicile intégrés et leur réalisation pratique, je suis disposé à me concerter avec les Exécutifs communautaires, j'espère pouvoir parvenir à un accord de principe, pratique, comme ce fut le cas par le protocole sur la maîtrise du nombre de lits d'hôpitaux.

Deuxième partie. — Données budgétaires

Les crédits demandés pour 1983 sont répartis en dépenses courantes et en dépenses de capital.

A. Dépenses courantes

Les crédits se rapportant aux dépenses courantes du département pour 1983 s'élèvent à 34 667,2 millions de F.

Le crédit voté pour 1982 est de 30 011,8 millions de F et le crédit ajusté en 1982 s'élève à 30 318,1 millions de F.

Par rapport au budget initial 1982, l'augmentation est de 15,51 % ou de 14,34 % par rapport au budget adapté 1982.

Au budget pour 1982 le département dispose par des affectations diverses à concurrence de 1 981,2 millions de F en faveur de l'article 60.09 (Fonds des Hôpitaux) ainsi que par affectation de 525 millions de F par la Loterie Nationale en faveur de l'article 66.24 (Fonds pour le financement des dépenses du secteur bicommunautaire), en fait de 2 506,2 millions de F de crédit en plus, ce qui résulte en un total réel de 32 518,0 millions de F pour 1982, ou de 32 824,3 millions de F pour 1982 ajusté. D'autre part, un montant de 968,4 millions de F a été transféré aux Régions et Communautés en 1983. Sans ce transfert, le crédit 1983 se serait élevé à 35 635,6 millions de F.

Par comparaison entre ces deux montants l'augmentation pour 1983 n'est que de 9,59 % par rapport au crédit 1982 voté ou de 8,56 % par rapport au crédit 1982 ajusté.

Le projet de budget 1983 a été établi sur base d'un indice-pivot de 174,36 (coefficient 2,4866), alors que le budget de 1982 avait été établi sur base de l'indice-pivot 154,82 (coefficient 2,2080). L'augmentation de l'index entre les deux évaluations s'élève à 12,62 %.

Pour 1982, la part du département de la Santé publique et de la Famille, dans les dépenses courantes globales de l'Etat s'élève à 2,28 %. En 1983 ce pourcentage est de 2,27 % (total des dépenses courantes de l'Etat: 1 523 978,9 millions de F).

Les principales dépenses du Titre I sont résumées au tableau ci-après. Elles représentent 90,82 % du budget total (Titre I).

Voornaamste uitgaven van Titel I

(in miljoenen F)

Principales dépenses du Titre I

(en millions de F)

(1)	1983 — 1983 (2)	1982 (aangepast) — 1982 (ajusté) (3)	Vershil in % — Différence en % (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)	17 319,6	13 793,8	} + 26,28 (1)
2. Schadeloosstelling bij het sluiten of niet in gebruik nemen van ziekenhuizen of voor niet-uitvoering van bouwprojecten (Sectie 31, art. 33.39). — Indemnité de dédommagement pour fermeture ou non exploitation d'hôpitaux ou pour la renonciation aux projets de construction (Section 31, art. 33.39)	99,0	—	
3. Tegemoetkoming in de verpleegdagprijs van de universitaire ziekenhuizen en medische promotie (Sectie 34, art. 33.51). — Intervention dans le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux universitaires et promotion médicale (Section 34, art. 33.51)	1 363,6	1 351,8	+ 0,87
4. 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 C.P.A.S. (Section 31, art. 43.24)	166,4	213,3	— 21,99
Totaal. — Total	18 948,6	15 358,9	+ 23,37
B. Sociale bijstand. — Aide sociale :			
1. Recht op bestaansminimum (Sectie 31, art. 33.16). — Droit au minimum socio-vital (Section 31, art. 33.16)	1 077,0	1 044,7	+ 3,09
2. Hulp aan behoeftigen en vluchtelingen (Sectie 31, art. 33.23 en 33.25). — Secours aux indigents et réfugiés (Section 31, art. 33.23 et 33.25)	379,0	311,0	+ 21,86
3. Nationaal werk voor Kinderwelzijn (Sectie 31, art. 41.22). — Œuvre nationale de l'Enfance (Section 31, art. 41.22)	1 703,3	1 594,7	+ 6,81
Totaal. — Total	3 159,3	2 950,4	+ 7,08
C. Oorlogswerken. — Œuvres de guerre :			
Toelagen aan het Nationaal Instituut en aan de Hoge Raad voor Oorlogsinvaliden, Oudstrijders en Oorlogsslachtoffers (Sectie 31, art. 41.35 en 41.36). — Subsidies à l'Institut National et au Conseil Supérieur des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre (Section 31, art. 41.35 et 41.36)	3 229,5	2 874,2	+ 12,36
Totaal. — Total	3 229,5	2 874,2	+ 12,36
D. Wetenschapsbeleid. — Politique scientifique :			
Secties 34, 35 en 36: alle artikelen met uitzondering van art. 33.51, zie A 3). — Sections 34, 35 et 36: tous les articles à l'exception de l'art. 33.51, voir A 3)	1 330,0	1 210,6	+ 9,86
Totaal. — Total	1 330,0	1 210,6	+ 9,86
E. 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 en 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 et 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 ...	3 148,9	2 982,9	+ 5,56
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	1 668,0	1 562,0	+ 6,79
Totaal. — Total	4 816,9	4 544,9	+ 5,98
Algemeen totaal. — Total général	31 484,3	26 939,0	+ 16,78

(1) Of + 10,42 indien rekening wordt gehouden met de affectaties in 1982 (+ 1981,2).

(1) Ou + 10,42 si on tient compte des affectations en 1982 (+ 1981,2).

Het saldo van de lopende uitgaven (3 182,9 miljoen F) wordt verdeeld als :

— Inkomensoverdrachten aan gezinnen (art. 33)	64,1
— Internationale organisaties (art. 34)	138,5
— Fonds voor ziekenhuizen en dienst 900 (art. 41.34 en 41.21) ...	60,5
— Lonen en sociale lasten (art. 11)	1 053,8
— Aankopen van niet-duurzame goederen en diensten (art. 12) ...	630,3
— Andere uitgaven inzake volksgezondheid (art. 40.20 en 43.23)	27,5
— Kredieten voor de bicommunautaire instellingen gevestigd in Brussel-Hoofdstad (Sectie 61)	1 208,2
Totaal	3 182,9

B. Kapitaaluitgaven

a) Investeringsprogramma

(in miljoen F)

Le solde des dépenses courantes (3 182,9 millions de F) se répartit de la manière suivante :

— Transfert de revenus aux ménages (art. 33)	64,1
— Organismes internationaux (art. 34)	138,5
— Fonds des hôpitaux et service 900 (art. 41.34 et 41.21) ...	60,5
— Salaires et charges sociales (art. 11)	1 053,8
— Achats de biens non durables et de services (art. 12)	630,3
— Autres dépenses en matière de santé publique (art. 43.20 et 43.23)	27,5
— Crédits destinés aux institutions bicommunautaires à Bruxelles-Capitale (Section 61)	1 208,2
Total	3 182,9

B. Dépenses de capital

a) Programme d'investissement

(en millions de F)

	Begrotings- kredieten (Titel II) — Crédits budgétaires (Titre II)	Vastleggings- machtigingen Gemeente- krediet — Autorisations d'engagement Crédit Communal	Fonds ziekenhuizen — Fonds des hôpitaux	Fonds voor de sluiting van ziekenhuizen — Fonds pour la fermeture d'hôpitaux	Fondsen strijd tegen de hinder en economische expansie — Fonds lutte contre les nuisances et expansion économique	Totaal — Total
A. Nationaal. — National						
Grote waterbouwkundige werken van nationaal belang. — Grands travaux hydrauliques d'intérêt national	500,0	—	—	—	100,0	600,0
Strijd tegen de hinder. — Lutte contre les nuisances	—	—	—	—	36,0	36,0
Net « 900 ». — Réseau « 900 »	5,5	—	—	—	—	5,5
Instituut voor Hygiëne. — Institut d'Hygiène	19,5	—	—	—	—	19,5
Nationaal Instituut Bloed. — Institut National Sang	10,0	—	—	—	—	10,0
Instituut Pasteur. — Institut Pasteur	—	108,0	—	—	—	108,0
Instituut Koningin Elisabeth. — Institut Reine Elisabeth	40,0	—	—	—	—	40,0
Sluiting ziekenhuizen. — Fermeture hôpitaux	—	—	—	1 000,0	—	1 000,0
Totalen (nationaal). — Totaux (national)	575,0	108,0	—	1 000,0	136,0	1 819,0
B. Bicommunautaire sector. — Secteur bicommunautaire						
Universitaire ziekenhuizen. — Hôpitaux universitaires	—	350,0	50,0	—	—	400,0
Ziekenhuizen. — Hôpitaux	—	230,0	340,0	—	—	570,0
Bejaardentehuizen. — Homes pour personnes âgées	—	20,0	10,0	—	—	30,0
Bejaardenflats. — Flats pour personnes âgées	—	195,0	—	—	—	195,0
Diversen. — Divers	16,5	—	—	—	—	16,5
Totalen (bicommunautaire) Totaux	16,5	795,0	400,0	—	—	1 211,5
Algemene totalen. — Totaux généraux	591,5	903,0	400,0	1 000,0	136,0	3 030,5

b) *Betalingskredieten*

De betalingskredieten bedragen samen 4 427,8 miljoen F. Zij omvatten de niet-gesplitste kredieten van Titel II (3 197,9 miljoen F) en de ordonnanceringskredieten (1 229,9 miljoen F).

De hierna volgende tabel geeft de verdeling van het bedrag van 4 427,8 miljoen F per post en volgens de aard van die betalingskredieten (in miljoenen F) :

1. Kapitaalsuitgaven voor uitrusting, materieel, enz. (niet-gesplitste kredieten, art. 74)	154,3
2. Kapitaalaflossingen van leningen toegestaan door het Gemeentekrediet :	
— voor investeringen (Sectie 31, art. 63.20)	5,6
— voor de O. C. M. W.'s (tekort ziekenhuizen) (Sectie 31, art. 63.23 en 63.24)	370,7
3. Overdracht van ordonnanceringskredieten aan het « Fonds voor de sluiting van ziekenhuizen » (Sectie 31, art. 61.89)	1 000,0
4. Dotaties aan het « Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale instellingen » bestemd voor de ordonnanciering van directe investeringen (Sectie 31, art. 61.81)	0,5
— Idem voor aflossingen van subsidieervangende leningen toegestaan door het Gemeentekrediet (Sectie 31, art. 61.32)	327,0
5. Ordonnanceringskredieten voor rechtstreekse investeringen (Hoofdstuk VII, Secties 31 en 34 en art. 84.81; Sectie 31)	761,7
6. Ordonnanceringskredieten voor het uitbetalen van toelagen bestemd voor investeringen (Secties 31 en 37)	459,5
7. Overdrachten aan het Fonds voor Economische Expansie (art. 61.85) en aan het Fonds voor de strijd tegen de hinder (art. 61.87)	136,0
8. Kredieten voor het betalen van de vastleggingen van vóór 1 januari 1980 wat de materies betreft die overgaan van de gewesten naar de gemeenschappen (Sectie 51, art. 63.20)	916,0
9. Kredieten voor de bicommunautaire instellingen in Brussel-Hoofdstad (Secties 61)	296,5
Totaal	4 427,8

Derde deel. — Een jaar bijzondere machten in de sector volksgezondheid

(Ombuiging van het aanbod naar de behoeften)

De ziekenhuisinfrastructuur gaf in de laatste tien jaar een uitzonderlijke uitbreiding te zien. Deze evolutie weegt niet alleen zwaar door op de uitgaven van de ziekteverzekering, maar heeft voornamelijk de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur scheefgetrokken.

b) *Crédits de paiement*

Les crédits de paiement s'élèvent au total à 4 427,8 millions de F. Ils comportent les crédits non dissociés du Titre II (3 197,9 millions de F) ainsi que les crédits d'ordonnancement (1 229,9 millions de F).

Le tableau ci-après donne la répartition du montant de 4 427,8 millions de F par poste et d'après la nature des crédits de paiement (en millions de F) :

1. Dépenses de capital relatives à l'équipement, au matériel, etc. (crédits non dissociés, art. 74)	154,3
2. Amortissements du capital d'emprunts consentis par le Crédit communal :	
— à titre d'investissements (Section 31, art. 63.20)	5,6
— aux C. P. A. S. (déficit des hôpitaux) (Section 31, art. 63.23 et 63.24)	370,7
3. Transfert de crédits d'ordonnancement au « Fonds pour la fermeture d'hôpitaux » (Section 31, art. 61.89)	1 000,0
4. Dotations au « Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales » et destinées à l'ordonnancement d'investissements directs (Section 31, art. 61.81)	0,5
— Idem pour les amortissements d'emprunts en remplacement de subventions consenties par le Crédit communal (Section 51, art. 61.32)	327,0
5. Crédits d'ordonnancement pour les investissements directs (Chapitre VII, Sections 31 et 34 et art. 84.81; Section 31)	761,7
6. Crédits d'ordonnancement pour le paiement de subventions destinées aux investissements (Sections 31 et 37)	459,5
7. Transferts au Fonds d'Expansion économique (art. 61.85) et au Fonds destiné à la lutte contre les nuisances (art. 61.87)	136,0
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 51, art. 63.20)	916,0
9. Crédits pour les institutions bicommunautaires à Bruxelles-Capitale (Sections 61)	296,5
Total	4 427,8

Troisième partie. — Une année de pouvoirs spéciaux dans le secteur de la santé publique

(Adaptation de l'offre aux besoins)

L'infrastructure hospitalière a connu ces dix dernières années une expansion exceptionnelle. Cette expansion a non seulement lourdement pesé sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie mais elle a surtout déséquilibré notre infrastructure sanitaire.

De toestand heeft de Regering ertoe genoopt snel in te grijpen door vooreerst de uitbreiding van de ziekenhuissector stop te zetten. Op grond van een actief en globaal gezondheidsbeleid werden vervolgens een aantal maatregelen genomen die een heroriëntering van de intra-murale verzorgingsinfrastructuur beogen om te kunnen beantwoorden aan de huidige en toekomstige gezondheidsbehoeften van de bevolking. De vermindering van het aantal ziekenhuisbedden moet aldus kunnen leiden tot de oprichting van een dubbel aantal bedden in rust- en verzorgingstehuizen.

Ten slotte werden een aantal maatregelen getroffen om het tekort van de openbare ziekenhuizen geleidelijk te verminderen en derhalve de financiële toestand van de gemeenten, en onrechtstreeks van het gemeentefonds, gezond te kunnen maken. Die maatregelen waren tevens noodzakelijk met het oog op de invoering van een nieuw financieringssysteem dat stoelt op een grotere autonomie en verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen.

I. Beheersing van het aantal ziekenhuisbedden

— Koninklijk besluit n° 60 tot wijziging van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen (*Belgisch Staatsblad* van 27 juli 1982).

Uitvoeringsbesluiten :

— Koninklijk besluit van 28 oktober 1982 houdende vaststelling van de procedure voor de toepassing van artikel 21bis, § 2, van de wet op de ziekenhuizen (*Belgisch Staatsblad* van 9 november 1982).

— Koninklijk besluit van 19 november 1982 betreffende de samenstelling van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (*Belgisch Staatsblad* van 11 december 1982).

— Koninklijk besluit van 9 december 1982 houdende benoeming van de leden van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (*Belgisch Staatsblad* van 11 december 1982).

1. De beheersing van het aantal ziekenhuisbedden vormt een essentieel onderdeel van het beleid van de Regering om een beter financieel evenwicht van de Z. I. V. te bereiken.

Een ingrijpend optreden was noodzakelijk omdat er, wat de algemene ziekenhuizen betreft, 11 600 bedden voor gans het land in overtal zijn in vergelijking met het aantal geprogrammeerde bedden; bovendien zijn er nog $\pm$ 6 500 bedden in opbouw; tevens werden nog beginselakkoorden verleend voor $\pm$ 2 500 bedden, waarvoor evenwel de werken nog niet zijn aangevat.

2. Om die toestand te keren werd in het koninklijk besluit n° 60 het beginsel vastgelegd dat het op 1 juli 1982 bestaande aantal bedden niet mag worden verhoogd. In opbouw zijnde bedden mogen hierdoor niet meer in gebruik worden genomen, tenzij ze bestaande bedden vervangen. Tevens mogen nieuwe bedden niet meer worden gebouwd tenzij ze eveneens bestaande bedden vervangen of tenzij het aantal bedden wordt verminderd.

Aan de inrichtende macht van het ziekenhuis wordt gevraagd het bewijs te leveren dat de nieuwe bedden ter vervanging van bestaande bedden komen of met een vermindering van bestaande bedden gepaard gaan. Dat bewijs geldt als voorwaarde opdat voor die nieuwe bedden het financieringsmechanisme inzake die verpleegdagprijs in werking zou kunnen treden.

L'analyse précitée a conduit le Gouvernement à agir rapidement en mettant tout d'abord un arrêt à cette expansion. La conduite d'une politique globale et active de la santé s'est ensuite traduite par la prise de plusieurs mesures incitant clairement à la réorientation de la structure des soins intra-muros afin de répondre aux besoins sanitaires actuels et futurs de la population. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux devrait ainsi aboutir à la création d'un nombre double de lits en maison de repos et de soins.

Enfin, dans le cadre de l'assainissement des finances communales et indirectement du Fonds des communes, un ensemble de mesures ont été prises pour éliminer progressivement les déficits des hôpitaux publics. Ces mesures étaient également nécessaires dans la perspective de l'introduction d'un nouveau mode de financement basé sur une plus grande autonomie et responsabilité.

I. Maîtrise du nombre de lits d'hôpitaux

— Arrêté royal n° 60 modifiant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux (*Moniteur belge* du 27 juillet 1982).

Arrêtés d'exécution :

— Arrêté royal du 28 octobre 1982 fixant la procédure pour l'application de l'article 21bis, § 2, de la loi sur les hôpitaux (*Moniteur belge* du 11 décembre 1982).

— Arrêté royal du 19 novembre 1982 relatif à la composition du Conseil national des établissements hospitaliers (*Moniteur belge* du 11 décembre 1982).

— Arrêté royal du 9 décembre 1982 portant nomination des membres du Conseil national des établissements hospitaliers (*Moniteur belge* du 11 décembre 1982).

1. La maîtrise du nombre de lits d'hôpitaux est une partie essentielle de la politique gouvernementale pour parvenir à l'équilibre financier.

Une intervention énergique s'avérait nécessaire lorsqu'on constate que le nombre de lits existants pour l'ensemble du pays dans les hôpitaux généraux dépasse le nombre de lits programmés de plus de 11 600 unités. En outre, $\pm$ 6 500 lits supplémentaires sont en construction et des accords de principe ont été donnés pour $\pm$ 2 500 lits supplémentaires. Les travaux pour ces lits n'ont cependant pas encore été entamés.

2. Pour renverser cette évolution, l'arrêté royal n° 60 inscrit le principe que le nombre de lits existants au 7 juillet 1982 ne peut pas être dépassé. De ce fait, les lits en construction ne peuvent pas être mis en service à moins qu'ils ne remplacent des lits existants. De même, la construction de nouveaux lits n'est plus autorisée à moins que ces lits remplacent ou diminuent le nombre de lits existants.

Le pouvoir organisateur doit apporter la preuve que les nouveaux lits remplacent des lits existants ou que leur mise en service s'accompagne d'une diminution de lits existants. Cette preuve conditionne la mise en route du mécanisme financier en matière de prix de journée pour les lits concernés.

Het koninklijk besluit n° 60 voorziet tevens in de mogelijkheid om voor de kosten die gepaard gaan met de sluiting of de niet-ingebruikneming van bedden, een schade-loosstelling toe te kennen.

3. Ten einde de beheersing van het aantal ziekenhuisbedden te kunnen verwezenlijken, diende eveneens de bestaande adviesstructuren te worden aangepast. Hierbij werd rekening gehouden met de staatshervorming van 1980.

Met name werden de Nationale Commissie van Ziekenhuisprogrammatie en de Ziekenhuisraad vervangen door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Het samenvoegen van de bestaande adviesorganen biedt ongetwijfeld de mogelijkheid om de adviezen beter te coördineren, wat noodzakelijk is vanuit het oogpunt van de samenhang in het ziekenhuisbeleid.

De nieuwe Raad bevat drie afdelingen, die respectievelijk bevoegd zijn voor de erkenning, de programmatie en de financiering van ziekenhuizen.

Tevens werd voorzien in de oprichting van twee bijzondere werkgroepen met betrekking tot enerzijds de problematiek van de universitaire ziekenhuizen, en anderzijds de problemen rond de werking van de zgn. bicommunautaire instellingen te Brussel.

Voor het nieuwe adviesorgaan werden inmiddels drie uitvoeringsbesluiten uitgevaardigd, die de samenstelling, de werking en de benoeming van de leden regelen.

II. Heroriëntering van de intra-murale verzorgingsstructuur

— Koninklijk besluit n° 58 van 22 juli 1982 tot wijziging van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 27 juli 1982).

Uitvoeringsbesluiten :

— Koninklijk besluit van 2 december 1982 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 november 1963, tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963, tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 7 december 1982).

— Ministerieel besluit van 28 december 1982 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 25, § 9, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 8 januari 1983).

— Koninklijk besluit n° 59 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging (*Belgisch Staatsblad* van 27 juli 1982).

Uitvoeringsbesluiten :

— Koninklijk besluit van 2 december 1982 houdende vaststelling van de normen van de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuizen (*Belgisch Staatsblad* van 7 december 1982).

— Koninklijk besluit van 2 december 1982 tot nadere bepaling van de gelijkwaardige vermindering van ziekenhuisbedden in afgeschafte ziekenhuisdiensten (*Belgisch Staatsblad* van 7 december 1982).

L'arrêté royal n° 60 prévoit aussi la possibilité d'octroi d'une indemnisation des frais liés à la fermeture ou à la non-mise en service de lits hospitaliers.

3. Il s'imposait également pour réaliser la maîtrise du nombre de lits d'adapter la structure d'avis existante. Pour ce faire, il a été tenu compte de la réforme de l'Etat de 1980.

La Commission nationale de programmation hospitalière et le Conseil des hôpitaux ont été remplacés par le Conseil national des établissements hospitaliers.

La fusion de ces organes d'avis présente indubitablement l'avantage de mieux pouvoir coordonner les avis, ce qui est nécessaire au point de vue de la cohérence de la politique hospitalière.

Le nouveau conseil comprend trois sections respectivement compétentes en matière d'agrégation, de programmation et de financement des hôpitaux.

Deux groupes de travail spécifiques ont également été prévus, l'un pour la problématique des hôpitaux universitaires, l'autre pour les problèmes du fonctionnement des dites institutions bicommunautaires de Bruxelles-Capitale.

En ce qui concerne les nouveaux organes d'avis, trois arrêtés d'exécution ont été pris entre-temps. Ils règlent la composition, le fonctionnement et la nomination des membres.

II. Réorientation de la structure des soins intra-muros

— Arrêté royal n° 58 modifiant la loi du 9 août 1953 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 27 juillet 1982).

Arrêtés d'exécution :

— Arrêté royal du 2 décembre 1982 modifiant l'arrêté royal 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 (*Moniteur belge* du 7 décembre 1982).

— Arrêté ministériel du 28 décembre 1982 fixant l'intervention visée à l'article 25, § 9, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 8 janvier 1983).

— Arrêté royal n° 59 modifiant 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 (*Moniteur belge* du 27 juillet 1982).

Arrêtés d'exécution :

— Arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrégation spéciale de maisons de repos et de soins (*Moniteur belge* du 7 décembre 1982).

— Arrêté royal du 2 décembre 1982 précisant la réduction équivalente de lits d'hôpitaux dans des services hospitaliers désaffectés (*Moniteur belge* du 7 décembre 1982).

— Ministerieel besluit van 2 december 1982 houdende vaststelling van het programmacijfer voor rust- en verzorgingstehuizen (*Belgisch Staatsblad* van 7 december 1982).

Gezien de noodzaak de gezondheidsstructuur aan te passen aan de behoeften van onze verouderende bevolking, is het onontbeerlijk gebleken de intra-murale verzorgingsstructuur te heroriënteren.

Hierbij weze er aan herinnerd dat de bevolkingsgroep van diegenen die ouder zijn dan 85 jaar in 1990 ongeveer 50 000 personen meer zal tellen dan in 1970.

Het koninklijk besluit n° 59 heeft deze wil tot heroriëntering geconcretiseerd door de erkenning van rust- en verzorgingstehuisbedden afhankelijk te maken van de sluiting of de niet-ingebruikneming van ziekenhuisbedden.

Die vermindering geeft bovendien de mogelijkheid tweemaal zoveel verzorgingsbedden op te richten overeenkomstig het koninklijk besluit tot vaststelling van de regeling voor de gelijkwaardige vermindering van ziekenhuisbedden. Dat besluit bepaalt tevens dat een ziekenhuisbed dat niet ingebruik mag worden genomen ingevolge de tijdelijke blokkeringsmaatregel (koninklijk besluit n° 60), omgeschakeld kan worden naar een verzorgingsbed. Het naleven van die regels is de voorwaarde om erkend en gefinancierd te worden als rust- en verzorgingstehuis. De uitbouw van de tehuizen is derhalve zeer nauw verbonden met de sluiting of de niet-ingebruikneming van ziekenhuisbedden.

Dergelijke beslissingen worden gestimuleerd door de maatregelen die zullen getroffen worden om de kosten die met de sluiting of de niet-ingebruikneming gepaard gaan, schadeloos te stellen.

Om de uitbouw van de rust- en verzorgingstehuizen mogelijk te maken werden besluiten uitgevaardigd met betrekking tot de programmatie en de erkenning :

1) Programmatie

Het programmacijfer van de rust- en verzorgingstehuizen werd bij ministerieel besluit vastgesteld op 2 bedden per 1 000 inwoners, of in totaal voor het ganse land ongeveer 20 000 bedden.

Dat cijfer werd berekend op basis van de verschillende mogelijkheden tot vermindering van het aantal ziekenhuisbedden.

De norm van 2 bedden per 1 000 inwoners is een vertrekpunt. Zoals uiteengezet in de overwegingen van het besluit zal omtrent dat cijfer het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen worden ingewonnen.

2) Erkenning

Om de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis te bekomen, moet het erkende rustoord beantwoorden aan architecturale, functionele en organisatorische normen.

Voor het desbetreffende koninklijk besluit werd gedeeltelijk uitgegaan van de reeds bestaande erkenningsnormen voor rustoorden.

Inzake het personeelsbestand dat nodig is voor het verstrekken van de verpleegkundige en de kinesitherapeutische zorg alsook voor het verlenen van de bijstand inzake handelingen van het dagelijks leven, schrijft het koninklijk besluit voor, dat het rust- en verzorgingstehuis per 30 verzorgingsbehoevenden moet beschikken over ten minste :

- drie verpleegkundigen;
- voldoende bekwaam personeel voor aanvullende zorg;

— Arrêté ministériel du 2 décembre 1982 fixant le nombre de programmes pour les maisons de repos et de soins (*Moniteur belge* du 7 décembre 1982).

Pour des raisons d'adéquation de notre structure de soins aux besoins sanitaires de notre population vieillissante, il s'est avéré indispensable de réorienter la structure des soins intra-muros.

Rappelons à ce sujet que la classe d'âge au-delà de 85 ans comprendra en 1990 50 000 personnes de plus par rapport à 1970.

L'arrêté royal n° 59 a concrétisé cette volonté de réorientation en subordonnant l'ouverture des lits en maison de repos et de soins à la fermeture ou à la non-ouverture préalable de lits hospitaliers.

Cette réduction de lits d'hôpitaux pourra ensuite donner lieu à l'ouverture de 2 fois autant de lits de soins tel que précisé dans l'arrêté royal fixant les règles de réduction équivalente de lits d'hôpitaux. Cet arrêté royal prévoit également qu'un lit d'hôpital qui ne peut pas être mis en service suite à la mesure de blocage temporaire du nombre de lits (arrêté royal n° 60) peut être converti en un lit de soins. Le respect de ces règles conditionne l'obtention de l'agrément et du financement comme maison de repos et de soins. Le développement de ces établissements lié aux décisions de fermeture ou de non-ouverture dans le secteur hospitalier.

Ces décisions sont incitées par les mesures qui seront prises pour dédommager les coûts liés à la fermeture ou à la non-ouverture.

Pour permettre le démarrage effectif des maisons de repos et de soins plusieurs arrêtés ont été pris concernant :

1) La programmation

Le nombre programme pour les maisons de repos et de soins a été fixé par arrêté ministériel à 2 lits pour 1 000 habitants, soit au total pour le pays environ 20 000 lits.

Ce chiffre a été calculé en fonction des diverses possibilités de réduction de lits hospitaliers.

Cette norme de 2 pour 1 000 constitue un point de départ. Comme il est expliqué dans les considérations de l'arrêté ministériel, cette norme sera soumise à l'avis du Conseil National des Etablissements de soins.

2) L'agrément

Pour obtenir l'agrément spéciale comme maison de repos et de soins, la maison de repos agréée devra satisfaire à des normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation.

Cet arrêté royal s'est inspiré en partie des normes d'agrément existante dans les maisons de repos agréées.

Au point de vue effectif de personnel requis pour la dispensation de soins infirmiers, de kinésithérapie et d'assistance aux actes de la vie journalière, cet arrêté royal prévoit par 30 personnes nécessitant des soins au moins :

- trois praticiens de l'art infirmier;
- suffisamment de personnel qualifié pour les soins complémentaires;

— het equivalent van een voltijdse betrekking uitgeoefend door een kinesitherapeut en/of een ergotherapeut.

Door te bepalen dat een rust- en verzorgingstehuis over een voldoende aantal gekwalificeerde personeelsleden voor aanvullende zorg moet beschikken, wordt enige vrijheid gelaten om die personeelsnorm of te stemmen op de werkelijke noden van de zorgbehoevende personen, rekening houdend met de door de dagelijkse tegemoetkoming beschikbare financiële middelen.

De toepassing van deze personeelsnormen, gecombineerd met de mogelijkheid om 2 verzorgingsbedden in gebruik te nemen bij afschaffing van één ziekenhuisbed, zou het behoud en zelfs enige uitbreiding van de werkgelegenheid in de sector tot gevolg moeten hebben.

Vermits hier een nieuw terrein wordt betreden en de ervaring terzake gering is, wordt in de overweging gesteld dat het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zal worden ingewonnen. Dat advies kon niet worden gevraagd bij het opstellen van dat besluit, omdat de nieuwe in het koninklijk besluit n° 60 bedoelde Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen nog niet werd opgericht.

De ervaring met de exploitatie van de eerste rust- en verzorgingstehuizen, zal uiteraard tot een verbetering van de voorgestelde normen leiden.

3) Voorwaarden voor de toekenning van de dagelijkse tegemoetkoming om de kosten van verzorging in de rust- en verzorgingstehuizen te dekken

In het uitvoeringsbesluit van het koninklijk besluit n° 58 wordt de uitkering van de Z. I. V.-tegemoetkoming geregeld. Dat besluit omvat o.m. de volgende aangelegenheden :

— de omschrijving van de verstrekkingen waarvoor de tegemoetkoming wordt toegekend : de verpleegkundige en de kinesitherapeutische verstrekkingen en de bijstand in het verrichten van de handelingen van het dagelijkse leven.

