

Chambre des Représentants de Belgique

SESSION ORDINAIRE 1993-1994 (*)

20 SEPTEMBRE 1994

PROJET DE BUDGET GENERAL DES DEPENSES

pour l'année budgétaire 1995

NOTE DE POLITIQUE GENERALE
du Ministère de la Santé publique
et de l'Environnement (25)
pour l'année budgétaire 1995 (**)

1. NOTES DE POLITIQUE GENERALE

*A. Du Ministre de l'Intégration sociale, de la Santé
publique et de l'Environnement*

1. Intégration sociale

a) Le minimum de moyens d'existence

Le nombre moyen mensuel de bénéficiaires du
minimex évolue comme suit :

Année. — Jaar	Flandre. — Vlaanderen	Wallonie. — Wallonië	Bruxelles. — Brussel	Belgique. — België
1988	22 541	22 033	6 354	50 928
1989	22 803	22 475	6 508	51 782
1990	21 518	21 735	6 226	49 479
1991	21 894	23 169	6 683	51 746
1992	21 572	24 764	7 383	53 719
1993	22 639	26 672	8 414	57 725
1994	24 316	28 678	9 330	62 323

(Pour 1993 et 1994, les chiffres cités sont des estimations).

Voir :

- 1540 - 93 / 94 :

- N° 1 à 10 : Notes de politique générale.
- N° 11 : Projet de Budget général des Dépenses.
- N° 12 à 14 : Notes de politique générale.

(*) Troisième session de la 48^e législature.

(**) Conformément à l'article 79, n° 1, du Règlement de la Chambre des Représentants, le ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement et le ministre des Affaires sociales ont transmis la note de politique générale de leur département.

Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers

GEWONE ZITTING 1993-1994 (*)

20 SEPTEMBER 1994

ONTWERP VAN ALGEMENE UITGAVENBEGROTING

voor het begrotingsjaar 1995

BELEIDSNOTA
van het Ministerie van Volksgezondheid
en Leefmilieu (25)
voor het begrotingsjaar 1995 (**)

1. ALGEMENE BELEIDSLIJNEN

*A. Van de Minister van Sociale Integratie, Volks-
gezondheid en Leefmilieu*

1. Sociale Integratie

a) Het bestaansminimum

Het gemiddeld aantal bestaansminimumtrekkers
per maand evolueert als volgt :

Année. — Jaar	Flandre. — Vlaanderen	Wallonie. — Wallonië	Bruxelles. — Brussel	Belgique. — België
1988	22 541	22 033	6 354	50 928
1989	22 803	22 475	6 508	51 782
1990	21 518	21 735	6 226	49 479
1991	21 894	23 169	6 683	51 746
1992	21 572	24 764	7 383	53 719
1993	22 639	26 672	8 414	57 725
1994	24 316	28 678	9 330	62 323

(Voor 1993 en 1994, zijn de vermelde cijfers ramin-
gen)

Zie :

- 1540 - 93 / 94 :

- N° 1 tot 10 : Beleidsnota's.
- N° 11 : Ontwerp van Algemene Uitgavenbegroting.
- N° 12 tot 14 : Beleidsnota's.

(*) Derde zitting van de 48^e zittingsperiode.

(**) Overeenkomstig artikel 79, n° 1, van het Règlement van de Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft de minister van Maatschappelijke Integratie, Volksgezondheid en Leefmilieu en de minister van Sociale Zaken de beleidsnota van hun departement overgezonden.

Le montant alloué en 1995 s'élève à 8 118,9 millions alors qu'en 1994 le montant était de 5 580,8 millions. Cette augmentation substantielle s'explique par la nécessité :

1° de compenser l'insuffisance du crédit prévu pour 1994, due à une augmentation plus élevée que prévue du nombre des bénéficiaires, ainsi qu'à une erreur administrative dans la prise en compte des dépenses afférentes aux derniers mois de 1993 et

2° de faire face à la poursuite prévisible de la hausse du nombre des minimexés en 1995.

Il ressort d'une enquête effectuée par l'administration que les principales causes des demandes d'aides seraient les suivantes :

	Région flamande	Région wallonne et Bruxelles- capitale
— causes liées au chômage	22.69%	29.2%
— causes familiales	13.25%	18.3%
— manque de ressources	24.67%	17.4%
— faillites d'indépendants	8.09%	4.4%

Ces statistiques ne reflètent pas toutes les dimensions du phénomène.

Le nombre de bénéficiaires du minimum de moyens d'existence ne fluctue pas uniquement en fonction de facteurs économiques; d'autres facteurs, tels que les divorces et les séparations, ont pour effet de précariser la situation de diverses personnes.

Le crédit cité comprend une enveloppe de 1 003 913 000 frs correspondant à l'application de la loi du 12 janvier 1993 contenant un programme d'urgence pour une société plus solidaire, laquelle a entraîné une augmentation de certains taux de remboursement, par l'Etat, des aides octroyées par les centres publics d'aide sociale.

b) Actions humanitaires

On observera que le budget comprend une nouvelle allocation budgétaire, celle portant le numéro 33/25, intitulée « Actions humanitaires ». En effet, il arrive que dans un souci de solidarité internationale, la Belgique accueille sur son sol des victimes de conflits armés. C'est ainsi que furent accueillis des blessés provenant de la ville de GORAZDE, en Yougoslavie, ainsi qu'un groupe d'enfants rwandais handicapés ramenés par nos parachutistes lors du massacre des Tutsi. La générosité des particuliers et des hôpitaux n'est pas toujours suffisante pour couvrir les frais élevés de l'accueil de personnes traumatisées.

Het toegekend bedrag voor 1995 bedraagt 8 118,9 miljoen, terwijl dit in 1994 slechts 5 508,8 miljoen bedroeg. De substantiële verhoging wordt verklaard door de noodzaak om :

1° het tekort aan kredieten voor 1994, te wijten aan een snellere aangroei van het aantal begunstigen, evenals aan een administratieve fout bij de berekening van de kosten van de laatste maand van het jaar 1993, te compenseren.

2° het hoofd te bieden aan een verdere stijging van het aantal rechthebbenden op het bestaansminimum in 1995.

Uit een enquête die werd gehouden door de administratie blijkt dat de belangrijkste oorzaken van de aanvragen voor steunverlening de volgende zijn :

	Vlaams Gewest	Waals Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest
— oorzaken verbonden aan werkloosheid	22.69%	29.2%
— familiale oorzaken	13.25%	18.3%
— gebrek aan inkomsten	24.67%	17.4%
— faillissement van zelfstandigen	8.09%	4.4%

Deze statistieken tonen niet alle aspecten van het fenomeen.

Het aantal rechthebbenden op het bestaansminimum fluctueert niet enkel in functie van economische factoren; andere factoren zoals echtscheidingen of het uit elkaar gaan, hebben voor gevolg dat de situatie van vele personen precair wordt.

Het vermelde krediet bevat een enveloppe van 1 003 913 000 BF, in overeenstemming met de toepassing van de wet van 12 januari 1993 betreffende een urgentieprogramma voor een meer solidaire samenleving. Hierdoor worden bepaalde terugbetalingen door de Staat, zoals een tussenkomst in de steun die wordt verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, verhoogd.

b) Humanitaire acties

We merken dat er in het budget een nieuwe toelage werd opgenomen, namelijk deze met het nummer 33/25, genoemd « Humanitaire Acties ». Het is inderdaad zo dat in een tijd van internationale bezorgdheid en solidariteit, België voor de opvang van slachtoffers van gewapende conflicten op haar grondgebied zorgt. Op die manier werden de gewonden uit de stad GORAZDE, in Joegoslavië, opgevangen, evenals een groep gehandicapte Rwandese kinderen, meegebracht door onze para's tijdens de afslachting van de Tutsi's. De vrijgevigheid van particulieren en van de hospitalen is niet altijd voldoende om de kosten te

sées, parfois handicapées à vie, et qui pour la plupart ne connaissent aucune de nos langues nationales.

L'imputation budgétaire du coût de ces interventions a suscité des difficultés qui seront résolues par la création du nouvel article qui permet de faire apparaître clairement le coût de ces opérations. Pour 1995, un montant de 25 millions a été inscrit. Il va de soi que l'accueil sur notre sol reste une solution exceptionnelle; autant que possible, l'aide internationale doit se concrétiser sur place.

c) Accueil des candidats-réfugiés et des réfugiés

En ce qui concerne la problématique des candidats réfugiés et des réfugiés, le budget a été élaboré en prévoyant un total de 4 273,7 millions, lequel comprend :

- Subsidies aux CPAS : 3 438,4 millions
- Subsidies à d'autres organismes : 882,3 millions.

