

BELGISCHE SENAAT**ZITTING 1977-1978**

23 NOVEMBER 1977

Ontwerp van wet houdende de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1978 — Kredieten : Volksgezondheid en Gezin

Ontwerp van wet houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1977 — Kredieten : Volksgezondheid en Gezin

VERSLAG

**NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN DE GEZINSZORG
UITGEBRACHT
DOOR DE HEER VERBIST**

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : de heren Cuvelier E., voorzitter; Adriaensens, Coen, Féaux, Geerinck, Mevr. Gillet L., Hanquet, Herman-Michielsens, de heren Houben, Payfa, Peigneux, Poulain, Mevr. Ryckmans-Corin, Smitt, de heren Van den Eynden, Vandezande, Vangeel, Van Haverbeke, Vannieuwenhuyze, Verleysen en Verbist, verslaggever.

Piaatsvervangers : de heer Claey's, Mevr. Panneels-Van Baelen, de heren Vandenaabeele en Van In.

R. A 10884*Zie :***Gedr. St. van de Senaat :**

5-XXI + Bijl. (1977-1978) N° 1 : Ontwerp van wet.

R. A 10885*Zie :***Gedr. St. van de Senaat :**

6-XXI (1977-1978) N° 1 : Ontwerp van wet.

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1977-1978**

23 NOVEMBRE 1977

Projet de loi contenant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1978 — Crédits : Santé publique et Famille

Projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1977 — Crédits : Santé publique et Famille

RAPPORT

**FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA FAMILLE
PAR M. VERBIST**

Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres effectifs : MM. Cuvelier E., président; Adriaensens, Coen, Féaux, Geerinck, Mmes Gillet L., Hanquet, Herman-Michielsens, MM. Houben, Payfa, Peigneux, Poulain, Mmes Ryckmans-Corin, Smitt, MM. Van den Eynden, Vandezande, Vangeel, Van Haverbeke, Vannieuwenhuyze, Verleysen et Verbist, rapporteur.

Membres suppléants : M. Claey's, Mme Panneels-Van Baelen, MM. Vandenaabeele et Van In.

R. A 10884*Voir :***Document du Sénat :**

5-XXI + Ann. (1977-1978) N° 1 : Projet de loi.

R. A 10885*Voir :***Document du Sénat :**

6-XXI (1977-1978) N° 1 : Projet de loi.

INHOUDSTAFEL

	Bladz.
I. Inleiding door de verslaggever	3
II. Inleidende uiteenzetting van de Minister	5
1. Algemene inleiding	5
2. Ziekenhuisbeheer	7
— Programmatie	7
— Financiële aspecten	11
3. Huisartsen	12
4. E.E.G.-richtlijnen over de artsen en andere geneeskundige beroepen	13
5. Preventieve gezondheidszorg	15
— Strijd tegen besmettelijke ziekten	15
— Sanitaire opvoeding	16
6. Dopingbestrijding op Europees vlak	17
7. Voedingsmiddelen	19
8. Geneesmiddelen	20
9. Sociale medische rijksdienst — Administratieve gezondheidsdienst — Controle van de afwezigheid wegens ziekte	21
10. Dringende geneeskundige hulpverlening	23
11. Oorlogsgetroffenen	23
12. Centra voor maatschappelijk welzijn	24
13. Gehandicaptenbeleid	25
14. Bejaardenzorg	25
15. Gezinsbeleid	29
16. Kinderopvang	30
17. Nationaal Werk voor Kinderwelzijn	30
III. Algemene bespreking	31
Voorafgaande beschouwing	31
1. Ziekenhuisbeleid	31
2. Geneeskunde	40
3. Apothekers	43
4. Preventieve gezondheidszorg	44
5. Bestrijding van doping en drugs	48
6. Voedingswaren	51
7. Geneesmiddelen — Homeopathie	52
8. Administratieve gezondheidsdienst — arbeidsgeneeskunde — Controle op afwezigheid	52
9. Dringende geneeskundige hulp — Uitrusting van de dienst 900	55
10. Oorlogsslachtoffers	56
11. OCMW	58
12. Gehandicaptenbeleid	63
13. Bejaardenzorg	67
14. Gezinsbeleid	70
15. Kinderopvang	71
16. Nationaal Werk voor Kinderwelzijn	72
17. Rubella	73
18. Dienst Tele-onthaal	74
19. Informatie inzake contraceptie	75
20. Leefmilieu	76
IV. Stemmingen	83

TABLE DES MATIERES

	Pages
I Introduction par le rapporteur	3
II. Exposé introductif du Ministre	5
1. Introduction générale	5
2. Gestion des hôpitaux	7
— Programmation	7
— Aspects financiers	11
3. Médecins généralistes	12
4. C.E.E. — Directives en matière des médecins et d'autres professions médicales	13
5. Médecine préventive	15
— Lutte contre les maladies transmissibles	15
— Education sanitaire	16
6. Harmonisation au niveau européen de la lutte contre le dopage	17
7. Denrées alimentaires	19
8. Médicaments	20
9. Office médico-social de l'Etat — Service de santé administratif — Contrôle des absences pour maladie	21
10. Aide médicale urgente	23
11. Victimes de la Guerre	23
12. Centres d'aide sociale	24
13. Politique en faveur des handicapés	25
14. Politique en faveur des personnes âgées	25
15. Politique familiale	29
16. Accueil de l'enfant	30
17. Œuvre nationale de l'Enfance	30
III. Discussion générale	31
Considérations préliminaires	31
1. Gestion des hôpitaux	31
2. Médecine	40
3. Pharmaciens	43
4. Médecine préventive	44
5. Lutte contre le dopage et l'usage des drogues	48
6. Denrées alimentaires	51
7. Médicaments — Homeopathie	52
8. Service de santé administratif — Médecine du travail — Contrôle des absences	52
9. Aide médicale urgente — Equipement du service 900	55
10. Victimes de la guerre	56
11. CPAS	58
12. Politique en faveur des handicapés	63
13. Politique en faveur des personnes âgées	67
14. Politique familiale	70
15. Accueil de l'enfant	71
16. Œuvre nationale de l'Enfance	72
17. Rubéole	73
18. Service Télé-accueil	74
19. Information en matière de contraception	75
20. Environnement	76
IV. Votes	83

I. INLEIDING DOOR DE VERSLAGGEVER

Ik heb de eer U namens uw Commissie voor de Volksgezondheid en Gezinszorg verslag uit te brengen over de ontwerpen van wet respectievelijk houdende de begroting voor het Ministerie van Volksgezondheid en Gezin voor het begrotingsjaar 1978 (kredieten : Volksgezondheid en Gezin) en houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1977 (kredieten : Volksgezondheid en Gezin).

Uw Commissie heeft deze beide ontwerpen besproken en er over beraadslaagd in haar zittingen van de woensdagen van 26 oktober, 2 en 9 november jongstleden.

*
**

Voorafgaandelijk mag wel worden opgemerkt dat de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin de eerste begroting voor 1978 is die werd ingediend.

Voor de uitgaven van het Ministerie van Volksgezondheid en het Gezin voor het begrotingsjaar 1978 werden in het totaal kredieten geopend ten bedrage van 35 912,3 miljoen Belgische frank. Hiervan is een bedrag van 31 803,8 miljoen Belgische frank bestemd voor de lopende uitgaven, hetzij 3,3 procent van de totale rijksmiddelenbegroting (lopende uitgaven). Voor 1977 bedroeg dit percentage eveneens 3,3 pct., voor 1976 beliep het 3,4 pct. en voor 1975, 3,7 pct.

Bovendien stellen wij vast dat de stijging in procent van 1977 naar 1978 voor de totale kredieten en lopende uitgaven respectievelijk bedraagt :

Vershil 1978/1977 oorspronkelijk in pct.	Vershil 1978/1977 aangepast in pct.
+ 18,1	+ 14,4
+ 18,2	+ 14,0

Wij hebben dus wel redenen tot matig optimisme en zelfs tevredenheid in verband met het afremmen — in de mate dat zulks mogelijk en verantwoord is — van de totalen in het kader van de rijksmiddelen-begroting en ook wat betreft de relatieve stijging van de cijfers.

*
**

Ziehier dan eerst een synthese van de indrukken welke uw verslaggever tijdens de beraadslaging heeft opgedaan.

1. Vooreerst kan men niet anders dan hulde brengen aan de openheid van de discussie en de vlotheid waarmee deze zo belangrijke begroting werd besproken. De aangename sfeer houdt zonder enige twijfel verband met de klaarheid waarmee de Minister zijn beleid toelicht. Op geen enkel ogenblik ontstaat de indruk dat men de problemen ontwijkt en er wordt voldoende duidelijk genuanceerd tussen ener-

I. INTRODUCTION PAR LE RAPPORTEUR

J'ai l'honneur de vous faire rapport, au nom de votre Commission de la Santé publique et de la Famille, sur les projets de loi contenant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1978 (crédits : Santé publique et Famille) et ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1977 (crédits : Santé publique et Famille).

Votre Commission a examiné ces deux projets et en a délibéré en ses réunions des mercredis 26 octobre, 2 et 9 novembre derniers.

*
**

Au préalable, qu'il nous soit permis de faire observer que le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille a été le premier pour 1978 à être déposé.

Pour les dépenses du Ministère de la Santé publique et de la Famille afférentes à l'année budgétaire 1978, il a été inscrit des crédits pour un montant global de 35 912,3 millions de francs. Sur ce total, un montant de 31 803,8 millions de francs est affecté aux dépenses courantes, soit 3,3 pc. de l'ensemble du budget des Voies et Moyens (dépenses courantes). Ce pourcentage était également de 3,3 en 1977; il avait été de 3,4 en 1976 et de 3,7 en 1975.