— de voorwaarden waaraan de rechthebbende moet voldoen om de tegemoetkoming te ontvangen.

— de procedure van de aanvraag voor de tegemoetkoming.

— de regels inzake samenstelling en werking van het Nationaal College van adviserende geneesheren.

4) Bepaling van het bedrag van de dagelijkse tegemoetkoming

Voor het berekenen van het bedrag van de tegemoetkoming werd rekening gehouden met een type van personeelssterkte voor de hulp die wordt verleend in vele rusthuizen die nu reeds in feite als rust- en verzorgingstehuizen werken. Het aldus berekend bedrag kan kwalitatieve zorg waarborgen, rekening houdend met de strenge toelatingsvoorwaarden. Het bedraagt omvat geen verblijfskosten. Die blijven ten laste van de persoon, ongeacht het zijnstatuut.

Het invoeren van de forfaitaire tegemoetkoming per dag vervangt, zoals bepaald in artikel 3 van het koninklijk besluit n° 58, de huidige terugbetalingsregeling per prestatie van verpleegkundige en kinesitherapeutische aard.

III. Uitschakelen van het tekort van de openbare ziekenhuizen

— Koninklijk besluit n° 162 tot wijziging van artikel 13 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

— Koninklijk besluit van 20 december 1982 tot vaststelling van de maatstaven voor het bepalen van de ziekenhuistekorten (*Belgisch Staatsblad* van 28 december 1982).

— l'équivalent d'un emploi exercé à temps plein par un kinésithérapeute et/ou un ergothérapeute.

En indiquant que la maison de repos et de soins doit disposer de personnel qualifié pour les soins complémentaires en nombre suffisant on laisse une certaine latitude pour adapter cette norme de personnel aux besoins réels des personnes nécessitant des soins, en tenant compte des moyens financiers disponibles par le forfait.

L'application de ces normes de personnel combinée à la possibilité d'ouverture de 2 lits de soins en cas de fermeture d'un lit d'hôpital devrait se traduire par le maintien voir même une certaine extension de l'emploi dans le secteur des soins.

Sachant que nous entrons ici dans une matière neuve sans beaucoup d'expérience il fut indiqué dans les considérants que l'avis du Conseil national des Etablissements Hospitaliers serait demandé sur ce sujet. Cet avis n'a pu être demandé au moment de la rédaction de l'arrêté étant donné que le nouveau Conseil national des Etablissements hospitaliers, prévu par l'arrêté n° 60 n'avait pas encore été constitué.

Il est évident que l'expérience du fonctionnement des premières maisons de repos et de soins sera pleine d'enseignement entraînera l'amélioration des normes proposées.

3) Conditions d'octroi de l'allocation journalière pour la couverture des soins dans les maisons de repos et de soins

L'arrêté royal portant exécution de l'arrêté n° 58 établit la réglementation I. N. A. M. I. pour l'octroi de l'allocation. Cet arrêté comprend les parties suivantes :

— la définition des soins qui sont couverts par l'allocation : soins infirmiers, les prestations de kinésithérapie et l'assistance dans les actes de la vie journalière;

— les conditions auxquelles le bénéficiaire doit satisfaire pour recevoir l'allocation;

— la procédure de demande d'allocation;

— les règles de composition et de fonctionnement du Collège National des Médecins-Conseils.

4) Fixation du montant de l'allocation journalière

Dans le but de calculer le montant de l'allocation on a retenu une structure d'encadrement type pour les soins rencontrés dans plusieurs maisons de repos fonctionnant effectivement comme maison de repos et de soins. Ce montant ainsi calculé et repris dans l'arrêté ministériel sur proposition du Comité de Gestion de l'I. N. A. M. I. peut garantir des soins de qualité compte tenu de la sécurité des conditions d'admission retenues. Aucun frais d'« hôtellerie » n'est repris dans ce montant. Ils restent dans tous les cas à charge de la personne quelque soit son statut.

L'introduction de cette allocation forfaitaire journalière remplacera, comme le prévoit l'article 3 de l'arrêté royal n° 58, le système actuel de remboursement à l'acte pour les soins infirmiers et de kinésithérapie.

III. Elimination du déficit des hôpitaux publics

— Arrêté royal n° 162 modifiant l'article 13 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

— Arrêté royal déterminant les critères pour la fixation des déficits des hôpitaux (*Moniteur belge* du 28 décembre 1982).

1. Het probleem van het tekort van de openbare ziekenhuizen neemt een steeds grotere omvang aan. De weerslag ervan op de begroting van de gemeenten is aanzienlijk. Vandaar dan ook dat, ter beheersing van de openbare uitgaven van de lokale gemeenschappen, de tekorten van de openbare ziekenhuizen geleidelijk aan dienen weggewerkt te worden. Daartoe werd in het koninklijk besluit bepaald dat de Koning aan de openbare ziekenhuizen die een tekort in hun exploitatierekeningen vertonen, de verplichting kan opleggen om Hem een saneringsplan ter goedkeuring voor te leggen. Daardoor moet met name het tekort jaarlijks kunnen verminderen, zodat het tegen het einde van het dienstjaar 1985 tot de helft is herleid ten aanzien van het gemiddelde tekort van de dienstjaren 1979, 1980 en 1981 en uiterlijk tegen 31 december 1988 volledig is aangezuiverd.

Indien het plan niet tijdig wordt ingediend of indien het ontoereikend is kunnen één of meerdere commissarissen worden aangeduid om een plan ten behoeve van de beheersorganen uit te werken. Wordt dat plan niet aanvaard, dan kan de Koning zelf een saneringsplan opleggen.

Om de tekorten weg te werken kunnen de beheersorganen in het kader van het plan op de personeelsleden van de instelling de arbeidsvoorwaarden, de bezoldigingsregeling en de weddeschalen van het personeel der ministeries toepassen. Tevens kunnen zij de financiële voorwaarden wijzigen die vastgelegd zijn in overeenkomsten met personen wier activiteit in het ziekenhuis niet via de verpleegdagprijs wordt gefinancierd.

2. Het voormelde koninklijk besluit moet worden gezien in een geheel van maatregelen die hetzelfde doel nastreven. In het *Belgisch Staatsblad* van 20 december 1982 verscheen met name reeds een koninklijk besluit dat de lasten opsomt die voortaan niet meer in aanmerking zullen worden genomen voor de berekening van het tekort dat de gemeenten ten laste wordt gelegd. De gemeenten zullen aldus vanaf het dienstjaar 1983 ten dele van de bijdrage op dat tekort ontlast worden. Terzake werd op 30 december 1982 aan de betrokken ziekenhuizen een omzendbrief gezonden. (Omzendbrief van 30 december 1982 aan de ziekenhuizen i.v.m. gedeeltelijk ontlasting voor de gemeenten voor wat betreft het ziekenhuistekort.)

Tenslotte werd bij het Parlement een wetsontwerp (Kamer van Volksvertegenwoordigers, Stuk n° 486/1, zitting 1982-1983, n° 1) ingediend waarbij o.m. een nieuwe regeling wordt bepaald voor de wijze waarop het tekort van de openbare ziekenhuizen aan de gemeenten wordt ten laste gelegd. Hierbij ligt namelijk de bedoeling voor enkel nog die gemeenten in aanmerking te nemen die tot het natuurlijke aantrekkingsgebied van het ziekenhuis behoren.

II. — UITEENZETTING VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

A. Volksgezondheid

1. Informatieopdracht over inhoud en kwaliteit van eetwaren en geneesmiddelen

Vandaag bestaat er meer dan ooit een duidelijke honger naar informatie over al wat met onze gezondheid direct of indirect te maken heeft. Ook de verschillende media hebben reeds geruime tijd deze groeiende belangstelling bij hun lezers, luisteraars en kijkers ontdekt.

Programma's, series, artikelenreeksen en rubrieken over « gezonder gaan leven » zijn bijzonder in trek.

1. Le problème du déficit des hôpitaux publics prend des dimensions de plus en plus importantes. L'incidence de ce déficit sur le budget des communes est considérable. Aussi, en vue de maîtriser les dépenses des communautés locales convient-il d'éliminer progressivement les déficits des hôpitaux publics. Pour réaliser cet objectif, il a été prévu dans l'arrêté royal que le Roi peut imposer aux hôpitaux dont les comptes d'exploitation sont déficitaires de lui soumettre un plan d'assainissement. Ce plan doit notamment permettre de diminuer annuellement le déficit afin de le réduire de moitié pour la fin de l'exercice 1985 par rapport au déficit moyen des exercices 1979, 1980 et 1981 et de l'apurer entièrement pour le 31 décembre 1988 au plus tard.

Si le plan n'est pas introduit dans les délais ou s'il est insuffisant, un ou plusieurs commissaires peuvent être chargés d'élaborer un plan à l'intention des organes de gestion. Si ce plan n'est pas accepté, le Roi peut lui-même en imposer un autre.

Pour pouvoir éliminer les déficits, les organes de gestion peuvent dans le cadre du plan appliquer au personnel de l'établissement les conditions de travail, le statut pécuniaire et les échelles de traitement du personnel des ministères. Ils peuvent aussi modifier les conditions financières prévues dans les conventions conclues avec les personnes dont l'activité à l'hôpital n'est pas financée par le prix de journée.

2. L'arrêté royal précité doit être situé dans l'ensemble des mesures qui visent le même but. Un arrêté royal qui énumère les charges qui ne seront plus prises en compte pour le calcul du déficit mis à charge des communes est notamment déjà paru au *Moniteur belge* du 28 décembre 1982. A partir de l'exercice 1983, les communes seront donc déjà pour cette partie déchargées de leur contribution. A ce sujet, une circulaire a été adressée aux hôpitaux concernés le 30 décembre 1982. (Circulaire du 30 décembre 1982 aux hôpitaux concernant la décharge partielle des communes pour ce qui concerne le déficit hospitalier.)

Enfin, un projet de loi a été déposé au Parlement (Chambre des Représentants, Doc. n° 486/1, session 1982-1983, n° 1) qui prévoit entre autres un nouveau règlement sur la manière dont le déficit des hôpitaux publics est mis à charge des communes. Une des intentions de ce projet est de ne retenir que les communes qui appartiennent à l'attraction naturelle de l'hôpital.

II. — EXPOSE DU SECRETAIRE D'ETAT DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

A. Santé publique

1. Mission d'information sur le contenu et la qualité des denrées alimentaires et des médicaments

Aujourd'hui plus que jamais, on assiste à une avidité d'informations indéniable sur tout ce qui directement ou indirectement concerne notre santé. Les différents médias ont également depuis longtemps suscité cet intérêt croissant chez leurs lecteurs, leurs auditeurs et téléspectateurs.

Des séries de programmes, d'articles, de rubriques nous incitant à « vivre plus sainement » sont particulièrement en vogue.

Eetwaren

Zeer veel aandacht gaat daarbij naar ons dagelijks voedsel. De verbruiker is er zich meer en meer van bewust dat wat hij eet een onmiskenbare invloed heeft op zijn gezondheid. Hij neemt dan ook een steeds kritischer houding aan t.a.v. de voedingsmarkt. Daarom werd een brochure samengesteld om de consument in te lichten over de nieuwe Belgische wetgeving terzake en hem te helpen bij het maken van een bewuste keuze tussen de verschillende te koop aangeboden eetwaren.

Geneesmiddelen

Ingevolge de enorme expansie van de industriële productie van geneesmiddelen werd het voor de geneesheer steeds moeilijker om de evolutie van de farmaceutische markt grondig en op de voet te volgen. Bovendien moet hierbij aangestipt worden dat die evolutie in grote mate bepaald wordt door de industrie, die weliswaar het wetenschappelijk onderzoek oriënteert op het verbeteren van de gezondheid van de mens, maar die eveneens streeft naar een verhoging van haar omzet en productie.

Zo verschijnen er ieder jaar weer nieuwe produkten en zijn er wijzigingen van bestaande specialiteiten qua samenstelling of presentatie. Ook doen zich tal van wijzigingen voor inzake therapeutische benadering van bepaalde ziekten.

Het is overduidelijk dat een geneesheer, die reeds zijn handen vol heeft met zijn praktijk, onmogelijk op eigen houtje dergelijke belangrijke evolutie voldoende kan volgen en bijhouden.

Het belang van een systematische en kritische informatie over de vergelijkende waarde van de geneesmiddelen, opgesteld door een gezaghebbende groep wetenschapsmensen die los staat van elke financiële en andere druk, kan dan ook geenszins ontkend worden.

Het gaat hier om een onmisbaar werkinstrument voor de voorschrijvende geneesheer.

Bijgestaan door talrijke medewerkers, gekozen om hun bekwaamheid op een of ander specifiek domein van de klinische geneeskunde of leden van de Wetenschappelijke Verenigingen van Algemene Geneeskunde zowel uit het Vlaamse als het Franstalige landsgedeelte, verzorgt het Belgische Centrum voor Pharmacotherapeutische Informatie thans de uitgave van een maandelijks informatietijdschrift met als titel « Folia Pharmacotherapeutica », « Fiches » die nieuwe geneesmiddelen situeren t.a.v. de andere reeds bestaande geneesmiddelen die tot eenzelfde farmacotherapeutische groep behoren en tenslotte ook een « commentariseerd repertorium der geneesmiddelen ».

Het Centrum kan die belangrijke en permanente opdracht in volle financiële onafhankelijkheid vervullen, dank zij de steun van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin.

2. Hoge Gezondheidsraad

De Hoge Gezondheidsraad geniet in België een onbetwist prestige; het is dan ook met reden dat de achtereenvolgende Ministers in het oordeel van de Hoge Gezondheidsraad het hoogste vertrouwen stellen. In een praktijk van meer dan 60 jaar is de Hoge Gezondheidsraad voor de Minister van Volksgezondheid een veilig kompas gebleken, een instrument dat hem in staat gesteld heeft zijn verantwoordelijkheid voor een vitaal onderdeel van de overheidszorg te dragen.

Denrées alimentaires

Notre alimentation quotidienne attire une attention considérable. Le consommateur est de plus en plus conscient que son alimentation influe inévitablement sur sa santé. Il prend dès lors une attitude toujours plus critique à l'égard du marché alimentaire. Ces raisons ont été à l'origine de l'élaboration d'une brochure; celle-ci informera le consommateur sur la nouvelle législation belge en la matière et l'aidera à faire un choix conscient entre les différentes denrées alimentaires qui sont vendues.

Médicaments

A la suite de l'énorme expansion de la production industrielle de médicaments il est devenu de plus en plus difficile pour le médecin de suivre de près l'évolution du marché pharmaceutique. De plus, il convient de souligner que cette évolution est déterminée par l'industrie qui s'il est vrai qu'elle oriente ses recherches scientifiques vers l'amélioration de la santé des gens, tend néanmoins à augmenter son rendement et sa production.

Ainsi, chaque année de nouveaux produits apparaissent continuellement et des spécialités existantes subissent des modifications dans leur composition ou dans leur présentation. Un bon nombre de modifications surgissent également dans l'approche thérapeutique de certaines maladies.

Il va de soi qu'un médecin qui est déjà très occupé par son travail ne peut sans appui valablement suivre et être au courant d'une évolution d'une telle ampleur.

On ne peut dès lors nier l'importance d'une information systématique et critique sur la valeur comparative des médicaments, établie par un groupe de scientifiques faisant autorité, libres de toute pression financière ou autre.

Il s'agit d'un instrument de travail indispensable pour les médecins qui établissent des prescriptions.

Assisté par de nombreux collaborateurs choisis pour leur compétence dans l'un ou l'autre domaine spécifique de la médecine clinique ou membres des Associations scientifiques de Médecine générale tant de la partie néerlandophone du pays que francophone, le Centre belge d'Information Pharmaceutique assure la publication d'un bulletin d'informations mensuel intitulé « Folia Pharmacotherapeutica », des « Fiches » qui situent les nouveaux médicaments par rapport à ceux existants déjà et qui appartiennent à un même groupe pharmacothérapeutique et enfin le « répertoire commenté des médicaments ».

Grâce à l'appui du département de la Santé publique et de la Famille, le Centre peut assumer cette mission importante et permanente en étant parfaitement indépendant financièrement.

2. Conseil supérieur d'Hygiène publique

Le Conseil supérieur d'Hygiène jouit en Belgique d'un prestige incontesté; les Ministres successifs ont dès lors accordé toute leur confiance à l'avis du Conseil supérieur d'Hygiène. Depuis plus de 60 ans, le Conseil supérieur a été un véritable guide pour le Ministre de la Santé publique, l'instrument qui lui a permis d'assumer la responsabilité d'une section vitale de la politique du Gouvernement.

Nooit werden zijn adviezen betwist door de administratie, door de vertegenwoordigers van kringen en groeperingen die onderworpen zijn aan zijn gezag, of door politieke of andere instanties. Teneinde zijn onvervangbare rol in de komende jaren te kunnen voortzetten, heb ik samenstelling ervan gedeeltelijk vernieuwd, het huishoudelijk reglement herzien en het secretariaat versterking gegeven.

3. Nationaal kankerregister

Historisch overzicht

Sinds 1953 stelt het Belgisch Werk voor Kanker V.Z.W. statistieken op betreffende de kankergevallen in België. Een en ander werd mogelijk gemaakt door de samenwerking tussen de epidemiologische dienst van dit werk en de ziekenbonden.

Op 27 januari 1972 stond de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin de oprichting van een Nationaal Kankerregister toe. Na verschillende ontwerpen van overeenkomst tussen het werk en de ziekenbonden werd, om boekhoudkundige redenen, wegens de diverse activiteiten van het werk, besloten een V.Z.W. Nationaal Kankerregister op te richten (vereniging met statistisch doel).

Op 19 september 1973 steunde de Hoge Raad voor Kanker de oprichting van die V.Z.W.

Pas op 20 februari 1976 nam het nationaal intermutualistisch college en genuanceerde houding aan: de raadgevende geneesheren zouden een gedetailleerde individuele kaart opstellen waarvoor een vergoeding zou geïnd worden.

Op 24 januari 1977 werden de statuten van de V.Z.W. Nationaal Kankerregister (*Belgisch Staatsblad* van 30 juni 1977) (n^{os} 5625-5632) bekend gemaakt.

Toch kon men niet met de oprichting van de V.Z.W. Nationaal Kankerregister starten zonder nog op onopgeloste moeilijkheden te stuiten:

Juridische problemen: noodzakelijke wijzigingen in de gezondheidswet van 1 september 1945.

Registratieproblemen: artikel 26 van de wet van 29 juni 1981 (*Belgisch Staatsblad* van 2 juli 1981) schaft de speciale terugbetaling voor sociale ziekten af.

Sociale en boekhoudkundige problemen: het Belgisch Werk voor Kanker stelt 43 leden in zijn epidemiologische dienst tewerk.

Sinds 1974 werd er een aanvullende toelage van 3 miljoen aan het Werk toegekend voor de registratie van de kankergevallen.

In 1975: 10 miljoen F.

In 1976: 12,5 miljoen F.

In 1977: 15,2 miljoen F.

Huidige stand van zaken

In 1982 moet het Belgisch Werk voor Kanker zijn communautaire activiteiten scheiden van een nationale kern. Die kern zal zich aan het opstellen en aan het bijhouden van het Kankerregister wijden.

Een krediet van 7 miljoen werd op 28 mei 1982 voor het boekjaar 1983 uitgetrokken « enkel voor de organisatie en het bijhouden van een kankerregister in afwachting dat de V.Z.W. Kankerregister operationeel wordt ».

Ses avis n'ont à aucun moment été contestés, ni par l'administration, ni par les représentants des milieux et groupements soumis à son autorité légale, ni par les instances politiques ou autres. Afin de lui permettre de poursuivre son rôle irremplaçable au cours des prochaines années, j'ai procédé au renouvellement partiel de sa composition, à la révision de son règlement d'ordre intérieur et au renforcement du secrétariat.

3. Registre national du cancer

Historique

Dès 1953, l'Œuvre belge du Cancer A. S. B. L. entreprend la rédaction de statistiques concernant les cas de cancer en Belgique. Cette rédaction est rendue possible par la collaboration entre le service épidémiologique de cette œuvre et les unions mutualistes.

Le 27 janvier 1972, le Ministre de la Santé publique et de la Famille admet la création d'un registre national du cancer. Après différents projets de convention entre l'œuvre et les unions mutualistes, il est décidé, pour des motifs comptables, en raison des diverses activités de l'œuvre, de créer une A. S. B. L. Registre national du Cancer (association à buts statistiques).

Le 19 septembre 1973, le Conseil supérieur du Cancer appuie la création de cette A. S. B. L.

Ce n'est que le 20 février 1976 que le Collège intermutualiste national prend une position nuancée: les médecins-conseils vont établir une carte individuelle précise pour laquelle serait perçue une indemnisation.

Le 24 janvier 1977 sont publiés les statuts de l'A. S. B. L. Registre national du Cancer (*Moniteur belge* du 30 juin 1977) (n^{os} 5625-5632).

Cependant, la mise en route de l'A. S. B. L. Registre du Cancer rencontre des difficultés encore irrésolues:

Problèmes juridiques: modifications nécessaires à la loi sanitaire du 1^{er} septembre 1945.

Problèmes d'enregistrement: la loi du 29 juin 1981 (*Moniteur belge* du 2 juillet 1981), article 26, supprime le remboursement spécial des maladies sociales.

Problèmes sociaux et comptables: l'Œuvre belge du Cancer entretient 43 membres dans son service épidémiologique.

Dès 1974, un subside complémentaire de 3 millions est accordé à l'œuvre pour l'enregistrement des cas de cancer.

En 1975: 10 millions de F.

En 1976: 12,5 millions de F.

En 1977: 15,2 millions de F.

Etat actuel de la question

En 1982, l'Œuvre belge du Cancer doit séparer ses activités communautaires d'un noyau national. Ce noyau se consacrera à la rédaction et à la tenue à jour du Registre du Cancer.

Un crédit de 7 millions est prévu le 28 mai 1982 pour l'exercice 1983 « uniquement pour l'organisation et la tenue à jour d'un Registre du Cancer en attendant que l'A. S. B. L. Registre du Cancer ne devienne opérationnelle ».

Na besprekingen op het kabinet werd op artikel 12.35 hetzelfde doel, de som van 17,5 miljoen uitgetrokken als bijkomend krediet.

Die beslissing werd op 7 december 1982 door de Inspectie van Financiën (en vervolgens door de Minister van Begroting) goedgekeurd; ze wordt immers gecompenseerd door een vermindering op artikel 12.01.05 (betaalde som aan de geneesheren die geen hulpambtenaren zijn van de Administratieve Gezondheidsdienst).

Nationaal en internationaal karakter

De noodzaak om een nationaal karakter te bewaren voor de opstelling van een volledige lijst van het ziektecijfer door kanker berust in het bijzonder op de volgende punten :

De achttiende wereldvergadering voor de gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (W. H. O.) beslist op 20 mei 1965 een Internationaal Centrum voor Kankeronderzoek op te richten.

Dit I. C. K. zetelt sinds 1966 te Lyon.

Samen met de Verenigde Staten, Australië, Canada, de Sovjet-Unie, Frankrijk, Italië, de Bondsrepubliek Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Zweden, maakt ook België hiervan deel uit. De Belgische afgevaardigde ervan is lid van de beheerraad. De internationale zetel bleef in Lyon gevestigd.

Sinds 1979, waakt ons departement erover, op verzoek van het I. C. K., dat de gegevens van het Belgisch Kankerregister in een dadelijk bruikbare vorm door deze instelling in de door de W. H. O. uitgegeven wetenschappelijke werken voorgesteld worden.

Ons land betaalt een jaarlijkse bijdrage die tengevolge van de schommelingen van de dollar (aangenomen munt) variabel is : 25 600 000 F in 1982 (artikel 3450).

Dit Centrum « vormt het middel waardoor de deelnemende staten (waaronder België) en de Wereldgezondheidsorganisatie, in verbinding met de Internationale Vereniging ter bestrijding van kanker en met andere internationale belanghebbende organisaties, kunnen samenwerken met de bedoeling alle fasen van het onderzoek i.v.m. het kankerprobleem te stimuleren en te steunen » (statuut van I. C. K., artikel 1).

De registratie en de centralisatie van de jaarlijkse nationale gegevens in samenwerking met het centrum voor informatieverwerking bieden bovendien de mogelijkheid tot een drugdelijke vergelijkende studie volgens de specifieke elementen van de verschillende levenswijzen van de inwoners.

De enorme financiële lasten van de behandelingen en de vergoedingen voor kankerziekten vormen een essentieel element in het besparingsplan van Sociale Voorzorg.

4. Afslankpillen

U zal zich nog herinneren dat onlangs de nationale en internationale pers gewag heeft gemaakt van vermageringskuren die in ons land werden voorgeschreven, meer bepaald door associaties van geneesmiddelen.

Een onderzoek werd ingesteld in de verschillende provincies.

Maar het probleem was op medisch vlak zo belangrijk dat het advies van onze Academies voor Geneeskunde werd gevraagd; ik wens dan ook de leden van onze beide Academies te danken voor hun steeds daadwerkelijke medewerking.

Après des discussions au cabinet, une somme de 17,5 millions est prévue à l'article 12.35 en supplément à ce crédit dans le même but.

Cette décision est approuvée le 7 décembre 1982 par l'Inspection des Finances (et ensuite par le Ministre du Budget) car elle se trouve compensée par une réduction à l'article 12.01.05 (somme payée aux médecins non fonctionnaires auxiliaires du service de santé administratif).

Caractère national et international

La nécessité de préserver un caractère national à l'établissement d'un relevé complet de la morbidité cancéreuse repose en particulier sur les points suivants :

La dix-huitième assemblée mondiale de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (W. H. O.) décide, le 20 mai 1965, de créer un Centre international de Recherche sur le Cancer.

Ce C. I. R. C. siège depuis 1966 à Lyon.

Avec les Etats-Unis, l'Australie, le Canada, l'Union soviétique, la France, l'Italie, la République fédérale d'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Irlande et la Suède, la Belgique en fait partie. Le délégué belge en est membre du conseil d'administration. Le siège international est resté fixé à Lyon.

Depuis 1979, à la demande du C. I. R. C., notre département veille à ce que les données du Registre belge du Cancer soient présentées sous une forme directement utilisable par cet organisme dans les travaux scientifiques patronnés par l'O. M. S.

Notre pays paie une cotisation annuelle variable en raison des fluctuations du dollar (monnaie adoptée) : 25 600 000 F en 1982 (article 3450).

Ce centre « constitue le moyen par lequel les Etats participants (dont la Belgique) et l'Organisation mondiale de la Santé, en liaison avec l'Union internationale contre le Cancer et d'autres organisations internationales intéressées, peuvent coopérer en vue de stimuler et de soutenir toutes les phases de la recherche relative au problème du cancer » (statut du C. I. R. C., art. 1).

L'enregistrement et la centralisation de données annuelles nationales, en collaboration avec le Centre du traitement de l'information, permettent en outre une étude comparative valable selon les éléments particuliers des différents modes de vie des habitants.

Les énormes charges financières représentées par les traitements et les indemnités provoqués par les maladies cancéreuses constituent un élément essentiel dans l'établissement d'une économie de la Prévoyance sociale.

4. Pilules « amaigrissantes »

Vous vous souviendrez que la presse nationale et internationale a récemment fait écho de cures d'amaigrissement prescrites dans notre pays et plus précisément par l'administration d'associations de médicaments.

Une enquête a été menée dans plusieurs provinces.

Mais au niveau médical le problème a pris une importance telle que l'avis de nos Academies de médecine a été sollicité; je tiens par ailleurs à remercier les membres de nos deux Academies de médecine pour leur collaboration efficace.

Deze hoogste medische instanties van ons land hebben ons laten weten het volgende :

« 1. Vaste associaties in het kader van een vermageringskuur op basis van minstens twee van de volgende bestanddelen : (1) een thyroïde derivaat, (2) een tranquilizer of slaapmiddel, (3) een anorexigeen, (4) een diureticum, zijn gevaarlijk.

2. Gezien dat gevaar en gezien er geen indicaties zijn voor dergelijke vaste associaties, stelt de Gemeenschappelijke Commissie voor deze associaties te verbieden. »

Het bestuur onderzoekt de wettelijke maatregelen die ingevolge dat advies moeten genomen worden. Maar nu reeds werd dit aan gans het geneeskundig korps overgezonden, en ik ben ervan overtuigd dat de geneesheren nu reeds met deze aanwijzingen rekening houden.

5. Drugprobleem

De aandacht van het departement is ook gericht op het probleem van het druggebruik.

Met tevredenheid kunnen wij vaststellen dat onze provinciale geneeskundige commissies zich volledig inzetten om dit zeer complex probleem te beheersen, en de oplossingen te brengen die voor elke streek het best aangepast zijn.

Een rondschrijven werd gestuurd teneinde het geneeskundig korps te sensibiliseren voor het probleem en hen te steunen.

Onze diensten voor geestelijke gezondheidszorg, zowel in intra- als extra-muros, kunnen instaan voor de opvang van deze patiënten; de eerstvolgende dagen zal de lijst van deze instellingen opnieuw verspreid worden.

Onze wetgeving over de geneesmiddelen en de geneeskunst biedt zeer ruime mogelijkheden; indien een aanpassing nodig is kan zulks.

Het is belangrijk dat zowel het geneesherenkorps als de patiënt en zijn familie beseffen dat de strijd zal voortgezet worden.

B. Leefmilieu

De hoofdpunten uit het programma voor 1983 zijn de volgende :

1. Verhoging van de operationaliteit van de diensten

De ambtenaren die zich binnen het departement bezighouden met de leefmilieuproblematiek zijn verspreid over een aantal besturen en diensten. Die historisch gegroeide situatie is zeker niet bevorderlijk voor de operationaliteit.

De herstructurering van het departement ten gevolge van de regionalisatie van een deel van de ambtenaren is een goede gelegenheid om die toestand te verhelpen.

Het is de bedoeling een bestuur voor het leefmilieu op te richten waarin alle taken worden verenigd die op leefmilieugebied tot de bevoegdheid van de nationale overheid blijven behoren, zowel op het gebied van reglementering en toezicht als op dat van de coördinatie tussen de departementen en het overleg met de gewesten.

In een eerste stadium kan dit bestuur worden opgericht zonder uitbreiding van het personeelsbestand.

Cette plus haute autorité médicale du pays nous communique le commentaire suivant :

« 1. Des associations de médicaments administrées dans le cadre d'une cure d'amaigrissement et constituées sur la base de deux des composants suivants au moins : (1) un dérivé thyroïdien, (2) un tranquillisant ou un somnifère, (3) anorexigène, (4) un diurétique, sont dangereuses.

2. Eu égard au danger et à l'absence d'indications pour de telles associations médicamenteuses, la Commission commune propose d'interdire ces associations. »

L'administration étudie les mesures légales qui s'imposent à la suite de cet avis. Mais dès à présent l'avis a été communiqué à l'ensemble du corps médical et je suis convaincu que les médecins tiendront compte de ces indications.