Le montant a été estimé sur base de la prévision de 1200 entrées de candidats-réfugiés par mois.

L'application de la loi du 22 mai 1994 sur le registre d'attente (M.B. 21.7.94) aura évidemment une incidence sur ces divers éléments. Elle entraînera une meilleure répartition géographique des candidats-réfugiés; elle clarifie la détermination du CPAS compétent pour accorder l'aide sociale. Le Gouvernement poursuit la politique consistant à traiter rapidement les dossiers des candidats demandeurs d'asile et à ne pas accorder d'aide sociale (sauf l'aide médicale urgente) aux personnes qui n'obtempèrent pas à un ordre de quitter le territoire.

d) Autres aspects de l'intégration sociale

Un rapport sur la lutte contre la pauvreté est en cours d'élaboration; il résultera d'une collaboration entre la Fondation Roi Baudouin, l'Union des Villes et des Communes et ATD Quart-Monde. Les conclusions de ce rapport devront être concrétisées en 1995; dès à présent, certaines améliorations des procédures d'octroi d'aide sociale sont envisagées, notamment à l'égard des sans abri et des jeunes majeurs qui sortent de homes de protection de la jeunesse.

2. Santé publique

Dans le contexte européen qui est maintenant le nôtre et dans lequel la libre circulation des biens et des personnes doit être garantie, il est essentiel que notre outil de gestion administratif se montre à la hauteur de ses homologues européens afin d'apporter

dekken die nodig zijn voor de opvang van gekwetste personen, die soms zelfs voor de rest van hun leven gehandicapt zullen blijven en waarvan het merendeel geen enkele van onze landstalen kent.

De inschrijving in de begroting van de kosten van deze interventies heeft moeilijkheden opgeleverd die zullen worden opgelost door het creëren van een nieuw artikel dat toelaat de kosten van deze operaties duidelijk te onderscheiden. Voor 1995 werd er een bedrag van 25 miljoen ingeschreven. Het spreekt voor zich dat de opvang op ons grondgebied een uitzonderlijke situatie blijft; de internationale hulpverlening moet, voor zover mogelijk, ter plaatse worden verwezenlijkt.

c) Onthaal van kandidaat-vluchtelingen

Wat de problematiek van de kandidaat-vluchtelingen en van de erkende vluchtelingen betreft, werd er in de begroting een bedrag voorzien van in totaal 4 273,7 miljoen, waarbij zijn inbegrepen:

- de subsidies aan de OCMW's : 3 438,4 miljoen
- subsidies aan andere organismen : 882,3 miljoen

Het bedrag werd geschat op basis van een raming van 1200 nieuwe kandidaat-vluchtelingen per maand.

De toepassing van de wet van 22 mei 1994 betreffende het wachtregister (B.S. 21.7.94) zal eveneens gevolgen hebben voor deze personen. Dit zal met zich meebrengen dat er een betere geografische verdeling van de kandidaat-vluchtelingen wordt bewerkstelligd; er zal duidelijk blijken welk OCMW bevoegd is om sociale steun te verlenen. De Regering zet haar beleid verder dat er in de eerste plaats in bestaat de dossiers van de kandidaat-asielzoekers snel af te handelen en ten tweede in het niet verlenen van steun (behalve dringende medische hulp) aan personen die geen gevolg geven aan een bevel om het grondgebied te verlaten.

d) Andere aspecten van de sociale integratie

Er zal een rapport over de strijd tegen de armoede worden opgesteld; het zal resulteren in een samenwerking tussen de Koning Boudewijnstichting, de Vereniging van Steden en Gemeenten en ATD Vierde Wereld. De besluiten van dit verslag moeten in 1995 geconcretiseerd worden; vanaf heden worden er bepaalde verbeteringen van de procedures inzake steunverlening overwogen, meer bepaald betreffende daklozen en meerderjarige jongeren die een jeugdbeschermingstehuis verlaten.

2. Volksgezondheid

In de Europese context, waarin wij heden ten dage leven en waarin het vrije verkeer van goederen en personen moet worden verzekerd, is het van essentieel belang dat ons administratief beheersorgaan zich op hetzelfde niveau bevindt als de Europese

aux plans belge et européen les garanties de qualité indispensables que les citoyens sont en droit d'attendre.

En termes de Santé publique, si ces garanties doivent concerner l'ensemble des denrées de consommation comme les médicaments ou les denrées alimentaires, elles doivent également concerner les personnes, en l'occurrence les prestataires de soins.

La consommation est en effet une des composantes marquantes de notre société industrialisée. Apprendre à bien consommer représente un facteur de santé et de pérennité. Il importera donc de privilégier l'information dans les différents domaines.

Outre les denrées alimentaires proprement dites, le service d'inspection des denrées alimentaires est aussi responsable de l'inspection de l'ensemble des denrées de consommation pouvant avoir des répercussions sur la santé, telles que le tabac, les additifs, les produits chimiques, détergents, textiles ...

Conscient de l'effort à mener dans ce domaine et afin de répondre aux nouvelles missions, le Gouvernement a approuvé le principe d'un accroissement du nombre des fonctionnaires attachés au service d'inspection, pour le prélèvement et l'analyse d'échantillons.

En vue des nouvelles missions, notamment voulues et confiées par l'Europe, il sera renforcé par l'arrivée de 44 inspecteurs, dont 4 universitaires.

Les dépenses nouvelles inhérentes à ces engagements seront couvertes par des recettes nouvelles, affectées à l'article 38.01 du budget des voies et moyens.

Dans le même esprit, en ce qui concerne le contrôle des viandes, un nouveau cadre du personnel de l'Institut d'expertise vétérinaire, parastatal créé en 1981, sera rédigé, tenant compte des besoins réels actuels. Son but est bien entendu d'améliorer l'image et la qualité intégrale de la viande en responsabilisant les acteurs de la filière, en permettant au Conseil d'expertise d'actualiser les techniques d'expertise et de contrôle, dans le respect des conclusions de la table ronde et des groupes de travail organisés à cet effet.

Cette indispensable mutation qui devra au passage permettre de mieux sanctionner les entreprises en infraction, nécessite une nouvelle structure de financement; celle-ci est d'ores et déjà à l'étude.

Dans le domaine du médicament et à l'instar de ce qui a été créé avec succès dans de nombreux pays, il existe un projet très avancé visant à mettre sur pied dans les meilleurs délais un institut du médicament. Organisé en parastatal, cet institut reprendra les activités liées à l'utilisation, l'information et la mise

tegenhangers, teneinde aan de Belgische en Europese plannen de noodzakelijke kwaliteitsgaranties te bieden, die de burgers met recht en rede mogen verwachten.

In termen van Volksgezondheid, wanneer deze garanties betrekking mochten hebben op de consumptiemiddelen zoals medicijnen of eetwaren, moeten ze eveneens betrekking hebben op personen, in dit geval op de medische hulpverleners.

De consumptie is inderdaad een van de markante kenmerken van onze geïndustrialiseerde maatschappij. Leren goed te consumeren is een factor van gezondheid en duurzaamheid. Het is dus van belang het verlenen van informatie in de verschillende domeinen te stimuleren.

Naast de eetwaren in de eigenlijke zin van het woord, is de dienst voor eetwarensinspectie ook verantwoordelijk voor de inspectie van het geheel van de consumptiemiddelen die gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid, zoals tabak, additieven, chemische produkten, detergents, textiel....

Zich bewust van de inspanningen die er op dit gebied moeten worden geleverd en ten einde op nieuwe opdrachten te antwoorden, heeft de Regering het beginsel van een toename van het aantal ambtenaren bij de inspectiedienst goedgekeurd, en dit voor het nemen en analyseren van monsters.

Met het oog op nieuwe opdrachten, die door Europa worden gevraagd en aan ons worden toevertrouwd, zal de dienst worden versterkt door 44 inspecteurs, waaronder 4 universitaires.

De nieuwe uitgaven inherent aan deze aanwervingen, zullen worden gedekt door nieuwe middelen, beschikbaar gesteld door artikel 38.01 op de begroting van staatsmiddelen.