Par ailleurs, on constatera que l'augmentation en pourcentage de 1977 à 1978 se présente comme suit, respectivement pour les crédits totaux et les dépenses courantes :

Différence 1978/1977 (budget initial) en p.c.	Différence 1978/1977 (budget ajusté) en p.c.
+ 18,1	+ 14,4
+ 18,2	+ 14,0

Nous avons donc certainement motif d'être modérément optimistes, et même satisfaits, en ce qui concerne le freinage — dans la mesure où cela est possible et justifié — des totaux dans le cadre du budget des Voies et Moyens, et aussi pour ce qui est de l'augmentation relative des chiffres.

*
**

Voici donc, pour commencer, une synthèse des impressions que votre rapporteur a recueillies au cours des débats.

1. En premier lieu, on ne peut que rendre hommage à la Commission pour le caractère ouvert de la discussion et la rapidité avec laquelle ce budget si important a été examiné. Cette atmosphère agréable est due, sans aucun doute, à la clarté avec laquelle le Ministre a exposé sa politique. A aucun moment l'on n'a eu l'impression que les problèmes soient éludés, et toujours des distinctions suffisan-

zijds persoonlijke inzichten van de Minister en anderzijds de politiek haalbare opties, alle omstandigheden van het huidige ogenblik in acht genomen.

Het zal trouwens opvallen hoe op de door de verschillende leden gestelde vragen accuraat en duidelijk werd geantwoord. Dit laat ons toe ons een algemeen beeld te vormen van het beleid dat wij mogen verwachten.

2. Opvallend is de grote zorg en zelfs de beangstigde bekommernis om het ziekenhuisbeleid in het algemeen en bepaaldelijk om de nog steeds groeiende tendens van het deficitair beheer op dat vlak. Allerlei factoren spelen hier een rol, doch men kan moeilijk verklaren op dit ogenblik dat heilspellende elementen aanwezig zijn om aan te nemen dat men eerlang het hoofd zal kunnen bieden aan deze zware last die op de gemeenschap weegt.

3. Het is niet de eerste maal dat in deze commissie met veel woorden het gebrek aan coördinatie wordt aangeklaagd in verband met het beleid inzake verschillende sectoren, doch bepaaldelijk in verband met : bejaardenbeleid, gehandicaptenbeleid en gezinsbeleid. Men heeft er tijdens de beraadslaging bij de Minister nogmaals extra op aangedrongen dat hij in dit verband initiatieven zou nemen. Wat het gehandicaptenbeleid betreft is het nog steeds zo dat zeven à acht departementen betrokken zijn bij het beleid betreffende deze groep.

De Minister heeft in dit verband wel duidelijk bevestigd dat men zich thans op alle niveau's van het beleid bewust is van het gebrek aan coördinatie en dat eerlang wel nuttige initiatieven zullen worden genomen.

4. Er is bijzondere aandacht besteed door Uw commissie aan alle soorten van misbruiken welke bestaan in de sector van de volksgezondheid. Deze misbruiken situeren zich op het vlak van doping, drugverbruik en ook — en dit is wel een merkwaardig iets — op het vlak van het aanwenden van « medische certificaten ». Aanleiding tot een vrij duidelijke stellingname van Uw commissie was het resultaat van de controle-onderzoeken welke door het departement van Volksgezondheid werden verricht voor de afwezigheid in de administratieve diensten van dit land. Men heeft — ter gelegenheid van de bespreking van deze resultaten — het probleem ruimer gesteld en de nadrukkelijke wens uitgedrukt dat een einde zou komen aan misbruiken welke zowel voor werkgevers als werknemers in openbare en private sector bijzonder nadelige gevolgen hebben. Het gaat niet langer op dat met lichtzinnigheid wordt geoordeeld of iemand al dan niet werkonbekwaam is. Door de Commissie werd er op aangedrongen dat men zou onderzoeken op welke manier men deze plaag zou kunnen bestrijden. Er blijft discussie bestaan nopens de vraag of geneesheren in openbare dienst dan wel anderen daartoe best in aanmerking komen. Men mag ook de budgettaire aspecten van dit probleem niet vergeten, aldus de Minister.

Het is tijdens de beraadslaging tot een groot aantal vragen gekomen vanwege de verschillende commissieleden.

tes ont été faites entre, d'une part, les vues personnelles du Ministre et, d'autre part, les options politiquement réalisables, compte tenu de toutes les circonstances du moment.

On sera d'ailleurs frappé de constater avec quelle précision et quelle clarté le Ministre a répondu aux questions posées par les différents membres. Cela permet de se faire une idée générale de la politique que nous pouvons nous attendre à voir appliquer.

2. Ce qui frappe également, c'est le vif souci et même la sollicitude anxieuse avec lesquels est abordée la politique hospitalière en général, et plus particulièrement en ce qui concerne la tendance, qui ne cesse de s'aggraver, à une gestion déficitaire dans ce domaine. Divers facteurs interviennent ici, mais il serait difficile d'affirmer en ce moment qu'il existe des éléments portant à l'optimisme au point de faire admettre que l'on puisse prochainement faire face à cette lourde charge qui pèse sur la collectivité.

3. Ce n'est pas la première fois que la Commission dénonce abondamment le manque de coordination de la politique dans divers secteurs, mais spécialement pour ce qui est des personnes âgées, des handicapés et de la famille. Au cours de la discussion, l'on a de nouveau insisté tout particulièrement auprès du Ministre pour qu'il prenne des initiatives à cet égard. En ce qui concerne les handicapés, il y a, aujourd'hui encore, sept ou huit départements chargés de la politique relative à ce groupe.

Dans cet ordre d'idées, le Ministre a nettement affirmé que l'on est actuellement conscient, à tous les niveaux de la politique, du manque de coordination incriminé et que des initiatives utiles seront effectivement prises à bref délai.

4. Votre Commission a prêté une attention particulière aux abus de tout genre existant dans le secteur de la santé publique. Il s'agit du dopage, de la toxicomanie et aussi — et c'est bien là une chose remarquable — de l'usage qui est fait de « certificats médicaux ». Si votre Commission a été amenée à adopter une position assez nette, c'est au vu des résultats des examens de contrôle effectués par le département de la Santé publique quant aux absences dans les services administratifs de notre pays. A l'occasion de l'examen de ces résultats, on a posé le problème d'une manière plus large et souhaité instamment qu'il soit mis fin à des abus dont les conséquences sont particulièrement néfastes, tant pour les employeurs que pour les travailleurs des secteurs public et privé. Il n'est plus admissible de juger à la légère si quelqu'un est incapable ou non de travailler. La Commission a insisté pour que l'on examine de quelle manière on pourrait combattre ce fléau. La discussion reste ouverte quant à savoir si les médecins des services publics conviennent mieux que d'autres pour remplir cette mission. Il ne faut pas non plus négliger les aspects budgétaires du problème, a déclaré le Ministre.

Un grand nombre de questions ont été posées par les divers commissaires au cours de la discussion. Votre rapporteur

Uw verslaggever heeft bepoogd de gestelde vragen en de antwoorden te groeperen en dit liefst — indien zulks mogelijk ware — in de rangorde van de problemen zoals zij door de Minister werden aangeraakt in zijn inleidende uiteenzetting.

II. INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER

1. Algemene inleiding

I. Lopende uitgaven

De Minister signaleert dat voor 1978 de lopende uitgaven van het departement 31 803,8 miljoen frank bedragen. Ten overstaan van de aangepaste begroting van 1977 (27 887,2 miljoen frank), is de stijging 14,04 pct.

Bij het beoordelen van deze stijging moet rekening worden gehouden met het feit dat het begrotingsontwerp werd opgesteld op basis van de spilindex 127,00 (coëfficiënt 1,8114).

De begroting van 1977 werd opgesteld op basis van de spilindex 117,33 (coëfficiënt 1,6734). De mathematische weerslag van de inflatie bedraagt 8,24 pct. en de werkelijke stijging van de uitgaven van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin (nationale begroting) bedraagt derhalve 5,80 pct.

In 1977 bedroeg het aandeel van het departement 3,22 pct. van de totale lopende uitgaven van het Rijk. Voor 1978 is dit percentage 3,33 pct. (totaal van de lopende rijksuitgaven : 956,1 miljoen frank).

Deze cijfers geven nochtans geen exact beeld van de rijksuitgaven van de Volksgezondheid, Gezin en Leefmilieu aangezien een reeks kredieten betreffende deze materies in de cultuur- en in de regionale begroting zijn opgenomen.

**

In de hierna volgende tabel werden de voornaamste uitgaven van het departement samengevat. Ze vertegenwoordigen 90,1 pct. van de totale begroting.

(In miljoenen franken)

s'est efforcé de grouper les questions et les réponses, et ce — autant que possible — suivant l'ordre dans lequel le Ministre a abordé les problèmes dans son exposé introductif.

II. EXPOSE INTRODUCTIF DU MINISTRE

1. Introduction générale

I. Dépenses courantes

Le Ministre signale que, pour 1978, les dépenses courantes du département s'élèvent à 31 803,8 millions de francs par rapport au budget ajusté de 1977 (27 887,2 millions). Les dépenses courantes accusent une hausse de 14,04 p.c.

Pour l'appréciation de cette hausse, il y a lieu de tenir compte du fait que le projet de budget a été établi sur base d'un index-pivot de 127,00 (coefficient 1,8114).

Le budget 1977 était établi sur base de l'index-pivot 117,33 (coefficient 1,6734). L'incidence mathématique de l'inflation étant de 8,24 p.c., la hausse réelle des dépenses du département de la Santé publique et de la Famille (budget national) s'élève dès lors à 5,80 p.c.