5. Les problèmes de la drogue

L'attention du département se porte également sur le problème de la drogue.

C'est avec une réelle satisfaction que nous constatons que nos commissions médicales provinciales consacrent toute leur énergie à ce problème et à trouver les solutions les mieux adaptées à chaque région.

Une circulaire a été adressée au corps médical afin de le sensibiliser au problème et de soutenir son action.

Nos services de santé mentale sont en mesure d'assurer la prise en charge des patients tant à l'intérieur des établissements que par leurs structures extra-muros; une nouvelle liste de ces établissements sera distribuée dans un très proche avenir.

Notre législation sur les médicaments et l'art de guérir offre de très larges possibilités et, dans le cas où une modification s'imposerait, elle pourra être réalisée.

Il est essentiel que tant le corps médical que le patient et sa famille comprennent que la lutte entamée sera poursuivie.

B. Environnement

Points essentiels du programme 1983 :

1. Amélioration du niveau opérationnel des services

Les fonctionnaires chargés des problèmes de l'environnement au sein du département sont répartis sur un certain nombre d'administrations et de services. Cette situation est l'aboutissement d'une évolution historique mais ne contribue certes pas à rendre leur action opérationnelle.

La restructuration du département — conséquence de la régionalisation d'une partie des fonctionnaires — constitue un moment favorable pour remédier à cet état des choses.

Nous avons l'intention de créer une administration de l'environnement centralisant toutes les tâches qui ressortissent encore à la compétence de l'autorité nationale tant en ce qui concerne la réglementation et le contrôle qu'en matière de coordination entre les départements et la concertation avec les régions.

Dans une première phase, la création de cette administration ne nécessite pas d'extension du cadre du personnel.

Voor de interdepartementale concentratie zullen voorstellen aan mijn Collega's worden voorgelegd tot oprichting bij het Bestuur Leefmilieu van een interdepartementale cel met ambtenaren van niveau 1 van alle betrokken departementen.

Tegelijk zal ook worden onderzocht op welke manier het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie moet worden gestructureerd om met de beschikbare middelen het hoofd te bieden aan het steeds groeiende aantal opdrachten dat het uit te voeren heeft voor de nationale regering, de gemeenschappen en gewesten.

2. Bescherming van de bevolking tegen de gevaren verbonden aan kernenergie

Er wordt voorzien in de oprichting van meetnetten, die via een beperkt aantal parameters, real-time informatie verstrekken zodat onmiddellijk de nodige maatregelen kunnen genomen worden wanneer enige verontreiniging mogelijk is of een incident wordt vermoed.

Het betreft hier zowel metingen in de lucht als in het water. Dat meetnet is een aanvulling van de bestaande meetnetten rond de kerncentrales die verder zullen gebruikt worden voor de radiologische controle.

Voorts worden de nodige kredieten uitgetrokken voor het uitvoeren van metingen en studies in verband met de evaluatie van de invloed van de bouw van de kerncentrale te Chooz op het milieu. Het gaat hier enerzijds om metingen die worden uitgevoerd binnen een programma in samenwerking met de Franse overheid en waarvoor tot een wederzijdse aanvaarding van de resultaten is overeengekomen, en anderzijds om de verwerking van die resultaten via modellen om de mogelijke weerslag op het milieu te voorzien.

3. Water

Wat de reglementering betreft zal de aandacht vooral gaan naar de verdere herziening van de sectoriële lozingsvoorwaarden en, wanneer het ontwerp van wet voor het opstellen van kwaliteitsnormen voor oppervlaktewater met een bepaalde bestemming, dat bij de Kamers in behandeling is, wordt goedgekeurd, naar het vastleggen van dergelijke criteria.

Op het gebied van de drinkwaterproductie en de drinkwaterdistributie zal bijzondere aandacht gegeven worden aan de technische reglementering inzake drinkwater. Wetsontwerpen ter goedkeuring van Internationale Overeenkomsten zullen ook binnenkort bij het Parlement ingediend worden: Conventie van Parijs, Conventie van Oslo, Conventie van Londen.

Op studiegebied werden op artikel 12.52 kredieten uitgetrokken voor een studie over de weerslag op het Schelde-estuarium van de thermische lozingen van de kerncentrale te Doel door de beheersing van het mathematisch model van de Noordzee en het Schelde-estuarium.

4. Lucht

Een van de belangrijke problemen op het gebied van luchtverontreiniging is de verzuring van het leefmilieu. De invloed van de zwaveldioxideemissies laat zich niet alleen gevoelen via het transport over lange afstand dat leidt tot de gekende « zure regens » in de Scandinavische landen, maar is ook bij ons merkbaar.

Des propositions seront soumises à mes collègues, portant sur la concertation interdépartementale; elles visent l'institution auprès de l'administration de l'environnement d'une cellule interdépartementale groupant des fonctionnaires de niveau 1 de tous les départements concernés.

Il faudra simultanément étudier la structure à donner à l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie qui lui permettra de faire face avec les moyens disponibles au nombre sans cesse croissant de missions à accomplir pour le Gouvernement national, les communautés et les régions.

2. Protection de la population contre les dangers de l'énergie nucléaire

Nous prévoyons la mise en place de réseaux de mesure qui donneront des informations en temps réel par le biais d'un nombre restreint de paramètres afin que les dispositions nécessaires puissent être prises immédiatement lorsqu'un cas de pollution pourrait se produire ou qu'un incident est suspecté.

Il s'agit de mesures de la qualité tant de l'air que de l'eau. Ce réseau de mesures complète les réseaux existant autour des centrales nucléaires qui seront affectés à la surveillance radiologique.

En outre, les crédits nécessaires sont prévus pour la réalisation de mesures et d'études concernant l'évaluation de l'impact sur l'environnement de l'implantation de la centrale nucléaire de Chooz. Il s'agit d'une part de mesures effectuées dans le cadre d'un programme mis en œuvre en collaboration avec les autorités françaises et qui a fait l'objet d'un engagement mutuel portant sur l'acceptation des résultats et, d'autre part, du traitement de ces résultats par recours à des modèles destinés à prévoir l'impact éventuel sur le milieu.

3. L'eau

En ce qui concerne la réglementation, une attention particulière sera accordée à la poursuite de la révision des conditions sectorielles de déversement et à la fixation de tels critères lorsque le projet de loi relatif à la détermination des normes de qualité pour les eaux de surface affectées à une destination particulière en discussion à la Chambre sera approuvé.

Dans le domaine de la production d'eau de boisson et de distribution d'eau potable, l'accent sera placé principalement sur la réglementation technique concernant l'eau potable. Des projets de loi approuvant les Conventions internationales seront également présentés prochainement aux Chambres: la Convention de Paris, la Convention d'Oslo, la Convention de Londres.

Quant aux études, l'article 12.52 prévoit des crédits pour une étude de l'impact des déversements thermiques de la Centrale nucléaire de Doel sur l'estuaire de l'Escaut-étude réalisée par l'unité de gestion du modèle mathématique de la Mer du Nord et de l'Estuaire de l'Escaut.

4. L'air

L'un des problèmes importants dans le domaine de la pollution de l'air est l'acidification de l'environnement. L'influence des émissions de dioxyde de soufre ne se manifeste pas seulement par le transport sur de longues distances, ce qui provoque les « pluies acides » bien connues dans les pays scandinaves mais leur impact se fait également sentir chez nous.

Het koninklijk besluit van 8 augustus 1975 bepaalt maatregelen tot beperking van de emissies van industriële verbrandingsinstallaties. De ontwikkeling van het industrieel patroon en de economische situatie maken een herziening van de maatregelen noodzakelijk.

Met de betrokken departementen en de gewesten wens ik een beleidsplan op te stellen voor het verminderen van de zwaveldioxide. Dit plan moet gebaseerd zijn op grondige studies van de mogelijke alternatieven voor beperking van de emissies, rekening houdend met de vermoedelijke ontwikkeling van het brandstofverbruik voor verschillende doeleinden (industrie, verwarming, verkeer) en het moet gericht zijn op het waarborgen van een aanvaardbare kwaliteit van de lucht.

Daarnaast zullen ook normen voor de kwaliteit van de lucht in de omgeving voor andere parameters worden uitgewerkt, in de eerste plaats voor lood.

Bijzondere aandacht zal eveneens gaan naar de kwaliteit van de lucht binnen gebouwen in verband met het gebruik van bepaalde bouwmaterialen of -technieken. »

III. — ALGEMENE BESPREKING

A. Volksgezondheid

1. Algemeen

Vraag :

Hoe verloopt de overheveling van het personeel van het ministerie van Volksgezondheid naar de Gemeenschappen en de Gewesten ?

Welke diensten zijn daarbij betrokken ?

Hoe zal het departement van Volksgezondheid controle uitoefenen op de nieuwe diensten van de Gemeenschappen en de Gewesten ?

Hoe zullen de kredieten worden overgedragen ?

Antwoord :

De overheveling van personeelsleden van het ministerie van Volksgezondheid naar de ministeries van de Gemeenschappen en van de Gewesten geschiedt conform de desbetreffende reglementering (cfr. het koninklijk besluit van 12 februari 1980 zoals later gewijzigd).

De diensten die naar dit nieuw ministerie worden overgeheveld, worden opgesomd hieronder alsmede hun budgettaire terugslag.

Deze diensten vallen niet langer onder de controle van de nationale overheid doch onder de controle van de betrokken Executieve.

Aantal overgeheveldde betrekkingen

Traditioneel ministerie — Ministère traditionnel	Betrokken dienst — Service concerné	Aantal betrekkingen over te hevelen naar Gemeenschappen (1)		Aantal betrekkingen over te hevelen naar Gewesten (1)		Totaal. — Total	
		Nombre d'emplois à transférer aux Communautés (1)		Nombre d'emplois à transférer aux Régions (1)		Gemeen- schappen — Commu- nautés	Gewesten — Régions
Volksgezondheid. — Santé publique	1. Bestuursafdeling van de volksgezondheid. — Administration de l'hygiène publique	58	G.O./T.P.	12	G.O./T.P.		
	2. Bestuursafdeling voor de sanitaire bouwkunde. — Administration du génie sanitaire			42	I.O./T.I.		

(1) G.O. : gedeeltelijke overheveling.

I.O. : integrale overheveling.

I.O.N.K. : integrale overheveling met behoud van nationale kern.

L'arrêté royal du 8 août 1975 a instauré une série de mesures limitant les émissions pour les installations de combustion. L'évolution du schéma industriel et la situation économique imposent une révision de ces mesures.

Je souhaite élaborer, en collaboration avec les départements concernés et les régions, un plan fixant la politique à suivre en vue d'une réduction des émissions de dioxyde de soufre. Ce plan doit être basé sur des études approfondies des alternatives possibles à la limitation des émissions, compte tenu de l'évolution prévue de la consommation de combustible dans différents secteurs (industrie, chauffage, circulation) et sera axé sur la garantie d'une qualité de l'air acceptable.

De plus, des normes de qualité de l'air ambiant seront mises au point pour d'autres paramètres et en premier lieu pour le plomb.

Une attention particulière sera aussi accordée à la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments et ce, dans l'optique de la relation avec les matériaux ou techniques de construction utilisés ».

III. — DISCUSSION GENERALE

A. Santé publique

1. Généralités

Question :

Comment s'effectue le transfert du personnel du Ministère de la Santé publique aux Communautés et aux Régions ?

Quels services affecte-t-il ?

Comment le contrôle du Ministère de la Santé publique s'effectuera-t-il sur les nouveaux services communautaires et régionaux ?

Comment se fait le transfert des crédits ?

Réponse :

Le transfert de membres du personnel du Ministère de la Santé publique vers les Ministères des Communautés et des Régions s'effectue conformément à la réglementation en la matière (cfr. l'arrêté royal du 12 février 1980, tel qu'il a été modifié par la suite).

Les services transférés vers ces nouveaux ministères de même que leur incidence budgétaire sont énumérés ci-dessous.

Ces services ne ressortissent plus au contrôle de l'autorité nationale mais bien à celui des Exécutifs concernés.

Nombre d'emplois transférés

Aantal overgehevelde betrekkingen (vervolg)

Nombre d'emplois transférés (suite)

Traditioneel ministerie Ministère traditionnel	Betrokken dienst Service concerné	Aantal betrekkingen over te hevelen naar Gemeenschappen (1) Nombre d'emplois à transférer aux Communautés (1)		Aantal betrekkingen over te hevelen naar Gewesten (1) Nombre d'emplois à transférer aux Régions (1)		Totaal. — Total	
						Gemeen- schappen — Commu- nautés	Gewesten — Régions
Volksgezondheid. — Santé publique	3. Bestuursafdeling der sociale geneeskunde, met uitzondering van de sociaal medische rijksdienst en de gerechtelijke geneeskundige dienst. — Administration de la médecine sociale, à l'exclusion de l'Office médico-social de l'Etat et de l'Office médico-légal	87	I.O.N.K. T.I.C.N.				
	4. Bestuursafdeling voor de verpleeginrichtingen. Administration des établissements de soins :						
	— Studiën, geschillen en raad voor de ziekenhuizen. — Etudes, contentieux et conseil des hôpitaux	22	G.O./T.P.				
	— Technische dienst. — Service technique	30	I.O.N.K. T.I.C.N.				
	— Dienst voor ziekenhuizen en inspectie der scholen voor verpleegpersoneel. — Service des hôpitaux et inspection des écoles pour personnel paramédical	38	I.O.N.K. T.I.C.N.				
	— Dienst voor geestelijke gezondheid. — Service de la santé mentale	16	I.O.N.K. T.I.C.N.				
	5. Bestuursafdeling voor het maatschappelijk welzijn. — Administration de l'aide sociale :						
	— Directie. — Direction	2	G.O./T.P.				
	— Gemeenschappelijk diensten. — Services communs	21	I.O./T.I.				
	— Maatschappelijk welzijn. — Aide sociale	45	G.O./T.P.				
	— Bijzonder maatschappelijk welzijn. — Aide sociale spéciale	107	I.O./T.I.				
	— Rustoorden. — Maisons de repos	29	I.O./T.I.				
	— Studiedienst. — Service d'études	29	I.O./T.I.				
	6. Bestuur voor gezinszorg met inbegrip van het centrum voor bevolkings- en gezinsstudiën en het secretariaat van de hoge raad voor het gezin en de derde leeftijd. — Direction de la famille, y compris le centre d'étude de la population et de la famille et le secrétariat du conseil supérieur de la famille et du troisième âge	73	I.O./T.I.				
	7. Rijkspsychiatrische ziekenhuizen. — Hôpitaux psychiatriques de l'Etat	1 594	I.O./T.I.				
	8. Rijksdomein Hofstade. — Domaine de l'Etat d'Hofstade	45	I.O./T.I.				
	9. Algemene diensten. — Services généraux	229	G.O./T.P.	33	G.O./T.P.	2 425	87
		2 417		87			

(1) G.O. : gedeeltelijke overheveling.
I.O. : integrale overheveling.
I.O.N.K. : integrale overheveling met behoud van nationale kern.

(1) T.P. : transfert partiel.
T.I. : transfert intégral.
T.I.C.N. : transfert intégral avec maintien d'une cellule nationale.

Bedrag overgedragen kredieten — Volksgezondheid

(in miljoenen F)

Sectie / artikel	Overdrachten Gemeenschappen en Gewesten
Titel I	
S. 31	
Art. 11.03.03	453,2
S. 32	
Art. 11.03.03	39,3
Art. 12.65	9,7
S. 33	
Art. 11.03.05	203,9
Art. 11.04.05	1,6
Art. 11.05	1,0
Art. 12.01.05	1,1
Art. 11.02.05	49,2
Art. 12.03.05	30,7
Art. 12.04.05	5,6
Art. 12.05.05	13,5
Art. 12.06.05	56,8
	(77,0) (3)
Art. 12.07.05	0,3
Art. 33.79	0,4
S. 34	
Art. 11.03.07	—
Art. 11.03.08	—
S. 35	
Art. 11.03.04	18,4
Art. 12.50.04	6,7
Titel II	
S. 32	
Art. 74.01.09	0,3
S. 33	
Art. 74.01.05	2,2
S. 35	
Art. 74.01.04	—
Totaal	894,1
	(+ 77,0) (3)

Vraag :

Bij de staatshervorming werd de bevoegdheid inzake preventieve geneeskunde aan de gemeenschappen toegewezen. Ook een deel van de curatieve geneeskunde behoort tot hun bevoegdheid, terwijl de normen en de middelen nationaal blijven.

Het gaat hier toch om één geheel.

Moet ter bevordering van een verantwoord beheer niet een gedeelte van de geldmiddelen van het R. I. Z. I. V. aan de Gemeenschappen worden toegewezen ?

(3) Een bijkomende vermindering van 77,0 dient toegepast te worden op art. 12.06.05 voor de 4 Rijksinstellingen voor geesteszieken (huurprijs die tot dusver steeds op dit artikel werd aangerekend).

Montants des crédits transférés — Santé publique

(en millions de F)

Section / article	Transferts Communautés et Régions
Titre I	
S. 31	
Art. 11.03.03	453,2
S. 32	
Art. 11.03.03	39,3
Art. 12.65	9,7
S. 33	
Art. 11.03.05	203,9
Art. 11.04.05	1,6
Art. 11.05	1,0
Art. 12.01.05	1,1
Art. 11.02.05	49,2
Art. 12.03.05	30,7
Art. 12.04.05	5,6
Art. 12.05.05	13,5
Art. 12.06.05	56,8
	(77,0) (3)
Art. 12.07.05	0,3
Art. 33.79	0,4
S. 34	
Art. 11.03.07	—
Art. 11.03.08	—
S. 35	
Art. 11.03.04	18,4
Art. 12.50.04	6,7
Titre II	
S. 32	
Art. 74.01.09	0,3
S. 33	
Art. 74.01.05	2,2
S. 35	
Art. 74.01.04	—
Total	894,1
	(+ 77,0) (3)

Question :

La réforme de l'Etat a attribué la compétence en matière de médecine préventive aux Communautés. Une partie de la médecine curative leur revient également, alors que les normes et les moyens sont nationaux.

Or, il s'agit d'un ensemble.

Dès lors, si l'on veut promouvoir une gestion responsable, ne faut-il pas communautariser une partie des moyens financiers de l'I. N. A. M. I. ?

(3) Une diminution supplémentaire de 77,0 doit être appliquée à l'art. 12.06.05 pour les 4 hôpitaux psychiatriques de l'Etat (loyer qui jusqu'à présent était toujours imputé à cet article).

Antwoord :

De preventieve geneeskunde behoort inderdaad tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Deze hebben nochtans ook bevoegdheid over een reeks aspecten van de curatieve gezondheidszorg.

Een volledige communautarisering van de gezondheidszorg lijkt evenwel niet wenselijk, gelet op de binding ervan met de ziekteverzekering die onafscheidelijk gebonden is met de sociale zekerheid, materie die tot de nationale bevoegdheid blijft behoren.

Vraag :

Een overzicht wordt gevraagd van de profylactische acties die op nationaal vlak gevoerd worden (uitzondering op de algemene bepaling tot communautarisering van de wet van 8 augustus 1980).

Antwoord :

Onder de profylactische acties behoort alleen het polio-vaccin nog tot de nationale bevoegdheid (13,2 miljoen). Subsidies mogen evenwel nog worden toegekend aan instellingen waarvan de actie of het speurwerk bijdragen tot de verbetering van de volksgezondheid.

Dit is op nationaal vlak het geval met het aanleggen van een kankerregister.

Vraag :

Waaruit bestaan in sectie 51 de lasten uit het verleden, ten belope van ongeveer 6 miljard ?

Is er overeenstemming over het ogenblik waarop de gemeenschappen die lasten zullen overnemen ?

Antwoord :

De lasten van vóór 1 januari 1980 met betrekking tot de materies die zijn overgedragen tengevolge van de hervorming der instellingen, zijn ingeschreven onder Sectie 51 van de Titels I en II :

Titel I	...	4 816,9 miljoen F
Titel II — Deel II	...	1 243,0 miljoen F
Totaal	...	6 059,9 miljoen F

Deze kredieten zijn ingeschreven op de begroting van het departement ter uitvoering van de beslissing van het Ministerieel Comité voor Institutionele Hervormingen van 5 september 1979, krachtens welke de « lasten van het verleden » met betrekking tot de materies overgedragen tengevolge van de hervorming der instellingen, ten laste vielen van de nationale begrotingen. « De lasten van het verleden » vertegenwoordigen de uitgaven voortvloeiend uit verbintenissen aangegaan vóór 1 januari 1980 voor de materies die het voorwerp zijn van een bevoegdheidsoverdracht, hetzij van het Nationaal Parlement en van de Nationale Regering naar de Gemeenschappen en naar de Gewesten (§ 1 van de Secties 51), hetzij van de Gewesten naar de Gemeenschappen (§ 2 van de Secties 51).

Het betreft hier hoofdzakelijk intresten (Titel I) en aflossingen (Titel II) van leningen aangegaan bij het Gemeentekrediet van België voor de financiering van werken.

Vraag :

Een steeds groeiend aantal geneesheren, tandartsen en paramedici komt op de arbeidsmarkt terecht, terwijl de techniek en de grondstoffen duurder worden. Omwille van de crisis evenwel neemt het aantal patiënten af.

Réponse :

La médecine préventive entre en effet dans les compétences des Communautés. Celles-ci sont toutefois compétentes pour une série d'aspects des soins de santé curatifs.

Une communautarisation totale des soins de santé ne semble pas souhaitable vu le lien étroit existant entre ces soins et l'assurance maladie, elle-même inséparable de la sécurité sociale, matière ressortissant aux compétences nationales.

Question :

Un membre désire obtenir un aperçu des actions prophylactiques qui sont organisées sur le plan national (par dérogation à la disposition générale de la loi du 8 août 1980 qui attribue cette matière aux Communautés).

Réponse .

Parmi les mesures prophylactiques, seul le vaccin contre la poliomyélite entre dans le cadre des compétences nationales (13,2 millions). Des subventions peuvent toutefois encore être octroyées à des institutions dont les travaux de recherches contribuent à l'amélioration de la santé publique.

C'est le cas notamment, au niveau national, avec la constitution d'un registre du cancer.

Question :

En quoi consistent les charges du passé d'un montant d'environ 6 milliards prévues à la section 51 ?

Y a-t-il un accord sur le moment où les Communautés les reprendront ?

Réponse :

Les charges antérieures au 1^{er} janvier 1980 relatives aux matières transférées dans le cadre de la réforme des institutions sont inscrites à la Section 51 des Titres I et II :

Titre I	...	4 816,9 millions de F
Titre II — Partie II	...	1 243,0 millions de F
Total	...	6 059,9 millions de F

Ces crédits sont inscrits au budget du département en exécution de la décision du Comité ministériel des Réformes institutionnelles du 5 septembre 1979, prévoyant que les « charges du passé » relatives aux matières transférées dans le cadre de la réforme des institutions, tombaient à charge des budgets nationaux. « Les charges du passé » représentent les dépenses provenant d'engagements contractés avant le 1^{er} janvier 1980 pour les matières faisant l'objet d'un transfert de compétence soit du Parlement national et du Gouvernement national aux Communautés et aux Régions (§ 1 des Sections 51), soit des Régions aux Communautés (§ 2 des Sections 51).

Il s'agit principalement des intérêts (Titre I) et des amortissements (Titre II) d'emprunts contractés auprès du Crédit Communal de Belgique pour le financement de travaux.

Question :

Un nombre sans cesse croissant de médecins, de dentistes, et de paramédicaux débouchent sur le marché et le coût des techniques et des matières premières augmente alors qu'en raison de la crise, le nombre de patients diminue.

Hoe wil de Minister het aanbod verminderen teneinde de verpaupering van de hele sector te voorkomen?

Antwoord :

Er zij in de eerste plaats opgemerkt dat het aanbod in de komende jaren normaliter moet verminderen gelet op de ontwikkeling van het aantal jongeren van achttien jaar en de vermindering van het aantal eerstejaars studenten. Dit aantal volgt sedert kort dezelfde trend.

Er is echter geen ideale spreiding van het aanbod. In sommige streken is het al te groot en in andere ontoereikend. Derhalve moeten niet alleen de studenten — eventuele kandidaten — maar ook degenen die hun studies pas beëindigd hebben en die zich willen vestigen, worden voorgelicht.

Daarom heeft het departement onlangs een ruime voorlichtingscampagne op touw gezet.

Vraag :

Met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg worden twee opmerkingen gemaakt :

a) bij de uitbouw van de thuisgezondheidszorgcentra moet er over worden gewaakt dat de lokale organisaties hun rol kunnen blijven spelen;

b) bij de organisatie van de dringende geneeskundige hulp dient voldoende aandacht te worden besteed aan het gebruik van de telecommunicatiemiddelen, derwijze dat de verschillende betrokken partijen op een gecoördineerde wijze kunnen samenwerken (vb. het ziekenhuis, de patiënt, de geneesheer enz. ...).

Wat wordt er voorts gedaan om het aantal opnamen met de dienst 900 te verminderen?

Antwoord :

In de huidige stand van zaken lijkt een ver doorgedreven organisatie van de thuisgezondheidszorg niet wenselijk.

Er moet veeleer worden gebruik gemaakt van de bestaande diensten, die overigens voortreffelijke zorgen verlenen, en deze dienen beter op elkaar te worden afgestemd zonder aan de eigenheid ervan afbreuk te doen.

In geen geval mag het de bedoeling zijn bepaalde organisaties die zich met thuisgezondheidszorg bezighouden, te bevoordelen.

De uitbouw van de thuisgezondheidszorg gaat gepaard met budgettaire problemen. Vóór de economische crisis uitbrak zouden voor deze uitbouw gemakkelijk bijkomende financiële middelen gevonden zijn. Vandaag de dag is dit veel moeilijker, want er moeten middelen getransfereerd worden uit andere sectoren, zoals bvb. de ziekenhuissector, zonder dat zulks bijkomende uitgaven vergt.

De huisarts moet in de eerstelijnszorg een centrale rol spelen. Toch mogen de huidige experimenten in de thuisgezondheidszorg niet leiden tot het oprichten van « poliklinieken » waarin de huisarts geïntegreerd is. Dergelijke poliklinieken zijn immers niet te vergelijken met groepsparktijken die als lokale gezondheidscentra functioneren.

Deze experimenten zijn thans weliswaar mogelijk in het kader van de ziekteverzekering, hoewel er problemen rijzen inzake financiering van prestaties die op dit ogenblik niet terugbetaalbaar zijn (vb. die van een sociaal assistente), evenals inzake de wijze van betaling der huisartsen.

De problematiek van de dringende geneeskundige hulp wordt momenteel door een werkgroep op het kabinet van de Minister bestudeerd. Nog vóór de zomervakantie zullen,

Comment le Ministre envisage-t-il de réduire l'offre de façon à éviter la paupérisation de tout le secteur?

Réponse :

Il y a d'abord lieu d'observer que l'offre médicale doit normalement diminuer au cours des prochaines années vu l'évolution du nombre de jeunes âgés de dix-huit ans et la diminution du nombre d'étudiants de première année, nombre qui suit depuis peu cette tendance.

Cependant, la distribution de l'offre médicale ne peut pas être considérée comme idéale. Certaines régions connaissent une pléthore, tandis que l'offre est insuffisante dans d'autres. Il faut dès lors non seulement informer les étudiants candidats éventuels mais aussi ceux qui viennent de terminer leurs études et qui veulent s'établir.

C'est pour cette raison que le département a organisé récemment une très vaste campagne d'information.

Question :

Au sujet des soins de santé primaires, deux remarques sont formulées :

a) en organisant les centres de soins à domicile, il faut veiller à ce que les organisations locales puissent continuer à y jouer leur rôle;

b) en organisant l'aide médicale urgente, il y a lieu de prêter suffisamment d'attention à l'emploi des moyens de télécommunications de manière que les différentes parties intéressées puissent collaborer d'une manière coordonnée (ex. hôpital, patient, médecin, etc...)

D'autre part, que fait-on pour diminuer le nombre d'hospitalisations par le service 900?

Réponse :

Il ne semble pas souhaitable actuellement d'organiser les soins à domicile d'une manière extrême.

Il faut plutôt faire appel aux services existants, qui disposent d'ailleurs d'excellents soins, et les coordonner sans porter préjudice à leur caractère propre.

Il ne peut en aucun cas être question d'avantager certaines organisations s'occupant des soins à domicile.

Le développement de ces soins est lié à des problèmes budgétaires. Avant la crise économique on aurait facilement trouvé les moyens financiers nécessaires à cette organisation. C'est chose bien plus difficile actuellement car il faut transférer les moyens d'autres secteurs, comme p. ex. le secteur hospitalier, sans entraîner de dépenses supplémentaires.

Le généraliste doit jouer en matière de soins primaires un rôle central. Les expériences de soins primaires ne peuvent toutefois donner lieu à la création de « polycliniques » dans lesquelles le généraliste est intégré. De telles polycliniques ne doivent pas être comparées avec des pratiques de groupe faisant office de centres de santé locaux.

De telles expériences sont actuellement possibles dans le cadre de l'assurance maladie, quoique des problèmes se posent en matière de financement des prestations, qui ne sont pas remboursées actuellement (p. ex. celles d'une assistante sociale), ainsi qu'au sujet du mode de paiement des généralistes.

La problématique de l'aide médicale urgente est actuellement étudiée par un groupe de travail au sein du cabinet du Ministre. Avant les vacances d'été, des expériences

in samenwerking met de dienst 900, een aantal experimenten met een nieuw communicatiesysteem worden gedaan. In dit verband zij verwezen naar een reeks testen die nu reeds in de streek van Overijse plaatshebben.

Vraag :

Zijn er gegevens voorhanden die erop wijzen dat groepspraktijken minder uitgaven tot gevolg hebben?

Is een forfaitaire geneeskunde budgettair haalbaar?

Antwoord :

Gelet op het groot aantal geneesheren op dit ogenblik is een forfaitaire geneeskunde, waarbij iedere arts een vaste vergoeding krijgt, wellicht onbetaalbaar tenzij een numerus clausus van het aantal beoefenaars zou worden ingesteld.

Vraag :

Worden er maatregelen genomen tegen het zg. « connexisme »? De voormalige Minister van Volksgezondheid heeft destijds meerdere malen verklaard dat heel wat miljarden kunnen bespaard worden door dergelijke praktijken te verbieden.

Antwoord :

Het verbieden van het connexisme (dit zijn medisch-technische prestaties voorgeschreven en uitgevoerd door de behandelende geneesheer zelf) vormt reeds sedert geruime tijd het voorwerp van discussies in de schoot van het R. I. Z. I. V. Er bestaan terzake twee strekkingen. De ene strekking stelt dat het uitvoeren van medisch-technische prestaties door specialisten goedkoper uitvalt dan indien deze door huisartsen worden verricht.

De tweede strekking beweert het tegenovergestelde.

De toeneming van de uitgaven te wijten aan het connexisme werd nochtans reeds gedeeltelijk afgeremd door de nieuwe nomenclatuur voor de klinische biologie. De herziening van de nomenclatuur in deze sector heeft tot een besparing van 6 à 7 miljard geleid.