In dezelfde zin, inzake de controle van het vlees, zal er een nieuw personeelskader worden opgesteld voor het IVK — een parastatale die werd opgericht in 1981 — waarbij rekening wordt gehouden met de reële actuele behoeften. Het doel ervan is wel te verstaan de verbetering van het imago en dus ook van de integrale kwaliteit van het vlees door het responsabiliseren van de belangrijkste schakels in deze keten, en door aan de Raad voor de keuring toe te laten de technieken voor het toezicht en de controle van het vlees te actualiseren, en dit terwijl er rekening wordt gehouden met de conclusies van de ronde tafelconferentie en van de werkgroepen die met dit doel werden georganiseerd.

Voor deze onmisbare verandering, waardoor de bedrijven die in overtreding zijn beter kunnen worden bestraft, is er een nieuwe financieringsstructuur nodig; dit wordt nu bestudeerd.

Op het gebied van de geneesmiddelen en in navolging van wat er met succes werd opgericht in verschillende landen, bestaat er een zeer geavanceerd project met de bedoeling zo vlug mogelijk een Instituut voor het geneesmiddel op te richten, een parastatale, die de activiteiten zal overnemen die be-

sur le marché des 8 000 spécialités actuellement sur le marché belge.

L'homéopathie a fait l'objet dernièrement d'un important débat parlementaire. L'enregistrement des produits utilisés sera prochainement réglementé dans le respect des modalités prévues par la directive européenne en la matière, mais avec la nécessaire souplesse qui jusqu'à présent a été de mise.

Une procédure similaire devra prochainement être définie pour les plantes et autres substances thérapeutiques que nous pourrions qualifier de « para-médicaments ».

La toxicomanie constitue un véritable fléau qu'il est impératif d'envisager sous l'angle médical et de santé publique. Dans les solutions possibles de traitement, la perspective de la substitution par la méthadone est régulièrement évoquée. Ce thème fera l'objet prochainement d'une conférence de consensus réunissant les meilleurs spécialistes en la matière.

A propos des prestataires de soins, il convient de résoudre en permanence l'adéquation entre la formation, la post-formation et autres spécialisations des quelques 200 000 prestataires de soins et la réalité d'une évolution permanente des besoins engendrés par une société en mutation.

A côté de l'actualisation permanente des critères d'accès aux différentes spécialisations médicales classiques, il importe de définir de nouvelles spécialités médicales, sur base de la liste décrite dans l'AM du 25/11/1991, mais également dans d'autres professions de la santé. C'est le cas pour le personnel infirmier qui sur base de l'AR du 18/1/1994 verra prochainement la définition de spécialités. Dans cet esprit, les auxiliaires de soins, les kinésithérapeutes et autres auxiliaires paramédicaux devraient sous peu, pouvoir disposer du statut professionnel qu'ils attendent depuis parfois 25 ans, par amendement ou arrêté d'exécution de l'AR 78, relatif à l'art de guérir.

Une réforme de l'aide médicale urgente a été entreprise dès l'entrée en fonction du Gouvernement.

La première étape vise à exiger une formation adéquate et garantir une couverture juridique aux prestataires en présence.

Elle se matérialise actuellement par :

- la définition du statut du médecin urgentiste
- la définition du titre d'infirmier urgentiste
- la création du Conseil National de l'aide médicale urgente
- le vote par le Parlement de la loi du 22/2/1994, permettant la mise en place de 10 centres de formation pour ambulanciers, soit 1 par Province.

trekking hebben op het op de markt brengen, het gebruik en de informatie van 8 000 specialiteiten.

De homeopathie heeft onlangs het voorwerp uitgemaakt van een belangrijk parlementair debat. De registratie van de gebruikte produkten zal weldra worden gereguleerd, waarbij de modaliteiten die door de Europese richtlijn hieromtrent zijn voorzien, worden gerespecteerd, maar met de nodige souplesse die er tot op heden niet was.

Een gelijkaardige procedure zal weldra worden ingesteld voor planten en andere therapeutische substanties die wij « para-geneesmiddelen » kunnen noemen.

De toxicomanie is een echte plaag geworden, zodoende is het noodzakelijk geworden om dit te bestuderen vanuit het standpunt van de medische wetenschap en van volksgezondheid. Als mogelijke oplossing inzake behandeling, wordt de vervanging door methadon regelmatig aangehaald. Dit thema zal binnenkort het voorwerp uitmaken van een consensusconferentie waarop de beste specialisten op dit gebied zullen aanwezig zijn.

Wat de medische hulpverleners betreft, is het gewenst een blijvend evenwicht te vinden tussen de vorming, de nascholing en andere specialisaties van de ongeveer 200 000 medische hulpverleners en de realiteit van een voortdurende evolutie van de behoeften die een veranderende maatschappij met zich meebrengt.

Naast de voortdurende actualisatie van de criteria voor de toelating tot de verschillende klassieke medische specialisaties, is het van belang om nieuwe medische specialisaties te definiëren, op basis van de lijst in het KB van 25/11/1991, maar ook voor andere beroepen die betrekking hebben op de gezondheid. Dit is het geval voor het verpleegkundig personeel waarvoor, op basis van het KB van 18/1/94 weldra de definitie van specialiteiten zal bestaan. Het is in deze zin, dat de paramedische hulpverleners, de kinesiasten en andere paramedische krachten binnenkort zullen beschikken over een professioneel statuut waarop ze reeds 25 jaar wachten, dit door een amendement of uitvoeringsbesluit van het KB 78 betreffende de geneeskundepraktijk.

Een hervorming van de dringende medische hulp werd aangevat bij het in functie treden van deze Regering.

De eerste stap heeft de bedoeling een gepaste opleiding te eisen en dus een juridische basis te garanderen voor de aanwezige hulpverleners.

Ze krijgt vorm door :

- de bepaling van het statuut van urgentiegeneesheer
- de bepaling van de titel van urgentieverpleger
- de oprichting van de Nationale Raad voor Dringende Medische Hulp
- de stemming van de wet van 22/2/1994 in het Parlement, waardoor er 10 vormingscentra voor ambulanciers zullen worden opgericht, wat neerkomt op 1 per provincie.

Intervenant de première ligne, l'ambulancier n'a généralement reçu qu'une formation de 20 à 60 heures; ce qui est largement insuffisant, eu égard aux impératifs de sa mission actuelle.

Dès l'ouverture de ces centres, chaque candidat pourra sur base d'un manuel de référence unique dans le pays, mis au point pour la circonstance par les meilleurs spécialistes, recevoir une formation théorique mais également pratique renforcée.

En outre, afin de s'initier et de se familiariser aux techniques nouvelles, il est prévu de compléter cette formation de base par des recyclages réguliers.

Les frais de fonctionnement de ces centres de formation seront couverts d'une part par les subsides de l'Etat et d'autre part par les droits d'inscription des candidats, selon des modalités qui seront définies et fixées par le Roi.

C'est sur base d'un personnel qualifié, rompu aux impératifs de l'urgence, que les autres aspects de l'organisation de l'aide médicale urgente, encore à l'étude, pourront s'articuler, afin de régler, tant sur le plan local que régional, la prise en charge des victimes depuis leur prise en charge sur le site de l'accident, jusqu'à leur arrivée à l'hôpital.

Cela concerne :

- le volet médical des plans catastrophes : actuellement à l'étude dans chaque province, grâce à la convention de collaboration voulue en 1992 par le département de la santé publique.
- la définition de la fonction de directeur médical des secours, fonction capitale dans cet ensemble.
- la régulation médicale des centrales 100.
- l'amélioration du réseau de communication RINSIS-NATINUL.
- l'agrément des SMURS en cours d'expérimentation.

Enfin, nous devons rencontrer et intégrer les changements occasionnés par la dernière phase de la réforme de l'Etat sur certaines institutions.

Depuis 1990, l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie est cogéré par l'Etat fédéral, les Régions, les Communautés. La fin du protocole de coopération réglant le financement et le fonctionnement de cet institut coïncide avec le transfert des dernières compétences « air et eau » vers les régions.

Nous envisageons donc d'ores et déjà avec les seules Communautés, les modalités d'une nouvelle co-gestion. A terme, la constitution d'un parastatal n'est pas exclue.

En outre, conformément à la décision du Conseil des Ministres du 8 juillet, la tutelle de l'Institut Pasteur, géré jusqu'à présent par la Province du

Terwijl hij rechtstreeks intervenieert, heeft de ambulancier meestal slechts een vorming gekregen van 20 tot 60 uur; wat dus geheel ontoereikend is, gezien de eisen die door zijn huidige opdracht worden gesteld.