En 1977, la part du département de la Santé publique et de la Famille dans les dépenses courantes globales de l'Etat s'élevait à 3,22 p.c. En 1978, ce pourcentage est de 3,33 p.c., les dépenses globales s'élevant à 956,1 millions de francs.

Ces chiffres ne donnent cependant pas une image exacte des dépenses de l'Etat en matière de santé, de famille et d'environnement, puisqu'une série de crédits concernant ces matières figure aux budgets culturels et régionaux.

**

Les principales dépenses du département sont résumées dans le tableau ci-après. Elles représentent 90,1 p.c. du budget total.

(En millions de francs)

	1978	1977 (aangepast) — 1977 (ajusté)	Vershil in % — Différence en %

Ziekenhuisbeheer. — *Gestion des hôpitaux :*

1. Verpleegdagprijs — Rijkstussenkomst 25 pct. (sectie 31, art. 33.66). — <i>Prix de la journée d'hospitalisation — Intervention de l'Etat 25 p.c. (section 31, art. 33.66)</i>	11 105,2	10 602,0	+ 4,74
2. Tussenkomst in de verpleegdagprijs van de universitaire ziekenhuizen (sectie 34, art. 33.51). — <i>Intervention dans le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux universitaires (section 34, art. 33.51)</i>	1 043,3	968,1	+ 7,76
3. Financiële dienst van de door de gemeenten aangegane leningen tot dekking van het tekort van de beheersrekening van de C.O.O.-ziekenhuizen (rente) (sectie 31, art. 43.21 en 43.24). — <i>Service financier des emprunts contractés par les communes pour couvrir le déficit des comptes de gestion des hôpitaux des C.A.P. (charges d'intérêt) (section 31, art. 43.21 et 43.24)</i>	269,6	202,6	+ 33,07

	1978	1977 (aangepast) 1977 (ajusté)	Verschil in % — Différence en %
Sociale bijstand — <i>Aide sociale</i> :			
1. Speciaal Onderstandsfonds (sectie 31, art. 33.26) (1). — <i>Fonds spécial d'assistance (section 31, art. 33.26)</i> (1)	778,1	218,1	+ 256,76
2. Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg ten behoeve van gehandicapten (sectie 31, art. 33.27) (1). — <i>Fonds de soins médico-socio-pédagogiques en faveur des handicapés (section 31, art. 33.27)</i> (1)	5 150,0	3 809,3	+ 35,19
3. Recht op bestaansminimum (sectie 31, art. 33.16). — <i>Droit au minimum socio-vital (section 31, art. 33.16)</i>	352,2	350,0	+ 0,62
Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (sectie 31, art. 41.22). — <i>Œuvre nationale de l'Enfance (section 31, art. 41.22)</i>	3 970,0	3 545,0	+ 11,98
Oorlogswerken. — <i>Œuvres de guerre</i> :			
1. Toelagen aan het Nationaal werk voor Oud-strijders en Oorlogsslachtoffers (sectie 31, art. 41.23). — <i>Subsides à l'Œuvre nationale des anciens Combattants et Victimes de la Guerre (section 31, art. 41.23)</i>	214,3	207,4	+ 3,32
2. Toelagen aan het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden (sectie 31, art. 41.24). — <i>Subsides à l'Œuvre nationale des Invalides de la Guerre (section 31, art. 41.24)</i>	2 345,0	1 955,0	+ 19,94
Financiële dienst van de leningen bij het Gemeentekrediet voor het betoelagen van investeringen van de ondergeschikte besturen (rente) (sectie 31, art. 41.32, 43.20). — <i>Services financiers des emprunts contractés au Crédit communal pour subventionner les investissements des administrations subordonnées (charges d'intérêt) (section 31, art. 41.32, 43.20)</i>			
	2 392,0	2 134,2	+ 12,02
Wetenschapsbeleid. — <i>Politique scientifique</i> :			
(Secties 34-35-36 met uitzondering van art. 33.51 — tussenkomst in de verpleegdagprijs der universitaire ziekenhuizen). — <i>(Sections 34-35-36 à l'exception de l'art. 33.51 — intervention dans le prix de la journée des hôpitaux universitaires)</i>	1 054,1	893,5	+ 17,97
Totaal. — <i>Totaux</i>	28 673,8	24 885,2	+ 15,22

(1) Speciaal Onderstandsfonds en Fonds voor de gehandicapten. In 1977 kon het krediet verminderd worden wegens het bestaan van saldo's van vorige dienstjaren.

(1) Fonds Spécial d'Assistance et Fonds pour handicapés. En 1977, le crédit a pu être réduit compte tenu du report de soldes des exercices antérieurs.

II. Kapitaaluitgaven

A. INVESTERINGSPROGRAMMA

(in miljoenen franken)

II. Dépenses de capital

A. PROGRAMME D'INVESTISSEMENT

(en millions de francs)

	Begrotings- kredieten (Titel II) — Crédits budgétaires (Titre II)	Vastleggings- machtigingen Gemeente- krediet — Autorisations d'engagement Crédit communal	Fonds voor economische expansie — Fonds d'expansion économique	Fonds voor strijd tegen de hinder — Fonds destiné à la lutte contre les nuisances	Totaal — Total
Waterproductie. — <i>Production d'eau</i>	1,0	—	1 140,0	—	1 141,0
Strijd tegen hinder (luchtverontreiniging, lawaai, diversen). — <i>Lutte contre les nuisances (pollution atmosphérique, bruit, divers)</i>	—	—	—	100,0	100,0
Academische ziekenhuizen (Fonds voor Ziekenhuisbouw). — <i>Hôpitaux universitaires (Fonds de construction d'hôpitaux)</i>	1 000,0	530,0	—	—	1 530,0
Kribben, weeshuizen. — <i>Crèches, orphelinats</i>	200,0	315,0	—	—	515,0
Rijksgebouwen. — <i>Bâtiments de l'Etat</i>	—	—	—	—	—
Diversen. — <i>Divers</i>	90,0	75,0	—	—	165,0
Totaal. — <i>Totaux</i>	1 291,0	920,0	1 140,0	100,0	3 451,0

B. BETALINGSKREDIETEN

De betalingskredieten bedragen samen 4 937,8 miljoen frank. Zij omvatten de niet gesplitste kredieten van Titel II (4 108,5 miljoen frank) en de ordonnanceringskredieten (829,3 miljoen frank) (cf. art. 1 van het wetsontwerp). Er zij opgemerkt dat, voor de geregionaliseerde materies, de ordonnanceringskredieten in verband met de vastleggingen die werden gedaan vóór de regionalisatie verder worden uitgetrokken op de « nationale » begrotingen.

De hiernavolgende tabel geeft de verdeling van het bedrag van 4 937,8 miljoen frank per post en volgens de aard van die betalingskredieten :

(In miljoenen franken)

1. Kapitaaluitgaven voor uitrusting, materieel, enz. (niet gesplitste kredieten)	134,7
2. Kapitaalaflossingen van leningen toegestaan door het Gemeentekrediet :	
— voor investeringen	688,0
— voor C.O.O.'s (tekort ziekenhuizen)	470,9
3. Overdracht van ordonnanceringskredieten aan het « Fonds voor Economische Expansie en Regionale Reconversie »	1 140,0
4. Overdracht van ordonnanceringskredieten aan het « Fonds voor de Strijd tegen de hinder »	100,0
5. Dotaties van het « Fonds voor de bouw van Ziekenhuizen en Medisch-Sociale Instellingen » bestemd voor de ordonnanciering van directe investeringen	1 532,1
— Idem voor aflossingen van subsidievervangende leningen toegestaan door het Gemeentekrediet	41,0
6. Ordonnanceringskredieten voor rechtstreekse investeringen	171,6
7. Ordonnanceringskredieten voor het uitbetalen van toelagen bestemd voor investeringen	659,5
	4 937,8

2. Ziekenhuisbeheer

De Minister geeft dan een omstandige toelichting van zijn beleid in deze belangrijke materie.

A. Programmatie

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN EN ZIEKENHUISDIENSTEN

De Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie heeft in de loop van het vorige jaar een advies verstrekt waarin programmaticriteria voor de algemene ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten worden voorgesteld.

B. CREDITS DE PAIEMENT

Les crédits de paiement s'élèvent, au total, à 4 937,8 millions de francs. Ils comportent les crédits non dissociés du Titre II (4 108,5 millions de francs) ainsi que les crédits d'ordonnancement (829,3 millions de francs) (voir art. 1^{er} du projet de loi). Il y a lieu de remarquer qu'en ce qui concerne les matières régionalisées, les crédits d'ordonnancement relatifs aux engagements effectués avant la régionalisation continuent à être inscrits dans les budgets « nationaux ».

Le tableau ci-après donne la répartition du montant de 4 937,8 millions de francs, par poste et d'après la nature des crédits de paiement :

(En millions de francs)

1. Dépenses de capital relatives à l'équipement, le matériel, etc. (crédits non dissociés)	134,7
2. Amortissements du capital d'emprunts consentis par le Crédit communal :	
— à titre d'investissements	688,0
— aux C.A.P. (déficits des hôpitaux)	470,9
3. Transfert de crédits d'ordonnancement au « Fonds d'expansion économique et de reconversion régionale »	1 140,0
4. Transfert de crédits d'ordonnancement au « Fonds de lutte contre les nuisances »	100,0
5. Dotations au « Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales » et destinées à l'ordonnancement d'investissements directs	1 532,1
— Idem pour les amortissements d'emprunts en remplacement de subventions consentis par le Crédit communal	41,0
6. Crédits d'ordonnancement pour les investissements directs	171,6
7. Crédits d'ordonnancement pour le paiement de subventions destinées aux investissements	659,5
	4 937,8

2. Gestion des hôpitaux

Le Ministre donne un exposé détaillé sur la politique en cette matière importante.