Vraag :

Denkt de Minister nog aan het invoeren van het gezondheidsboekje als middel tot bezuiniging? Zo ja, wanneer zal dit gebeuren?

Antwoord :

De Minister is niet gekant tegen het gezondheidsboekje. Men moet zich nochtans geen illusies maken omtrent de bezuinigingen die hierdoor zouden kunnen worden gerealiseerd. De voordelen ervan dienen onderzocht te worden.

Vraag :

De R. I. Z. I. V.-nomenclatuur wordt met het jaar ingewikkelder en vergt derhalve ook meer en meer administratief werk. Moet hier niet vereenvoudigd worden?

Antwoord :

De R. I. Z. I. V.-nomenclatuur werkt inderdaad de indruk vrij complex te zijn. Die complexiteit is veelal te wijten aan het invoeren van nieuwe technieken die telkens een wijzi-

seront faites à l'aide d'un nouveau système de communication en collaboration avec le service 900. On peut se référer à ce sujet à une série de tests qui sont pratiqués actuellement dans la région d'Overijse.

Question :

Y a-t-il des données qui indiquent que les pratiques de groupe entraînent moins de dépenses?

Une médecine au forfait est-elle réalisable budgétairement?

Réponse :

Vu le nombre actuellement élevé de médecins, une médecine au forfait où chaque médecin recevrait une indemnité fixe est probablement impossible à payer à moins d'instaurer un numerus clausus du nombre de praticiens.

Question :

Des mesures sont-elles prises envers ledit « connexisme »? Le Ministre de la Santé publique précédent a, à l'époque, déclaré à maintes reprises que bien des milliards pourraient être économisés si de telles pratiques étaient interdites.

Réponse :

L'interdiction du connexisme (ce sont des prestations médico-techniques prescrites et exécutées par le médecin traitant lui-même) est déjà depuis longtemps l'objet de discussions au sein de l'I. N. A. M. I. Il y a deux tendances. L'une prétend que l'exécution de prestations médico-techniques par des spécialistes revient moins cher que si elles sont accomplies par des généralistes.

La seconde tendance affirme le contraire.

L'augmentation des dépenses dues au connexisme a cependant déjà été freinée par la nouvelle nomenclature de la biologie clinique. La révision de la nomenclature de ce secteur a apporté une économie de 6 à 7 milliards.

Question :

Le Ministre songe-t-il encore à introduire le carnet sanitaire comme moyen d'économie? Dans l'affirmative, quand cela se fera-t-il?

Réponse :

Le Ministre ne s'oppose pas au carnet sanitaire. Il ne faut toutefois pas se faire d'illusions sur les économies que son introduction pourrait amener. Il faut en examiner les avantages.

Question :

La nomenclature de l'I. N. A. M. I. devient chaque année plus complexe et elle exige donc un travail administratif croissant. Une simplification ne s'impose-t-elle pas?

Réponse :

La nomenclature de l'I. N. A. M. I., donne en effet l'impression d'être assez complexe. Cette complexité est due surtout à l'introduction de nouvelles techniques qui exigent

ging van de nomenclatuur vergen. Men mag evenwel niet uit het oog verliezen dat de nomenclatuur het resultaat is van onderhandelingen tussen geneesheren en ziekenfondsen.

Sinds meer dan een jaar wordt getracht deze complexiteit enigszins te verhelpen door de herziening op een meer omvattende wijze aan te pakken.

Vraag :

Wat is het statuut en wat zijn de doelstellingen van de Hoge Gezondheidsraad ?

De samenstelling en de opgave van de secties met hun bevoegdheden werden eveneens gevraagd.

Antwoord :

a) Het statuut en de doelstellingen worden bepaald in het koninklijk besluit van 14 september 1919 (*Belgisch Staatsblad* van 1 oktober 1919).

De Hoge Gezondheidsraad is een college van advies.

Zijn taak is de Regering, in het bijzonder de Minister van Volksgezondheid, op hun verzoek of uit eigen beweging voor te lichten over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en milieuproblemen.

Daarenboven voorzien sommige reglementeringen uitdrukkelijk dat het advies van de Hoge Gezondheidsraad moet ingewonnen worden en soms zelfs dat het er uitvoldende besluit eensluitend moet zijn.

De reglementeringen die deze consultatie voorzien zijn o.a. :

- de reglementering op de voedingsmiddelen;
- de reglementering op de therapeutische bestanddelen van menselijke oorsprong;
- de reglementering betreffende toxische stoffen;
- de reglementering op de arbeids- en de beroepshygiëne;
- de reglementering op de ioniserende stralingen;
- de reglementering betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten.

In sommige gevallen is het uitbrengen van het advies aan bepaalde termijnen gebonden.

Uit de opsomming van deze taken blijkt trouwens overduidelijk dat de Raad slechts doeltreffend kan functioneren op voorwaarde dat de meest deskundige mannen en vrouwen van de meest verscheidene wetenschappen bereid zijn aan zijn werkzaamheden deel te nemen.

Omdat de deskundigheid van de leden van de H. G. R. te zeer uiteenlopend is zou het weinig doeltreffend zijn als de H. G. R. in pleno zou vergaderen voor de behandeling van specifieke deelproblemen. Het uitbrengen van adviezen zal derhalve in de regel toevertrouwd worden aan de secties.

Het is dus duidelijk dat de Raad een beroep moet kunnen doen op de medewerking van deskundigen, die hiertoe door het bureau van de H. G. R. uitgenodigd worden; een lijst van genodigden met vermelding van hun specifieke deskundigheid zal steeds, ter beschikking van de Hoge Gezondheidsraad, bijgehouden en regelmatig aangevuld worden.

b) De lijst van de leden kan ter Griffie van de Kamer geraadpleegd worden.

c) De Hoge Gezondheidsraad bestaat uit zes secties :

1) sectie Individuele Hygiëne en hygiëne van de gemeenschappen, met inbegrip van onder meer de preventie-, behandelings- en herstelmaatregelen;

chaque fois une modification de la nomenclature. On ne peut cependant pas perdre de vue que cette nomenclature est le résultat de discussions entre les médecins et les mutualités.

Depuis plus d'un an, on s'efforce de remédier quelque peu à cette complexité en entreprenant la révision d'une manière plus globale.

Question :

Quel est le statut et quels sont les objectifs du Conseil supérieur d'hygiène publique ?

Quelle est la composition et quelles sont les compétences des sections ?

Réponse :

a) Le statut et les compétences sont fixés par l'arrêté royal du 14 septembre 1919 (*Moniteur belge* du 1^{er} octobre 1919).

Le Conseil supérieur d'hygiène publique est un collège consultatif.

Sa mission consiste à informer le Gouvernement et, en particulier, le Ministre de la Santé publique, à leur demande ou d'initiative, sur l'évolution de la science en matière de santé publique et d'environnement.

En outre, certaines réglementations prévoient expressément que l'avis du Conseil est obligatoire, voire que la décision subséquente doit lui être conforme.

Les réglementations qui prévoient cette consultation sont entre autres :

- la réglementation relative aux denrées alimentaires;
- la réglementation relative aux substances thérapeutiques d'origine humaine;
- la réglementation relative aux substances toxiques;
- la réglementation relative à l'hygiène du travail et à l'hygiène professionnelle;
- la réglementation relative aux radiations ionisantes;
- la réglementation relative à la prophylaxie des maladies transmissibles.

Dans certains cas, l'avis doit être émis dans un délai déterminé.

L'énumération de ces tâches montre d'ailleurs clairement que le Conseil ne peut fonctionner efficacement que si le plus grand nombre de spécialistes, hommes et femmes, des sciences les plus diverses sont disposés à participer à ses activités.

Etant donné les spécialités très divergentes des membres du Conseil supérieur d'hygiène publique, la convocation du Conseil en assemblée plénière serait de peu d'utilité pour le traitement de problèmes spécifiques. Ce sont donc les sections qui, en règle générale, sont chargées de fournir des avis.

Dès lors, il est évident que le Conseil supérieur d'hygiène publique doit pouvoir faire appel à des experts invités par le bureau du Conseil, qui devra donc disposer en permanence d'une liste tenue à jour et complétée régulièrement de ces experts renseignant leurs compétences spécifiques.

b) La liste des membres peut être consultée au Greffe de la Chambre des Représentants.

c) Le Conseil Supérieur d'Hygiène publique comporte six sections :

1) section de l'Hygiène des Individus et des Groupes, comprenant, entre autres, les mesures de prévention, de traitement et de réhabilitation;

2) sectie Profylaxe en behandeling van overdraagbare ziekten en gebruik van produkten en organen van menselijk oorsprong;

3) sectie Bescherming tegen gevaarlijke, schadelijke of hinderlijke agentia, produkten of voorwerpen, ioniserende en niet-ioniserende stralingen inbegrepen;

4) sectie Voedingshygiëne, voeding en daarmee verband houdende vraagstukken;

5) Sectie Milieuhygiëne, met inbegrip van de individuele woonhygiëne, hygiëne in woongebieden en bij het transport;

6) sectie Hygiëne van het werkmilieu. Deze sectie heeft andere taken dan de Hoge Raad voor veiligheid, gezondheid en verfraaiing van de werkplaatsen (Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid).

De lijst van de leden van de verschillende secties kan ter Griffie van de Kamer geraadpleegd worden.

Vraag :

Onder welke artikelen zijn de kredieten voor de provinciale geneeskundige commissies uitgetrokken en hoeveel bedragen ze ?

Antwoord :

De kredieten voor de geneeskundige commissies zijn ingeschreven :

— onder artikel 11.04.05.10 ten belope van 80 000 F voor de werking van de geneeskundige commissies en 7 980 F voor de werking van de geneeskundige commissie van beroep;

— onder artikel 12.01.05.24 ten belope van 860 000 F voor de werking van de geneeskundige commissies en 230 000 F voor de werking van de geneeskundige commissie van beroep.

Vraag :

Is er onder artikel 60.09 een bedrag uitgetrokken voor de medische promotie ?

Antwoord :

Het koninklijk besluit tot regeling van de medische promotie werd gewijzigd : er is met name op gewezen dat bedragen zouden worden uitgetrokken binnen de budgettaire perken.

In feite is dit een eufemisme, want het krediet voor de medische promotie werd afgeschaft. Die afschaffing gaat gepaard met een nieuwe formule voor de financiering van specialisten-stagiairs. Op dit ogenblik wordt een sociaal statuut voor de assistenten uitgewerkt. Het is ingegeven door het statuut van de vorsers van het Nationaal Fonds voor wetenschappelijk onderzoek.

Steun zou kunnen worden verleend in de vorm van « negatieve » hulp doordat de betrokkenen geen volledige sociale-zekerheidsbijdrage zouden moeten betalen. Die formule zou ook een minder zware druk voor de universiteiten betekenen.

2. Ziekenhuizen

a) Financiering

Vraag :

Naar verluidt hebben de ziekenhuizen de grootste moeilijkheden met het in het *Belgisch Staatsblad* van 28 december 1982 verschenen koninklijk besluit betreffende de afbouw van de tekorten, meer bepaald waar voorzien wordt dat de tekorten van de consultatiediensten en van de medische diensten niet meer opgenomen worden in het tekort

2) section de la Prophylaxie et du Traitement des Maladies transmissibles et de l'usage des produits et organes d'origine humaine;

3) section de la Protection contre les agents, produits ou objets dangereux, nocifs ou incommodes, y compris les radiations ionisantes et non ionisantes;

4) section de l'Hygiène de l'alimentation et des problèmes connexes;

5) section de l'Hygiène de l'environnement, y compris l'hygiène de l'habitat, des agglomérations et des transports;

6) section de l'Hygiène professionnelle. Cette section a d'autres missions que le Conseil supérieur de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux du travail (Ministère de l'Emploi et du Travail).

La liste des membres des différentes sections peut être consultée au Greffe de la Chambre.

Question :

A quels articles sont inscrits les crédits pour les commissions médicales provinciales et à combien s'élèvent-ils ?

Réponse :

Les crédits prévus pour les commissions médicales sont inscrits :

— à l'article 11.04.05.10 à concurrence de 80 000 F pour le fonctionnement des commissions médicales et de 7 980 F pour le fonctionnement de la commission médicale d'appel;

— à l'article 12.01.05.24 à concurrence de 860 000 F pour le fonctionnement des commissions médicales et de 230 000 F pour le fonctionnement de la commission médicale d'appel.

Question :

Y-a-t-il un montant prévu pour la promotion médicale au poste 60.09 ?

Réponse :

L'arrêté royal réglant la promotion médicale a été modifié : il a été précisé que les montants seraient prévus dans le cadre des limites budgétaires.

En fait, il s'agit d'un euphémisme pour supprimer le crédit pour la promotion médicale. Cette suppression est liée à la mise en place d'une nouvelle formule de financement des stagiaires spécialistes. Un statut social pour ces assistants est pour l'instant à l'étude. Il s'inspire de celui des chercheurs au Fonds national de recherche scientifique.

L'aide pourrait prendre la forme d'une aide « négative » n'imposant pas la cotisation complète à la sécurité sociale. Cette formule pèserait également moins lourdement sur les charges de l'université.

2. Hôpitaux

a) Financement

Question :

Il semble que les hôpitaux éprouvent les plus grandes difficultés en ce qui concerne l'arrêté royal déterminant les critères pour la fixation des déficits des hôpitaux paru au *Moniteur belge* du 28 décembre 1982 et plus particulièrement en ce qui concerne les dispositions qui prévoient que les déficits des services médicaux ne sont plus repris dans

bedoeld in artikel 13 en dat het nieuwe tekort beperkt wordt tot een referentiejaar of tot het rekenkundig gemiddelde van de drie laatste jaren. Dit heeft dramatische gevolgen voor de ziekenhuizen waarvan het tekort, in die periode zeer miniem, inmiddels sterk is gestegen.

Antwoord :

In het koninklijk besluit van 20 december 1982 wordt inderdaad bepaald dat de lasten die voortspruiten uit de resultaten van de exploitatie van de raadplegingsdiensten en de medisch-technische diensten niet in aanmerking worden genomen voor de vaststelling van het tekort dat ten laste van de gemeenten wordt gelegd.

Bij deze bepaling werd er met name van uitgegaan dat de geciteerde diensten « zelf-bedruipend » moeten zijn. De instellingen moeten er dan ook toe worden aangezet het beheer van deze diensten in evenwicht te brengen, eventueel in het kader van overeenkomsten die het ziekenhuis met betrekking tot die diensten heeft aangegaan.

Op het tweede gedeelte van de vraag luidt het antwoord als volgt :

1) het voormelde koninklijk besluit moet worden gezien in het kader van een geheel van maatregelen waarbij ervan wordt uitgegaan dat de verdere toename van het tekort van de openbare ziekenhuizen moet afgeremd worden en geleidelijk aan moet kunnen worden uitgeschakeld. Aldus wordt beoogd de begroting van deze instellingen terug in evenwicht te brengen;

2) de beperking van het tekort moet eveneens worden gezien in het licht van de omzendbrief van 14 juli 1982 die voor alle ziekenhuizen het aantal verpleegdagen van 1980 als referentieaantal vaststelt met betrekking tot de bepaling van de verpleegdagprijs. Deze maatregel laat toe de uitgaven in de ziekteverzekering in de hand te houden maar heeft tevens het voordeel dat het ziekenhuis zijn budget op termijn kan bepalen.

Het bekendmaken van het aantal referentiedagen aan elk ziekenhuis kadert aldus in de betrachting het beheer zoveel mogelijk vooruitziend te laten verlopen. Overschrijding is evenwel niet zonder meer verboden, maar in dat geval zal slechts een vergoeding naar rato van 40 % van de prijs worden bepaald.

Ten einde het in de omzendbrief van 14 juli 1982 beoogde doel bereiken is het absoluut noodzakelijk dat de stijging van het deficit beperkt blijft;

3) in het koninklijk besluit van 20 december 1982 werd het tekort beperkt tot het rekenkundig gemiddelde van de drie laatste jaren in plaats van enkel het dienstjaar 1980 in aanmerking te nemen, dit om de ziekenhuizen niet te treffen voor wie het jaar 1980 niet als representatief kan gelden. De maatregel komt aldus tegemoet aan de bekommernis die in de vraag tot uiting komt.

Vraag :

Houdt de bepaling vervat in hoofdstuk III van het wetsontwerp houdende fiscale en begrotingsmaatregelen (Stuk n° 486/1) geen toekenning van volmachten aan de Koning in ?

Antwoord :

Het wetsontwerp houdende fiscale en begrotingsbepalingen bevat geenszins een toekenning van bijzondere machten aan de Koning.

Sommige bepalingen beperken, in vergelijking met de huidige wetgeving, de bevoegdheid van de Koning. Dit is b.v. het geval met de omschrijving van de tekorten van openbare ziekenhuizen die ten laste worden gelegd van de gemeenten.

le déficit visé à l'article 13 et que le nouveau déficit est limité à une année de référence ou à une moyenne arithmétique des trois dernières années. Les conséquences sont catastrophiques pour les hôpitaux dont le déficit était minime durant cette période et qui entretemps, a fortement augmenté pour des raisons bien précises.

Réponse :

L'arrêté royal du 20 décembre 1982 établit en effet que les charges relatives à l'exploitation des services de consultation et des services médico-techniques ne sont pas pris en considération pour la fixation du déficit à charge des communes.

Cette disposition part notamment du principe que les services précités doivent s'autofinancer. Il faut donc inciter ces institutions à rétablir l'équilibre dans la gestion de ces services, et ce, éventuellement dans le cadre des accords que l'hôpital a signé en ce qui concerne ces services.

En ce qui concerne la deuxième partie de la question, le Ministre fournit la réponse suivante :

1) l'arrêté royal précité doit être considéré dans le cadre d'un ensemble de mesures visant à freiner la croissance des déficits des hôpitaux publics et à éliminer progressivement ces déficits. Le but est donc de rééquilibrer le budget de ces institutions.

2) il faut également considérer la limitation de ce déficit dans le cadre de la circulaire du 14 juillet 1982 qui, en ce qui concerne la détermination du prix de la journée d'entretien, fixe comme nombre de référence pour tous les hôpitaux le nombre de journées d'entretien en 1980. Cette mesure permet de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie, mais présente également l'avantage que les hôpitaux peuvent établir leur budget à terme.

La communication du nombre de jours de référence à tous les hôpitaux cadre donc dans les efforts en vue de parvenir à une gestion aussi prévoyante que possible. Un dépassement de ce nombre n'est toutefois pas interdit, mais dans ce cas, il ne sera versé qu'une indemnité à concurrence de 40 % du prix.

Afin d'atteindre l'objectif de la circulaire du 14 juillet 1982, il est absolument nécessaire de limiter l'augmentation de ce déficit.

3) dans l'arrêté royal du 20 décembre 1982, le déficit a été limité à la moyenne arithmétique des trois dernières années au lieu de l'exercice 1980 uniquement, ceci afin que les hôpitaux pour lesquels l'année 1980 ne peut être considérée comme représentative n'éprouvent pas trop de difficultés. Cette mesure répond donc à la préoccupation de l'auteur de la question.

Question :

La disposition figurant au Chapitre III du projet de loi portant des dispositions fiscales et budgétaires ne contient-elle pas une délégation de pleins pouvoirs au Roi ?

Réponse :

Le projet de loi portant des dispositions fiscales et budgétaires ne constitue nullement une délégation de pleins pouvoirs au Roi.

Certaines dispositions limitent les pouvoirs du Roi par rapport à la législation actuelle. Tel est le cas, par exemple, en ce qui concerne la définition des déficits des hôpitaux publics qui doivent être pris en charge par les communes.

Andere bepalingen hebben een meer soepel karakter dan de huidige wetgeving om ondermeer toe te laten dat het tekort van de openbare ziekenhuizen door zo weinig mogelijk gemeenten moet worden gedragen, zonder aan de betrokken instellingen al te zware lasten op te leggen.

Vraag :

Wat is de evolutie van de tekorten van de openbare ziekenhuizen per dienst? (artikel 13 van de wet op de ziekenhuizen).

Antwoord :

Van die evolutie worden een aantal belangrijke indicatoren in volgende tabel weergegeven :

1. Evolutie van de te verdelen tekorten

1974	1 477,2
1975	1 970,2
1976	2 002,5
1977	3 009,1
1978	3 673,6
1979	4 427,5 (voorlopig cijfer)
1980	5 773,9 (voorlopig cijfer)

2. Toepassing « plafonds » in 1977 en 1979

a) En 1977. — In 1977	Plafond onderhoud — Plafond entretien		Plafond administratiekosten — Plafond frais administratifs		Plafond was en linnen — Plafond blanchissage et literie		Plafond voeding — Plafond repas		Geglobaliseerd plafond 4 elementen — Plafond globalisé 4 éléments		Algemeen plafond — Plafond général		Aantal dossiers geplafonneerd — Nombre de dossiers avec plafond		Aantal volledig onderzochte dossiers — Nombre de dossiers complètement traités
	aantal — nombre	%	aantal — nombre	%	aantal — nombre	%	aantal — nombre	%	aantal — nombre	%	aantal — nombre	%	aantal — nombre	%	
Privé-sector. — Secteur privé															
Vlaams. — Flandre ...	3	2,80	4	3,74	8	7,48	21	19,63	3	2,80	2	1,87	27	25,23	107
Waals. — Wallonie ...	5	7,14	11	15,71	8	11,43	21	30,00	1	1,43	5	7,14	32	45,71	70
Brussels. — Bruxelles	1	3,85	7	26,92	3	1,00	11	42,31	1	3,85	2	7,70	16	61,53	26
Totaal. — Total ...	9	4,43	22	10,84	19	9,36	53	26,10	5	2,46	9	4,43	75	36,95	203
Openbare sector. — Secteur public															
Vlaams. — Flandre ...	9	17,31	4	7,70	16	30,76	16	30,76	3	5,77	4	7,70	26	50,00	52
Waals. — Wallonie ...	4	14,28	7	25,00	5	17,85	8	28,57	2	7,14	2	7,14	14	50,00	28
Brussels. — Bruxelles	1	12,50	2	25,00	1	12,50	4	50,00	0	0,00	0	0,00	5	62,50	8
Totaal. — Total ...	14	15,91	13	14,77	22	25,00	28	31,82	5	5,57	6	6,82	45	51,14	88
b) En 1979. — In 1979															
Privé-sector. — Secteur privé															
Vlaams. — Flandre ...	15	10,95	5	3,65	14	10,22	29	21,17	7	5,11	6	4,38	45	32,85	137
Waals. — Wallonie ...	10	12,66	14	17,72	11	13,92	25	31,64	9	11,39	11	13,92	38	48,10	79
Brussels. — Bruxelles	2	7,69	7	26,92	4	15,38	15	57,69	3	11,54	2	7,69	21	80,76	26
Totaal. — Total ...	27	11,16	26	10,74	29	11,98	69	28,51	19	7,85	19	7,85	104	42,97	242
Openbare sector. — Secteur public															
Vlaams. — Flandre ...	19	38,77	13	26,53	14	28,57	14	28,57	15	30,61	8	16,33	31	63,26	49
Waals. — Wallonie ...	7	33,33	5	23,81	7	33,33	11	52,38	5	23,81	5	23,81	16	76,19	21
Brussels. — Bruxelles	3	33,33	2	22,22	3	33,33	5	55,55	4	44,44	2	22,22	6	66,66	9
Totaal. — Total ...	29	36,71	20	25,32	24	30,38	30	37,97	24	30,38	15	18,99	53	67,09	79
Algemeen totaal. — Total général ...	56	17,44	46	14,33	53	16,51	99	30,84	43	13,39	34	10,59	157	48,91	321

D'autres dispositions visent à assouplir la législation actuelle pour permettre de réduire le nombre de communes qui doivent prendre en charge le déficit des hôpitaux publics, sans imposer aux établissements concernés des charges trop lourdes.

Question :

Quelle est l'évolution des déficits des hôpitaux publics par service? (article 13 de la loi sur les hôpitaux).

Réponse :

Une série d'indicateurs importants de cette évolution sont repris au tableau suivant :

1. Evolution des déficits à répartir

1974	1 477,2
1975	1 970,2
1976	2 002,5
1977	3 009,1
1978	3 673,6
1979	4 427,5 (chiffre provisoire)
1980	5 773,9 (chiffre provisoire)

2. Application de « plafonds » en 1977 et 1979

3. Investerings met eigen middelen en resultaten van consultaties en medisch-technische diensten

3. Investissements réalisés à l'aide de moyens et résultats des consultations et des services médico-techniques

	1977		1979	
	Bedrag — Montant	% op totaal — % sur total	Bedrag — Montant	% op totaal — % sur total
Investerings. — Investissements	472 197 918	15,41	450 766 140	10,18
Consultaties en medisch-technische diensten. — Consultations et services médico-techniques	245 551 480	8,01	332 227 717	7,50
Totaal tekort. — Déficit total	3 064 967		4 427 545 361	

4. Resultaten van consultaties en medisch-technische diensten

		Totaal tekort	Resultaten medisch-technische diensten	Resultaten consultaties
Wallonië	1977	1 107 028 167	W 152 357 189	V 68 135 260
	1979	1 660 318 401	126 423 051	101 716 782
Brussel	1977	1 039 496 795	V 172 176 245	V 166 579 757
	1979	1 360 799 044	118 243 885	194 114 575
Vlaanderen	1977	917 572 005	W 94 173 380	V 85 190 787
	1979	1 406 427 866	106 170 724	150 746 250
Totaal	1977	3 064 096 967	W 74 354 324	V 319 905 804
	1979	4 427 545 361	114 349 890	446 577 607

W = Winst.
V = Verlies.

Vraag :

Waarom is de verpleegdagprijs niet min of meer dezelfde voor de ziekenhuizen ?

Antwoord :

De regels voor de berekening van de verpleegdagprijs zijn dezelfde voor alle ziekenhuizen. Toch resulteert zulks in verschillende prijzen, omdat rekening wordt gehouden met de eigen kenmerken en de historische achtergrond van elke instelling afzonderlijk (anciënniteit van het personeel, het al dan niet voorhanden zijn van zware medische diensten, bouwjaar van de gebouwen...).

Vraag :

Leidt het beleid van de Minister inzake tekorten van de openbare ziekenhuizen er niet toe dat daaraan een louter commercieel doel wordt opgelegd ?

Antwoord :

Begrotingsevenwicht is een streven naar een gezond beheer dat elke privé- of openbare ziekenhuisinstelling zich ten doel moet stellen. Het feit echter dat de gemeenten het volledige tekort van de openbare ziekenhuizen te hunnen laste nemen, is een rem op de financiële inspanningen die zij zich wel zouden moeten getroosten indien het om particuliere instellingen zou gaan. Dat geeft aanleiding tot discriminatie tussen beide sectoren.

4. Résultats des consultations et des services médico-techniques

		Déficit total	Résultats des services médico-techniques	Résultats des consultations
Wallonie	1977	1 107 028 167	B 152 357 189	D 68 135 260
	1979	1 660 318 401	126 423 051	101 716 782
Bruxelles	1977	1 039 496 795	D 172 176 245	D 166 579 757
	1979	1 360 799 044	118 243 885	194 114 575
Flandre	1977	917 572 005	B 94 173 380	D 85 190 787
	1979	1 406 427 866	106 170 724	150 746 250
Total	1977	3 064 096 967	B 74 354 324	D 319 905 804
	1979	4 427 545 361	114 349 890	446 577 607

B = Boni.
D = Déficit.

Question :

Pourquoi le prix de journée n'est-il pas plus ou moins uniforme entre les hôpitaux ?

Réponse :

Les règles de calcul du prix de journée sont uniformes pour tous les hôpitaux mais se traduisent par des prix différents pour tenir compte des spécificités et des données historiques de chaque établissement (ancienneté du personnel, présence ou non de services médicaux lourds, année de construction des bâtiments...).

Question :

La politique du Ministre en matière de déficits des hôpitaux publics n'aboutit-elle pas à imposer un objectif purement commercial aux hôpitaux publics ?

Réponse :

L'équilibre budgétaire est un objectif de saine gestion que tout établissement hospitalier devrait s'imposer, qu'il soit privé ou public. Or, actuellement, le fait que les communes prennent en charge la totalité des déficits des hôpitaux publics relâche la contrainte financière qu'ils devraient nécessairement respecter s'ils étaient des établissements privés, ce qui crée une discrimination entre les deux secteurs.

Vraag :

Zijn ziekenhuizen die altijd goed werden beheerd niet het slachtoffer van de recente maatregelen ?

Antwoord :

De uiteraard eenvormige maatregelen voor de ziekenhuizen zijn noodzakelijk als men die sector leefbaar wil houden. De Minister hoopt evenwel zo spoedig mogelijk een nieuw financieringssysteem uit te kunnen werken, dat beter aan de reële behoeften van elk ziekenhuis beantwoordt.

Vraag :

Hoe zal men voorkomen dat de vermindering van de inkomsten van de ziekenhuizen wordt gecompenseerd door een verhoging van de door de ziekteverzekering terugbetaalde geneeskundige prestaties ?

Hoe zal het R. I. Z. I. V. de geneeskundige prestaties in de verpleegtehuizen terugbetalen ?

Antwoord :

a) Het ligt geenszins in de bedoeling dat de vermindering van de inkomsten van de ziekenhuizen ingevolge de bij de circulaire van 14 juli 1982 getroffen maatregelen een stijging van het aantal medische prestaties tot gevolg zou hebben. In de eerste plaats beoogden ze een nieuwe wending in de sector intra-muros.

De vermindering van de verpleegdagen met 3 % in 1983 kan immers grotendeels worden gecompenseerd door een vermindering van de ziekenhuisbedden, wat op zijn beurt kan leiden tot een dubbel aantal verpleegbedden. Door de sluiting van onderbezette en weinig « rendabele » diensten kan aldus worden gerationaliseerd. Bijgevolg is het niet nodig en zelfs niet wenselijk een compensatie in een opgedreven aantal medische prestaties te zoeken, omdat de consumptiecurve dan een abnormale vorm zou gaan vertonen.

b) De medische prestaties in de rust- en verpleegtehuizen zijn niet in de vaste verpleegdagprijs begrepen. Om de vrije keuze van de patiënt te vrijwaren werd de huidige terugbetalingsregeling bijgevolg gehandhaafd.

Vraag :

Hoe zal men de ontwikkeling van de medische technologie, die toch een kostprijsstijging met zich brengt, financieren ?

Kan er geen coördinatie tussen de verschillende openbare en particuliere ziekenhuisdiensten worden opgezet om te voorkomen dat precies dezelfde kostbare apparatuur op zeer korte afstand van elkaar wordt geïnstalleerd ?

Antwoord :

Bij de uitwerking van de programmacriteria voor de zware medische apparatuur werd ervoor gezorgd dat het desbetreffende aanbod rekening houdt met de reële behoeften en met de budgettaire noodwendigheden. De toepassing van die programmacriteria behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Die kunnen dus, in het raam van hun bevoegdheden, een zo goed mogelijke verdeling van die nieuwe technologische vindingen garanderen en aldus de coördinatie tussen de verschillende ziekenhuizen bevorderen.