Vanaf het moment van de opening van deze centra, kan elke kandidaat op basis van een referentie-handleiding die uniek is in België en die voor de gelegenheid werd opgesteld door de beste specialisten, een doorgedreven theoretische, maar tevens praktische vorming krijgen.

Ten einde te worden ingewijd in en vertrouwd te raken met de nieuwe technieken, is het de bedoeling dat deze basisopleiding wordt aangevuld met regelmatige bijscholingscursussen.

De werkingskosten van deze vormingscentra zullen voor een deel worden betaald via staatstoelagen en voor een ander deel door het inschrijvingsgeld van de kandidaten, en dit volgens de modaliteiten die worden bepaald en vastgesteld door de Koning.

Het is op basis van gekwalificeerd personeel, dat bedreven is in de eisen van een urgentiedienst, dat de andere aspecten van de organisatie van de dringende medische hulp, die nog wordt bestudeerd, zich kunnen ontwikkelen; en dit met de bedoeling om zowel op het lokale als het regionale gebied het ten laste nemen van de slachtoffers, vanaf het moment van de opname op de plaats van het ongeval, tot op het moment van hun aankomst op het ziekenhuis te regelen.

Dit betreft :

- Het medische aspect van de rampenplannen : wordt bestudeerd in elke provincie, dank zij het samenwerkingsakkoord dat in 1992 werd gesloten door het departement van Volksgezondheid.
- de definitie van de functie van directeur medische hulpverlening, een zeer belangrijke functie.
- de medische regeling van de centrales van de 100.
- de verbetering van het communicatienetwerk RINSIS-NATINUL.
- de erkenning van de MUG, nu in de experimentele fase.

Ten slotte moeten we dus de veranderingen van bepaalde instellingen integreren; die werden veroorzaakt door de laatste fase van de Staatshervorming.

Sinds 1990 wordt het Instituut voor Hygiène en Epidemiologie geleid door de Federale Overheid, de Gewesten en de Gemeenschappen samen. Het einde van het samenwerkingsprotocol betreffende de financiering en de werking van dit Instituut valt samen overdracht van de laatste bevoegdheden « lucht en water » naar de Gewesten.

Wij bekijken nu, samen met de Gemeenschappen de modaliteiten voor een nieuwe gemeenschappelijk beheer. Op termijn wordt de oprichting van een parastatale niet uitgesloten.

In overeenstemming met de beslissing van de Ministerraad van 8 juli, werd het voogdijschap, alsook de financiering van het Pasteur Instituut — tot op

Brabant a été confiée au département de la Santé publique, ainsi que son financement.

Après l'engagement de médecins inspecteurs et de secrétaires d'administration au cours du deuxième semestre 1994, le service de médecine du travail deviendra pleinement opérationnel en 1995 grâce au recrutement d'infirmiers. De la sorte, les agents fédéraux pourront bénéficier pleinement de ce nouveau service qui, au sein de l'Administration de la médecine sociale, assurera, dans le milieu de travail, des missions de médecine préventive et de surveillance médicale en particulier au profit des agents exposés à des risques spécifiques.

3. Environnement

Priorités pour l'année 1995

La politique menée par le département fédéral de l'Environnement est guidée par la mise en place du concept de développement durable dans le cadre d'un environnement de la 2e génération où l'accent est mis sur la prévention et par le lien inextricable entre la protection et l'amélioration du milieu naturel et l'amélioration de la qualité de vie du citoyen.

Dans le cadre des 4 compétences fédérales en matière d'environnement, la priorité pour l'année 1995 sera accordée aux dossiers suivants :

- Mise en place effective de l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire, organisme destiné à regrouper les différents services de l'Etat qui s'occupent de la sûreté nucléaire et s'inscrivant en droite ligne de la Commission sénatoriale dite « Tchernobyl ».

- Elaboration de la loi-cadre, destinée à fixer des normes pour la mise sur le marché de substances chimiques, préparations et produits dans le but de protéger l'environnement et la santé.

- Mise sur pied du Comité belge d'attribution du label écologique européen.

- Préparation d'un programme d'action « Environnement/Santé » visant à dégager les priorités et les actions à mener en vue de recentrer les problèmes environnementaux sur leurs effets potentiels sur l'homme et inversement, de replacer la composante environnementale dans les plans de santé ou de prévention de la santé.

- Réforme et restructuration de l'administration de l'environnement.

- Extension du plan de réduction des émissions de CO₂ aux autres gaz à effet de serre et suivi de la mise en application des mesures décidées, lors de l'adoption du plan, le 7 juin 1993.

- Ratifications de plusieurs traités internationaux, notamment la Convention de Paris sur la pro-

heden geleid door de Provincie Brabant — toevertrouwd aan het departement van Volksgezondheid.

Na, in de loop van het tweede semester van 1994, de geneesheren-inspecteurs en de bestuurssecretarissen te hebben aangeworven, zal de dienst van de arbeidsgeneeskunde gans operationeel worden in 1995 dank zij de recrutering van verpleegkundigen. De federale ambtenaren kunnen op die manier volledig genieten van deze nieuwe dienst bij de Bestuursafdeling voor de Sociale Geneeskunde, die opdrachten inzake preventieve geneeskunde en medisch toezicht zal verzekeren, in het bijzonder ten voordele van de ambtenaren die aan specifieke risico's worden blootgesteld ».

3. Leefmilieu

Prioriteiten voor het jaar 1995

De politiek die door het federale departement van Leefmilieu wordt gevoerd, wordt gestuurd door het uitwerken van het concept « duurzame ontwikkeling in een omgeving van de 2e generatie » (die meer het accent op preventie legt) en door het uiterst ingewikkeld verband tussen de bescherming en de verbetering van de natuurlijke omgeving en de verbetering van onze levensstandaard.

In het kader van de 4 federale bevoegdheden inzake leefmilieu, zal voor het jaar 1995 prioriteit worden verleend aan de volgende dossiers :

- Effectieve oprichting van het Federale Agentschap voor Nucleaire Controle, een organisme bestemd om de verschillende overheidsdiensten te hergroeperen die zich bezighouden met de nucleaire veiligheid en dat zich rechtstreeks inschrijft in de besluiten van de Senaatscommissie genaamd « Tchernobyl ».

- Uitwerken van de kaderwet inzake het opleggen van normen voor het op de markt brengen van chemische substanties, preparaten en produkten met het oog op de bescherming van het leefmilieu en de volksgezondheid.

- Het oprichten van het Belgisch Comité voor de toekenning van de Europese Milieukeur.

- Voorbereiding van een actieprogramma « Leefmilieu/ Volksgezondheid » met het oog op het ontwikkelen van prioriteiten en acties.

- Hervorming en herstructurering van de leefmilieuadministratie.

- Uitbreiding van het plan ter vermindering van de emissies van CO₂ en van andere broeikasgassen en de opvolging van de toepassing en uitvoering van de voorgestelde maatregelen, aangenomen in het Nationale CO₂-plan op 7 juni 1993.

- Ratificaties van verscheidene internationale verdragen, meer bepaald het Verdrag van Parijs over

tection du milieu marin de l'Atlantique du Nord-Est; le 2e Amendement de Copenhague au Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone; la Convention de Bruxelles portant création d'un Fonds international d'indemnisation pour les dommages dus à la pollution maritime par les hydrocarbures (FIPOI); les 2 Conventions de Vienne concernant les accidents nucléaires; la loi MARPOL relative à la prévention de la pollution de la mer par les navires.

— Transposition de directives essentiellement fédérales telles que la Directive 91/157 et sa modification 93/86 concernant les piles et accumulateurs; la Directive Euratom 93/3 concernant la surveillance et le contrôle des déchets radioactifs; les adaptations techniques et modifications de la Directive 67/548 concernant la classification, l'emballage et l'étiquetage de produits dangereux...;

— Développement d'une stratégie de mesures du RADON afin d'améliorer la cartographie des risques et permettre de détecter les habitations présentant un risque pour leurs habitants.

— Poursuite de la construction de l'installation de démantèlement des obus de guerre à Poelkapelle.

— Mer du Nord :

La politique intégrée (PREVENTION — CONTROLE — INTERVENTION) sera poursuivie en matière de protection du milieu marin.