A. Programmation

HOPITAUX GENERAUX ET SERVICES HOSPITALIERS

Dans le courant de l'année dernière, la Commission nationale de Programmation hospitalière a émis un avis proposant des critères de programmation pour les hôpitaux généraux et services hospitaliers.

Bij het uitwerken van deze criteria wordt rekening gehouden met volgende tendenzen :

1. Het ziekenhuisnet heeft een functionele ziekenhuisstructuur en bevat :

a) Plaatselijke ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen dekken de behoeften van ongeveer 50 000 inwoners;

b) Streekziekenhuizen, die ongeveer 200 000 inwoners bedienen;

c) Supra-regionale ziekenhuizen, die voorzien in de behoeften van circa 1 000 000 inwoners.

2. Het ziekenhuis met een hogere specialisatiegraad vervult eveneens de functies van elk ziekenhuis met een lagere specialisatiegraad. Een supra-regionaal ziekenhuis dekt nl. tevens de behoeften van een streekziekenhuis en van een plaatselijk ziekenhuis; een streekziekenhuis voorziet, mutatis mutandis, ook in de behoeften van een plaatselijk ziekenhuis.

3. De voorgestelde criteria zijn in hoofdzaak gebaseerd op de streefcijfers van het koninklijk besluit van 12 december 1966, met uitzondering echter van de criteria voor de M- (kraamafdeling), de E- en de N-diensten (respectievelijk kindergeneeskunde en zwakke pasgeborenen), die in het licht van de evolutie van het geboortecijfer grondig werden gewijzigd.

Het advies waarin de Commissie een beschrijving geeft van de functionele ziekenhuisstructuur is te beschouwen als een tendensadvies. Het past nochtans, de optimale kwaliteit van zorgen zo dicht mogelijk bij de bediende bevolking te verzekeren en slechts op grond van grotere bedieningsruimten, als basis voor meer doorgedreven specialisatie en uitrusting, het vooropgestelde tendensonderscheid aan te houden. Om dergelijke visie met kennis van zaken toe te passen is het aangewezen een klaarder inzicht te verwerven over de huidige toestand van de specialistische geneeskundige praktijk in onze ziekenhuizen en de daaraan gebonden ziektecijfers.

De herkomst van de gehospitaliseerde zieken en het al dan niet verbonden zijn van specialisten aan bepaalde ziekenhuizen evenals de bruto-omvang van het beddenbestand zijn inderdaad onvoldoend verfijnde parameters terzake, vooral voor de specialismen die een grote polyclinische activiteit kennen.

De criteria die in het voornoemde advies worden voorgesteld, werden inmiddels vastgelegd door het koninklijk besluit van 21 maart 1977. Het koninklijk besluit van 12 december 1966 werd opgeheven.

PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUISDIENSTEN

De Nationale Programmatiecommissie heeft eveneens een advies verstrekt over de programmatie van de psychiatrische ziekenhuisdiensten.

De programmatiecriteria voor deze diensten werden opgesteld aan de hand van de objectieve gegevens over het aantal

Les tendances suivantes ont été prises en considération lors de l'élaboration de ces critères :

1. Le réseau hospitalier présente une structure fonctionnelle et comprend :

a) Des hôpitaux locaux. Ces hôpitaux couvrent les besoins de 50 000 personnes environ;

b) Des hôpitaux régionaux qui desservent environ 200 000 personnes;

c) Des hôpitaux suprarégionaux qui répondent aux besoins de près de 1 000 000 d'habitants.

2. L'hôpital possédant un plus haut niveau de spécialisation remplit également les fonctions de tout hôpital d'un niveau de spécialisation moins élevé. C'est ainsi qu'un hôpital suprarégional couvre en même temps les besoins d'un hôpital régional et d'un hôpital local; un hôpital régional répond mutatis mutandis aux besoins que couvre un hôpital local.

3. Les critères proposés sont principalement basés sur les nombres-programmes de l'arrêté royal du 12 décembre 1966, à l'exception toutefois des critères pour les services M (Maternité), E et N (respectivement maladies infantiles et nouveau-nés débiles) qui ont subi de profondes modifications à la suite de l'évolution du taux de natalité.

L'avis dans lequel la Commission donne une description de la structure fonctionnelle des hôpitaux doit être considéré comme un avis de tendance. Il importe toutefois de garantir au mieux des soins de qualité optimale, assurés par un établissement situé aussi près que possible de la population desservie et de ne se référer à l'avis de tendance que dans le contexte de zones étendues à desservir, comme base d'appréciation pour une spécialisation plus poussée et pour un équipement plus raffiné. Afin d'être en mesure d'appliquer une telle conception en connaissance de cause, il est utile d'avoir un aperçu plus clair de l'état actuel de la pratique médicale spécialisée dans nos hôpitaux et des chiffres de morbidité y afférents.

L'origine des malades hospitalisés, le fait que des spécialistes soient ou non attachés à certains hôpitaux ainsi que le nombre global de lits ne constituent en effet pas des paramètres concluants en la matière, surtout pour les spécialités à grande activité polyclinique.

Les critères proposés dans l'avis précité ont été repris dans l'arrêté royal du 21 mars 1977. L'arrêté royal du 12 décembre 1966 est abrogé.

SERVICES PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERS

La Commission nationale de Programmation a également émis un avis relatif à la programmation des services psychiatriques hospitaliers.

Les critères de programmation pour ces services ont été rédigés sur la base de données objectives concernant le nom-

en het type der thans bestaande bedden, het aantal opnamen, de schommelingen ervan tijdens de laatste jaren, de toenevende psychiatrische activiteiten buiten het ziekenhuis, evenals de evaluatie van het ziektecijfer en de vergelijking met het buitenland.

De in dit advies voorgestelde programmatiecriteria werden door het koninklijk besluit van 3 augustus 1976 bekrachtigd.

VOORZIENINGEN VOOR LANGDURIG ZIEKEN

De Nationale Commissie heeft eveneens een advies goedgekeurd nopens de programmatie van de voorzieningen voor langdurig zieken.

In verband met de R-dienst (geriatrie en revalidatie) stelt de Nationale Commissie voor dat het thans bestaand criterium van 0,5 bed pro duizend inwoners voorlopig zou gehandhaafd blijven.

De Commissie meent dat het huidige criterium voor de V-dienst (zieken die lijden aan langdurige aandoeningen), met name 1 bed pro duizend inwoners, ook voorlopig dient behouden te blijven. De Commissie suggereert echter dat het criterium voor de V-dienst uitgesplitst zou worden naar 0,7 bed pro duizend inwoners voor somatisch langdurig zieke patiënten en 0,3 bed pro duizend inwoners voor licht psychisch gestoorde bejaarde patiënten.

De Nationale Commissie is van oordeel dat voor de bejaarde patiënten met zware psychische stoornissen, binnen het psychiatrisch ziekenhuis een aparte voorziening zou worden opgericht waarin patiënten zouden worden opgenomen die op grond van hun agressiviteit niet langer in een V-dienst of in een rusthuis kunnen verpleegd worden. Voor dit soort voorziening wordt 0,3 bed pro duizend inwoners aangehouden.

De criteria die in dit advies worden voorgesteld werden in het voornoemde besluit van 21 maart 1977 overgenomen.

UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN

Op 27 mei jl. heeft de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie een advies uitgebracht waarin de algemene beginselen voor de programmatie van de universitaire ziekenhuizen worden voorgehouden.

In het advies wordt gesteld dat elke faculteit van geneeskunde dient te beschikken over een universitair ziekenhuisnet. Dit net omvat het centraal universitair ziekenhuis en/of eventueel universitaire ziekenhuisdiensten die zich buiten het centraal universitair ziekenhuis bevinden. Indien het geheel van de universitaire ziekenhuisdiensten niet volstaat om aan de behoeften van de medische opleiding te voldoen dan kan de Faculteit ook een beroep doen op aangesloten ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten.

Fundamenteel in het advies is het principe dat het onderwijs in geen geval een teveel aan ziekenhuisvoorzieningen mag teweegbrengen.

bre et le type des lits existants, le nombre d'admissions, les fluctuations au cours des dernières années, le nombre croissant d'activités psychiatriques en dehors de l'hôpital ainsi que l'évaluation de la morbidité et la comparaison avec la situation à l'étranger.

Les critères de programmation proposés dans l'avis ont été sanctionnés par l'arrêté royal du 3 août 1976.

STRUCTURES ACCUEILLANT DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE

La Commission nationale a également approuvé un avis relatif aux structures accueillant des patients atteints d'une affection de longue durée.

En ce qui concerne le service R (gériatrie et revalidation), la Commission nationale propose de maintenir provisoirement le critère existant de 0,5 lit par mille habitants.

La Commission nationale estime que le critère actuel pour le service V (malades atteints d'affections de longue durée), notamment 1 lit par mille habitants, doit également être maintenu provisoirement. La Commission propose toutefois de scinder le critère pour le service V de la manière suivante : 0,7 lit par mille habitants pour les patients atteints d'une affection somatique de longue durée et 0,3 lit par mille habitants pour les patients âgés atteints de troubles mentaux légers.

La Commission est d'avis qu'en ce qui concerne les patients atteints de démence profonde et de longue durée, une structure spéciale devrait être créée à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique à l'intention des patients qui ne peuvent plus être soignés dans un service V ou dans une maison de repos en raison de leur agressivité. Il faudrait réserver 0,3 lit par mille habitants pour ce genre de service.

Les critères proposés dans l'avis précité ont été repris par l'arrêté royal du 21 mars 1977.

HOPITAUX UNIVERSITAIRES

Le 27 mai dernier, la Commission nationale de Programmation hospitalière a émis un avis relatif à la programmation des hôpitaux universitaires.