De verhoging van het remgeld voor die gespecialiseerde handelingen is in dat raam geen goede oplossing. De invoering van een nieuwe wijze van financiering voor het tech-

Question :

Les hôpitaux qui ont toujours été bien gérés ne sont-ils pas les victimes des récentes mesures.

Réponse :

Les mesures pour le secteur hospitalier ont en effet un caractère linéaire quoiqu'elles soient nécessaires si l'on veut garantir la viabilité du secteur. Le Ministre espère toutefois élaborer le plus rapidement possible un nouveau système de financement afin de mieux accorder celui-ci aux besoins réels de chaque hôpital.

Question :

Comment évitera-t-on que la réduction des recettes des hôpitaux soit compensée par une augmentation des actes médicaux remboursés par l'assurance maladie ?

Comment l'I. N. A. M. I. remboursera-t-il les actes médicaux dans les maisons de soins ?

Réponse :

a) L'objectif poursuivi par la réduction des recettes des hôpitaux suite aux mesures prises dans la circulaire du 14 juillet 1982 n'est sûrement pas l'augmentation du nombre des actes médicaux. Ces mesures ont comme but premier d'atteindre une réorientation à l'intérieur du secteur intra-muros.

En effet, la réduction de 3 % des journées d'hospitalisation en 1983 peut être compensée en grande partie par une réduction de lits d'hôpitaux, elle-même pouvant ensuite donner lieu à la création de deux fois autant de lits de soins. Elles peuvent ainsi amener des rationalisations par la fermeture de services sous-occupés et peu « rentables ». La compensation par la croissance des actes médicaux n'est pas admissible dans la mesure où les profils de la consommation deviendraient anormaux.

b) Les actes médicaux dans les maisons de repos et de soins ne sont pas compris dans le forfait journalier. Afin de préserver le libre choix du patient, le système actuel de remboursement fut donc maintenu.

Question :

Comment va-t-on financer l'évolution de la technologie médicale qui entraîne une augmentation des coûts ?

Une coordination ne peut-elle jouer entre les services de différents hôpitaux publics et privés, pour éviter que des appareils coûteux et identiques soient placés à proximité l'un de l'autre ?

Réponse :

Lors de l'élaboration des critères de programmation pour les appareillages médicaux lourds, il fut veillé à en garantir une offre des soins qui tienne compte des besoins réels et des contraintes budgétaires. L'application de ces critères de programmation relève de la compétence des communautés. Elles peuvent donc dans le cadre de leurs compétences assurer une distribution optimale de ces nouvelles technologies et par là promouvoir la coordination entre les différents hôpitaux.

L'augmentation des tickets modérateurs pour ces actes spécialisés n'est pas dans ce cadre une bonne solution. L'introduction d'un nouveau mode de financement pour les

nische ziekenhuiswerk (met name voor de klinische biologie), o.m. op basis van het zorgenpakket, zou een beter oplossing zijn.

Hierbij zij er evenwel aan herinnerd dat het aantal ziekenhuisbedden te Brussel het aantal bedden dat volgens de programmatiecriteria toegelaten is, met 60 % overschrijdt en dat iedere vermindering van het aantal ziekenhuisbedden het aanbod van verzorging in ziekenhuizen dan ook dichter brengt bij de behoeften zoals die in die criteria tot uiting komen.

Vraag :

De omzendbrief van 14 juli 1982 bepaalt de wijze van berekening van de verpleegdagprijs in 1983. Is die berekening wel uitvoerbaar en billijk, wanneer men weet dat ingevolge de sluiting van het Edith Cavell-ziekenhuis de nabijgelegen ziekenhuizen een groter aantal zieken hebben opgenomen ?

Antwoord :

De omzendbrief van 14 juli 1982 bevat een reeks beperkende maatregelen om te vermijden dat het broos en moeilijk evenwicht van de begrotingen van het R. I. Z. I. V. en van het departement van Volksgezondheid in het gedrang zou komen.

Zo de genomen maatregelen al te strak lijken, bestaan er toch diverse mogelijkheden om er op een soepele wijze aan te beantwoorden aangezien de ziekenhuizen onderling bepaalde afspraken kunnen maken.

Derhalve is het in geval van niet heropening noch verbonden noch onmogelijk dat het Edith Cavell-ziekenhuis een deel van de verpleegdagen die er niet werden doorgebracht, verdeelt over andere ziekenhuizen.

Vraag :

Hoe is de ontmoeting die gepland was tussen de Minister en de vertegenwoordigers van de Vereniging van Belgische steden en gemeenten in verband met het tekort van de openbare ziekenhuizen verlopen ?

Antwoord :

Het is juist dat een ontmoeting plaats had met de vertegenwoordigers van de Vereniging van Steden en Gemeenten. De problemen van het tekort van de openbare ziekenhuizen zullen worden behandeld tijdens het debat over het wetsontwerp houdende fiscale en begrotingsbepalingen (hoofdstuk III).

b) Erkenningscommissies

Vraag :

a) Worden de verslagen, opgemaakt door de erkenningscommissie aangewend bij het voeren van een beleid inzake afbouw van bedden ?

b) Werden de statistische gegevens en andere informatie uit de erkenningsdossiers reeds wetenschappelijk en systematisch verwerkt ?

c) Bestaan er gegevens over het aantal ziekenhuizen die niet voldoen aan de minimumnormen inzake personeelsbezetting (gekwificeerd en niet-gekwificeerd, statutair en contractueel) ?

actes techniques hospitaliers (notamment pour la biologie clinique), tel que le système de l'enveloppe, serait une solution plus appropriée.

Il est toutefois utile de rappeler que le nombre de lits d'hôpitaux à Bruxelles excède le nombre de lits admis suivant les critères de programmation de près de 60 % et que dès lors toute réduction de lits d'hôpitaux rapproche l'offre des soins hospitaliers des besoins tels qu'exprimés par ces critères.

Question :

La circulaire du 14 juillet 1982 fixe le mode de calcul du prix de journée en 1983. Ce mode de calcul est-il bien réalisable et juste, lorsque l'on sait qu'à la suite de la fermeture de la clinique Edith Cavell, les hôpitaux environnants ont reçu des malades supplémentaires ?

Réponse :

Dans la circulaire du 14 juillet 1982 a été posée une série de mesures restrictives afin de ne pas compromettre le fragile et difficile équilibre des budgets de l'I. N. A. M. I. et de la Santé publique.

S'il est vrai que les mesures prises peuvent être considérées comme étant trop linéaires, il faut également admettre que les diverses possibilités offertes pour répondre à ces mesures sont relativement souples puisque des arrangements peuvent être conclus entre plusieurs hôpitaux.

Dans ce contexte, en cas de non réouverture, il n'est pas interdit ni impossible que la clinique Edith Cavell répartisse une partie de ses journées non réalisées sur d'autres hôpitaux.

Question :

Qu'en est-il d'une rencontre prévue entre le Ministre et des représentants de l'Union des Villes et Communes au sujet du déficit des hôpitaux publics ?

Réponse :

Il est exact qu'une rencontre a eu lieu avec les représentants de l'Union des Villes et Communes. Les problèmes du déficit des hôpitaux publics seront examinés lors du débat à l'occasion du projet de loi portant des dispositions fiscales et budgétaires (chapitre III).

b) Agréation

Question :

a) Est-il tenu compte des rapports établis par les commissions d'agrégation lors de l'élaboration d'une politique en matière de réduction du nombre de lits d'hôpitaux ?

b) Les données statistiques et les autres informations provenant des dossiers d'agrégation ont-elles déjà été utilisées de manière scientifique et systématique ?

c) Existe-t-il des données sur le nombre d'hôpitaux qui ne répondent pas aux normes minimum en matière d'effectif du personnel (personnel qualifié et non qualifié, statutaire et contractuel) ?

d) Hoe staat het met het de facto sluiten van ziekenhuizen die de erkenningsnormen niet naleven? Er wordt zo vaak uitstel verleend, dat in feite de erkenningscommissie niet meer overkomt als een sanctionerende macht, gelet op het feit dat de ziekenhuizen toch nog steeds in beroep kunnen gaan bij de beroepscommissie in zover deze « überhaupt » functioneert. Er zouden ziekenhuizen zijn die blijven functioneren alhoewel zij hun erkenning verloren hebben omdat de beroepscommissie niet samenkwam.

e) In hoeverre worden de normen inzake brandveiligheid nageleefd?

Antwoord :

Het verlenen van de erkenning sedert de staatshervorming van 1980 behoort in beginsel niet langer meer tot de bevoegdheid van de nationale Minister van Volksgezondheid, maar tot de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid in het kader van de Gemeenschappen.

Vraag :

Het koninklijk besluit n° 60 stelt als regel dat het aantal op 1 juli 1982 erkende bedden niet mag worden overschreden. Kan die stelregel wel toepassing vinden als men weet dat het Academisch Ziekenhuis te Jette nog 120 bedden heeft in gebruik genomen? Is die regeling van toepassing op de universitaire ziekenhuizen?

Antwoord :

Uit de tussen de nationale Regering en de Gemeenschappen gesloten protocol-overeenkomst evenals uit het verslag aan de Koning gevoegd bij het koninklijk besluit n° 60 blijkt duidelijk dat de universitaire ziekenhuizen een vergunning moeten krijgen om nieuwe bedden in gebruik te nemen.

Die vergunning wordt door de Gemeenschappen verleend, met dien verstande dat de nationale Minister bevoegd is voor wat de toepassing betreft van de bepalingen in verband met de verpleegdagprijs.

Vraag :

Bepaalde ziekenhuisdiensten beantwoorden niet aan de erkenningsnormen; toch blijven zij in werking omdat er geen commissie van beroep bestaat. Hoe is dat mogelijk?

Antwoord :

De commissies van beroep zijn opgericht in het raam van het koninklijk besluit dat de procedure regelt voor de erkenning van de ziekenhuizen. Die procedure behoort voortaan tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen en de nationale Minister is niet langer meer bevoegd.

Vraag :

Werd reeds gepoogd een correlatie te maken tussen de gegevens in verband met de personeelsbezetting van de ziekenhuizen en hun verpleegdagprijs?

Antwoord :

Meestal vormen de personeelskosten nagenoeg 70 % van de verpleegdagprijs, hoeveel die ook bedrage.

d) Qu'en est-il de la fermeture d'office des hôpitaux qui ne respectent pas les normes d'agrération? Compte tenu du fait que les hôpitaux peuvent de toute manière se pourvoir en appel auprès de la Commission d'appel, dans la mesure où celle-ci fonctionne, des délais sont régulièrement accordés de telle sorte qu'en fait la Commission d'agrération n'apparaît plus comme un organe répressif. Certains hôpitaux qui ne sont plus agréés continueraient à fonctionner normalement parce que la Commission d'appel ne s'est pas réunie.

e) Dans quelle mesure les normes en matière de lutte contre les incendies sont-elles respectées?

Réponse :

En principe, depuis la réforme des institutions de 1980, ce n'est plus le Ministre national de la Santé publique mais le Ministre communautaire qui est compétent en matière d'octroi des agréments.

Question :

L'arrêté royal n° 60 impose comme règle que le nombre de lits agréés existant au 1^{er} juillet 1982 ne pourra être dépassé. Cette mesure est-elle applicable lorsque l'on sait que l'« Academisch Ziekenhuis » de Jette devait ouvrir encore 120 lits. Cette règle est-elle d'application aux hôpitaux universitaires?

Réponse :

Du protocole d'accord conclu entre le gouvernement national et les communautés ainsi que du rapport au Roi joint à l'arrêté royal n° 60, il ressort clairement que les hôpitaux universitaires sont soumis aux règles d'autorisation pour la mise en service de nouveaux lits.

Cette autorisation est accordée par les communautés, étant entendu que le Ministre national est compétent pour l'application des dispositions relatives au prix de la journée d'entretien.

Question :

Des services hospitaliers ne répondent pas aux normes d'agrération et continuent à fonctionner parce qu'il n'y a pas de commission d'appel. Qu'en est-il?

Réponse :

Les commissions d'appel ont été érigées dans le cadre de l'arrêté royal qui prévoit la procédure d'agrération des hôpitaux. Cette procédure appartient dès à présent à la compétence des communautés. Le Ministre national n'est donc plus compétent en ce qui concerne ces commissions.

Question :

Une corrélation a-t-elle été recherchée entre les frais afférents au personnel des hôpitaux et le prix de la journée d'hospitalisation pratiqué par l'établissement qui occupe ce personnel?

Réponse :

Il est en général admis que les charges de personnel représentent environ 70 % du prix de la journée d'hospitalisation et ce, quel que soit le niveau du prix.

Dat de dagprijzen soms verschillen, kan gedeeltelijk worden verklaard door het bestaan van klinische diensten waarvoor de personeelsnormen hoger liggen, zoals bijvoorbeeld de diensten E (pediatrie), M (materniteit), en N (te vroeg geboren kinderen en pasgeboren zwakke kinderen) of de diensten voor intensieve verzorging.

Vraag :

Werd bv. nagegaan hoeveel ziekenhuizen in ons land wel beschikken over een eigen laboratorium, maar niet over een medisch verantwoordelijke voor dit laboratorium, met name een klinisch bioloog, een apotheker-bioloog, enz. ?

Antwoord :

Volgens de erkenningsnormen die van toepassing zijn voor de erkenning van alle ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, moet een ziekenhuis niet beschikken over een eigen laboratorium. Evenmin is in de wetgeving bepaald wie de medische verantwoordelijke voor een laboratorium moet zijn.

Dit is wel voorzien in de erkenningsnormen voor de universitaire ziekenhuisdiensten C, D, E en M, waar het een voltijdse geneesheer-specialist of apotheker, erkend in de klinische biologie, moet zijn (koninklijk besluit van 15 december 1978).

1. Krachtens het koninklijk besluit n° 78 van 10 november 1967 op de uitoefening van de geneeskunde, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies is bepaald wie gemachtigd is om verstrekkingen van klinische biologie uit te voeren.

— de houders van het wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde;

— de houders van het wettelijk diploma van apotheker of van licentiaat in de scheikundige wetenschappen voor analyses die de Koning bepaalt (art. 5, § 2).

2. In de nomenclatuur van de ziekteverzekering wordt bepaald welke kwalificatie vereist is voor de tegemoetkoming vanwege de ziekteverzekering voor de verstrekkingen van klinische biologie.

In zover de vraag te maken heeft met erkenning, behoort zij tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

c) Statuut van het personeel

Vraag :

a) Bestaan er openbare ziekenhuizen waarin personeelsleden, die een bestendige functie vervullen, niet statutair aangesteld werden ? (Het geval is gekend van een verpleegster die werkzaam is in een openbaar ziekenhuis en die reeds 24 jaar wacht op haar benoeming.)

b) Wat is de verhouding tussen het statutair benoemd en contractueel aangeworven personeel in openbare ziekenhuizen ?

Antwoord :

Er bestaan inderdaad niet statutair aangestelde personeelsleden die een bestendige functie vervullen in openbare ziekenhuizen. De verhouding tussen dezen en de statutaire personeelsleden is zeer uiteenlopend en is specifiek aan ieder ziekenhuis.

Vaste benoemingen dienen te geschieden overeenkomstig de bestaande reglementering.

Les différences entre les prix de journée peuvent toutefois s'expliquer en partie par l'existence de services cliniques dont les normes de personnel sont élevées tels que les services E (pédiatrie), M (maternité) et N (prématurés et nouveaux-nés débiles) ou les services de soins intensifs.

Question :

Sait-on combien d'hôpitaux disposent chez nous d'un laboratoire propre dont la direction n'est pas confiée à un responsable médical (un spécialiste en biologie clinique, un pharmacien-biologiste, etc.) ?

Réponse :

Selon les normes applicables pour l'agrégation des hôpitaux et des services hospitaliers, les hôpitaux ne doivent pas disposer d'un laboratoire propre. La législation ne précise pas non plus qui doit assumer la responsabilité médicale de ces laboratoires.

Toutefois, selon les normes d'agrégation des services hospitaliers universitaires C, D, E et M, le laboratoire de ces services doit être dirigé par un médecin spécialiste ou un pharmacien à temps plein, agréés en biologie clinique (arrêté royal du 15 décembre 1978).

1. L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales dispose que sont habilités à effectuer des analyses de biologie clinique :

— les porteurs du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements;

— les porteurs du diplôme légal de pharmacien ou de licencié en sciences chimiques pour certaines analyses, aux conditions fixées par le Roi (art. 5, § 2).

2. La nomenclature de l'assurance maladie détermine les qualifications requises pour que les prestations de biologie clinique donnent droit à l'intervention de l'assurance maladie.

Dans la mesure où la question concerne l'agrégation, elle relève de la compétence des Communautés.

c) Statut du personnel

Question :

a) Y a-t-il dans les hôpitaux publics des membres du personnel non statutaires qui exercent une fonction permanente ? (On connaît le cas d'une infirmière qui travaille depuis 24 ans dans un hôpital public et qui attend toujours sa nomination.)

b) Quelle est la proportion de personnel statutaire et de personnel sous contrat dans les hôpitaux publics ?

Réponse :

Il y a en effet dans certains hôpitaux publics des membres du personnel non statutaires qui exercent une fonction permanente. La proportion de personnel statutaire et de personnel non statutaire varie très fort d'un hôpital à l'autre.

Les nominations définitives doivent avoir lieu conformément à la réglementation en vigueur.

Vraag :

Hoe staat het met het financieel, sociaal en juridisch statuut van de ziekenhuisgeneesheren ?

Antwoord :

Omtrent het statuut van de ziekenhuisgeneesheer bestaat in ons land geen specifieke wettelijke regeling. Het juridisch, financieel en sociaal statuut van de ziekenhuisgeneesheer is dus niet op een eenvormige wijze geregeld; het kan verschillen zowel volgens de soort van de ziekenhuizen als volgens de aard van de overeenkomst die tussen het ziekenhuis en de geneesheer bestaat. In het verleden werden pogingen ondernomen om tot specifieke regelingen te komen; dit heeft nog niet tot een definitief resultaat geleid.

De Minister acht de tijd gekomen om een nieuwe inspanning te doen om in dit verband tot resultaten te komen.

Het uitwerken van een uniforme regeling voor alle aspecten van het statuut voor alle ziekenhuisgeneesheren lijkt niet haalbaar en is wellicht ook niet wenselijk. Wel lijkt het nodig dat omtrent een aantal aspecten van het statuut van de ziekenhuisgeneesheren basisregelen zouden worden bepaald die voor alle ziekenhuizen als algemeen richtsnoer kunnen gelden, waarbinnen dan meer specifieke regelingen kunnen worden uitgewerkt. Aan de problematiek van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer zal in de eerstkomende weken en maanden prioritaire aandacht worden besteed.

Vraag :

Wat denkt de Minister over de houding van ziekenhuisbeheerders die de privé-praktijk van de ziekenhuisdokters aanmoedigen om aldus te ontsnappen aan de lasten die aan het statuut van ziekenhuisdokter verbonden zijn ? Bovendien varieert het statuut van de ziekenhuisdokter van het ene ziekenhuis tot het andere.

Waarom neemt de Regering geen beslissing in verband met het statuut van de geneesheren zonder de uitslag van de aan de gang zijnde onderhandelingen af te wachten ? Dat statuut moet eveneens het ziekenhuispersoneel beschermen, waarvan het medisch korps deel uitmaakt.

Antwoord :

Er bestaat vooralsnog geen wettelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer. Sinds 1970 werden heel wat besprekingen gevoerd en heel wat plannen gemaakt om het statuut van de ziekenhuisgeneesheer te regelen, doch ze hebben niet tot een concreet resultaat geleid. Toch is de Minister ervan overtuigd dat de totstandkoming van een statuut van ziekenhuisgeneesheer de interne organisatie van elk ziekenhuis ten goede zou komen. De wettelijke regeling van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer zou bovendien voor de patiënten een bijkomende waarborg zijn in verband met de kwaliteit van de verstrekte verzorging. Het gaat immers toch niet op dat er zeer strenge architectonische normen gehanteerd worden voor de erkenning van een ziekenhuis, maar dat geen enkele normatieve bepaling de kwaliteit en de organisatie van de medische activiteiten regelt.

Dat belangrijk dossier zal spoedig opnieuw ter hand genomen worden; het is de bedoeling tot een regeling te komen, maar de Minister kan niet beloven dat het ontwerp binnenkort zal worden ingediend.

Vraag :

Heeft een geneesheer die benoemd werd als diensthoofd op basis van artikel 33 van de wet op de C. O. O.'s, recht op een pensioen, ook wanneer de beheerder nagelaten heeft zijn verplichtingen in dit verband na te komen ?

Question :

Quel est le statut pécuniaire, social et juridique des médecins hospitaliers ?

Réponse :

Il n'existe pas dans la loi belge de dispositions spécifiques concernant le statut des médecins hospitaliers. Le statut juridique, pécuniaire et social du médecin hospitalier n'est donc pas établi de manière uniforme; il peut présenter des différences tant en fonction du type d'hôpital, qu'en fonction de la nature du contrat conclu entre l'hôpital et le médecin. On a souvent tenté d'élaborer des règlements spécifiques mais sans parvenir jusqu'ici à un résultat définitif.

Le Ministre considère que le moment est venu de s'efforcer à nouveau de trouver une solution à ce problème.

Il ne paraît pas possible d'élaborer une législation uniforme réglant tous les aspects du statut de tous les médecins hospitaliers, et ce n'est d'ailleurs probablement pas souhaitable. Il importe par contre de fixer des règles de base portant sur un certain nombre d'aspects du statut des médecins hospitaliers, qui auraient, pour l'ensemble des hôpitaux, une valeur de normes générales à partir desquelles il serait possible de mettre au point des règlements plus spécifiques. Une attention prioritaire sera consacrée au problème du statut du médecin hospitalier au cours des semaines et des mois à venir.

Question :

Que pense le Ministre de l'attitude des gestionnaires des hôpitaux qui encouragent la pratique privée des médecins hospitaliers pour ne pas devoir supporter les charges afférentes au statut de médecin hospitalier. En outre, ce statut varie d'hôpital à hôpital.

Pourquoi le Gouvernement ne prend-il pas de décision sans attendre le résultat des négociations en cours au sujet du statut du médecin hospitalier ? Ce statut a également pour but de protéger le personnel de l'hôpital, dont le corps médical fait partie.

Réponse :

A l'heure actuelle, il n'existe pas de statut légal pour le médecin travaillant dans un hôpital. Les discussions et les projets relatifs au statut du médecin hospitalier se sont multipliés depuis 1970 sans jamais aboutir. Cependant, le Ministre est convaincu que la mise au point d'un statut du médecin hospitalier devrait avoir des répercussions bénéfiques sur l'organisation interne de chaque hôpital. Le règlement par voie légale du statut du médecin hospitalier devrait en outre constituer pour les patients une garantie supplémentaire de soins de qualité. Il est en effet paradoxal qu'il existe des normes architecturales extrêmement strictes pour qu'un hôpital soit agréé, mais qu'aucune disposition normative ne réglemente l'évaluation et l'organisation de l'activité médicale.

Ce dossier important sera repris rapidement en vue de son aboutissement sans qu'on puisse promettre que le projet sera déposé à bref délai.

Question :

Un médecin nommé chef de service en vertu de l'article 33 de la loi sur les C. P. A. S., a-t-il droit à une pension même si l'administrateur a omis de remplir ses obligations en la matière ?

Antwoord :

Bij gebrek aan precieze gegevens over het specifiek statuut van die beoogde geneesheer kan hierop geen antwoord worden gegeven.

In de mate dat men kan aannemen dat een personeelslid van een O. C. M. W., in casu een geneesheer, nog steeds onderworpen is aan de bepalingen van artikel 33 van de wet van 10 maart 1925 (overgangsbepalingen van artikel 149 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn), lijkt het dat op het eerste gezicht een positief antwoord op de vraag moet worden gegeven.

Vraag :

Hoe staat het met de geschillen die voortgesproken zijn uit de toepassing van artikel 106 van de programmawet van 1975-1976, betreffende de R. S. Z.-bijdragen verschuldigd voor en door ziekenhuisgeneesheren ?

Is het nog zo dat deze wet de ziekenhuisorganisatie ontredert en de beheerder ertoe beweegt de geneesheer te vragen in elk geval als zelfstandige buiten het ziekenhuis en in concurrentie met het ziekenhuis, zijn medische acti-

Antwoord :

Door de R. S. Z. wordt meegedeeld dat bij de dienst der gerechtelijke navordering (nederlandstalige sectie) 3 dossiers bekend zijn waarin betwisting is over het al dan niet onderworpen zijn van geneesheren aan de wetgeving op de maatschappelijke zekerheid voor werknemers :

- O. C. M. W. van Brugge;
- O. C. M. W. van Blankenberge;
- O. C. M. W. van Aalst.

Bij de franstalige sectie van de dienst navordering zijn twee dossiers bekend :

- V. Z. W. Prévoyance et Santé du Brabant wallon;
- O. C. M. W. van Dinant.

Er zijn nog geen vonnissen uitgesproken omtrent deze geschillen.

Vraag :

Kan uitleg worden verstrekt over de oprichting van medische raden in de ziekenhuizen en over de verplichting voor de geneesheren om binnen de instelling aan evaluatie van het medisch werk te doen in het kader van een « medical audit » ?

Antwoord :

De oprichting van medische raden in de ziekenhuizen is niet wettelijk verplicht.

Het belang van de medische raad ligt op een dubbel vlak : enerzijds is het een instantie voor overleg tussen de ziekenhuisgeneesheren onderling, anderzijds kan de medische raad optreden als georganiseerd woordvoerder van de geneesherengroep ten aanzien van het beheer, meer in het bijzonder met betrekking tot de specifieke problemen van de uitoefening van de geneeskundige activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit.

Réponse :

Il est impossible de répondre à cette question en l'absence de données précises sur le statut individuel du médecin en cause.

Dans la mesure où l'on peut considérer qu'un membre du personnel d'un C. P. A. S., en l'occurrence un médecin, est encore soumis aux dispositions de l'article 33 de la loi du 10 mars 1925 (dispositions transitoires de l'article 149 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale) il semble à première vue qu'il faille répondre à cette question par l'affirmative.

Question :

Où en est la situation concernant les litiges relatifs à l'application de l'article 106 de la loi-programme de 1975-1976, concernant les cotisations de sécurité sociale dues par les médecins hospitaliers et leurs employeurs ?

Constate-t-on encore que cette loi désorganise le fonctionnement des hôpitaux et qu'elle incite l'administrateur à demander au médecin de poursuivre ses activités médicales en tant qu'indépendant en dehors de l'hôpital et en concurrence avec celui-ci ?

Réponse :

Selon les renseignements provenant de l'O. N. S. S. l'Office du recouvrement judiciaire (section néerlandaise) est en possession de 3 dossiers où il y a litige quant à savoir si les médecins sont soumis ou non à la législation relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés :

- C. P. A. S. de Bruges;
- C. P. A. S. de Blankenberge;
- C. P. A. S. d'Alost.

La section française est en possession de deux dossiers :

- A. S. B. L. Prévoyance et Santé du Brabant wallon;
- C. P. A. S. de Dinant.

Ces litiges n'ont pas encore fait l'objet d'un jugement.

Question :

Est-il possible d'obtenir des données plus détaillées sur la création de conseils médicaux dans les hôpitaux et sur l'obligation pour les médecins de procéder, au sein de l'institution et dans le cadre d'un « audit médical » à une évaluation du travail médical ?

Réponse :

La création de conseils médicaux dans les hôpitaux n'est pas imposée par la loi.

Le rôle des conseils médicaux se situe à deux niveaux : d'une part, il s'agit d'organes de concertation entre les médecins hospitaliers et d'autre part, les conseils médicaux peuvent intervenir en tant que porte-parole organisés du groupe des médecins vis-à-vis des administrateurs, notamment en ce qui concerne les problèmes spécifiques relatifs à l'exercice de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital.

De problemen m.b.t. het eventueel verplicht stellen van de oprichting van medische raden en de afbakening van hun bevoegdheden maken ongetwijfeld deel uit van de ruimere problematiek van het statuut van de ziekenhuisgeestesheer.

Omtrent de vraag op welke wijze de evaluatie van het medisch werk in de ziekenhuizen kan worden aangepakt werd de bijzondere aandacht gevraagd van de nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Vraag :

Het niet-geschoold personeel heeft de ziekenhuizen destijds uit de penarie geholpen.

Wanneer zal dat personeel een statuut krijgen waardoor het, met name bij het einde van zijn loopbaan, beschermd wordt?

Antwoord :

In de eerste plaats zij opgemerkt dat in de ziekenhuissector veel werkgelegenheid is voor ongeschoold personeel (verplegend personeel, keuken, wasserij, onderhoud). Voorts doelt geen enkele van de getroffen maatregelen op die categorie van het personeel, ofschoon het juist is dat de kwalificatienormen voor het verplegend personeel voorheen niet konden worden bereikt omdat er niet genoeg geschoolde kandidaten voorhanden waren. Daarin is de jongste jaren allengs een kentering gekomen, zodat het verplegend personeel hoe langer hoe beter geschoold is. De kentering, die gekenmerkt wordt door een betere kwaliteit van de verpleging, is bijna voltooid, aangezien thans vrijwel alle ziekenhuisdiensten aan de normen inzake verplegend personeel beantwoorden.

Vraag :

Wat is de stand van zaken m.b.t. de verplichting om een farmaceutisch formulair in de ziekenhuizen bij te houden ter beperking van de aankoop van farmaceutische specialiteiten?

Antwoord :

De Minister is ten zeerste bekommerd om het gevolg dat door de ziekenhuizen aan het farmaceutisch formulair wordt gegeven.

Ten einde dienaangaande over meer informatie te beschikken werd bij de ziekenhuizen een enquête georganiseerd. Vermits de betreffende formulieren pas in de loop van de maand januari 1983 bij het departement van Volksgezondheid dienden te worden teruggestuurd, is het thans nog niet mogelijk reeds een precies antwoord te verstrekken.

Wel staat vast dat de antwoorden op de enquêteformulieren zeer aandachtig zullen bestudeerd worden. Tevens zullen uit dit onderzoek de passende besluiten voor het beleid worden getrokken.

d) *Uitrusting*

Vraag :

Hoeveel « scanners » zijn er in ons land in gebruik en waar?

Antwoord :

Het aantal in gebruik zijnde zg. scanners per 15 januari 1983 bedraagt :

Les problèmes relatifs à l'obligation éventuelle de créer des conseils médicaux et à la détermination de leurs compétences entrent, sans aucun doute, dans le cadre de la problématique plus vaste du statut de médecin hospitalier.

En ce qui concerne la manière dont on peut aborder l'évaluation du travail médical dans les hôpitaux, il a été demandé au Conseil national des établissements hospitaliers d'y consacrer une attention toute particulière.

Question :

Le personnel non qualifié a tiré à un moment donné les hôpitaux d'embarras.

Quand recevra-t-il un statut assurant sa protection, notamment en fin de carrière?