PREVENTION : il s'agira de mettre en place les instruments juridiques permettant de limiter la charge (substances toxiques) imposée à la Mer du Nord, notamment par la préparation et le suivi des conventions internationales pour la protection du milieu marin.

CONTROLE : l'activité de contrôle est développée sur divers plans tels que

— la surveillance aérienne des déversements des navires

— l'intensification du travail du bateau océanographique « Le Belgica »

— la mise en place d'un labo-container et d'une station de mesure automatique pour contrôler la qualité de l'eau de mer

INTERVENTION : il s'agira de développer un plan d'intervention en cas d'accident.

B. Du Ministre des Affaires sociales

LIGNES DE POLITIQUE GENERALE EN MATIERE D'HOPITAUX

Le budget des hôpitaux pour 1995 traduit la politique menée jusqu'à présent en matière hospitalière. Il reprend les mesures décidées antérieurement et qui

de la protection du milieu marin de l'Atlantique du Nord-Est; le 2e Amendement de Copenhague au Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone; la Convention de Bruxelles portant création d'un Fonds international d'indemnisation pour les dommages dus à la pollution maritime par les hydrocarbures (FIPOI); les 2 Conventions de Vienne concernant les accidents nucléaires; la loi MARPOL relative à la prévention de la pollution de la mer par les navires.

— Omzetting van de richtlijnen die essentieel federaal zijn, zoals de Richtlijn 91/157 en haar wijziging 93/86 inzake batterijen en accu's; de Richtlijn Euratom 93/3 betreffende het toezicht en de controle op radioactieve afvalstoffen; de technische aanpassingen en wijzigingen van de Richtlijn 67/548 betreffende de classificatie, de verpakking en de etikettering van gevaarlijke produkten;...

— Ontwikkeling van een strategie van maatregelen voor RADON ten einde de risico's in kaart te kunnen brengen en toe te laten die woningen te definiëren die een risico inhouden voor hun inwoners.

— Vervolg van de constructie van de ontmantelingsinstallatie voor de vernietiging van oorlogsmunitie te Poelkapelle.

— Noordzee :

De geïntegreerde politiek (PREVENTIE — CONTROLE — INTERVENTIE) zal worden voortgezet op het gebied van de bescherming van het marien milieu.

PREVENTIE : het gaat hier over het uitwerken van de juridische instrumenten die toe laten om de belasting (toxische substanties) voor de Noordzee te beperken, meer bepaald door de voorbereiding en de opvolging van de internationale conventies voor de bescherming van het marien milieu.

CONTROLE : de controleactiviteit wordt op verschillende niveaus ontwikkeld, zoals:

— toezicht vanuit de lucht op lozingen van schepen

— de intensifiëring van het werk van het oceanografisch schip « Belgica »

— de constructie van een labo-container en van een automatisch meetstation om de kwaliteit van het zeewater te meten

INTERVENTIE : er zal een plan moeten worden ontwikkeld voor een gemoderniseerde interventie bij ongeval.

B. Van de Minister van Sociale Zaken

ALGEMENE BELEIDSLIJNEN INZAKE DE ZIEKENHUIZEN

Het budget van de ziekenhuizen voor het jaar 1995 weerspiegelt het tot op heden gevoerde beleid inzake ziekenhuizen. Het omvat zowel de vroeger besliste

poursuivent leurs effets en 1995 ainsi que les différentes mesures et options décidées lors du dernier conclave budgétaire.

1. Effet de la politique menée

1.1. *En matière d'accords sociaux*

Les accords sociaux pris depuis 1989 ont leur plein effet en 1995. Ces accords visent à revaloriser notamment la profession infirmière. L'apport tant qualitatif (encadrement plus élevé par lit) que quantitatif (barèmes — rémunération des prestations irrégulières) a une incidence financière de 24 milliards de francs. La garantie que ces accords soient appliqués à tout le personnel de l'hôpital s'est traduit par une prise en compte du coût de ces accords pour le personnel hors prix de journée moyennant également le respect de conditions portant notamment sur la transparence des flux financiers et sur l'intégration du médecin hospitalier.

Certains points de l'accord social de 1991 doivent encore être exécutés. Il s'agit de la transposition de la révision générale des barèmes de la Fonction publique pour laquelle un cadre financier a été défini et de l'intégration dans le prix de la journée d'hospitalisation des contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi. Pour ce dernier point, une solution partielle a été mise en place pour le 1^{er} août 1994 qui vise à octroyer pour les hôpitaux psychiatriques via le budget des moyens financiers, en sus de l'intervention du Fonds, un montant de 216 000 F. par équivalent temps plein.

1.2. *En matière de révisions des budgets des moyens financiers*

Le budget contient les montants nécessaires pour couvrir les révisions des budgets des moyens financiers pour les exercices antérieurs.

Un timing a été établi et des recrutements de personnel qualifié sont intervenus de manière à résorber le plus vite possible les retards constatés en ce domaine.

1.3. *En matière de psychiatrie*

1995 est la dernière année de la reconversion de ce secteur débutée en 1991. En effet, la dernière phase de fermeture volontaire interviendra au 1^{er} janvier 1995.

Une étude est actuellement en cours afin d'évaluer l'effet de la politique mise en oeuvre tant pour les hôpitaux psychiatriques que pour les maisons de soins psychiatriques et habitations protégées.

En 1995, sera généralisé l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum. Un financement est prévu à cet effet.

maatregelen waarvan de uitwerking in 1995 doorloopt als de verschillende maatregelen en opties van het laatste begrotingsconclaaf.

1. Uitwerking van het gevolgde beleid

1.1. *Inzake de sociale akkoorden*

De sedert 1991 gesloten sociale akkoorden hebben hun volle werking in 1995. Ze zijn er meer bepaald op gericht het verpleegkundig beroep te herwaarderen. De kwalitatieve (meer personeel per bed) en kwantitatieve (loonschalen — vergoeding voor onregelmatig werk) bijdrage heeft een financiële impact van 24 miljard frank. De waarborg dat deze akkoorden op al het ziekenhuispersoneel zal worden toegepast, blijkt uit de tenlasteneming van de kosten van de akkoorden voor het personeel buiten verpleegdagprijs, mits aan bepaalde voorwaarden betreffende de transparantie van de geldstromen en de integratie van de ziekenhuisgeneesheer wordt voldaan.

Bepaalde punten van het sociaal akkoord 1991 moeten nog worden uitgevoerd. Het betreft het transponeren van de algemene herziening van de loonschalen van het Openbaar Ambt, waarvoor een financieel kader is vastgesteld, en het integreren in de verpleegdagprijs van de contractuelen gesubsidieerd door het Interdepartementaal Begrotingsfonds ter bevordering van de werkgelegenheid. Wat dit laatste betreft, werd in een gedeeltelijke oplossing voorzien tegen 1 augustus 1994, waarbij aan de psychiatrische ziekenhuizen, bovenop de tegemoetkoming van het Fonds, per voltijds equivalent een bedrag van 216 000 fr. wordt toegekend via het budget van financiële middelen.

1.2. *Inzake de herziening van de budgetten van financiële middelen*

Het budget bevat de nodige bedragen voor de herziening van de budgetten van financiële middelen voor de voorgaande dienstjaren.

Er werd een timing vastgesteld en er is gekwalificeerd personeel in dienst genomen om de in dit domein vastgestelde vertraging zo snel mogelijk weg te werken.

1.3. *Inzake de psychiatrie*

1995 is het laatste jaar van de in 1991 gestarte reconversie in die sector, gestart in 1991. De laatste fase van de vrijwillige sluiting gaat immers in op 1 januari 1995.

Op dit ogenblik wordt een onderzoek uitgevoerd om het effect van het beleid inzake de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en het beschut wonen te evalueren.

In 1995 wordt de registratie van de minimale psychiatrische gegevens veralgemeend. Daartoe wordt in een financiering voorzien.

Sont actuellement à l'étude les possibilités de prise en charge spécifique des patients atteints de troubles comportementaux graves ainsi que celle de la psychiatrie de crise. Une solution en ces domaines interviendra en 1995.

1.4. *En matière de reconversion des lits*

Effectuée au 1er mars 1994 en accord avec les autorités visées aux articles 59bis, 59ter et 108ter de la Constitution, la fermeture et la reconversion des 3.600 lits V existants a surtout permis la mise en exploitation des nouveaux lits hospitaliers agréés sous l'index Sp.