L'avis stipule que chaque faculté de médecine doit disposer d'un réseau hospitalier universitaire. Ledit réseau comprend l'hôpital universitaire central et/ou éventuellement des services hospitaliers universitaires situés en dehors de l'unité centrale. Dans le cas où les services hospitaliers universitaires ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins de la formation médicale, la Faculté peut faire appel à des hôpitaux ou services hospitaliers affiliés.

Le principe fondamental de l'avis stipule que les impératifs de la formation médicale ne peuvent en aucun cas produire un excès de structures hospitalières.

De organisatie van het universitair ziekenhuis moet m.a.w. kaderen in de verzorgingsbehoeften zoals die in de nationale en regionale ziekenhuisprogrammatie worden voorgehouden.

De concrete uitwerking van deze beginselen werd dan door de Nationale Programmatiecommissies aangevat; in de loop van de maand november mag ter zake een definitief advies verwacht worden.

ZWARE MEDISCHE UITRUSTING

Door de wet van 5 januari 1976 op de begrotingsvoorstellen kreeg de Nationale Programmatiecommissie de bijkomende opdracht om programmatiecriteria voor de zware medische uitrusting voor te stellen. De lijst van deze apparaten werd vastgesteld bij koninklijk besluit van 16 juni 1976.

Voor 7 van deze uitrustingen verstrekte de Nationale Programmatiecommissie een advies :

1. De transversale axiale tomograaf met ingebouwd tel-systeem. Het maximum-criterium van 2 apparaten per miljoen inwoners zoals door de Nationale Programmatiecommissie werd voorgesteld, werd door het koninklijk besluit van 9 maart 1977 bekrachtigd. Het besluit bepaalt eveneens dat bij voorrang een dergelijk toestel aan de universitaire ziekenhuizen dient te worden toegestaan.

De installatie van het toestel zonder de toestemming van de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid is verboden.

2. De scintillatiecamera.
3. De deeltjesversneller.
4. De simulator voor de radiotherapeutische behandeling.
5. Het apparaat met ingekapselde stralingsbron dat gammastralen uitzendt.
6. De uitrusting voor hartradiologie met inbegrip van de coronaire angiografie in mono- of in biplaan.
7. De fotocoagulator met laserstralen met pulsie of ononderbroken emissie.

DURE EN GESPECIALISEERDE EENHEDEN

De Nationale Programmatiecommissie is van oordeel dat de behoeften nauwkeurig moeten bepaald worden aan de hand van de programmatie van de zeer dure gespecialiseerde eenheden, (medische equipes en uitrusting).

In het kader van deze optiek werden door de Nationale Programmatiecommissie reeds drie adviezen uitgebracht aangaande :

- a) De eenheden voor hartchirurgie;
- b) De eenheden voor neurochirurgie;
- c) De eenheden voor radiotherapeutische behandeling.

De Minister verklaart dat aan de Ziekenhuisraad werd gevraagd, voor deze gespecialiseerde eenheden erkenningsnormen te ontwerpen.

L'organisation de l'hôpital universitaire doit être intégrée aux besoins fixés dans les programmations hospitalières nationales et régionales.

La Commission nationale de Programmation a ensuite entamé la réalisation concrète de ces principes; un avis définitif en la matière peut être attendu au mois de novembre.

APPAREILLAGE MEDICAL LOURD

La loi du 5 janvier 1976 sur les propositions budgétaires a chargé la Commission nationale de Programmation d'élaborer un avis relatif aux critères de programmation en matière d'appareillage médical lourd. La liste de ces appareils a été fixée par l'arrêté royal du 16 juin 1976.

La Commission nationale de Programmation a émis un avis pour 7 appareils :

1. Le tomographe axial transverse avec calculateur intégré. Le critère maximum de 2 appareils par million d'habitants proposé par la Commission nationale de Programmation a été sanctionné par l'arrêté royal du 9 mars 1977. Le même arrêté précise que l'appareil précité sera accordé en priorité aux hôpitaux universitaires.

L'installation de l'appareil est interdite sans autorisation du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

2. La caméra à scintillation.
3. L'appareil accélérateur de particules.
4. Le simulateur pour le traitement radiothérapique.
5. L'appareil émetteur de rayons gamma, contenant des sources scellées de radioéléments.
6. L'équipement de cardioradiologie incluant la coronarographie en mono ou en biplan.
7. Le photo-coagulateur à rayonnement laser à impulsion ou à émission continue.

UNITES COUTEUSES ET TRES SPECIALISEES

La Commission nationale de Programmation est d'avis que les besoins doivent être déterminés très précisément sur la base de la programmation des unités spécialisées très coûteuses (équipes médicales et équipement).

La Commission nationale de Programmation a déjà émis trois avis dans ce contexte, notamment en ce qui concerne :

- a) Les unités de chirurgie cardiaque;
- b) Les unités de neurochirurgie;
- c) Les unités de traitement radiothérapique.

Le Ministre déclare que le Conseil des Hôpitaux a été invité à élaborer des normes d'agrément pour ces unités spécialisées.

CONCLUSIES EN VOORUITZICHTEN

De Nationale Programmatiecommissie dient in de komende weken en maanden de programmatie van de universitaire ziekenhuizen te voltooien door concrete voorstellen te formuleren aan de hand van de hoger aangehaalde beginselen.

Tevens dienen nog een aantal adviezen verstrekt te worden nopens de programmatie van de zware medische uitrusting.

Tenslotte wil de Commissie nog een aantal adviezen uitbrengen omtrent gespecialiseerde eenheden zoals b.v. de centra voor zware brandwonden, centra voor orgaantransplantatie, bloed- en orgaanbanken, enz.

De Nationale Programmatiecommissie heeft heel wat criteria en richtlijnen voor de ziekenhuisprogrammatie verstrekt.

Een groot aantal van deze criteria werden bij koninklijk besluit bekrachtigd, met uitzondering van deze voor de zware medische uitrusting, waarvoor nog een aantal koninklijke besluiten moeten worden getroffen.

Het is thans zaak de criteria in werkelijkheid om te zetten en na te gaan waar te lande nog een tekort bestaat of waar eventueel, uitgaande van de toegezegde of bestaande toestand, een overdreven aantal bedden zou bestaan.

Terwijl voor de zware uitrusting een voorafgaande toelating tot installatie voorzien is, moeten de nieuwe technische mogelijkheden opgevangen worden door onderlinge samenwerking van de ziekenhuisdiensten en door een sluitende planning, ten einde een optimaal gebruik van de infrastructuur te garanderen.

De Minister verwijst dan naar de filosofie van het wetsontwerp nr. 85, dat bij de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd ingediend, en dat volledig aansluit bij de beleidslijnen die hierboven zijn uiteengezet :

— Voorlopig « bevriezen » van het aantal bedden in de universitaire ziekenhuizen;

— Verbod van installatie van zware medische apparatuur reeds vóór het vaststellen van de programmatiecriteria en gebeurlijk verbod van exploitatie als de apparatuur niet past in de planning;

— Voorlopige opschorting van de uitvoering van principiële akkoorden voor de uitbreiding van het aantal bedden, in afwachting van een advies van de regionale programmatiecommissie.

Tevens wordt de mogelijkheid voorzien om de verzorging buiten het ziekenhuis aan te moedigen, nl. in bejaardentehuizen of door diensten voor thuisverzorging.

B. Financiële aspecten

In het verslag van de Koninklijke Commissaris Petit in verband met de ziekteverzekering werd o.m. de aandacht gevestigd op de kostenexplosie in de ziekenhuissector.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Au cours des semaines et des mois à venir, la Commission nationale de Programmation doit mettre un terme à la programmation des hôpitaux universitaires par la formulation de propositions concrètes sur la base des principes précités.

Un certain nombre d'avis doivent encore être formulés au sujet de la programmation de l'appareillage médical lourd.

La Commission a, en outre, l'intention d'émettre une série d'avis relatifs aux unités spécialisées comme les centres pour les grands brûlés, les centres de transplantation d'organes, les banques de sang et d'organes, etc.

La Commission nationale de Programmation a déjà élaboré bon nombre de critères et de directives pour la programmation hospitalière.

Plusieurs de ces critères ont été sanctionnés par arrêté royal, à l'exception de ceux concernant l'appareillage médical lourd, qui doivent encore faire l'objet d'une série d'arrêtés royaux.

Il s'agit à présent de mettre en pratique les critères élaborés et de rechercher les régions du pays où, d'une part, il existe encore des besoins à satisfaire, sur la base de la situation existante ou projetée, et, d'autre part, où le nombre de lits hospitaliers dépasserait les critères.

Comme une autorisation préalable sera requise pour l'appareillage médical lourd, le développement des nouvelles possibilités techniques sera lié à la collaboration entre services hospitaliers dans les limites de la programmation, afin de garantir l'utilisation optimale de l'infrastructure.

Ensuite, le Ministre attire l'attention sur la philosophie du projet n° 85 soumis à la Chambre des Représentants et qui est conforme aux options exposées ci-dessus :

— « Geler » provisoirement le nombre de lits dans les hôpitaux universitaires;

— Interdire d'installer de l'appareillage médical lourd dès avant l'établissement des critères de programmation et éventuellement l'interdiction de l'exploitation de cet appareillage qui ne s'inscrirait pas dans le cadre de la programmation;

— Suspendre provisoirement l'exécution des accords de principe qui aboutiraient à une augmentation de la capacité hospitalière, en attendant un avis de la commission régionale de programmation.

En même temps, le projet prévoit la possibilité d'encourager par des mesures adéquates les soins en dehors des hôpitaux, notamment dans des homes de repos pour personnes âgées ou par des services de soins à domicile.

B. Aspects financiers

Le rapport du Commissaire royal Petit sur l'assurance maladie met notamment l'accent sur l'escalade des frais dans le secteur hospitalier.