Réponse :

Il faut tout d'abord préciser que les possibilités d'emploi dans le secteur hospitalier pour le personnel non qualifié sont nombreuses (personnel soignant, cuisine, buanderie, entretien...). Par ailleurs, aucune des mesures prises ne vise plus particulièrement ce type de personnel. Il est toutefois exact que dans le passé, les normes de qualification pour le personnel soignant n'ont pu être atteintes par suite d'une offre insuffisante de personnel soignant qualifié. Ces dernières années cette lacune s'est peu à peu comblée de telle façon que le personnel soignant a acquis une qualification de plus en plus grande. Cette mutation qui s'est traduite par une amélioration de la qualité des soins est presque achevée puisque pratiquement tous les services cliniques répondent à présent aux normes de qualification pour le personnel soignant.

Question :

Quel est le résultat de l'instauration du registre pharmaceutique dont la tenue est imposée aux hôpitaux afin de réduire les achats de spécialités pharmaceutiques?

Réponse :

Le Ministre se préoccupe au plus haut point de la suite réservée par les hôpitaux à l'obligation de tenir un registre pharmaceutique.

Afin de disposer à ce sujet de plus d'informations, une enquête a été organisée auprès des hôpitaux. Etant donné que ceux-ci disposent, pour le renvoi des formulaires ad hoc au Département de la Santé publique, d'un délai expirant seulement à fin janvier 1983, il n'est pas encore possible de donner une réponse précise.

Il est évident que les réponses figurant sur les formulaires de l'enquête feront l'objet d'un examen très attentif. En outre, les résultats de cet examen permettront de tirer les conclusions politiques qui s'imposent.

d) *Equipement*

Question :

Combien de « scanners » sont-ils en usage en Belgique et où se localisent-ils?

Réponse :

Le nombre de « scanners » en service au 15 janvier 1983 est le suivant :

A. Vlaanderen

Academische Ziekenhuizen van de Katholieke Universiteit Leuven	2
Academisch Ziekenhuis van de Rijksuniversiteit Gent	1
Academisch Ziekenhuis van de Universitaire Instelling Antwerpen te Wilrijk	1
O. C. M. W.-ziekenhuis van Genk	1
O. C. M. W.-ziekenhuis van Brugge	1
St.-Vincentiuskliniek te Gent	1
Middelheim ziekenhuis te Antwerpen	1
Kliniek H. Familie te Antwerpen	1
Kliniek St. Norbertus te Duffel	1
Kliniek O. L. V. te Aalst	1
Kliniek H. Hart te Roeselare	1
Kliniek Maria's Voorzienigheid te Kortrijk	1
Sub-totaal Vlaanderen	13

B. Wallonië

Universitair Ziekenhuis Bavière van de Rijksuniversiteit te Luik	2
Le Rayon de Soleil te Montignies-le-Tilleul	2
Clinique Reine Fabiola te Montignies-sur-Sambre	1
Clinique St.-Joseph te Gilly	1
Hôpital Civil te Charleroi	1
Clinique La Dorcas te Doornik	1
Clinique St.-Pierre te Ottignies	1
Clinique Ste.-Elisabeth te Namen	1
Clinique St.-Joseph te Luik	1
Clinique Ste.-Rosalie te Luik	1
Clinique Notre Dame de l'Espérance te Luik	1
Hôpital de Jolimont te La Louvière	1
Sub-totaal Wallonië	14

C. Brussel-Hoofdstad

Academisch Ziekenhuis van de « U. C. L. » St.-Lambrechts-Woluwe	2
Universitair Ziekenhuis « St.-Pierre de l'U. L. B. » te Brussel	1
Institut J. Bordet te Brussel	1
Cliniques universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme te Brussel	1
Universitair Ziekenhuis van de V. U. B. te Jette	1
St.-Elisabethziekenhuis te Ukkel	1
Kliniek van het Leopoldpark te Etterbeek	1
St.-Janskliniek te Brussel	1
Vereniging Cerascan te Brussel	1
St.-Etiennekliniek te St.-Joost-ten-Noode	1
Sub-totaal voor Brussel	11

Het totaal aantal geïnstalleerde scanners bedraagt momenteel voor het ganse Rijk: $13 + 14 + 11 = 38$.

Vraag :

Hoe is het grote aantal scanners te verklaren (38), aangezien de vorige Minister 1 scanner voor 500 000 inwoners voldoende achtte.

Antwoord :

De toewijzing van zware medische apparatuur behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

A. Flandre

Hôpitaux universitaires de la K. U. L. (Katholieke Universiteit Leuven)	2
Hôpital universitaire de l'Université de l'Etat à Gand	1
Hôpital universitaire de l'« Universitaire Instelling Antwerpen » à Wilrijk	1
Hôpital du C. P. A. S. de Genk	1
Hôpital du C. P. A. S. de Bruges	1
« St.-Vincentiuskliniek » à Gand	1
« Middelheim ziekenhuis » à Anvers	1
« Kliniek H. Familie » à Anvers	1
« Kliniek St. Norbertus » à Duffel	1
« Kliniek O. L. V. » à Alost	1
« Kliniek H. Hart » à Roulers	1
« Kliniek Maria's Voorzienigheid » à Courtrai	1
Sous-total pour la Flandre	13

B. Wallonie

Hôpital universitaire de Bavière de l'Université de l'Etat de Liège	2
Le Rayon de Soleil à Montignies-le-Tilleul	2
Clinique Reine Fabiola à Montignies-sur-Sambre	1
Clinique St.-Joseph à Gilly	1
Hôpital Civil à Charleroi	1
Clinique La Dorcas à Tournai	1
Clinique St.-Pierre à Ottignies	1
Clinique Ste.-Elisabeth à Namur	1
Clinique St.-Joseph à Liège	1
Clinique Ste.-Rosalie à Liège	1
Clinique Notre Dame de l'Espérance à Liège	1
Hôpital de Jolimont à La Louvière	1
Sous-total pour la Wallonie	14

C. Bruxelles-Capitale

Cliniques universitaires de l'U. C. L. à Woluwe-St-Lambert	2
Hôpital universitaire St-Pierre de l'U. L. B. à Bruxelles	1
Institut J. Bordet à Bruxelles	1
Cliniques universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme à Bruxelles	1
Hôpital universitaire de la V. U. B. à Jette	1
Hôpital Ste-Elisabeth à Uccle	1
Clinique du parc Léopold à Etterbeek	1
Clinique St-Jean à Bruxelles	1
Association Cerascan à Bruxelles	1
Clinique St-Etienne à St-Josse-ten-Noode	1
Sous-total pour Bruxelles	11

Par conséquent, le nombre de scanners en service dans l'ensemble du pays est actuellement de $13 + 14 + 11 = 38$.

Question :

Comment s'explique le grand nombre de scanners (38) alors que le Ministre précédent avait estimé qu'un scanner par 500 000 habitants suffisait.

Réponse :

L'attribution de l'appareillage médical lourd est de la compétence des Communautés.

Op nationaal vlak wordt enkel de lijst van deze apparatuur vastgesteld, evenals de criteria voor de programmatie ervan.

De programmatienorm waarnaar verwezen wordt is juist, met dien verstande dat de scanners van de academische ziekenhuizen niet in die norm begrepen zijn.

Vraag :

Er bestaan twee soorten scanners : « brain scanners » en « total body scanners ».

Op de lijst van de bestaande scanners wordt evenwel niet gepreciseerd hoeveel er van elk van deze type opgesteld staan. Zou het mogelijk zijn deze informatie te bekomen ?

Antwoord :

Het toekennen en betoelagen van de aankoop van deze toestellen behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat de grote meerderheid « total body scanners » zijn. Slechts enkele ziekenhuizen beschikken over een « brain scanner ».

De precieze lijst zal later worden medegedeeld.

Vraag :

Op welke wijze gebeurt de controle op de apparatuur inzake centrale verwarming ?

Antwoord :

De erkenning van de maatschappijen die deze apparatuur installeren en de wijze waarop zij het toezicht hierop uitoefenen, behoort tot de bevoegdheid van de Gewesten.

3. Medisch-Pedagogische instituten

Vraag :

De financiële toestand van de medisch-pedagogische instellingen van de bi-communautaire sector van het Brusselse Gewest (Titel I, sectie 61) is onrustwekkend.

Het gaat hier om verscheidene tientallen tehuizen.

1. Waaraan is het te wijten dat de verpleegdagprijs in die instellingen met drie jaar vertraging wordt vastgesteld ? Kan de termijn van drie weken om een dossier te behandelen niet worden beperkt tot één week ?

2. Zal men, wanneer de administratie geherstructureerd zal zijn en het personeel van het Ministerie van Volksgezondheid naar de Gemeenschappen overgeheveld, terwijl de kredieten uitgetrokken blijven op de begroting van Volksgezondheid, nog over personeel beschikken om de dossiers van de bi-communautaire sector te behandelen ? Het lijkt onvermijdelijk dat de kredieten betreffende die sector van het Ministerie van Volksgezondheid worden overgedragen naar de Gemeenschappen.

3. Wanneer zullen de achterstallen voor 1980 betaald worden en hoe kan men de betaling van de achterstallen voor 1981 en 1982 bespoedigen ?

4. Er wordt een statistiek gevraagd betreffende de instellingen voor minder-validen in het Brusselse Gewest, naargelang die al dan niet bi-communautair zijn.

Seule la liste de cet appareillage est dressée au niveau national ainsi que les critères de programmation de cet équipement.

La norme de programmation à laquelle on se réfère est exacte, étant toutefois entendu que les scanners des hôpitaux universitaires ne sont pas compris dans cette norme.

Question :

Il existe deux types de scanners : le « brain scanner » et le « total body scanner ».

La liste des scanners ne précise cependant pas le nombre de scanners de chaque type utilisés. Est-il possible d'obtenir cette information ?

Réponse :

L'octroi de subventions pour l'achat de ces appareils est de la compétence des Communautés. Il appert des données disponibles que ces appareils sont presque toujours des « total body scanners ». Seuls quelques hôpitaux sont équipés d'un « brain scanner ».

La liste détaillée des scanners utilisés sera communiquée ultérieurement.

Question :

Comment s'effectue le contrôle des installations de chauffage central ?

Réponse :

L'agrément des sociétés installatrices et la manière dont elles contrôlent leurs installations relèvent de la compétence des Régions.

3. Instituts médico-pédagogiques

Question :

La situation financière des instituts médico-pédagogiques du secteur bicommunautaire de la région bruxelloise (Titre I, section 61) suscite des inquiétudes.

Ils représentent plusieurs dizaines de maisons.

1. Quelles sont les causes d'un retard de 3 ans pour la fixation du prix de la journée d'entretien de ces instituts ? Le délai de 3 semaines pour traiter un dossier ne peut-il être réduit à une semaine ?

2. Lorsque l'administration sera restructurée et que le personnel sera transféré du Ministère de la Santé publique aux Communautés alors que les crédits seront maintenus au budget de la Santé publique, disposera-t-on encore de personnel pour traiter les dossiers du secteur bicommunautaire ? Il semble inévitable que les crédits afférents à ce secteur soient transférés du Ministère de la Santé publique aux Communautés.

3. Quand seront réglés les arriérés de 1980 et comment accélérer le paiement des arriérés afférant à 1981 et 1982 ?

4. Une statistique est demandée aux institutions pour handicapés de la région bruxelloise selon qu'elles sont bicommunautaires ou non.

Antwoord :

1. Het Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten maakt deel uit van de « persoonsgebonden » materies die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en van de Ministers van Nationale Opvoeding ressorteren wat meer bepaald het beheer van de sector Brussel-Hoofdstad betreft.

2. Aangezien het personeel van Fonds H per 1 januari 1983 ambtshalve naar de Gemeenschappen is overgeplaatst, moet de administratie worden herstructureerd.

Met de vertegenwoordigers van de Voorzitters van de Vlaamse en de Waalse Gemeenschapsexecutieven is het volgende overeengekomen :

a) het departement van Volksgezondheid zal het nodige aantal ambtenaren aanwijzen om opgeleid te worden door de naar de Gemeenschappen overgehevelde ambtenaren die vroeger belast waren met de behandeling van de bi-communautaire dossiers;

b) de ambtenaren van de Gemeenschappen zullen op basis van de consensus tussen de verantwoordelijke ambtenaren van de Gemeenschappen enerzijds en Volksgezondheid anderzijds, de nodige tijd besteden aan de opleiding van de door het departement van Volksgezondheid aangevoerde ambtenaren;

c) deze terbeschikkingstelling zal gelden voor drie maanden vanaf 1 januari 1983.

3. De besluiten betreffende de vereenvoudigde berekening van de verpleegdagprijs in de Brusselse instellingen behoren tot de gezamenlijke bevoegdheid van de beide Ministers van Onderwijs.

4. Het merendeel van de instellingen (59 afdelingen) van Brussel-Hoofdstad wordt nog altijd als « bi-communautair » beschouwd, aangezien nog geen criteria worden toegepast om ze definitief aan één van de beide Gemeenschappen toe te wijzen.

Het koninklijk besluit van 26 januari 1982 heeft de beide Ministers van Nationale Opvoeding immers belast met het gezamenlijk beheer van de zaken die betrekking hebben op de aangelegenheden genoemd in artikel 59bis, § 2bis, van de Grondwet, voor zover zij verband houden met instellingen gevestigd in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, die wegens hun organisatie niet geacht worden uitsluitend tot de ene of de andere Gemeenschap te behoren.

Het antwoord op de vraag betreffende de z.g. « bi-communautaire » instellingen behoort dus tot de gezamenlijke bevoegdheid van die beide Ministers.

Het decreet van 1 juli 1982 houdt vaststelling van de criteria die exclusief toebehoren aan de Franse Gemeenschap voor de instellingen die persoonsgebonden materies behandelen in het tweetalig gewest van Brussel-Hoofdstad.

Onderstaande tabel, waarin de gegevens werden verwerkt uit de inventaris van de instellingen, bevat voor 15 subsectoren het totaal aantal instellingen, uitgesplitst in openbare en particuliere.

Op de openbare instellingen de taalwetgeving van toepassing, zodat zij onbetwistbaar tot de tweetalige moeten worden gerekend en, op grond van de voorbereidende werken van artikel 59bis van de Grondwet, onder de bevoegdheid blijven vallen van de nationale overheid.

Daarentegen kunnen de Gemeenschappen overgaan tot de erkenning als behorend tot hun Gemeenschap, van particuliere instellingen. Hun bevoegdheid ter zake is door het genoemde Grondwetsartikel zelf gevestigd.

Réponse :

1. Le Fonds de soins médico-socio-pédagogiques pour handicapés fait partie des matières « personnalisables » qui ressortissent à la compétence des Communautés et des Ministres de l'Education nationale en ce qui concerne plus spécialement la gestion du secteur de Bruxelles-Capitale.

2. Etant donné que le personnel affecté au Fonds H est transféré d'office aux Communautés depuis le 1^{er} janvier 1983, une restructuration de l'Administration s'impose.

Avec les représentants des Présidents des Exécutifs de la Communauté flamande et française, il a été convenu ce qui suit :

a) le département de la Santé publique déterminera le nombre de fonctionnaires qui devront être formés par les fonctionnaires qui étaient chargés du traitement des dossiers bicommunautaires avant d'être transférés aux Communautés.

b) sur base d'un accord entre les fonctionnaires qualifiés des Communautés d'une part et ceux de la Santé publique d'autre part, les fonctionnaires des Communautés consacreront le temps nécessaire à la formation des fonctionnaires désignés par le département de la Santé publique;

c) cette mise en disponibilité sera d'application pendant une période de trois mois prenant cours à partir du 1^{er} janvier 1983.

3. Les arrêtés concernant le calcul simplifié du prix de journée d'entretien des institutions bruxelloises relèvent collectivement de la compétence des Ministres de l'Education nationale.

4. La majorité des institutions (59 sections) de Bruxelles-Capitale sont encore considérées comme « bicommunautaires » en l'absence de l'application de critères de rattachement à l'une ou l'autre Communauté.

En effet, l'arrêté royal du 26 janvier 1982 a chargé les deux Ministres de l'Education nationale de la gestion conjointe des affaires relatives aux matières visées à l'article 59bis, § 2bis, de la Constitution, pour autant qu'elles concernent des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, ne doivent pas être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre Communauté.

La réponse à la question relative aux institutions dites « bicommunautaires » relève donc de la compétence conjointe de ces deux ministres.

Le décret du 1^{er} juillet 1982 fixe les critères d'appartenance exclusive à la Communauté française des institutions traitant les matières personnalisables dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Le tableau ci-dessous reprend les données que l'inventaire des institutions a permis de recueillir et mentionne pour 15 sous-secteurs le nombre total des institutions réparties en institutions publiques et privées.

Les lois sur l'emploi des langues sont applicables aux institutions publiques, de sorte que celles-ci se rangent incontestablement parmi les institutions bilingues et, sur la base des travaux préparatoires concernant l'article 59bis de la Constitution, continuent à relever de l'autorité nationale.

Par contre, les Communautés peuvent décider de l'appartenance communautaire d'institutions privées. L'article précité de la Constitution détermine leur compétence en la matière.

Bovendien is de Franse Gemeenschap bij het bovenvermelde decreet, overgegaan tot het vaststellen van nadere criteria inzake Gemeenschapsaanhorigheid.

Zij laat zich hierbij met name leiden door het taalgebruik.

Harerzijds heeft de Vlaamse Gemeenschap tot dusver nog geen dergelijke criteria vastgesteld.

Met het oog op de homogeniteit in de bevoegdheidsafbakening, neemt de (nationale) Regering zich voor op korte termijn terzake overleg met de Gemeenschappen te beginnen. Tot nu toe hebben beide Gemeenschappen slechts enkele te Brussel gevestigde instellingen erkend.

Aantal bicommunautaire instellingen volgens de sectoren

	Totaal	Openbare	Particuliere
1. Ziekenhuizen (niet-psy- chiatrische instellingen)	42	17	25
2. Psychiatrische zieken- huizen	12	1	11
3. Diensten voor geeste- lijke gezondheidszorg	25	3	22
4. Télé-onthaal	2	—	2
5. Onthaalhuizen	3	—	3
6. Centra voor medisch schooltoezicht	38	24	14
7. Diensten voor thuisver- zorging	15	—	15
8. Rustoorden	312	27	285
9. Medisch-pedagogische instellingen	71	4	67
10. Opleidingscentra voor gezinshelpsters	5	1	4
11. Opleidingscentra voor bejaardenhelpsters ...	7	4	3
12. Centra voor maat- schappelijk werk	22	—	22
13. Opleidingscentra tot bevordering van het gezinsleven	15	—	15
14. Diensten voor gezins- en bejaardenhulp	28	18	10
15. Centra voor prematri- moniale, matrimoniële en gezinsconsultaties	38	3	35

4. Rusthuizen en verzorgingstehuizen

Vraag :

Het verblijf in een rustoord valt vrij duur uit.

Wordt er overwogen besluiten te treffen die een onderhoudsplicht opleggen aan de kinderen of andere familieleden ten aanzien van de kosten die het verblijf in een rustoord veroorzaken ?

Antwoord :

De bestaande wetgeving voorziet nu reeds in de mogelijkheid om de kosten van dit verblijf op familieleden te verhalen.

Vraag :

Een aantal V-diensten hebben met een tekort te kampen.

De vraag rijst of de omschakeling van deze diensten naar rust- en verzorgingstehuizen met een forfaitaire tussenkomst van 632 F/dag hun tekort niet nog zal verhogen, of zal men het tekort door de patiënt en zijn familie laten dekken door een verhoogde tussenkomst ?

La Communauté française a en outre défini, par le décret susvisé, des critères plus précis en matière d'appartenance communautaire.

Elle a retenu plus spécialement le critère de la langue employée.

La Communauté flamande n'a, quant à elle, pas encore établi de semblables critères.

Le Gouvernement (national) se propose d'entamer très prochainement une concertation avec les Communautés afin de parvenir à une délimitation homogène des compétences en la matière. A ce jour, les deux Communautés ne se sont déjà prononcées que sur l'appartenance communautaire de quelques institutions établies à Bruxelles.

Nombre d'institutions bicommunautaire selon le secteur

	Total	Publics	Privés
1. Hôpitaux (établisse- ments non psychiatri- ques)	42	17	25
2. Hôpitaux psychiatri- ques	12	1	11
3. Services de soins de santé mentale	25	3	22
4. Télé-accueil	2	—	2
5. Homes d'accueil	3	—	3
6. Centres d'inspection médicale scolaire ...	38	24	14
7. Services de soins à do- micile	15	—	15
8. Maisons de repos ...	312	27	285
9. Etablissements médico- pédagogiques	71	4	67
10. Centres de formation pour aides familiales	5	1	4
11. Centres de formation pour aides-seniors ...	7	4	3
12. Centres d'aide sociale	22	—	22
13. Centres de formation pour la promotion de la vie familiale	15	—	15
14. Services d'aide aux fa- milles et aux personnes âgées	28	18	10
15. Centres de consulta- tion pré-nuptiale, con- jugale et familiale ...	38	3	35

4. Maisons de repos et de soins

Question :

Le séjour dans une maison de repos est assez onéreux.

N'envisage-t-on pas de prendre un arrêté qui imposerait aux enfants ou à d'autres parents une obligation d'entretien quant aux frais occasionnés par le séjour dans une maison de repos ?

Réponse :

La législation existante prévoit déjà la possibilité de faire supporter les frais du séjour par la famille.

Question :

Un certain nombre de services de soins sont déficitaires.

On peut se poser la question de savoir si la conversion de ces services en maisons de repos et de soins avec l'application d'une intervention forfaitaire de 632 F par jour ne risque pas d'accroître encore ce déficit. Ou bien fera-t-on supporter le déficit par le patient et sa famille au moyen d'une intervention plus importante ?

Antwoord :

Vooreerst dient te worden opgemerkt dat er heel wat bejaarden in een V-dienst verblijven wier gezondheidstoestand dermate gestabiliseerd is dat zij geen ziekenhuisverzorging meer vereisen. Anderzijds verblijven er in de rustoorden bejaarden die nood hebben aan verpleegkundige zorgen.

In feite gaat het in de twee gevallen om dezelfde soort patiënten. In het eerste geval moet de patiënt voor de hotelkosten niets betalen, terwijl in het tweede geval de patiënt alles zelf dient te betalen.

Deze toestand wordt door de bevolking als een discriminatie ervaren. Door het oprichten van rust- en verzorgingstehuizen wordt er naar gestreefd om deze discriminatie weg te werken.

De oprichting van deze tehuizen zal mogelijk worden door de nodige financiële middelen uit de ziekenhuissector te transfereren naar de verzorgingstehuizen.

Dank zij dit mechanisme zullen meer patiënten kunnen verzorgd worden.

Tevens wordt een betere kwaliteit beoogd van de zorgen die in de rustoorden worden verstrekt.

De forfaitaire tussenkomst van 632 F/dag vanwege de ziekteverzekering is enkel bestemd voor de kosten van de verzorging.

De resterende kosten zullen door de patiënt moeten betaald worden.

De omschakeling van sommige V-diensten naar verzorgingstehuizen zal aanleiding geven tot een schadeloosstelling die bepaalde kosten zal dekken.

Vraag :

Het koninklijk besluit van 2 december 1982 heeft betrekking op de normen inzake het personeel van rust- en verpleegtehuizen. Welke kwalificaties en diploma's worden van het verpleegkundig personeel gevraagd ?

Antwoord :

Het koninklijk besluit van 2 december 1982 schrijft wel degelijk voor dat per 30 personen in een verpleegtehuis de norm inzake personeel bestaat uit 3 verpleegkundigen, voldoende bekwaam personeel voor aanvullende zorg, een kinesitherapeut en/of een ergotherapeut.

Die normen zijn opzettelijk soepel genoeg om de beheerder in staat te stellen de personeelsbezetting af te stemmen op de werkelijke behoeften en op de financiële middelen.

Nergens wordt voorgeschreven dat het verpleegkundig personeel houder moet zijn van een diploma A1 of A2. Aldus wordt voorkomen dat de Minister uiteindelijk de beheerder wordt van de verpleegtehuizen.

5. Voedingswaren**Vraag :**

Is een uitbreiding van de Dienst voor eetwareninspectie in uitzicht gesteld ?

Antwoord :

Men make zich geen illusies. Er kan geen sprake zijn van een uitbreiding van de personeelsformatie. De vervanging van het personeel van die dienst kan slechts geschieden dank zij de mobiliteit van het huidige personeel.

Réponse :

Il convient de faire observer tout d'abord que l'état de santé de nombreuses personnes âgées qui se trouvent dans un service de soins s'est stabilisé au point qu'il ne nécessite plus de soins hospitaliers. En revanche, d'autres personnes âgées qui se trouvent dans des maisons de repos ont besoin de ces soins.

En fait, dans les deux cas il s'agit du même type de patients. Dans le premier cas le patient n'a pas de frais de séjour à payer, alors que dans le second cas tous les frais sont à charge du patient.

Cette situation est ressentie comme une discrimination par la population. L'on s'efforce de supprimer cette discrimination par la création de maisons de repos et de soins.

Les moyens financiers nécessaires à cet effet seront transférés du secteur hospitalier aux maisons de soins.

Ce mécanisme permettra de soigner un plus grand nombre de patients.

L'objectif visé inclut également une amélioration de la qualité des soins dispensés dans les maisons de repos.

L'intervention forfaitaire de 632 F par jour à charge de l'assurance maladie est exclusivement destinée à couvrir le coût des soins dispensés.

Les autres frais devront être supportés par le patient.

La conversion de certains services de soins en maisons de soins donnera lieu à une indemnisation qui couvrira certains frais.

Question :

L'arrêté royal du 2 décembre 1982 concerne les normes du personnel des maisons de repos et de soins. Quelles sont les qualifications et les diplômes demandés au personnel infirmier ?

Réponse :

L'arrêté royal du 2 décembre 1982 impose effectivement que, pour 30 personnes en maison de soins, la norme du personnel soit de trois praticiens de l'art infirmier, de suffisamment de personnel qualifié pour les soins complémentaires et d'un kinésithérapeute et/ou d'un ergothérapeute.

Les normes sont volontairement souples de façon à permettre au gestionnaire de s'adapter aux besoins réels et aux moyens financiers.

Il n'est donc pas prescrit que le personnel infirmier doit être titulaire d'un diplôme A1 ou A2. Il faut éviter que le Ministre soit en fin de compte le gestionnaire des maisons de soins.

5. Denrées alimentaires**Question :**

L'extension du Service de contrôle des denrées alimentaires est-elle prévue ?

Réponse :

Il ne faut pas se faire d'illusions. Il ne peut être question d'une augmentation de l'effectif du personnel. Le remplacement du personnel de ce service ne peut s'effectuer que par la mobilité du personnel actuel.

Vraag :

Waar blijven de uitvoeringsbesluiten van de wet van 13 juli 1982 tot oprichting van een Instituut voor veterinaire keuring (cf. de mondelinge vraag van de heer Temmerman aan de Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu van 21 december 1982) ?

Zijn er kredieten uitgetrokken voor dat Instituut op de begroting voor 1983 ?

Antwoord :

De actualisering van het Instituut is ter bespreking in het M. C. E. S. C.

Voor het ogenblik is op de begroting nog geen geld voorzien voor het Instituut.

Zodra de uitvoeringsbesluiten door de Ministerraad zullen zijn goedgekeurd, zal de begroting de nodige aanpassingen ondergaan.

*6. Polyklinieken — Thuisverzorging**Vraag :*

De medische wijkcentra vormen een element van concurrentie en zijn vaak politiek gekleurd. Hoe zal de bezoldiging van die centra gebeuren ?

Laat de ontwikkeling van die medische centra nog plaats voor de geneeskunde als vrij beroep ?

Antwoord :

Het medisch wijkcentrum vormt een deel van de thuisverzorging.

Het is een belangrijke schakel in het gezondheidsbeleid, die heel bijzondere aandacht vereist. De Minister is van plan dit probleem bij voorrang te behandelen.

De uitbouw van de thuisverzorging is een ingewikkelde en moeilijke zaak waarbij de grootste voorzichtigheid geboden is. Een voorafgaand onderzoek is dan ook nodig om de programmatie en de financiering van die diensten te ontwikkelen.

Bovendien moet dit alles kunnen gebeuren zonder het budgettaire evenwicht in gevaar te brengen. Het realiseren van deze nieuwe soort voorzieningen met de huidige begrotingsmiddelen vergt dat de nodige middelen elders worden vrijgemaakt.

De uitbreiding van die diensten moet, rekening houdend met de financiële middelen, gebeuren al naargelang van de behoeften.

De opgedane ervaring zal zonder twijfel bepalend zijn voor het te voeren beleid.

Vraag :

Huisverzorging doet meer en meer een beroep op vrijwilligers die pionierswerk verrichten.

Het derde arbeidscircuit zou heel wat arbeidsplaatsen in die sector kunnen scheppen. Nochtans komen dergelijke projecten niet van de grond. Hoe komt dat ?

Antwoord :

Het vrijwilligerspersoneel heeft voor de Huisverzorging werkelijk pionierswerk geleverd. De Minister zal bij zijn collega van Tewerkstelling en Arbeid informeren om te vernemen hoe het zit met de goedkeuring van de derde arbeids-circuit-projecten in die sector.

Question :

Où en sont les arrêtés d'exécution de la loi du 13 juillet 1982 portant création d'un Institut d'expertise vétérinaire (voir la question orale de M. Temmerman au Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement du 21 décembre 1982) ?

Les crédits pour cet Institut figurent-ils au budget pour 1983 ?

Réponse :

L'actualisation de l'Institut d'expertise vétérinaire est en discussion au C. M. C. E. S.

Pour le moment, aucun crédit pour l'Institut n'est prévu au budget.

Dès que les arrêtés d'exécution seront approuvés par le Conseil des ministres, le budget subira les adaptations nécessaires.

*6. Polycliniques — Soins à domicile**Question :*

Les centres médicaux de quartier constituent des éléments de concurrence et présentent souvent une coloration politique. Comment envisage-t-on le mode de rétribution de ces centres ?

Le développement des centres médicaux laissera-t-il subsister une place pour la médecine en tant que profession libérale ?

Réponse :

Le Centre de santé de quartier constitue une partie des soins à domicile.

Il est un chaînon important de la politique de santé qui exige une attention toute spéciale. Le Ministre a l'intention de traiter ce problème par priorité.

La mise sur pied des soins à domicile est une matière complexe et difficile exigeant la plus grande prudence. Une étude préliminaire est donc nécessaire pour élaborer la programmation et le financement de ces services.

Il faut en outre que tout ceci soit possible sans mettre l'équilibre budgétaire en danger. Réaliser ce nouveau genre d'infrastructure selon les possibilités budgétaires exige que les moyens nécessaires soient libérés ailleurs.

L'extension de ces services doit se faire selon les besoins qui se présentent, tout en tenant compte des moyens financiers.

L'expérience acquise déterminera sans aucun doute la politique qui sera menée.

Question :

Les soins à domicile font de plus en plus appel aux volontaires qui font œuvre de pionnier.

Le troisième circuit de travail pourrait contribuer sensiblement à l'emploi dans ce secteur et cependant de tels projets ne semblent pas démarrer. Comment cela se fait-il ?

Réponse :

Le personnel bénévole pour les soins à domicile a vraiment accompli un travail de pionnier. Le Ministre s'informera auprès de son collègue de l'Emploi et du Travail afin d'apprendre ce qu'il en est de l'approbation des projets en matière de troisième circuit de travail dans ce secteur.