Quatre types de services Sp ont été créés, soit :

Sp-cardiologie;

Sp-neurologie (e.a. sclérose en plaques);

Sp-locomoteur;

Sp-chronique (pathologies chroniques et polypathologies nécessitant des soins médicalisés prolongés et/ou des soins palliatifs).

Les lits agréés avant le 1^{er} mars 1994 sous l'index S ont été également reconvertis en lits Sp, ainsi qu'un petit nombre de lits C et D.

Des normes générales sont actuellement en vigueur. Des normes plus particulières sont actuellement à l'étude en vue d'un affinement pour certains services entre autre les lits Sp chroniques - psychogériatriques.

En ce qui concerne plus particulièrement les soins palliatifs, une commission d'experts a remis un rapport qui peut être résumé comme suit :

— il faut avant tout favoriser l'intégration des soins palliatifs dans le contexte des soins habituels à domicile.

— il faut créer, dans les soins à domicile et au sein de chaque institution de soins (hôpital, M.R.S., M.R.) une culture « soins palliatifs » qui doit être intégrée dans l'exécution de la profession de soins.

— les unités résidentielles des soins palliatifs doivent être destinées à des cas spécifiques et difficiles. Emanant de la reconversion des lits V ou de lits C et D en lits Sp, l'unité doit comprendre 10 à 12 lits avec un maximum de 15 lits : le nombre de lits ne devrait pas dépasser 300 à 400 pour le Royaume.

— dans chaque hôpital, il y doit y avoir une fonction hospitalière « soins palliatifs » qui doit avoir un rôle d'avis et de soutien.

— une concertation régulière doit s'instaurer entre les différentes institutions et organisations de soins palliatifs d'une même région. A cet effet, seraient créées des plate-formes régionales de concertation dont le financement est prévu au budget 1995.

Momenteel wordt de mogelijkheid onderzocht om de sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten en de crisispsychiatrie ten laste te nemen. In 1995 zal daarvoor een oplossing worden uitgewerkt.

1.4. *Inzake de reconversie van de V-bedden*

De sluiting en de reconversie van 3.600 bestaande V-bedden, uitgevoerd op 1 maart 1994 in samenspraak met de in de artikelen 59bis, 59ter en 108ter van de Grondwet bedoelde autoriteiten, hebben het in de eerste plaats mogelijk gemaakt nieuwe ziekenhuisbedden, erkend onder de kenletter Sp, in gebruik te nemen.

Er werden vier soorten Sp-diensten opgericht, namelijk:

Sp-cardiologie

Sp-neurologie (o.a. multiple sclerose)

Sp-locomotorisch

Sp-chronisch (chronische pathologieën en polypathologieën die langdurige medische en/of palliatieve zorg behoeven)

De vóór 1 maart 1994 onder de kenletter S erkende bedden werden eveneens omgeschakeld naar Sp-bedden, evenals een klein aantal C- en D-bedden.

Op dit ogenblik zijn algemene normen van kracht. Meer specifieke normen worden thans bestudeerd met het oog op een verfijning voor bepaalde diensten, onder andere chronisch-psycho-geriatrische Sp-bedden.

Voor de palliatieve zorg in het bijzonder heeft een commissie van experts een rapport ingediend dat als volgt kan worden samengevat:

— vóór alles moet de integratie van de palliatieve zorg in de context van de gewone thuisverzorging bevorderd worden.

— In de thuisverzorging en binnen elke verzorgingsinstelling (ziekenhuis, R.V.T., rusthuis) moet een « palliatieve zorg » cultuur worden ingevoerd, die in de uitoefening van het zorgverstrekkend beroep moet worden geïntegreerd.

— De residentiële eenheden voor palliatieve zorg moeten worden voorbehouden aan de specifieke en moeilijke gevallen. De eenheid, ontstaan uit de reconversie van V-bedden of C- en D-bedden in Sp-bedden, moet 10 tot 12 bedden, en maximaal 15 bedden omvatten : voor het Rijk zouden er niet meer dan 300 tot 400 bedden mogen zijn.

— Elk ziekenhuis moet over een ziekenhuisfunctie « palliatieve zorg » beschikken met een adviserende en ondersteunende taak.

— Tussen de verschillende instellingen en organisaties voor palliatieve zorg in een zelfde regio moet een regelmatig overleg worden ingevoerd. Daartoe zouden regionale overlegplatforms worden opgericht, waarvan de financiering in het budget 1995 is opgenomen.

1.5. *En matière de fermeture de lits aigus hospitaliers*

Pour cause de sous-occupation, 1 030 lits ont été fermés en coopération avec les autorités communautaires et régionales. Certains cas font l'objet de recours de la part des institutions concernées. La Commission de recours constituée en application de l'article 76 de la loi sur les hôpitaux statuera à ce propos dans un proche avenir.

Outre cette mesure, est également prévue une rationalisation du secteur. Ceci devra être réalisé par une diminution du nombre de lits. Un plan quinquennal sera proposé aux hôpitaux afin de diminuer de 5 000 unités le nombre de lits existants. Dans le même temps, ils auront la possibilité d'opter soit pour des lits M.R.S., soit pour des formes alternatives de soins (soins à domicile et courts séjours). Des stimulants devront être mis en place qui doivent permettre :

- la sauvegarde de l'emploi;
- le maintien d'un parc hospitalier moderne;
- le recours à de nouvelles technologies ayant pour effet de raccourcir les durées de séjour.

Une note politique à ce sujet est en préparation.

En outre d'autres formes plus souples de collaboration que fusions et groupements devront être mises en place par une adaptation de la réglementation. Sont visés l'association entre hôpitaux, (par ex. : pour l'exploitation de l'appareillage lourd) ou la collaboration fonctionnelle. Ces alternatives doivent offrir un nouveau stimulant à la collaboration entre hôpitaux qui doit entraîner une meilleure affectation des moyens disponibles.

1.6. *En matière d'éléments constitutifs du budget des moyens financiers*

Le mode de financement des hôpitaux aigus introduit en 1991 et reposant sur le principe de la répartition des moyens disponibles par une meilleure prise en compte des besoins sera poursuivi les années à venir. L'affinement de ce système sera poursuivi. Il faut cependant noter que, pour 1994, l'utilisation des données du résumé infirmier minimum a permis de mieux cerner les activités réelles des hôpitaux.

Egalement, la prise en compte des données du résumé clinique minimum quant à la durée de séjour a permis de mieux réallouer les moyens entre les hôpitaux.

En matière de réduction des dépenses, il faut signaler les mesures suivantes :

- Indemnisation réduite de 30 à 25 % des journées d'hospitalisation au delà du quota;
- réduction du forfait de 6 à 5 % pour la couverture des charges de crédit à court terme;

1.5. *Inzake sluiting van acute ziekenhuisbedden*

In samenspraak met gemeenschappen en gewesten zijn 1 030 bedden gesloten wegens onderbezetting. Tegen een aantal gevallen hebben de betrokken ziekenhuizen beroep ingesteld. De beroepscommissie, opgericht krachtens artikel 76 van de ziekenhuiswet, zal binnenkort uitspraak doen ter zake.

Naast die maatregel is ook een rationalisering van de sector gepland via een vermindering van het aantal bedden. Aan de ziekenhuizen zal een vijfjarenplan worden voorgesteld om het aantal bestaande bedden met 5 000 eenheden te verminderen. Tegelijk kunnen ze kiezen voor R.V.T.-bedden of voor alternatieve verzorgingsvormen (thuisverzorging en korte verblijven). Daartoe moeten ze stimulansen krijgen die zorgen voor:

- het behoud van de werkgelegenheid;
- het behoud van moderne ziekenhuisvoorzieningen;
- het gebruik van nieuwe technologieën die de verblijfsduur inkorten.

Momenteel wordt daarover een politieke nota uitgewerkt.

Bovendien moet men via een aanpassing van de reglementering tot andere samenwerkingsvormen komen, die soepeler zijn dan fusies en groeperingen. Daarbij wordt gedacht aan samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen onderling (bij voorbeeld: voor de exploitatie van zware apparatuur) of functionele samenwerking. Die alternatieven moeten een nieuwe stimulans betekenen voor de samenwerking tussen ziekenhuizen, die op haar beurt moet leiden tot een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen.