PRIJS

In het kader van prijsbeheersing werd naast het beperken tot 94 pct. van de indexevolutie en de voor 1977 toegepaste hoogtegrenzen beslist een supplementaire rem op de stijging van de prijs 1978 in te bouwen. Schematisch wordt het remmingsmechanisme als volgt ingedeeld :

1. Maximum voor 4 elementen : onderhoud, administratie, voeding en was;
2. Maximum voor deze 4 elementen samen; dit ligt ± 6 pct. lager dan het totaal ervan;
3. Algemeen maximum van de prijs;
4. Hoogste stijging van de nieuwe prijs tegenover deze die in 1977 toegekend werd (5 tot 50 F, index niet inbegrepen).

TEKORTEN OPENBARE ZIEKENHUIZEN

De regeling die werd ingevoerd in de ziekenhuiswet om de tekorten van de openbare ziekenhuizen ten laste te leggen van de ondergeschikte besturen heeft aanleiding gegeven tot aanzienlijke moeilijkheden bij de uitvoering. Om hieraan een oplossing te geven is door de Regering beslist in de programwet 1977-1978 een beschikking op te nemen ter vereenvoudiging van de procedure : het tekort zal in de eerste plaats ten laste gelegd worden van de gemeenten die gebeurlijk de terugbetaling van hun OCMW vorderen.

3. Huisartsen

De plaats bekleed door de huisartsen in de gezondheidszorg van ons land is van essentieel belang; het is dan ook vanzelfsprekend dat al wat betrekking heeft op de uitoefening van dit beroep onze gans bijzondere aandacht heeft. Hieronder bekleedt de erkenning van de geneesheren in de algemene geneeskunde een gans bijzondere plaats.

Vooreerst een woordje historiek. Ingevolge het medico-mutualistisch akkoord van december 1975 wordt beslist dat de erkenning waarop bepaalde huisartsen kunnen aanspraak maken in het kader van ZIV-reglementering bij wijze van overgangsmaatregel wordt toevertrouwd aan het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, in afwachting van de uitwerking van de erkenningsprocedure door de Minister van Volksgezondheid.

De Minister van Volksgezondheid kreeg opdracht een erkenningscommissie op te richten die belast wordt met de erkenning van de betrokken huisartsen.

Dientengevolge verscheen in het *Staatsblad* van 30 september 1976 het koninklijk besluit van 27 augustus 1976. Door dit besluit wordt de erkenning van de huisartsen geregeld in het kader van het koninklijk besluit van 19 oktober 1971 tot vaststelling van de voorwaarden voor de erkenning van de geneesheren-specialisten.

In dit besluit werd voorzien :

1. Het creëren van een specifieke erkenningscommissie voor geneesheren in de algemene geneeskunde;

PRIX

Dans le cadre du contrôle des prix et en plus de mesures telles que la limitation à 94 p.c. de l'évolution de l'index et des plafonds appliqués pour 1977, il a été décidé de mettre un frein supplémentaire à la hausse des prix en 1978. Schématiquement, le mécanisme de limitation des coûts se décompose comme suit :

1. Plafond pour 4 éléments : entretien, administration, alimentation et lessive;
2. Plafond globalisé pour ces 4 éléments qui se situe à ± 6 p.c. en-dessous de leur total;
3. Plafond général du prix;
4. Augmentation maximum du nouveau prix, par rapport à celui de 1977, fixée de 5 à 50 F, index non compris.

DEFICITS DES HOPITAUX PUBLICS

La modification intervenue dans la loi sur les hôpitaux, tendant à mettre les déficits des hôpitaux publics à charge des administrations subordonnées, a donné lieu à d'énormes difficultés quant à son exécution. Afin de résoudre ce problème, le Gouvernement a décidé d'insérer dans la loi-programme 1977-1978 une disposition permettant de simplifier la procédure. C'est ainsi que dorénavant le déficit sera mis à charge des communes, lesquelles pourront éventuellement en réclamer le remboursement à leur CPAS.

3. Médecins généralistes

Les généralistes occupent une place essentielle dans l'organisation des soins de santé dans notre pays; il est dès lors évident que tous les problèmes relatifs à l'exercice de la fonction de généraliste méritent une attention toute particulière. A cet égard, il faut souligner l'importance de l'agrément des médecins en médecine générale.

Retraçons brièvement l'évolution de cette problématique. A la suite de l'accord médico-mutualiste de décembre 1975, il fut décidé qu'en guise de mesure transitoire, l'agrément auquel peuvent prétendre certains généralistes dans le cadre de la réglementation de l'AMI serait confié au Comité de gestion du Services des soins de santé de l'INAMI, en attendant l'élaboration d'une procédure d'agrément par le Ministre de la Santé publique.

Le Ministre de la Santé publique a été chargé d'instituer une commission d'agrément des généralistes concernés.

A cette fin, un arrêté royal du 27 août 1976 a été publié au *Moniteur belge* du 30 septembre 1976. Ledit arrêté organise l'agrément des médecins généralistes dans le cadre de l'arrêté royal du 19 octobre 1971 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes.

Cet arrêté prévoit :

1. La création d'une commission spécifique pour l'agrément des médecins de médecine générale;

2. In een uitbreiding van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten door vertegenwoordigers van omnipratici.

Deze werkwijze werd hoofdzakelijk ingegeven door de bezorgdheid om de erkenning van alle medische disciplines toe te vertrouwen aan een zelfde organisme.

Het was dan ook de taak van deze Hoge Raad (uitgebreid met huisartsenvertegenwoordigers) om criteria uit te werken die specifiek de erkenningscommissie voor huisartsen moest toelaten de aanvragen tot erkenning als geneesheer in de algemene geneeskunde te onderzoeken en de Minister van Volksgezondheid hierover advies te verstrekken. Op 29 juli 1977 werd door deze Hoge Raad een tekst eenparig goedgekeurd door de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties en door de vertegenwoordigers van de geneeskundige faculteiten.

Het voorstel door de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten uitgewerkt strekt om in overgangsmaatregelen te voorzien dat de procedure van erkenning regelt tot einde 1980. Dit voorstel werd door mijn diensten overgenomen in ontwerpen van besluiten die aan de Raad van State werden voorgelegd. Er wordt naar gestreefd deze besluiten zo haast mogelijk op punt te stellen opdat de Erkeningscommissie van Volksgezondheid de procedure van erkenning ten laatste op 1 januari 1978 zou kunnen aanvangen.

4. E.E.G. — Richtlijnen over de artsen en andere geneeskundige beroepen

Artsen

Op 20 december 1976 werden de richtlijnen nrs. 75/362 en 75/363/EEG van 16 juni 1975 van de Raad van de Europese Gemeenschappen betreffende het vrije verkeer van de geneesheren van kracht.

Onderdanen uit de EEG-lidstaten kunnen zich vrij als arts vestigen in België, als hun diploma beantwoordt aan de richtlijnen.

Wie met een buitenlands diploma de geneeskunde wil uitoefenen in België, kan een procedure aanvatten om zijn diploma te laten gelijkwaardig verklaren: er wordt niet als vereiste gesteld dat men de Belgische nationaliteit moet bezitten.

Op grond van die bestaande wetgeving wordt in de aanvangsfase een visum verleend aan de onderdanen van de EEG-landen, in afwachting dat de nodige wettelijke en reglementaire aanpassingen tot stand komen.

Verleden jaar werd een wetsontwerp neergelegd bij de Senaat om de Koning volmacht te verlenen de Belgische wetgeving in overeenstemming te brengen met de Europese richtlijnen.

Dit ontwerp is vervallen maar zal weldra opnieuw ahangig worden gemaakt en zou, na de bespreking van de begroting, aan de agenda van de Commissie van Volksgezondheid moeten geplaatst worden.

Meerdere teksten van ontwerp-besluiten betreffende de geneesheren liggen reeds klaar tegen het ogenblik waarop het ontwerp gestemd zal zijn.

2. L'élargissement du Conseil supérieur des médecins spécialistes par l'adjonction de représentants des omnipraticiens.

Le choix d'une telle procédure a été principalement inspiré par le souci de confier l'agrément de toutes les disciplines médicales à un seul et même organisme.

Le Conseil supérieur précité (complété par des représentants des médecins généralistes) a dès lors été chargé de l'élaboration de critères spécifiques permettant à la Commission d'agrément en médecine générale d'examiner les demandes d'agrément en qualité de médecin de médecine générale et de transmettre au Ministre de la Santé publique des avis en la matière. Un texte a été approuvé à l'unanimité le 29 juillet 1977 par le Conseil supérieur précité, par les représentants des organisations professionnelles et par les représentants des facultés de médecine.

La proposition mise au point par le Conseil supérieur des médecins spécialistes prévoit des mesures transitoires réglant la procédure d'agrément jusqu'à la fin de 1980. Cette proposition a été reprise par mes services dans des projets d'arrêtés soumis au Conseil d'Etat. L'objectif poursuivi consiste à mettre le plus rapidement possible un point final à ces arrêtés afin de permettre à la Commission d'agrément de la Santé publique de mettre en œuvre la procédure d'agrément au plus tard le 1^{er} janvier 1978.

4. C.E.E. — Directives en matière des médecins et d'autres professions médicales

Médecins

Les directives n° 75/362 et n° 75/363/CCE du 16 juin 1975 du Conseil des Communautés européennes, relatives à la libre circulation des médecins, ont sorti leurs effets le 20 décembre 1976.

Les ressortissants des pays membres de la CEE peuvent s'établir librement comme médecin en Belgique lorsque leur diplôme correspond aux directives.

Le titulaire d'un diplôme étranger qui désire pratiquer en Belgique peut entamer une procédure sanctionnant l'équivalence de son diplôme: la qualité de Belge n'est pas requise.