7. Geneesmiddelen

Vraag :

Het ware nuttig er bepaalde geneesheren aan te herinneren dat het noodzakelijk is hun patiënten voor te lichten over de precieze aard van de geneesmiddelen die zij voorschrijven en over het gevaar van geneesmiddelen-associaties.

Anderzijds worden de geneesheren op het stuk van verdovende en kalmeermiddelen soms letterlijk misbruikt door een bepaalde groep patiënten; sommige zieken en druggebruikers hebben immers de gewoonte aangenomen meerdere dokters te raadplegen.

Om dat te bestrijden zou de controle op de apotheken moeten worden verscherpt.

Ook kan het gebeuren dat voorschriften gestolen worden.

Men constateert een stijging van het verbruik van verdovende middelen doordat bepaalde geneesmiddelen, die vroeger niet als zodanig beschouwd werden, het thans wel zijn en op grote schaal verbruikt worden, zoals bv. « valium » en « seresta ».

* * *

Welke wettelijke middelen bestaan er om misbruik van kalmeermiddelen en psychotrope stoffen te bestrijden ?

Antwoord :

De kalmeermiddelen en psychotrope stoffen omvatten een uitgebreid gamma produkten die door verschillende wetten en besluiten worden gevisieerd. Sommige artikelen in die teksten hebben meer bepaald tot doel misbruik tegen te gaan.

In het algemeen gebeurt dit door het afleveren van die produkten afhankelijk te maken van een voorschrift. Volgende groepen kunnen worden onderscheiden :

Op grond van de wet van 24 februari 1921

1) de psychotrope stoffen worden gereguleerd door het koninklijk besluit van 31 mei 1976 waardoor ze aan even strenge voorschriften zijn onderworpen als de verdovende middelen.

2) Het koninklijk besluit van 6 februari 1946 reguleert een aantal toxische stoffen door middel van maximale dosissen en rangschikking in vier lijsten. Naargelang van de dosis en de lijst is een voorschrift al dan niet verplicht.

Op grond van de wet van 25 maart 1964

1) Artikel 6 bepaalt o.a. dat elk nieuw geneesmiddel dat op de markt wordt gebracht, automatisch onderworpen wordt aan een doktersvoorschrift tot op het ogenblik dat deze beperking wordt opgeheven.

2) Artikel 8 geeft aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft de mogelijkheid om een geneesmiddel dat reeds op de markt is, te onderwerpen aan het medisch voorschrift.

Naast de voorschriftplicht worden nog andere initiatieven genomen om misbruik tegen te gaan zoals :

— informatie van geneesheren en apothekers over geneesmiddelen die reeds al of niet op voorschrift staan d.m.v. o.a. de Folia Pharmacotherapeutica, het gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium...;

— inlichtingen op de bijsluiter van de geneesmiddelen;

— waarschuwingen op de verpakking.

7. Médicaments

Question :

Il serait opportun de rappeler à certains médecins la nécessité d'informer leurs patients de la nature exacte des médicaments qu'il leur prescrit et du danger des associations de médicaments.

D'autre part, en ce qui concerne les drogues et tranquillisants, le corps médical est parfois littéralement exploité par une certaine partie de la clientèle, certains malades ou drogués ayant l'habitude de consulter plusieurs médecins.

A cet égard, le contrôle de l'inspection des pharmaciens devrait être renforcé.

D'autre part, des vols d'ordonnances peuvent se produire.

Une augmentation de la consommation de stupéfiants peut être constatée du fait que certains médicaments qui, auparavant, n'étaient pas considérés comme tels, le sont aujourd'hui et sont devenus d'un usage très commun, comme par exemple le « valium » ou le « seresta ».

* * *

Quels sont les moyens légaux disponibles pour lutter contre l'abus des médicaments et psychotropes ?

Réponse :

Les médicaments tranquillisants et psychotropes contiennent une gamme étendue de produits qui sont visés par différentes lois et arrêtés. Certains articles dans ces textes sont plus particulièrement destinés à contrer un abus.

En général, ils soumettent les produits à l'obligation d'une prescription médicale. Différents groupes peuvent être considérés :

Sur base de la loi du 24 février 1921

1) Les substances psychotropes sont réglementées par l'arrêté royal du 31 mai 1976 par lequel elles sont soumises à des prescriptions aussi sévères que les stupéfiants.

2) L'arrêté royal du 6 février 1946 réglemente une série de substances toxiques au moyen de doses maximales et selon un classement en 4 listes. Suivant la dose et la liste, une prescription est obligatoire ou non.

Sur base de la loi du 25 mars 1964

1) L'article 6 précise entre autres que chaque nouveau médicament mis sur le marché est soumis automatiquement à une prescription médicale et ce, jusqu'au moment de la levée de cette imputation;

2) L'article 8 donne au Ministre de la Santé publique la possibilité de soumettre à prescription médicale un médicament déjà sur le marché.

A côté de l'obligation d'une prescription, d'autres initiatives sont également prises pour lutter contre les abus :

— l'information des médecins et pharmaciens sur les médicaments déjà soumis ou non à prescription au moyen entre autres, des Folia Pharmacotherapeutica, du Répertoire commenté des médicaments...;

— les indications sur les notices de médicaments;

— les avertissements apposés sur les emballages.

Vraag :

Onlangs is in de nationale en internationale pers gewag gemaakt van vermageringskuren die in België werden voorgeschreven, meer bepaald door toediening van samengestelde geneesmiddelen.

Tegen deze praktijken werd trouwens klacht neergelegd bij de Belgische overheid door verantwoordelijken voor de Volksgezondheid in andere landen waar dergelijke voorschriften niet toegelaten zijn.

Antwoord :

De Minister, verwijzend naar zijn inleidende uiteenzetting (zie blz. 26 en 27 van dat verslag), verklaart dat, gelet op de ernst van dat probleem, het advies gevraagd werd van de Academies voor Geneeskunde. Dit advies luidt als volgt :

« 1. Vaste associaties in het kader van een vermageringskuur op basis van minstens twee van de volgende bestanddelen : (1) een thyroïd derivaat, (2) een tranquilizer of slaapmiddel, (3) een anorexigene, (4) een diureticum, zijn gevaarlijk.

2. Wegens dit gevaar en gezien er geen indicaties zijn voor dergelijke vaste associaties, stellen de academies voor deze associaties te verbieden. »

Vraag :

Wat wordt juist bedoeld door « iatrogeneziekten » ? Gebeurt op dit gebied wetenschappelijk onderzoek ? Hoe wordt onze bevolking over deze ziekten ingelicht ?

Iatrogene ziekten zijn ook het gevolg van het feit dat bepaalde zieken op eigen initiatief geneesmiddelen innemen.

Hoe kan men voorkomen dat de apothekers elkaar op dat gebied oneerlijke concurrentie aandoen ?

Antwoord :

Een iatrogene ziekte is een ziekte veroorzaakt door de geneesheer volgens de definitie van de « Dictionnaire des termes techniques de médecine » van Garnier en Delamare (20^e editie, 1978, Maloine, Parijs). In feite gaat het om ziekten veroorzaakt door een behandeling, die deel uitmaakt van de diagnose of de behandeling, geneesmiddelen inbegrepen.

De medische en farmaceutische pers maakt voortdurend melding van studies over de ongewenste verschijnselen vastgesteld tijdens om het even welke medische handeling en meer bepaald bij de inname van geneesmiddelen ten gevolge van een geneeskundig voorschrift of een persoonlijk initiatief van de zieke. Aldus beschikt de documentatiedienst van de Algemene Farmaceutische Inspectie over een steekkaartenstelsel met talrijke referenties betreffende ongewenste verschijnselen vastgesteld ten gevolge van geneesmiddelen. Bovendien hebben de nationale centra voor geneesmiddelenbewaking, waaronder het Belgische, tot permanente taak de desbetreffende waarnemingen van geneesheren en apothekers te verzamelen en deel te nemen aan een regelmatige uitwisseling van informatie in het kader van de internationale geneesmiddelenbewaking onder de bescherming van de Wereldgezondheidsorganisatie.

De informatie van het publiek over het iatrogene risico op het gebied van de geneesmiddelen gebeurt door waarschuwingen wettelijk opgelegd op bepaalde verpakkingen, op de bijsluiters die aan de conditionering van geneesmiddelen zijn toegevoegd, evenals door de geneesheren en apothekers die op de hoogte worden gehouden door de Folia Pharmacotherapeutica.

Question :

Récemment, la presse nationale et internationale a fait état de cures d'amaigrissement prescrites en Belgique, plus particulièrement à l'aide d'association de médicaments.

Une plainte avait d'ailleurs été adressée contre ce genre de pratiques auprès des autorités belges par des responsables de la Santé publique d'autres pays où pareilles prescriptions sont défendues.

Réponse :

Référant à son exposé introductif (voir pp. 26 et 27 de ce rapport), le Ministre déclare que, vu l'importance du problème, l'avis des Académies de Médecine a été demandé. Il est libellé comme suit :

« 1. La Commission mixte estime que, dans le cadre d'une cure d'amaigrissement, l'association fixe contenant au moins deux des quatre substances suivantes : (1) un dérivé thyroïdien, (2) un tranquillisant somnifère, (3) un anorexigène, (4) un diurétique, est dangereuse.

2. En raison de ce danger et de l'absence d'indication thérapeutique de telles associations, les Académies royales de Médecine proposent de les interdire. »

Question :

Qu'entend-on exactement par « maladies iatrogènes » ? Y a-t-il des recherches scientifiques dans ce domaine ? Comment la population est-elle informée à ce sujet ?

Les maladies iatrogènes proviennent également de l'automédication.

Ne peut-on empêcher qu'une concurrence déloyale joue à cet égard entre les pharmaciens ?

Réponse :

Une maladie iatrogène est une maladie engendrée par le médecin, selon la définition du Dictionnaire des termes techniques de médecine de Garnier et Delamare (20^e édition, 1978, Maloine, Paris). En fait, il s'agit des maladies provoquées par un acte faisant partie du diagnostic ou du traitement, en ce compris les médicaments.

La presse médicale et pharmaceutique rapporte constamment des études sur les effets indésirables constatés lors de tout acte médical et notamment lors de la prise de médicaments suite à une prescription du médecin ou à une initiative personnelle du malade. C'est ainsi que le service de documentation de l'Inspection de la Pharmacie possède un fichier comportant de nombreuses références relatives à des effets indésirables constatés suite à des médicaments. En outre, les centres nationaux de pharmacovigilance, dont le centre belge, ont pour mission permanente de recueillir les observations des médecins et des pharmaciens à ce propos et ils participent à un échange régulier d'informations dans le cadre de la Pharmacovigilance internationale sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé.

L'information du public sur le risque iatrogène dans le domaine des médicaments est assurée par les avertissements imposés légalement sur certains emballages, par les notices qui sont jointes aux conditionnements des médicaments de même que par les médecins et pharmaciens qui sont, quant à eux, tenus au courant par les Folia Pharmacotherapeutica.

Deze maandelijks publicatie uitgegeven door het Belgisch Centrum voor pharmacotherapeutische informatie informeert hen over de recente waarnemingen medegedeeld aan het Centrum voor geneesmiddelenbewaking of vermeld in de literatuur.

Vraag :

Het door de Kamer aangenomen wetsontwerp tot wijziging van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen (Stuk Kamer n° 204/1 van 1981-1982) is op het stuk van reclame niet voldoende streng.

Hoever staat het met de invoering van het « gezondheidsboekje » ? Zou dat niet sommige leemten kunnen opvullen ?

Antwoord :

Het wetsontwerp tot wijziging van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen dat reeds behandeld werd in de Kamer van Volksvertegenwoordigers en thans ter bespreking is in de bevoegde Commissie van de Senaat, bevat een artikel waarbij de verbodsbepalingen inzake reclame voor geneesmiddelen aanzienlijk worden verscherpt. Zo wordt, onder meer, de reclame bij het publiek verboden voor al de geneesmiddelen die enkel op medisch voorschrift mogen afgeleverd worden. Voorts zullen selectieve verbodsbepalingen kunnen uitgevaardigd worden zowel voor de reclame bestemd voor het publiek als voor die welke bestemd is voor de beoefenaars van de geneeskunst, van de verpleegkunde, van een paramedisch beroep of van de diergeneeskunde.

Het is duidelijk dat het « gezondheidsboekje » in de zin van een soort paspoort waarop de apotheker de afgeleverde geneesmiddelen noteert, zeer nuttige diensten kan bewijzen, maar het kan moeilijk wettelijk worden opgelegd. Uit recente enquêtes, uitgevoerd in regio's waar dat systeem op vrijwillige basis wordt toegepast, blijkt dat nagenoeg 25 % van de patiënten hun paspoort niet bij zich hebben of niet meegeven aan hun gemachtigde wanneer deze zich bij de apotheker aanbiedt en dat in zowat 50 % van de gevallen het boekje niet wordt getoond aan de behandelende arts. Logischerwijze treft noch de patiënt, noch de apotheker, noch de arts hier enig verwijt.

Vraag :

Kan het repertorium van de op de Belgische markt voorhanden zijnde geneesmiddelen ook niet de prijs en het terugbetalingstarief vermelden ?

Antwoord :

Het gecommmentarieerde geneesmiddelenrepertorium duidt, naast elke presentatie, de categorie aan waartoe de overeenkomstig de recente R. I. Z. I. V.-regels terugbetaalbare specialiteiten behoren. Het voorwoord van het repertorium vermeldt eveneens het terugbetaalbaar percentage naargelang van de verschillende rechthebbenden : werkende bevolking of gepensioneerden, invaliden, weduwen en wezen. Een speciale vermelding is toegevoegd wanneer de specialiteit slechts in bepaalde omstandigheden wordt terugbetaald.

Aan de hand van de prijs, die eveneens voor elke verpakkingvorm wordt vermeld, kan de geneesheer de kostprijs voor de verzekerde beoordelen.

Cette revue mensuelle éditée par le Centre belge d'information pharmacothérapeutique les informe des récentes observations signalées au Centre de pharmacovigilance ou relevées dans la littérature.

Question :

Le projet de loi modifiant la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments (doc. Chambre n° 204/1 de 1981-1982) adopté par la Chambre, n'est pas assez sévère quant à la publicité.

Où en est l'instauration du livret de santé ? Celui-ci ne pourrait-il pas remédier à certaines lacunes ?

Réponse :

Dans le projet de loi modifiant la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments qui a déjà été adopté par la Chambre des Représentants et qui est actuellement en discussion à la Commission compétente du Sénat, est prévu un article qui renforce considérablement les mesures d'interdiction en matière de réclame pour les médicaments. Ainsi notamment, la réclame auprès du public est interdite pour tous les médicaments qui ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autre part, des mesures d'interdiction sélectives pourront être édictées aussi bien pour la réclame destinée au public que pour celle à destination des praticiens de l'art de guérir, de l'art infirmier, d'une profession paramédicale ou de l'art vétérinaire.

Il est clair que le « carnet sanitaire » dans le sens d'une sorte de passeport, dans lequel le pharmacien note les médicaments délivrés, peut rendre de très utiles services mais il peut difficilement être imposé légalement. De récentes enquêtes effectuées dans des régions où ce système est volontairement appliqué n'ont pas leur carnet avec eux ou ne l'ont pas donné à leur préposé lorsque celui-ci s'est rendu chez le pharmacien et que dans près de 50 % des cas, le carnet n'est pas montré au médecin traitant. Logiquement on ne peut adresser de reproche ni au patient, ni au pharmacien, ni au médecin.

Question :

Le répertoire des médicaments existants sur le marché belge ne peut-il inclure le prix et le taux de remboursement ?

Réponse :

Le Répertoire commenté des médicaments mentionne en regard de chacune des présentations la catégorie à laquelle appartiennent les spécialités remboursables conformément aux règles les plus récentes de l'I. N. A. M. I. L'avant-propos du Répertoire signale aussi la proportion remboursée en fonction des différents ayants droit : personnes actives ou pensionnés, invalides, veuves et orphelins. Une mention particulière y est jointe lorsque la spécialité n'est remboursée que dans certaines conditions.

A l'aide du prix qui est également signalé pour chaque conditionnement, le médecin peut estimer le coût pour l'assuré.

8. Kankerbestrijding

Vraag :

Hoe gebeurt de verdeling van de subsidies onder de instellingen die zich met kankerbestrijding bezig houden (art. 12.35 en art. 12.55) en aan welke instellingen en universitaire centra worden zij toegekend ?

Wat zijn de statuten van het Internationaal Centrum voor Kankeronderzoek te Lyon, en hoe is dit centrum samengesteld ? Welk aandeel heeft België daarin (art. 34.50) ?

Zijn er andere begrotingsposten voor de kankerbestrijding ?

Wat is nationaal en wat is communautair inzake kankerbestrijding ?

Wat is voor kankerbestrijding voorzien op de nationale en op de communautaire begrotingen ?

Antwoord :

De volgende kredieten behoren tot de nationale bevoegdheden :

A. De niet-gesplitste kredieten ter subsidiëring van de V. Z. W. Belgisch Werk tegen de Kanker (nationale kern), voor het aanleggen en het bijhouden van het Kankerregister. Dat register is niet alleen belangrijk voor het ontwerpen van een politiek inzake sociale verzorging, maar ook omdat het gegevens verstrekt die voor de Wereldgezondheidsorganisatie onmiddellijk bruikbaar zijn.

Voor artikel 12.35 : 24,5 miljoen F.

B. De niet-gesplitste kredieten ter subsidiëring van de universitaire centra voor kankerbestrijding, uitsluitend bedoeld voor zuiver wetenschappelijk onderzoek inzake kanker. Er zijn zes dergelijke centra : de « Université libre de Bruxelles », de « Université catholique de Louvain », de Luikse Rijksuniversiteit, de Gentse Rijksuniversiteit, de Vrije Universiteit te Brussel, de Katholieke Universiteit te Leuven.

Voor artikel 12.55 : 32 300 000 F, onder voorbehoud van boekhoudkundige controle in gelijke delen te verdelen.

C. Het Internationaal Centrum voor Kankeronderzoek te Lyon is door de Wereldgezondheidsorganisatie opgericht. Het gaat om een instelling met een internationaal statuut dat zijn zetel heeft te Lyon en waarvan België deel uitmaakt.

De Belgische afgevaardigde is de secretaris-generaal van het Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu of zijn vertegenwoordiger.

Dit centrum is voor de Lid-Staten en de Wereldgezondheidsorganisatie een middel om, in samenwerking met het Internationaal Instituut tegen de Kanker en andere belanghebbende internationale organisaties, alle stadia van het kankeronderzoek te stimuleren en te steunen (statuut, art. 1).

De Belgische afgevaardigde is lid van de raad van beheer.

Voor artikel 34.50 : 28 100 000 F.

Dit bedrag kan variëren omdat het in Amerikaanse dollars is vastgesteld.

D. Voor de kankerbestrijding staat op de nationale begroting ook nog een post, namelijk voor de werking van de Hoge Raad voor Kankerbestrijding. De leden van die raad behoren, vanuit een wetenschappelijk en sociaal oogpunt, tot de meest bekwaame elementen. De raad dient de Minister van advies op dat vlak.

Voor artikel 12.01.05 : 150 000 F.

8. Lutte contre le cancer

Question :

Comment se répartissent les subsides aux organismes qui mènent la lutte contre le cancer et quels sont les organismes et centres universitaires bénéficiaires (art. 12.35 et 12.55) ?

Quels sont les statuts et la composition du Centre international de Recherche sur le Cancer à Lyon et quelles y sont la part et le contrôle de la Belgique (art. 34.50) ?

Y a-t-il d'autres postes au budget pour la lutte contre le cancer ?

Quels sont les aspects nationaux et quels sont les aspects communautaires de la lutte contre le cancer ?

Quel est le montant des crédits prévus en cette matière au budget national et aux budgets communautaires ?

Réponse :

Les crédits suivants sont de la compétence nationale :

A. Les crédits non dissociés destinés aux subsides à l'Œuvre belge du Cancer A. S. B. L. (noyau national) pour la rédaction et la tenue à jour du Registre du Cancer. Ce registre, outre son intérêt dans l'établissement d'une politique de prévoyance sociale, fournit des données directement utilisables pour les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé.

Soit article 12.35 : 24,5 millions de F.

B. Les crédits non dissociés destinés aux subsides des centres anti-cancéreux universitaires et destinés exclusivement aux recherches de science pure sur le cancer. Ces centres sont au nombre de six : Université libre de Bruxelles, Université catholique de Louvain, Université de l'Etat à Liège, Rijksuniversiteit van Gent, Vlaamse Universiteit Brussel, Katholieke Universiteit Leuven.

Soit article 12.55 : 32 300 000 F, distribués en parts égales, sous réserve de vérifications comptables.

C. Le Centre international de Recherche sur le Cancer de Lyon a été créé par l'Organisation mondiale de la Santé. Il s'agit d'un organisme de statut international auquel adhère la Belgique et dont le siège est fixé à Lyon.

Le délégué de la Belgique est le secrétaire général du Ministère de la Santé publique et de l'Environnement ou son représentant.

Ce centre constitue le moyen par lequel les Etats participants et l'Organisation mondiale de la Santé, en liaison avec l'Union internationale contre le Cancer et d'autres organisations internationales intéressées, peuvent coopérer en vue de stimuler et de soutenir toutes les phases de la recherche relative au problème du cancer (statut, art. 1).

Le délégué de la Belgique en est membre du conseil d'administration.

Soit article 34.50 : 28 100 000 F.

Cette somme est variable car elle est fixée en dollars U. S. A.

D. Il existe encore pour la lutte contre le cancer un poste au budget national destiné au fonctionnement du Conseil supérieur du Cancer. Ce conseil est composé de membres les plus compétents aux points de vue scientifique et social dans cette lutte. Il donne au Ministre tout avis demandé dans ce domaine.

Soit article 12.01.05 : 150 000 F.

E. Andere posten voor kankerbestrijding komen niet op de nationale begroting voor maar werden naar de Gemeenschappen overgedragen. Het gaat voornamelijk om subsidies voor de erkende centra voor kankeropsporing.

9. Alcohol- en drugbestrijding

Vraag :

Worden subsidies toegekend aan instellingen voor drugbestrijding? Zoja, aan welke instellingen en onder welke artikelen van de begroting komen die subsidies voor?

Antwoord :

a) Er bestaat geen specifiek nationaal krediet.
b) Binnen het raam van hun activiteiten zijn de volgende diensten bij het probleem van het druggebruik betrokken :

1. Provinciale geneeskundige commissies : art. 12.01.05.
(Het personeel hangt af van het Ministerie van Volksgezondheid) : art. 11.03.01 (Wedde).

2. Inspectie van de artsenbereidkunde : 11.03.01 (Wedde).
Commissie voor geneesmiddelen : 12.01.03.
Toelichting : 66.11.

3. Geneeskundepraktijk : 11.03.01 (Wedde).

4. Dienst voor geestelijke gezondheid : 11.03.01 (Wedde).

Centra voor geestelijke gezondheid :

— Bicommunautaire nationale : 01.10.

Pro memorie :

Franse Gemeenschap : 12.35 toelage 70.
Vlaamse Gemeenschap : 12.35 toelage 70.

Fondsen voor sociaal-medische zorgen :

— Bicommunautair nationaal : 60.25 gestijfd door art. 01.10.

Pro memorie :

Franse Gemeenschap : 60.05 gestijfd door art. 33.27.
Vlaamse Gemeenschap : 60.05 gestijfd door art. 33.27.
Verpleegdagprijs in de ziekenhuizen (buiten R. I. Z. I. V.) :

Nationaal : 60.09 gestijfd door art. 33.36 en 33.51 (universitaire ziekenhuizen).

Preventie : sanitaire opvoeding :

Nationaal (Congres, enz.) : 12.35.06.

Pro memorie :

Franse Gemeenschap : 12.42.
Vlaamse Gemeenschap : 12.40 en 12.39.

Vraag :

Kunnen subsidies worden toegekend aan verenigingen voor drugbestrijding ten laste van artikel 01.10?

E. D'autres postes pour la lutte contre le cancer ne figurent pas au budget national mais sont communautarisés. Il s'agit essentiellement des subsides aux centres agréés de dépistage du cancer.

9. Lutte contre la drogue et l'alcoolisme

Question :

Des subsides sont-ils octroyés aux organismes qui luttent contre la drogue? Dans l'affirmative, à quels organismes et à quels articles du budget figurent les subsides?

Réponse :

a) Il n'y a pas de crédit national spécifique.
b) Dans le cadre de leurs activités, les services suivants sont impliqués dans le problème de la drogue :

1. Commissions médicales provinciales : art. 12.01.05.
(Leur personnel dépend du Ministère de la Santé publique) : 11.03.01 (Trait.).

2. Inspection des pharmaciens : 11.03.01 (Trait.).

Commissions des médicaments : 12.01.03.
Information : 66.11.

3. Art de guérir : 11.03.01 (Trait.).

4. Service de la Santé mentale : 11.03.01 (Trait.).

Centres de santé mentale :

— Bicommunautaires nationaux : 01.10.

Pour mémoire :

Communauté française : 12.35 subd. 70.
Communauté flamande : 12.35 subd. 70.

Fonds des soins médico-sociaux :

— Bicommunautaire national : 60.25 alimenté par l'art. 01.10.

Pour mémoire :

Communauté française : 60.05 alimenté par l'art. 33.27.
Communauté flamande : 60.05 alimenté par l'art. 33.27.
Prix de la journée d'entretien des hôpitaux (en dehors de l'I. N. A. M. I.) :
National : 60.09 alimenté par l'art. 33.36 et 33.51 (cl. universitaires).

Prévention : éducation sanitaire :

National (Congrès etc.) : 12.35.06.

Pour mémoire :

Communauté française : 12.42.
Communauté flamande : 12.40 et 12.39.

Question :

Est-il possible d'octroyer des subsides à des associations de lutte contre la drogue à charge de l'article 01.10?

Antwoord :

Artikel 01.10 voorziet uitsluitend in kredieten voor instellingen in de sector van de persoonsgebonden materies die in het Brussels Gewest onder de bevoegdheid van het nationaal Parlement en de nationale Regering ressorteren.

De Bestuursafdeling der sociale geneeskunde is bij die aangelegenheid voorlopig alleen betrokken voor de toekenning van subsidies aan enkele inrichtingen voor sociaal gehandicapten zonder dat gepreciseerd wordt dat het om drugverslaafden gaat.

Specifieke instellingen voor deze categorie van sociaal gehandicapten komen in het begrotingsprogramma van de Administratie niet voor.

Vraag :

Kan een beperkte legalisering van het druggebruik de criminaliteit niet doen dalen ?

Antwoord :

Dit probleem behoort tot de bevoegdheid van de Minister van Justitie.

Vraag :

Een wetsontwerp inzake vrije verkoop van sterke dranken is in voorbereiding op het ministerie van Financiën. Wat is de visie van het departement van Volksgezondheid hieromtrent ?

Antwoord :

De wet-Vandervelde vertoont twee aspecten : enerzijds is er het verbod op het verbruik, de verkoop of het aanbod, zelfs gratis, van geestrijke dranken (van meer dan 22°) bestemd voor consumptie ter plaatse, in elke voor het publiek toegankelijke gelegenheid, alsook op de openbare weg; anderzijds is er het verbod om minder dan twee liter alcohol ineens te verkopen in alle handelszaken.

Het eerste deel van de wet wordt nog vrij algemeen in acht genomen, maar meestal niet beschouwd als een eigenlijke verbodsbepaling aangezien elkeen de mogelijkheid heeft alcohol aan te kopen in alle kruidenierszaken, in welke hoeveelheid ook.

Het huidige wetsontwerp dat tot doel heeft de wet-Vandervelde af te schaffen en dat de houders van een patent in de gelegenheid wil stellen geestrijke dranken te verkopen of aan te bieden in openbare gelegenheden, heeft in de eerste plaats een fiscaal doel en het departement van Volksgezondheid ziet niet in dat de tenuitvoerlegging van deze tekst op de huidige groeiende alcoholisatie van de bevolking en op de kosten van het alcoholisme voor de gemeenschap een gunstige invloed zou kunnen hebben.

Vraag :

Hoe zijn de recente beslissingen inzake reclame voor tabak te verklaren ?

Antwoord :

De reclame voor tabak wordt thans gereguleerd door het koninklijk besluit van 20 december 1982 (*Belgisch Staatsblad* van 31 december 1982).

Réponse :

L'article 01.10 prévoit uniquement des crédits pour les établissements dans le secteur des matières personnalisables qui relèvent dans la Région bruxelloise de la compétence du Parlement national et du Gouvernement national.

L'Administration de la médecine sociale n'est jusqu'à présent concernée dans ce domaine que pour l'octroi de subsides à quelques établissements pour handicapés sociaux, sans qu'il soit précisé qu'il s'agisse de drogués.

Des établissements spécifiques pour cette catégorie de handicapés sociaux ne sont pas repris à la programmation budgétaire de l'Administration.

Question :

Une certaine légalisation de l'usage de la drogue ne peut-elle être de nature à réduire la criminalité ?

Réponse :

Cette question relève de la compétence du Ministre de la Justice.

Question :

Un projet de loi relatif à la vente libre de boissons spiritueuses est en voie d'élaboration au Ministère des Finances. Quel est le point de vue du département de la Santé publique à cet égard ?

Réponse :

La loi Vandervelde comporte deux aspects, d'une part, l'interdiction de consommer, de vendre ou d'offrir, même à titre gratuit, des boissons spiritueuses (de plus de 22°) à consommer sur place dans tous les endroits accessibles au public ainsi que sur la voie publique et, d'autre part, l'interdiction de vendre moins de deux litres à la fois dans tous les commerces.

La première partie de cette loi est encore largement appliquée mais n'est en général pas ressentie comme prohibitive en raison de la possibilité pour chacun de se procurer de l'alcool chez tous les épiciers en quelque quantité que ce soit.

Le projet de loi visant à abroger la loi Vandervelde et à permettre aux titulaires d'une patente de vendre ou d'offrir des boissons spiritueuses dans les lieux publics est essentiellement conçu dans une optique fiscale et le département de la Santé publique ne peut prévoir aucune répercussion favorable de l'application de ce texte sur l'alcoolisation actuellement croissante de la population et sur le coût social de l'alcoolisme.

Question :

Comment s'expliquent les décisions récentes en matière de publicité relative au tabac ?

Réponse :

La publicité pour le tabac est actuellement réglementée par l'arrêté royal du 20 décembre 1982 (*Moniteur belge* du 31 décembre 1982).

In grote lijnen zijn de enig toegelaten vormen van reclame :

1° reclame met affiches of borden (max 16 m² - maximum één affiche per merk per gezichtshoek) en met licht-reclames;

2° reclame in kranten (maximum een halve bladzijde per merk) (niet toegelaten in tijdschriften voor kinderen);

3° reclame op gebruiksartikelen die rechtstreeks met het tabaksverbruik te maken hebben;

4° reclame bij sportwedstrijden.

De toegelaten reclamevormen mogen slechts die gegevens bevatten, die een rechtstreekse aanduiding over de tabaksprodukten bevatten (merk, fabrikant, teer- en nicotinegehalte, hoeveelheid, enz.).