1.6. *Bestanddelen van het budget van financiële middelen*

De in 1991 ingevoerde financieringswijze van de acute ziekenhuizen, waarbij meer rekening wordt gehouden met de behoeften bij de verdeling van de beschikbare middelen, blijft de eerstvolgende jaren van kracht, maar zal nog verfijnd worden. Voor 1994 moet trouwens worden opgemerkt dat het gebruik van de minimale verpleegkundige gegevens heeft geleid tot een betere kijk op de reële activiteiten van de ziekenhuizen. Door rekening te houden met de minimale klinische gegevens betreffende de verblijfsduur is men er ook in geslaagd de middelen beter te verdelen over de ziekenhuizen.

Om de uitgaven te beperken, worden de volgende maatregelen genomen:

- voor de verpleegdagen boven het quotum wordt de vergoeding teruggebracht van 30 op 25 %;
- het forfait voor de dekking van de korte termijn intrestlasten wordt verlaagd van 6 % naar 5 %;

- réduction de 100 à 50 % de la facturation de la dernière journée d'hospitalisation lorsque le patient quitte l'hôpital entre 14 et 20 heures;
- le recours à l'hospitalisation de jour doit réduire le nombre de journées d'hospitalisation classique.

1.7. *En matière d'hospitalisation de jour*

Il est urgent de fixer un statut juridique et un financement correct de l'hospitalisation de jour afin d'en promouvoir le développement.

En plus des effets positifs pour le patient, l'hospitalisation de jour aura des conséquences favorables sur le budget des hôpitaux.

L'hospitalisation de jour doit être, en effet, simultanément réalisée avec une diminution de l'hospitalisation classique. Elle aboutira à une diminution de la durée de séjour, une diminution des journées d'hospitalisation et, par conséquent, à une diminution du nombre de lits d'hôpitaux.

Une première étape sera réalisée en 1995 par la mise en place de la réglementation portant sur l'hôpital chirurgical de jour.

1.8. *En matière d'aide médicale urgente*

Le Conseil National des Etablissements Hospitaliers a émis des avis portant sur les services d'urgences et les S.M.U.R. Les aspects financiers de ces avis sont actuellement examinés. La politique qui sera menée en la matière visera à renforcer l'offre de manière qualitative de à permettre la prise en charge optimale des patients. Un financement de l'activité SMUR sera mis en place en 1995.

Les mesures à prendre se situent dans le cadre d'une politique plus générale en la matière.

1.9. *En matière d'enregistrement des données*

Au cours des années précédentes, un effort significatif a été réalisé en vue d'obtenir des données valables en matière de pathologies, durée de séjour, d'activités médicale et infirmière. Ceci a été effectué via l'enregistrement RCM et RIM. Dès 1995, l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum sera généralisé.

Ces informations, utilisées fragmentairement dès 1994, doivent permettre de réaliser, complémentaiement au financement de base, une meilleure approche de l'activité médicale et infirmière réelle dans laquelle il sera tenu compte de la pathologie et de la durée de séjour.

A noter également qu'un feed-back vers les hôpitaux a été organisé en matière de RCM et RIM.

- als de patiënt het ziekenhuis tussen 14.00u en 20.00u verlaat, wordt slechts een halve verpleegdag gefactureerd;
- het aantal klassieke verpleegdagen wordt verminderd door het stimuleren van daghospitalisatie.

1.7. *Inzake daghospitalisatie*

Het is dringend noodzakelijk een juridisch statuut en een correcte financiering voor de daghospitalisatie vast te leggen teneinde de ontwikkeling ervan te bevorderen.

Bovenop de positieve effecten voor de patiënt, zal de daghospitalisatie gunstige consequenties hebben voor het ziekenhuisbudget.

De daghospitalisatie moet inderdaad met een vermindering in de klassieke hospitalisatie gepaard gaan. Ze moet uitmonden in een inkorting van de verblijfsduur, een vermindering van de hospitalisatiedagen en bijgevolg in een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden.

In 1995 wordt een eerste stap gezet door de invoering van een reglementering voor het chirurgische dagziekenhuis.

1.8. *Inzake de dringende medische hulp*

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft adviezen geformuleerd betreffende de spoedgevallendiensten en de M.U.G.. De financiële aspecten van deze adviezen worden momenteel onderzocht. Het ter zake gevoerde beleid is erop gericht het aanbod kwalitatief te verbeteren om aldus een optimaal aantal patiënten te kunnen ontvangen. De financiering van de M.U.G.-activiteiten zal in 1995 worden geregeld.

De te nemen maatregelen passen in het kader van een algemener beleid ter zake.

1.9. *Inzake gegevensregistratie*

In de loop van de voorgaande jaren werden grote inspanningen geleverd om bruikbare gegevens te verkrijgen betreffende pathologieën, verblijfsduur, medische en verpleegkundige activiteiten. Dit kon worden verwezenlijkt via de MKG- en MVG-registratie. Vanaf 1995 zal de registratie van de minimale psychiatrie gegevens worden veralgemeend.

Deze informatie, gedeeltelijk gebruikt vanaf 1994, moet het mogelijk maken om, naast de basisfinanciering, meer rekening te houden met de reële medische en verpleegkundige activiteiten, met inbegrip van de pathologie en de verblijfsduur.

Eveneens valt te noteren dat er inzake MKG en MVG een feedback naar de ziekenhuizen werd georganiseerd.

1.10. *En matière de services médicaux lourds*

La problématique des services médicaux lourds tels que notamment la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les soins intensifs doit être solutionnée de manière à optimiser l'offre en assurant une couverture financière adéquate et une garantie de qualité pour le patient. Ceci doit déboucher sur des normes d'agrément et de financement.

A ce sujet, le C.N.E.H. a émis une série d'avis portant sur des normes d'agrément. Il convient cependant à ce propos de favoriser le dialogue entre gestionnaires et médecins.

Les médecins doivent pouvoir utiliser les pratiques les plus adéquates dans le cadre des moyens disponibles dans le but de collaborer avec le gestionnaire pour gérer rationnellement.

L'évaluation des pratiques médicales doit être mise au point en vue d'améliorer la médecine. Une telle évaluation doit s'exercer de manière progressive et doit être axée sur les diverses activités de l'hôpital.

Les résultats des évaluations doivent aussi donner des indicateurs aux instances dirigeantes pour qu'elles puissent sur base de conclusions fiables intervenir le cas échéant au niveau de l'agrément, de la programmation et du financement.

2. **Conseil National des Etablissements Hospitaliers**

Afin d'examiner les problèmes de la psychiatrie et des maisons de repos et de soins, deux groupes de travail spécifiques ont été créés dans le Conseil National des Etablissements Hospitaliers. Cette extension permet de couvrir ainsi le secteur hospitalier ainsi que les formes alternatives de soins (maisons de soins psychiatriques, habitations protégées, maisons de repos et de soins).

3. **Conférence interministérielle de santé**

Cette conférence, créée à mon initiative, regroupe les responsables communautaires, régionaux et fédéraux du secteur des soins de santé.

Au rythme d'une réunion tous les deux mois, elle s'attache actuellement à fixer une politique fédérale soutenue par les communautés et régions pour les problèmes suivants :

- la problématique du nombre de lits universitaires;
- l'évaluation de la qualité médicale;
- les formes alternatives de soins;
- la prise en charge des patients atteints de troubles comportementaux graves;
- l'assurance dépendance.

Les travaux en ces matières se poursuivent au sein de différents groupes de travail.

1.10. *Inzake de zware medische diensten*

De problematiek van de zware medische diensten zoals hartchirurgie, neurochirurgie en intensieve zorg moet zo worden opgelost dat men tot een optimaal aanbod komt, met tegelijk een adequate financiële dekking en een kwaliteitsgarantie voor de patiënt. Dit moet uitmonden in erkennings- en financieringsnormen.

In dat verband heeft de N.R.Z.V. een reeks adviezen over erkenningsnormen geformuleerd. Ook dient de dialoog tussen beheerders en geneesheren te worden bevorderd.

De geneesheren moeten de meest geschikte methodes kunnen gebruiken binnen het kader van de beschikbare middelen, met als doel, samen met de beheerder tot een rationeel beheer te komen.

De evaluatie van de medische praktijkvoering moet verder worden uitgewerkt om de kwaliteit van de geneeskunde te verbeteren. Zo'n evaluatie moet progressief gebeuren en gericht zijn op de diverse activiteiten van het ziekenhuis. De resultaten van de evaluaties moeten ook indicatoren opleveren voor de beleidsinstanties, zodat ze op basis van betrouwbare conclusies desgevallend tussenbeide kunnen komen in het vlak van de erkenning, de programmatie en de financiering.