Suivant la législation existante, un visa est accordé dans une première période aux ressortissants des pays de la CEE en attendant les modalités légales et réglementaires.

L'année dernière, un projet de loi a été déposé au Sénat en vue d'autoriser le Roi à mettre en concordance la législation belge avec les directives européennes.

Ce projet de loi, qui a été relevé de caducité, sera redéposé sous peu et devrait pouvoir être mis à l'ordre du jour de la Commission de la Santé publique après la discussion du budget.

Plusieurs textes de projets d'arrêtés concernant les médecins sont déjà préparés en attendant le vote dudit projet.

De procedure die op het huidig ogenblik wordt gevolgd voor de artsen, verloopt als volgt :

1. Onthaal bij de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren (uitvoering art. 20 richtlijn 75/362/EEG);
2. Toetsing door het Ministerie van Nationale Opvoeding van de overeenstemming van het voorgelegde diploma van geneesheer met de bepalingen van de richtlijn;
3. Visum van de bevoegde Geneeskundige Commissie;
4. Inschrijving bij de bevoegde Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren;
5. Gebeurlijk : procedure tot erkenning als geneesheer-specialist zoals voor geneesheren met een Belgische opleiding.

Tot op heden zijn 11 geneesheren via deze procedure ingeschreven : 1 Duitser, 1 Belg, 5 Fransen, 1 Italiaan en 3 Nederlanders.

Andere medische en paramedische beroepen

Na de Gemeenschappelijke Markt der artsen, wordt nu ook die der verple(e)g(st)ers werkelijkheid. De Raad van de Europese Gemeenschappen heeft immers op 27 juni 1977 de richtlijnen goedgekeurd die nu op grond van het Verdrag van Rome het recht van vestiging beogen en het vrij verrichten van diensten door verantwoordelijke algemeen zieken-verplegers.

Een eerste richtlijn handelt over de onderlinge erkenning der diploma's en bepaalt dat in België onder werkzaamheden van de verantwoordelijke algemeen ziekenverpleger verstaan worden die werkzaamheden welke worden uitgeoefend met de beroepstitels van verpleegassistent(e) en ziekenhuisverpleger (-verpleegster).

Een tweede richtlijn coördineert de opleidingsvoorwaarden, of liever legt de minimale opleidingseisen vast (een algemene schoolopleiding van 10 jaar, gevolgd door een specifieke full-time beroepsopleiding van ten minste drie studiejaren of van 4 600 uur theoretisch en praktisch onderwijs).

1. Deze richtlijnen slaan enkel op de « *verantwoordelijke algemeen ziekenverplegers* », en niet op de verschillende gespecialiseerden, noch op de hoofdverplegers of op het hulp-personeel.

2. Zij zijn van toepassing zowel op *loontrekkenden als op niet-loontrekkenden*.

3. Zij stellen geen regelen voor de eenmaking van het arbeidsveld, dat dus eigen blijft aan elke lidstaat. Dat betekent dat de migrerende verpleger moet aanvaarden zich te schikken naar de bepalingen ter zake van het gastland.

De lid-staten hebben twee jaar de tijd om hun nationale wetgeving aan te passen en om alle maatregelen te nemen die nodig zijn om deze richtlijnen te kunnen toepassen.

De Minister is van mening dat de aanpassing die het meest dringt ongetwijfeld de opleiding is van verpleegassistent en van ziekenhuisverpleger.

Er zijn verschillende mogelijkheden die onderzocht en bestudeerd moeten worden in overleg met de beide Ministeries van Nationale Opvoeding en met de betrokken kringen.

La procédure en vigueur actuellement, pour ce qui concerne les médecins, est la suivante :

1. Accueil par le Conseil national de l'Ordre des Médecins (en exécution de l'art. 20 de la directive 75/362/CEE);
2. Vérification par le Ministère de l'Education nationale de la conformité du diplôme de médecin avec les dispositions de la directive;
3. Visa de la Commission médicale compétente;
4. Inscription au Conseil provincial compétent de l'Ordre des Médecins;
5. Eventuellement : procédure d'agrégation en tant que médecin spécialiste comme pour les médecins ayant été formés en Belgique.

Comme il est dit ci-dessus, 11 médecins ont été inscrits jusqu'ici en vertu de cette procédure, à savoir : 1 Allemand, 1 Belge, 5 Français, 1 Italien et 3 Néerlandais.

Autres professions médicales et paramédicales

Après le Marché commun des médecins, le Marché commun des infirmières devient une réalité. En effet, le Conseil de Ministres des Communautés européennes a adopté le 27 juin 1977 les directives qui, en application du Traité de Rome, visent le droit d'établissement et la libre prestation de services de l'infirmière responsable des soins généraux.

Une première directive vise la reconnaissance mutuelle des diplômes. Cette directive stipule qu'en Belgique, « les activités de l'infirmière responsable des soins généraux sont celles exercées sous les titres professionnels d'hospitalière et d'infirmière hospitalière ».

Une seconde directive coordonne les conditions de formation, ou tout au moins, précise les conditions minimales de formation (10 années de formation scolaire générale, suivie d'une formation à temps plein, spécifiquement professionnelle, d'au moins trois années d'études ou 4 600 heures d'enseignement théorique et pratique).

1. Elles ne concernent que l'« *infirmière responsable des soins généraux* », à l'exclusion de l'infirmière des différentes spécialités, des infirmières-chefs et du personnel auxiliaire.

2. Elles s'appliquent aussi bien aux *salariés qu'aux non-salariés*.

3. Elles ne prévoient aucune unification du champ d'activité, qui restera donc propre à chacun des pays membres, l'infirmière migrante devant accepter de se plier à celui du pays d'accueil.

Les Etats membres disposent d'un délai de deux ans pour adapter les législations nationales et pour prendre toutes les mesures nécessaires pour permettre l'application des directives.

Le Ministre est d'avis que l'adaptation la plus urgente à envisager est certainement celle des formations de l'hospitalière et de l'infirmière hospitalière.

Différentes possibilités se présentent qui devront être examinées et étudiées en collaboration avec les Ministères de l'Education nationale et les milieux intéressés.

5. Preventieve gezondheidszorg

A. Strijd tegen besmettelijke ziekten

De Commissie van Volksgezondheid van de Senaat heeft in het verleden regelmatig blijk gegeven van haar bijzondere bezorgdheid voor de preventieve geneeskunde en meer speciaal voor de doeltreffende bescherming van onze bevolking door inenting. Alzo dienen vermeld de besprekingen van de wetsvoorstellen preventieve gezondheidszorg en de verschillende vergaderingen gewijd aan de rubella-inenting.

Daarom blijkt het nuttig te eraan herinneren dat het departement, in het kader van de strijd tegen de besmettelijke ziekten, kosteloos volgende entstoffen aflevert :

- Polio waarvan de vaccinatie in België verplichtend is vóór de leeftijd van 18 maanden;
- Difteritis-tetanus-kinkhoest voor kinderen van 3 tot 12 maanden;
- Difteritis-tetanus voor kinderen van 1 tot 15 jaar;
- Tetanus vooral in het kader van de reglementering op de arbeidsveiligheid;
- Rubella voor meisjes van 11 tot 15 jaar en ook voor bepaalde aan de ziekte blootgestelde vrouwen. In het bijzonder wordt een inspanning gedaan om het aantal inenting tegen deze ziekte te verhogen.

Er weze hier aangestipt dat zowel voor de poliomyelitis (verplichte inenting) als voor de Di Te Per-vaccinatie (niet-verplichte inenting) meer dan 96 pct. van de kinderen tussen 3 maanden en 1 jaar oud de inenting toegediend krijgen.

Wat de plaats betreft alwaar deze inenting gebeurt, kan men grosso modo het volgende mededelen :

- ± 38 pct. door de behandelende geneesheer;
- ± 55 pct. door Nationaal Werk Kinderwelzijn;
- ± 7 pct. door andere instanties.

Tenslotte lijkt het aangewezen hier even uit te wijden over de middelen aangewend om de rubella-inenting in ons land te stimuleren.

Het vraagstuk van de preventie tegen door rubella veroorzaakte congenitale misvormingen werd door de Hoge Gezondheidsraad onderzocht, die aanbevelingen formuleerde.

Met het doel deze inenting aan te moedigen heeft het Ministerie van Volksgezondheid, rekening houdende met de aanbevelingen, verschillende maatregelen getroffen :

— Het kosteloos ter beschikking stellen van de entstof, ten voordele van de meisjes van 11 en 12 jaar, welke ook de staat van immuniteit weze; deze maatregel is uitgebreid ten voordele van jonge niet-immune meisjes en vrouwen.

— Bij herhaling werd het medisch korps door middel van omzendbrieven door het departement ingelicht nopens het belang van de antirubella-inenting.

5. Médecine préventive

A. Lutte contre les maladies transmissibles

Dans le passé, la Commission de la Santé publique du Sénat a témoigné à plusieurs reprises d'une attention toute particulière pour la médecine préventive et plus précisément pour la protection efficace de notre population par les vaccinations. Il faut mentionner à cet égard les discussions des propositions de loi relatives à la médecine préventive et les différentes réunions consacrées à la vaccination contre la rubéole.

Dans le contexte de la lutte contre les maladies transmissibles, il est utile de rappeler que le département délivre gratuitement les vaccins suivants :

- Polio, dont la vaccination est obligatoire en Belgique avant l'âge de 18 mois;
- Diphtérie-tétanos-coqueluche pour les enfants de 3 à 12 mois;
- Diphtérie-tétanos pour les enfants de 1 à 15 ans;
- Tétanos, principalement dans le cadre de la réglementation de la protection du travail;
- Rubéole pour les filles de 11 à 15 ans et également pour certaines catégories de femmes spécialement exposées. Un effort spécial est fait en vue d'augmenter le nombre de vaccinations contre la rubéole.