Alle andere reclameteksten en -afbeeldingen zijn verboden.

10. Bestaansminimum

Vraag :

De in de begroting 1983 voorziene verhoging van het bestaansminimum bedraagt slechts 3,9 % in vergelijking met 1982 terwijl de inflatie 8 % bedraagt en de crisis verder toeslaat.

Genoemde stijging is onvoldoende wat automatisch bijkomende lasten voor de gemeenten inhoudt.

Antwoord :

Het krediet voor 1982 was ruim toereikend. De evolutie van het aantal begunstigden kan moeilijk worden geraamd, vooral omdat de terugbetaling met 6 maanden vertraging gebeurt. De Minister geeft de verzekering dat mochten de kredieten onvoldoende blijken, bijkredieten zullen worden toegekend zodat de Staat binnen de kortst mogelijke termijn zijn verplichtingen kan naleven.

De verhoging van het bestaansminimum met 5 % op 1 februari 1983 zal worden gedekt door de index-provisie die had moeten verminderen ingevolge de nieuwe indexeringsmethode van de sociale uitkeringen op basis van de laatste vier maanden; deze regeling treedt in werking omstreeks medio 1983.

Vraag :

Bij weigering van het bestaansminimum door het O. C. M. W. krijgt de belanghebbende in beroep herhaaldelijk toch gelijk op de provincie. Bestaan hierover gegevens ?

Wat wordt gedaan om de achterstand inzake uitbetaling zoveel mogelijk weg te werken ?

Antwoord :

Gezien de te beperkte personeelsbezetting, is het de administratie onmogelijk statistieken bij te houden, noch van het aantal gerechtigden, noch van de vonnissen bij de arbeidsrechtbanken.

Bovendien dient opgemerkt te worden dat het waarschijnlijk gaat over provinciale kamers, die echter niet oordelen

En gros, les seules formes de publicité autorisées sont les suivantes :

1° la publicité au moyen d'affiches ou de panneaux (16 m² max. - une affiche par marque et par champ visuel au maximum) et les formes de publicité lumineuse;

2° la publicité dans les journaux (maximum une demi-page par marque) et dans les périodiques (maximum une page par marque) (la publicité est interdite dans les périodiques pour enfants);

3° la publicité pour des objets usuels qui sont directement liés à l'usage du tabac;

4° la publicité lors de compétitions sportives.

Les formes de publicité autorisées ne peuvent contenir que des données ayant un lien direct avec les produits de tabac (marque, fabricant, teneur en goudron et en nicotine, quantité, etc.).

Tous les autres textes et images de publicité sont interdits.

10. Minimum de moyens d'existence

Question :

L'augmentation prévue pour le minimex au budget pour 1983 n'est que de 3,9 % comparé à celui de l'année 1982 alors que le taux d'inflation est de 8 % et que la crise sévit.

Cette augmentation est trop faible, ce qui va entraîner automatiquement une charge supplémentaire pour les communes.

Réponse :

Le crédit pour 1982 était largement suffisant. Il est par ailleurs très difficile d'évaluer l'évolution du nombre de bénéficiaires d'autant plus que les remboursements s'effectuent avec un retard de 6 mois. Le Ministre garantit que, si les crédits s'avéraient insuffisants, des crédits supplémentaires seraient alloués pour permettre à l'Etat de continuer à faire face à ses obligations dans les meilleurs délais.

Quant à l'augmentation de 5 % du minimum de moyens d'existence au 1^{er} février 1983, il sera couvert par la provision d'index, laquelle aurait dû être diminuée suite au nouveau mode d'indexation des prestations sociales sur base des quatre derniers mois, qui entrera en vigueur vers le milieu de l'année 1983.

Question :

En cas de refus, par le C. P. A. S., d'accorder le minimum de moyens d'existence, l'intéressé prend souvent un recours au niveau provincial. Ce recours aboutit dans de nombreux cas. L'administration dispose-t-elle de données chiffrées à cet égard ?

Quelles sont les mesures prises pour rattraper autant que possible le retard dans les paiements ?

Réponse :

Etant donné que l'administration ne dispose que d'un effectif limité de personnel, il ne lui est pas possible de tenir des statistiques, ni du nombre de bénéficiaires, ni des jugements rendus par les Tribunaux du travail.

Il convient de faire observer qu'il s'agit probablement des Chambres provinciales de recours qui ne statuent pas

over het recht op een bestaansminimum, doch « steun » behandelen in de zin van de wet van 8 juli 1976.

Verder kan aangestipt worden dat indien de belanghebbende wint van het O. C. M. W., dit verklaard kan worden door het feit dat de arbeidsrechtbank oordeelt dat het O. C. M. W. de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum, in casu, op een ongepaste manier heeft toegepast.

Indien echter het O. C. M. W. zich niet akkoord kan verklaren met het vonnis van de arbeidsrechtbank, bestaat nog altijd de mogelijkheid tot hoger beroep bij het Arbeidshof.

De terugbetaling door de Staat gebeurt met een vertraging van ongeveer 6 maanden.

Die is het gevolg van de termijnen die voor de O.C.M.W.'s noodzakelijk zijn om de dossiers in te dienen en voor de administratie van Volksgezondheid om ze na te gaan.

11. *Opmerkingen van het Rekenhof*

Het Hof heeft op basis van de drukproef het wetsontwerp onderzocht houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1982.

Het heeft vastgesteld dat voor 1982 geen enkel bijkrediet is ingeschreven betreffende de toe te kennen toelagen aan het Nationaal Instituut voor Oorlogsinvaliden, oudstrijders en oorlogsslachtoffers (Titel I — hoofdstuk IV — artikel 41.35).

De instelling heeft op 1 september 1982 bij de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin evenwel een bijkrediet ten belope van 737 840 000 F aangevraagd.

Dat bedrag was in principe gerechtvaardigd door verplichte en niet te drukken uitgaven die opgelegd zijn door de wet van 1 juli 1969 tot vaststelling van het recht van de oorlogsinvaliden en oorlogswezen op de geneeskundige verzorging op kosten van de Staat en het koninklijk besluit van 15 december 1976 tot vaststelling van de wijze waarop de Staat door bemiddeling van het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden voorziet in de kosteloze verzorging van oorlogsinvaliden en gelijkgestelden alsmede van de oorlogswezen.

Uit een brief die de Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu op 7 oktober 1982 gericht heeft aan de voorzitter van de instelling in kwestie, blijkt dat de Regering beslist heeft haar voor het jaar 1982 geen enkel bijkrediet toe te kennen aangezien de hem gedane voorstellen mogelijkheden waren om de gestelde doelstelling te bereiken, met name het beperken van het krediet voor 1982 tot zijn oorspronkelijk peil.

Aangezien het Hof de door de Regering voorgestelde maatregelen niet kent, merkt het op dat indien die doelstelling niet bereikt kan worden een bijkrediet in de begroting ingeschreven moet worden opdat de instelling haar wettelijke en reglementaire verplichtingen kan nakomen.

De Minister antwoordt dat op het ogenblik dat het bijblad voor 1982 werd ingediend geen enkel bijkrediet was uitgetrokken, aangezien men nog niet wist hoeveel kredieten er nodig waren. Die kredieten worden immers vastgesteld naar gelang van het bedrag van de rekeningen die werden nagezien en dus mogen worden uitgekeerd. Aan de administratie en aan de Inspectie van Financiën werd een verslag gevraagd om het bedrag van de voor 1982 noodzakelijke kredieten te bepalen. De noodzakelijkheid en het bedrag van die kredieten zullen tijdens de eerstkomende « budget control » worden bepaald.

sur le droit à un minimum de moyens d'existence, mais bien sur « l'aide sociale » au sens de la loi du 8 juillet 1976.

Soulignons de plus que si l'intéressé obtient gain de cause au détriment du C. P. A. S., cela peut s'expliquer par le fait que le Tribunal du travail estime que le C. P. A. S. n'a pas appliqué, dans ce cas précis, de manière adéquate les dispositions de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence.

Si le C. P. A. S. n'est pas d'accord avec le jugement prononcé par le Tribunal du travail, il existe toujours une possibilité d'introduire un recours auprès de la Cour du travail.

Le paiement se fait avec un retard de quelque 6 mois.

Ce retard résulte des délais nécessaires aux C. P. A. S. pour introduire les dossiers et à l'administration de la Santé publique pour les vérifier.

11. *Observations de la Cour des Comptes*

La Cour a examiné, sur base de l'épreuve d'imprimerie, le projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1982.

Elle a constaté qu'aucun crédit supplémentaire n'est prévu pour 1982, en ce qui concerne les subsides à allouer à l'Institut national des Invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre (Titre I — chapitre IV — article 41.35).

Cependant, un crédit supplémentaire d'un montant de 737 840 000 F a été sollicité par l'organisme le 1^{er} septembre 1982 auprès du Ministre de la Santé publique et de la Famille.

Ce montant était en principe justifié par des dépenses obligatoires et incompressibles imposées par la loi du 1^{er} juillet 1969 fixant le droit des invalides et des orphelins de guerre au bénéfice des soins de santé aux frais de l'Etat et l'arrêté royal du 15 décembre 1976 fixant les modalités selon lesquelles l'Etat assure la gratuité des soins aux invalides de la guerre et assimilés, et aux orphelins de guerre, à l'intervention de l'Oeuvre nationale des invalides de la guerre.

Or, d'après une lettre du 7 octobre 1982 adressée par le Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement au président de l'organisme en cause, le Gouvernement a décidé de ne lui accorder aucun crédit supplémentaire pour l'année 1982, attendu que les mesures qui lui avaient été proposées constituaient des moyens possibles d'atteindre l'objectif envisagé, à savoir le maintien du crédit de 1982 à son taux initial.

A défaut de connaître les mesures proposées par le Gouvernement, la Cour fait remarquer que si cet objectif ne pouvait être atteint un crédit supplémentaire devrait être inscrit au budget pour permettre à l'organisme de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires.

Le Ministre répond qu'aucun crédit supplémentaire n'a été prévu au moment du dépôt du feuillet 1982, le montant nécessaire du crédit n'étant pas encore connu. En effet, ce crédit est fixé en fonction du montant des factures vérifiées et donc en état d'être liquidées. Un rapport a été demandé à l'administration et à l'Inspection des finances pour déterminer le montant des crédits nécessaires pour 1982. La nécessité et le montant de ce crédit seront déterminés lors du prochain « contrôle budgétaire ».

12. *Allerlei**Vraag :*

Herhaaldelijk wordt door de rechtbanken gewezen op het « verouderd » zijn van de officiële invaliditeitsschaal. Moeten deze niet herzien worden ?

Antwoord :

De officiële Belgische schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit, zoals die thans in gebruik is bij de Gerechtelijk-Geneeskundige Dienst, is van kracht sedert 1 juli 1976, toen de schaal grondig werd herzien.

Sedertdien werden slechts enkele kleine wijzigingen aangebracht (*Belgisch Staatsblad* van 15 maart 1977, 29 maart 1978 en 1 december 1978) ingevolge adviezen van de Raad van advies van de Gerechtelijk-Geneeskundige Dienst, die in het departement erover moet waken dat de schaal actueel blijft en aangepast wordt aan de ontwikkeling van de medische wetenschap.

Met redenen omklede verzoeken tot aanpassing kunnen vanzelfsprekend aan de Minister worden overgelegd.

B. Leefmilieu1. *Algemeen**Vraag :*

Het is jammer dat niet alle bevoegdheden inzake leefmilieu bij één departement zijn ondergebracht, nu er al 20 jaar lang een verantwoordelijke voor het Leefmilieu is.

Antwoord :

De Staatssecretaris verwijst naar de passage van zijn inleidende uiteenzetting gewijd aan het bestuur voor het leefmilieu en de cel voor de coördinatie. Leefmilieu is een horizontale materie en elk initiatief in elk departement heeft er mee te maken. De coördinatiecel moet het mogelijk maken dat steeds met de leefmilieu-dimensie rekening wordt gehouden. Niettemin moeten we toch aannemen dat er ook andere aspecten zijn, zoals economische. Voor het probleem van het loodgehalte in benzine bv. moet een oplossing gezocht worden die de beste garantie biedt voor het milieu, maar die ook economisch verantwoord is.

Vraag :

Welke is de bevoegdheidsverdeling inzake volksgezondheid en leefmilieu ?

Antwoord :

Deze bevoegdheidsverdeling komt voor in de bijlage bij het verslag van de Senaatscommissie voor Volksgezondheid en Leefmilieu op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1982 (Struk Senaat n° 5-XXI/2 van 1981-1982).

Vraag :

Uitleg wordt gevraagd over het milieueffectrapport.

12. *Divers**Question :*

Les tribunaux ont signalé à plusieurs reprises que le barème officiel belge des invalidités est dépassé. Ne convient-il pas de le réviser ?

Réponse :

Le barème officiel belge des invalidités utilisé présentement par l'Office médico-légal est en usage depuis le 1^{er} juillet 1976, après avoir subi une refonte complète.

Depuis cette date, des modifications mineures y ont été apportées (*Moniteur belge* des 15 mars 1977, 29 mars 1978 et 1^{er} décembre 1978) à la suite d'avis émis par le Conseil consultatif de l'Office médico-légal, qui est l'organe du département ayant la compétence de veiller à ce que le barème reste actuel en s'adaptant à l'évolution de la science médicale.

Des demandes motivées d'adaptation peuvent évidemment être soumises au Ministre.

B. Environnement1. *Généralités**Question :*

Il est regrettable que, depuis 20 ans qu'existe un responsable de l'Environnement, toutes les compétences en cette matière n'aient pas été regroupées sous un seul département.

Réponse :

Le Secrétaire d'Etat renvoie au passage de son exposé introductif consacré à l'administration de l'environnement et à la cellule de coordination. L'environnement est une matière horizontale qui est concernée par toute initiative, quel que soit le département dont elle émane. La cellule de coordination doit permettre de faire en sorte qu'il soit toujours tenu compte de la dimension environnement. Nous devons toutefois admettre qu'il y a aussi d'autres aspects, notamment économiques. Pour le problème de la teneur en plomb dans l'essence, par exemple, il faut rechercher une solution qui présente la meilleure garantie pour l'environnement mais soit en même temps économiquement justifiée.

Question :

Quelle est la répartition des compétences en matière de santé publique et d'environnement ?

Réponse :

Cette répartition des compétences figure en annexe au rapport de la Commission de la Santé publique et de l'Environnement du Sénat sur le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille pour l'année budgétaire 1982 (Doc. Sénat n° 5-XXI/2 de 1981-1982).

Question :

Des explications sont demandées concernant l'évaluation de l'incidence sur l'environnement.

Antwoord :

Het principe van de milieueffectrapportering werd op Europees niveau aanvaard. Over de bijlagen werd evenwel nog geen akkoord bereikt. Er wordt gehoopt dat onder het Duitse voorzitterschap vorderingen zullen worden gemaakt.

Op nationaal vlak is het wenselijk tot een kaderwet over dit onderwerp te komen.

Vraag :

Kan het recht van elkeen op een behoorlijk leefmilieu niet als een « fundamenteel recht van de menselijke persoon » in de wet worden opgenomen ?

Antwoord :

Dit probleem werd niet besproken in de Europese Ministerraad voor Leefmilieu. Het werd wel aangesneden in het Europees Parlement. Een onderzoek zal hieraan worden gewijd.

*2. Kernenergie**Vraag :*

Het evacuatieplan in geval van een nucleaire ramp is niet bekendgemaakt.

Hoe zal de bevolking, indien nodig, worden ingelicht ?

Antwoord :

De eerste verantwoordelijke bij incident in een kerncentrale is de exploitant. Die moet o.a. de Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu verwittigen. Voor het rampenplan is de Minister van Binnenlandse Zaken bevoegd.

Vraag :

Zal de beveiliging van de kerncentrales tegen mogelijke stakingen worden geregeld ?

Antwoord :

Deze materie behoort tot de bevoegdheid van de Minister van Binnenlandse Zaken.

Vraag :

Worden de normen inzake ioniserende stralen herzien ?

Antwoord :

De huidige normen geven voldoening en bieden voldoende garanties. België past trouwens de internationale normen toe. Van een vernieuwing als dusdanig is er vooralsnog geen sprake. Wel kunnen omwille van de technische en wetenschappelijk vooruitgang aanpassingen worden overwogen.

Vraag :

Wat is de houding van België ten opzichte van het storten van radioactief afval in zee ?

Réponse :

Le principe de l'évaluation de l'incidence sur l'environnement a été admis au niveau européen. Toutefois, on n'est pas encore parvenu à un accord sur les annexes. On espère progresser sous la présidence allemande.

Au niveau national, il serait souhaitable d'en arriver à une loi-cadre sur le sujet.

Question :

Le droit de chacun à un environnement convenable ne peut-il être inscrit dans la loi comme un droit prioritaire de la personne humaine ?

Réponse :

Ce problème n'a pas été discuté par le Conseil des Ministres européens de l'Environnement. En revanche, le sujet a été abordé par le Parlement européen. La question sera étudiée.

*2. Energie nucléaire**Question :*

Les plans d'évacuation en cas de catastrophe nucléaire ne sont pas diffusés.

Comment la population en sera-t-elle informée en cas de nécessité ?

Réponse :

Le premier responsable en cas d'incident dans une centrale nucléaire est l'exploitant. Il doit notamment avertir le Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement. Quant aux plans d'évacuation en cas de catastrophe, ils relèvent des attributions du Ministre de l'Intérieur.

Question :

La protection des centrales nucléaires contre des grèves éventuelles va-t-elle être assurée ?

Réponse :

Cette matière relève de la compétence du Ministre de l'Intérieur.

Question :

Les normes en matière de radiations ionisantes seront-elles revues ?

Réponse :

Les normes actuelles donnent satisfaction et présentent des garanties suffisantes. La Belgique applique d'ailleurs les normes internationales. Il n'est pas question pour le moment d'une révision d'ensemble. Des adaptations peuvent cependant être envisagées en fonction des progrès techniques et scientifiques.

Question :

Quelle est la position de la Belgique à l'égard du versage des déchets radioactifs en mer ?

Antwoord :

Deze vraag behoort niet tot de bevoegdheid van de Staatssecretaris. Ze moet worden gesteld aan het N. I. R. A. S., een instelling die onder de Staatssecretaris voor Energie ressorteert. De verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid en voor het Leefmilieu is beperkt tot het vervoer van radioactieve afvalstoffen in het gebied waarover België bevoegd is.

Vraag :

In het T.V. journaal van 10 januari j.l. op R. T. F. heeft de Franse minister voor Leefmilieu een verklaring afgelegd over het transport van uit Japan afkomstig afval naar La Hague. Wat was het standpunt van de Franse minister ?

Antwoord :

De Staatssecretaris zal hieromtrent inlichtingen inwinnen.

3. Water*Vraag :*

Hoever staan de onderhandelingen met de gewesten betreffende de grote waterwerken van nationaal belang ?
Op welke werken heeft artikel 73.82 betrekking ?

Antwoord :

Het programma wordt vastgelegd bij een in ministerraad overlegd koninklijk besluit, waaromtrent elk Gewest zijn akkoord moet betuigen.

Door het Brussels Gewest werd een voorstel van fysisch programma voorgelegd, dat leidde tot discussie tussen de andere Gewesten. Er werd nog steeds geen akkoord bereikt.

Anderzijds zijn de fondsen beschikbaar en de nationale Regering verlangt een akkoord van de Gewesten om het koninklijk besluit te kunnen publiceren. Er zijn immers werken die dringend moeten worden uitgevoerd.

4. Lucht*Vraag :*

Is asbestcement niet kankerverwekkend ?

Antwoord :

De specifieke problematiek, die zich vooral toespitst op de aanwezigheid van een stort van asbestcementafval, behoort tot de bevoegdheid van de Gewesten.

Wel is vaak het probleem opgeroepen van de kankerverwekkende eigenschappen van sommige zeer fijne asbestvezels. Dit gevaar treedt vooral op in gesloten ruimten. Zoals in de inleidende uiteenzetting is gesteld, zal speciale aandacht worden gegeven aan de problematiek van het « binnenhuis milieu » in relatie tot de bouwmaterialen en -technieken.

5. Bodem*Vraag :*

In de uiteenzetting over het leefmilieu wordt geen melding gemaakt van de bodemverontreiniging. Wordt die gemeten ?

Réponse :

Cette question ne relève pas de la compétence du Secrétaire d'Etat; elle s'adresse à l'O. N. D. R. A. F., organisme sur lequel la tutelle est exercée par le Secrétaire d'Etat à l'Energie. La responsabilité du Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement se limite au transport des déchets radioactifs dans l'aire de compétence de la Belgique.

Question :

Lors du journal-télévisé de la R. T. F. du 10 janvier dernier, le Ministre français de l'environnement a fait une déclaration au sujet du transport de déchets japonais à La Hague. Quel point de vue a-t-il exprimé ?

Réponse :

Le Secrétaire d'Etat promet de s'informer.

3. Eau*Question :*

En ce qui concerne les grands travaux hydrauliques d'intérêt national, où en est la négociation avec les régions ?
Quels sont les travaux couverts par l'article 73.82 ?

Réponse :

Le programme est fixé par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et sur lequel chaque région doit marquer son accord.

La Région bruxelloise a présenté une proposition de programme physique qui a suscité des discussions entre les autres régions. Aucun accord n'a encore pu être réalisé.

Par ailleurs, les fonds sont disponibles et le Gouvernement national réclame l'accord des Régions pour pouvoir publier l'arrêté royal. Certains travaux doivent, en effet, être exécutés d'urgence.

4. Air*Question :*

Le ciment d'amiante n'est-il pas cancérogène ?

Réponse :

La problématique spécifique, qui concerne surtout la présence d'un emplacement de versage pour déchets de ciment d'amiante, relève de la compétence des Régions.

Cependant, le problème des caractéristiques cancérogènes de certaines fibres, très jeunes, d'asbeste a été évoqué fréquemment. Ce danger se présente surtout dans les espaces clos. Comme cela a été indiqué dans l'exposé introductif, le problème de l'environnement intérieur avec ses matériaux et techniques de construction fera l'objet d'une attention spéciale.

5. Sol*Question :*

Dans l'exposé relatif à l'environnement, il n'est pas question de la pollution du sol. Celle-ci est-elle mesurée ?

Ook heerst er ongerustheid in verband met de heropening van Eurochemic. Daar zal kernafval worden opgewerkt, dat dus naar Mol zal moeten worden vervoerd. Hoeveel staat het daarmee? Hoe denkt de Minister over het voorlopig opslaan van radioactief afval?

Antwoord :

De verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris in deze aangelegenheid wordt bepaald door de wet van 29 maart 1958 en het uitvoeringsbesluit van 28 februari 1963. Het gaat om de bescherming van de bevolking en ten dele van de werknemers tegen de ioniserende stralen.

Wat de meetnetten betreft, bestaan sinds het begin van het kernenergiegebruik radiologische surveys. De Staatssecretaris legt de laatste hand aan de aanpassing van de meetnetten aan de actuele toestand.

Wat de verwijdering van afval betreft, is NIRAS terzake bevoegd.

Het vervoer van radioactieve stoffen valt onder de verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris. Terzake zal de Regering in de eerstkomende dagen een wetsontwerp bij het Parlement indienen.

Vraag :

Ongelooflijk grote hoeveelheden uit Nederland afkomstige afval worden in België ingevoerd.

Zo werden met name in de Kempen 500 000 tot 1 000 000 ton afval gestort.

Daar zulks onder het etiket « afval » wordt vervoerd, weet niemand precies om welke hoeveelheden het gaat en wat de samenstelling ervan is. Om dezelfde reden genieten de vervoerders vrijstelling van B. T. W. en maken ze enorme winsten.

Op dat punt bestaat er een bevoegdheidsconflict tussen het Rijk en de Gewesten.

Wat is de Staatssecretaris van plan om die invoer, die onder zijn bevoegdheid valt, te beperken?

Antwoord :

De reglementering van de invoer, de uitvoer en de doorvoer van afvalstoffen behoort tot de bevoegdheid van de nationale Regering. Reeds in april 1982 werd een desbetreffend wetsontwerp om deze zaak te regelen door de Ministerraad goedgekeurd. Wegens het advies van de Raad van State moest dit worden herwerkt en binnenkort zal de Staatssecretaris een nieuw ontwerp aan de Regering voorleggen, teneinde om zo vlug mogelijk terzake te kunnen optreden. Dat zal moeten gebeuren in nauw overleg met de Gewesten, die bevoegd zijn voor de afvalverwijdering maar die op het gebied van de invoer geen bevoegdheid hebben omdat internationale aangelegenheden slechts tussen de landen kunnen geregeld worden.

Voor nucleair afval is enkel de nationale Regering met uitsluiting van de Gewestexecutieven, bevoegd.

IV. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

1. *Begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1983* (Stuk n° 4-XXI/1)

De heer J.-J. Delhayé heeft een amendement ingediend (Stuk n° 4-XXI/2) dat ertoe strekt de in artikel 1 uitgetrok-

D'autre part, des inquiétudes se manifestent au sujet de la réouverture d'Eurochemic, où seront retraités les déchets nucléaires, ce qui impliquera leur transport à Mol. Qu'en est-il? Quel est le point de vue du Ministre au sujet du stockage provisoire des déchets radio-actifs?

Réponse :

La responsabilité du Secrétaire d'Etat en la matière est définie dans la loi du 29 mars 1958 et l'arrêté d'exécution du 28 février 1963. Il s'agit de la protection de la population et d'une partie des travailleurs contre les rayons ionisants.

En ce qui concerne les réseaux de mesures, depuis que l'énergie nucléaire est utilisée, on effectue des relevés radiologiques. Le Secrétaire d'Etat procède aux dernières adaptations des réseaux de mesures à la situation actuelle.

L'OWDRAF est l'organisme compétent en matière d'élimination des déchets.

Le Secrétaire d'Etat est responsable du transport de matières radioactives. Dans les prochains jours, le Gouvernement déposera au Parlement un projet de loi en la matière.

Question :

Des quantités incroyables de déchets en provenance des Pays-Bas sont importés en Belgique.

Ainsi, 500 000 à 1 million de tonnes de déchets ont été versés notamment en Campine.

Personne ne sait quelles sont la quantité et la composition des déchets puisqu'ils circulent sous le code « déchets ». Pour cette raison les transporteurs sont exonérés de la T. V. A. et réalisent d'énormes bénéfices.

Il y a à ce sujet conflit de compétence entre l'Etat et les régions.

Que va faire le Secrétaire d'Etat pour limiter l'importation, qui est de sa compétence?

Réponse :

La réglementation de l'importation, de l'exportation et du transit des déchets relève de la compétence du Gouvernement national. Dès avril 1982, un projet de loi en la matière avait été approuvé par le Conseil des Ministres. Par suite de l'avis du Conseil d'Etat, il a fallu le réviser et le Secrétaire d'Etat soumettra prochainement un nouveau projet au Gouvernement afin de pouvoir intervenir le plus rapidement possible en ce domaine. Cela devra se faire en étroite collaboration avec les régions qui sont compétentes pour l'enlèvement des déchets, mais n'ont aucune compétence en ce qui concerne l'importation, parce que les questions internationales ne peuvent se régler qu'entre les Etats.

Pour les déchets nucléaires, le Gouvernement national est seul compétent, à l'exclusion des exécutifs régionaux.

IV. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

1. *Budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille pour l'année budgétaire 1983* (Doc. n° 4-XXI/1)

M. J.-J. Delhayé a déposé un amendement (Doc. n° 4-XXI/2) tendant à augmenter les crédits prévus à l'article

ken kredieten met 100 miljoen te verhogen met het oog op een extrabijdrage van het Rijk in het bestaansminimum.

Ofschoon de Minister de bezorgdheid van de indiener van het amendement begrijpt, merkt hij toch op dat de Regering de nodige maatregelen heeft genomen opdat de voor die post toereikende kredieten onverwijld ter beschikking van de gemeenten worden gesteld.

De heer J.-J. Delhaye trekt derhalve zijn amendement in.

De artikelen 1 tot 14 en de gehele begroting worden met 11 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen aangenomen.

2. Wetsontwerp houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1982 (Stuk n° 5-XXI/1).

De artikelen 1 tot 4 en het gehele ontwerp worden eveneens met 11 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen aangenomen.

De Rapporteur,

Z. DE LOORE-RAEYMAEKERS

De Voorzitter,

L. DE GREVE

1^{er} de 100 millions en vue d'une affectation supplémentaire en matière d'intervention de l'Etat dans le minimum socio-vital.

Le Ministre déclare comprendre le souci de l'auteur de l'amendement mais signale que le Gouvernement a pris les mesures nécessaires pour que les crédits suffisants pour ce poste soient mis sans retard à la disposition des communes.

M. J.-J. Delhaye retire dès lors son amendement.

Les articles 1 à 14 et l'ensemble du budget sont adoptés par 11 voix contre 4 et 2 abstentions.

2. Projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1982 (Doc. n° 5-XXI/1).

Les articles 1 à 4 et l'ensemble du projet de loi sont également adoptés par 11 voix contre 4 et 2 abstentions.

Le Rapporteur,

Z. DE LOORE-RAEYMAEKERS

Le Président,

L. DE GREVE

ERRATA

I) In de tabellen van de Begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1983.

Titel II — Kapitaaluitgaven.

Deel I — Kredieten bestemd voor de uitvoering van het investeringsprogramma.

Sectie 31 — Volksgezondheid.

Hoofdstuk V — Vermogensoverdrachten aan andere sectoren.

Op bladzijde 23 dient de Nederlandse tekst tegenover het opschrift « Herstelvergoedingen door de Staat te betalen bij toepassing der bepalingen van artikel 6 van de wet van 26 maart 1971, op de bescherming van het grondwater (*pro memorie* » te worden aangevuld met wat volgt :

artikel 51.89.
(85).

II) In de tabellen van het wetsontwerp houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1982.

Titel I — Lopende uitgaven.

Sectie 31 — Volksgezondheid.

Hoofdstuk III — Inkomensoverdrachten aan andere sectoren.

Op bladzijde 5, in de kolom « Bijkredieten vorige jaren », tegenover « Totalen voor hoofdstuk III », leze men : « 225,2 » in de plaats van « 253,4 ».

ERRATA

I) Aux tableaux du budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille pour l'année budgétaire 1983.

Titre II — Dépenses de capital.

Partie I — Crédits destinés à la réalisation du programme d'investissements.

Section 31 — Santé publique.

Chapitre V — Transferts de capitaux à destination d'autres secteurs.

A la page 23, le texte néerlandais, en regard du libellé « Herstelvergoedingen door de Staat te betalen bij toepassing der bepalingen van artikel 6 van de wet van 26 maart 1971 op de bescherming van het grondwater (*pro memorie*) » doit être complété comme suit :

article 51.89.
(85).

II) Aux tableaux du projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1982.

Titre I — Dépenses courantes.

Section 31 — Santé publique.

Chapitre III — Transferts de revenus à destination d'autres secteurs.

A la page 5, dans la colonne « Crédits supplémentaires années antérieures », en regard de « Totaux pour le chapitre III » il y a lieu de lire : « 225,2 » au lieu de « 253,4 ».