2. **Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen**

Binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zijn twee specifieke werkgroepen opgericht om de problemen in de psychiatrie en de rust- en verzorgingstehuizen te bestrijken. Die uitbreiding maakt het mogelijk de intramurale sector te bestuderen, alsook de alternatieve verzorgingsvormen (psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen, rust- en verzorgingstehuizen).

3. **Interministeriële gezondheidsconferentie**

Deze, op mijn initiatief belegde conferentie verenigt de communautaire, gewestelijke en federale beleidsmensen uit de gezondheidszorg.

Deze conferentie komt één keer om de twee maanden bijeen en werkt thans aan een federaal, door de gemeenschappen en gewesten gesteund beleid voor de volgende problemen:

- het aantal universitaire bedden;
- de evaluatie van de medische kwaliteit;
- de alternatieve verzorgingsvormen;
- de opvang van patiënten met zware gedragsstoornissen
- de afhankelijkheidsverzekering

Rond die problemen blijven verschillende werkgroepen actief.

4. Evolution du budget global

1986 :	92 677 000 000 F.
1987 :	89 873 000 000 F.
1988 :	90 223 400 000 F.
1989 :	95 677 000 000 F.
1990 :	102 661 000 000 F.
1991 :	112 208 000 000 F.
1992 :	118 076 800 000 F.
1993 :	125 742 000 000 F.
1994 :	133 209 000 000 F.

5. Evolution de l'article 33.36

1986 :	22 293 100 000 F.
1987 :	22 635 100 000 F.
1988 :	24 433 500 000 F.
1989 :	25 277 500 000 F.
1990 :	26 942 000 000 F.
1991 :	26 877 398 000 F.
1992 :	28 270 400 000 F.
1993 :	29 677 000 000 F.
1994 :	33 567 000 000 F.

C. Du Ministre de la Justice

En dépit de la réduction généralement attendue des moyens mis à la disposition des services des victimes de guerre, il faut souligner que l'étendue de la mission envers cette catégorie de bénéficiaires s'est pratiquement stabilisée à la suite de circonstances survenues entre-temps comme l'unification de l'Allemagne. Cette année, les commémorations de la libération ont actualisé la problématique des victimes de guerre.

Dans cette optique, il est donc clair que la politique relative aux victimes de guerre restera telle quelle dans un proche avenir. Il appartient à chaque citoyen de continuer à réfléchir au devoir de reconnaissance nationale à l'égard des victimes de guerre qui sont encore très nombreuses.

La plus grande partie (3.662,1 milliards FB) des crédits incorporés dans le budget du département de la Santé publique et de l'Environnement pour les victimes de guerre a été réservée afin de permettre l'I.N.I.G. de réaliser ses objectifs.

Une des tâches de l'Institut national des Invalides de guerre, des anciens combattants et des victimes de guerre (I.N.I.G.) est de rembourser les frais des soins de santé à certaines catégories de victimes de guerre.

Le remboursement des frais de médicaments aux invalides de guerre représente la plus grande partie des dépenses de l'I.N.I.G. quant aux soins de santé.

Afin de limiter l'augmentation de ces dépenses et dans le cadre d'une gestion budgétaire saine et des économies éventuelles, le contrôle est un élément essentiel.

4. Evolutie van het globaal budget

1986 :	92 677 000 000 F.
1987 :	89 873 000 000 F.
1988 :	90 223 400 000 F.
1989 :	95 677 000 000 F.
1990 :	102 661 000 000 F.
1991 :	112 208 000 000 F.
1992 :	118 076 800 000 F.
1993 :	125 742 000 000 F.
1994 :	133 209 000 000 F.

5. Evolutie van artikel 33.36

1986 :	22 293 100 000 F.
1987 :	22 635 100 000 F.
1988 :	24 433 500 000 F.
1989 :	25 277 500 000 F.
1990 :	26 942 000 000 F.
1991 :	26 877 398 000 F.
1992 :	28 270 400 000 F.
1993 :	29 677 000 000 F.
1994 :	33 567 000 000 F.

C. Van de Minister van Justitie

Niettegenstaande de algemeen verwachte afbouw van de middelen die aan de diensten voor oorlogsslachtoffers ter beschikking worden gesteld, dient onderlijnd dat de omvang van de opdracht tegenover deze categorie van begunstigten vrijwel stabiel blijft ingevolge tussenkomende omstandigheden zoals bv. de eenmaking van Duitsland. De bevrijdingsfeesten hebben de problematiek van de oorlogsslachtoffers dit jaar geactualiseerd.

In deze optiek is derhalve duidelijk dat het beleid inzake de oorlogsslachtoffers in de nabije toekomst onveranderd blijft. Het is de taak van iedere burger zich te blijven bezinnen over de nationale erkentelijkheid t.o.v. de nog steeds grote groep van oorlogsslachtoffers.

Wat betreft het geheel der kredieten, opgenomen in de begroting van het departement Volksgezondheid en Leefmilieu, i.v.m. de oorlogsslachtoffers, is het grootste deel (3.662,1 miljard BEF), hiervan bestemd om het N.I.O.O.O. toe te laten zijn doelstellingen te verwezenlijken.

Het Nationaal Instituut voor Oorlogsinvaliden, Oudstrijders en Oorlogsslachtoffers (N.I.O.O.O.) is onder andere belast met de terugbetaling van de kosten van de gezondheidszorgen van bepaalde categorieën van oorlogsslachtoffers.

De terugbetaling van de geneesmiddelen aan de oorlogsinvaliden vertegenwoordigt het grootste aandeel in de uitgaven van het N.I.O.O.O. inzake gezondheidszorgen.

Teneinde de verhoging hiervan te beperken en in het kader van een gezond budgettair beheer en de besparingen die hieruit kunnen voortvloeien, is de controle een essentieel element.

Pour qu'un tel contrôle soit possible, il a été jugé nécessaire que l'I.N.I.G. puisse disposer des bandes magnétiques des services de tarification.

Cette mesure a été concrétisée par l'article 154 de la loi programme du 30 décembre 1992. Concrètement, le Conseil d'administration de l'I.N.I.G. a approuvé le 30 août 1993 le projet du système d'analyse visant la détection des abus éventuels, dans la consommation de médicaments.

Par conséquent, dans le cadre de l'établissement du budget actuel, il a été tenu compte de l'effet espéré de l'introduction des profils quant à la consommation de médicaments, dont le rendement brut est fixé à - 4% et le rendement net à - 2,4%.

Des efforts sont même faits pour limiter les frais de fonctionnement de l'I.N.I.G. (pour 1995 : 330,5 millions FB): par exemple la réalisation d'économies structurelles, les conséquences de l'exécution des conclusions de la radioscopie, les adaptations aux cadres comme elles sont prévues dans les circulaires du Ministre de la Fonction publique.

En ce qui concerne l'aide sociale, le but envisagé est de maintenir le crédit de 60 millions BEF (montant inchangé depuis 1986) malgré le nombre croissant de gens y faisant appel).

Opdat dergelijke controle zou mogelijk zijn, werd het nodig geacht dat het N.I.O.O.O. over de magneetbanden van de tarifieringsdiensten zou kunnen beschikken.

Deze maatregel werd geconcretiseerd door artikel 154 van de programmawet van 30 december 1992. Concreet keurde de Raad van Bestuur van het N.I.O.O.O. op 30 augustus 1993 het ontwerp van het analysesysteem, dat erop gericht is eventuele misbruiken inzake het gebruik van geneesmiddelen op te sporen, goed.

In het kader van het opstellen van de huidige begroting werd dan ook rekening gehouden met het verhoopte effect van de introductie van de profielen betreffende het verbruik van de geneesmiddelen, waarvan het bruto-rendement vastgesteld wordt op - 4% en het netto-rendement op - 2,4%.

Ook wat betreft de werkingskosten van het N.I.O.O.O. (voor 1992 : 330,5 miljoen BEF) worden inspanningen gedaan om deze te beperken; o.a. het doorvoeren van structurele besparingen, de gevolgen van de uitvoering van de conclusies van de radioscopie, herwerking kaders zoals voorzien in de circulaires van de Minister van Openbaar Ambt.

Wat betreft de sociale hulpverlening is het vooropgestelde doel om het krediet van 60 miljoen BEF te behouden (ongewijzigd bedrag sinds 1986) ondanks het stijgende aantal mensen dat hierop beroep doet.