Il faut souligner que tant le vaccin antipoliomyélique (vaccination obligatoire) que le vaccin Di Te Per (vaccination non obligatoire) sont administrés à plus de 96 p.c. des enfants de 3 mois à 1 an.

Ces vaccinations sont effectuées :

- pour ± 38 p.c., par le médecin traitant;
- pour ± 55 p.c., par l'Œuvre nationale de l'Enfance;
- pour ± 7 p.c., par d'autres organismes.

Il y a lieu de souligner ici les efforts particuliers mis en œuvre par le département en ce qui concerne la vaccination contre la rubéole.

La question de la prévention des malformations congénitales d'origine rubéoleuse a été examinée par le Conseil supérieur d'hygiène, qui a formulé des recommandations.

Le Ministère de la Santé publique, dans le but d'encourager cette vaccination en tenant compte de ces recommandations, a pris diverses mesures :

— La délivrance gratuite du vaccin par mon département pour toutes les filles de 11 à 12 ans, quel que soit l'état d'immunité; cette mesure est étendue à toutes les jeunes filles et femmes non immunisées.

— A différentes reprises le corps médical a été informé par le département de l'importance de la vaccination contre la rubéole.

— Een uitgebreide informatiecampa­gne werd doorgevoerd bij de meest bedreigde groepen : het verplegend personeel, de leerlingen van de scholen voor verplegenden, kinderverzorgsters, familieleden, sanitaire helpsters en gediplomeerden van ander paramedisch onderwijs. De directies van deze onderwijsinstellingen, alsmede van de ziekenhuizen, werden door het departement verzocht hun personeel in te lichten nopens de gevaren van een rubella-infectie en de vaccinatie aan te raden aan de niet-immune personen.

Dezelfde aanbevelingen werden aan het vrouwelijk onderwijzend personeel gedaan door de beide Ministers van Nationale Opvoeding.

— Tenslotte werden maatregelen genomen ten einde de vaccinatie tegen rubella aan te moedigen in de gezondheidscentra, alsmede van het voeren van propaganda bij de geïnteresseerden (koninklijk besluit van 2 mei 1977).

De geneesheren van het medisch schooltoezicht kunnen de kinderen van het vrouwelijk geslacht van 11 en 12 jaar, met voorafgaandelijk akkoord van de ouders, inenten tegen rubella; hierbij wordt de vrijheid, o.a. om zich te richten tot de huisarts, geëerbiedigd.

Hieronder enkele gegevens betreffende het aantal inentingen kosteloos afgeleverd door ons departement :

1. Di Te Per-vaccin (difteritis, tetanus, kinkhoest).
2. Poliomyelitis - Kinderverlamming.
3. Tetanus.
4. Rubella.

— D'amples informations ont été diffusées auprès des groupes dits « à hauts risques » : le personnel infirmier, les élèves d'écoles d'infirmières, de puéricultrices, d'assistantes familiales et sanitaires et de diplômées d'autres enseignements paramédicaux. Les directions de ces établissements d'enseignement et les directions des hôpitaux ont été invitées par le département à avertir leur personnel des dangers éventuels de contracter une rubéole et à conseiller la vaccination pour les personnes non immunisées.

Les mêmes recommandations ont été faites aux enseignantes par les deux Ministres de l'Education nationale.

— Des dispositions ont également été prises en vue de promouvoir la réalisation de la vaccination contre la rubéole dans les centres de santé ainsi que l'information systématique de tous les intéressés (arrêté royal du 2 mai 1977).

Les médecins scolaires peuvent vacciner les enfants du sexe féminin de 11 à 12 ans moyennant l'accord des parents dont le libre choix est respecté, en particulier celui de s'adresser à leur médecin de famille.

Les données relatives au nombre de vaccins délivrés gratuitement par le département sont mentionnées ci-dessous :

1. Di Te Per (antidiphthérique, antitétanique, antioque-lucheux).
2. Antipoliomyélitique.
3. Antitétanique.
4. Antirubéoleux.

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Di Te Per. — <i>Di Te Per</i> :										
Eerste insputing — <i>Première</i>										
4 maand — 1 jaar). —										
<i>Première injection (enfants</i>										
<i>de 4 mois — 1 an)</i> . . .	118 017	119 809	121 268	124 759	126 075	122 204	122 475	118 406	113 817	116 409
Polio. — <i>Polio</i> :										
Eerste dosis — <i>Première dose</i>	218 731	195 617	188 263	180 236	179 351	166 073	163 338	149 158	146 685	150 410
waarvan 3 maand — 1 jaar.										
— <i>dont 3 mois — 1 an</i> .	117 575	124 707	128 918	130 204	134 842	130 580	126 225	120 070	114 752	119 644
Tetanus. — <i>Tétanos</i> :										
Eerste insputing. — <i>Première</i>										
<i>injection</i>	21 933	15 659	30 927	46 049	33 125	32 744	37 675	37 172	42 404	46 015
Tweede insputing. — <i>Rappel</i>	4 611	9 264	10 955	15 334	31 181	24 440	26 267	27 554	35 502	38 728
Rubella. — <i>Rubéole</i>							14 725	30 801	35 768	30 982

B. Sanitaire opvoeding

Het krediet, uitgetrokken op de kultuurbegroting, was in 1976 enkel bestemd om informatie te verschaffen op het stuk van de contraceptie en van verantwoord ouderschap. De doelstellingen werden in 1977 uitgebreid met het oog op een algemeen politiek inzake sanitaire opvoeding en informatie.

B. Education sanitaire

Le crédit prévu au budget culturel était jusqu'en 1976 uniquement destiné à procurer de l'information sur la contraception et la parenté responsable. Il a été étendu en 1977 à d'autres objectifs en vue d'une politique générale en matière de l'éducation sanitaire et de l'information.

De noodzakelijkheid om in deze sector meer middelen te verschaffen dient te worden gezien in het kader van een politiek die er van langs om meer naar streeft de aandacht te vestigen op de noodzakelijkheid van preventieve geneeskunde waarin de primaire preventie (sanitaire opvoeding en informatie) een voorname rol speelt.

Geleidelijk zijn we immers tot het inzicht gekomen dat niet alle heil te verwachten is van diensten, instellingen, enz. maar dat iedere mens voor hygiëne, veiligheid, preventie ook grotendeels zelf verantwoordelijk is.

Deze nieuwe visie vereist dan ook dat de bevolking met de nodige overheidssteun kans krijgt om deze opdracht aan te kunnen.

Daarom worden informatieacties gevoerd en vormings-initiatieven genomen of voorbereid zoals een gecoördineerde anti-tabakcampagne, misbruik van geneesmiddelen en drugs, de verderzetting van de gezinsplanningsactie.

6. Dopingbestrijding op Europees vlak

De Minister schenkt bijzonder veel aandacht aan het toenemend dopingsverschijnsel.

Alhoewel doping een verschijnsel is dat deel uitmaakt van het complexe probleem van het geneesmiddelenmisbruik en in heel wat beroepen voorkomt, toch wordt algemeen aanvaard dat het probleem zich vooral stelt in sportkringen.

De Minister is van mening dat het de taak is van de verantwoordelijken in de sportwereld, alsook van de officiële gezagdragers, ter zake op te treden. Een dubbele motivering moet hen leiden: het etisch aspect met als grondslag gelijke kansen voor allen, en het medisch aspect dat zich bekommert om de fysische en psychische gaafheid van de sportbeoefenaar.

Vermits de dopingpraktijk een internationaal verspreid gebruik blijkt te zijn en door sommige betrokkenen de discriminatie tussen de wetgevingen in de onderscheiden landen aangeklaagd wordt, lijkt het wenselijk de dopingbestrijding in alle landen van de Europese Gemeenschap op een uniforme wijze door te voeren.

Drie Europese landen, Frankrijk, Italië en België hebben, om hun reglementering ter zake de nodige draagkracht te verlenen, een antidopingwet uitgevaardigd, terwijl Luxemburg een regeling op contractuele basis heeft getroffen met de sportfederaties. Ook deze onderscheiden wettelijke bepalingen vertonen merkbare verschillen onderling.

Een poging tot uniformisering veronderstelt echter dat men zich over volgende krachtlijnen zou beraden.

a) Dopingbestrijding in alle sportdisciplines

Alhoewel in de wielersport het grootste aantal gevolgen van de dopingpraktijk bekend zijn, zijn er voldoende aanwijzingen om te vermoeden dat doping onder de ene of de andere vorm toegepast wordt in nagenoeg alle sporttakken. Vandaar dat bij de dopingbestrijding geen onderscheid zou

La nécessité de donner plus de possibilités financières à ce secteur du département doit être vue dans le cadre d'une politique qui de plus en plus vise à fixer l'attention sur la nécessité d'une médecine préventive, dans laquelle la prévention primaire (l'éducation sanitaire et l'information) occupe une place primordiale.

Il devient de plus en plus évident qu'il ne faut pas tout attendre des services et des institutions mais que tout être humain est en grande partie responsable lui-même en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention.

Cette nouvelle vision suppose que les autorités accordent à la population toute l'aide nécessaire afin que cette dernière soit en mesure d'accomplir la mission précitée.

A cet effet, des campagnes d'information et des initiatives de formation sont mises en œuvre: songeons à la campagne coordonnée anti-tabac, les initiatives tendant à avertir la population des dangers de l'abus de médicaments et des stupéfiants, la poursuite de l'action en faveur du planning familial.

6. Harmonisation au niveau européen de la lutte contre le dopage

Le Ministre attache une importance particulière au problème du dopage qui prend de l'extension.

Bien que le dopage soit un phénomène inhérent au problème complexe de l'abus de médicaments, qui se manifeste d'ailleurs dans beaucoup de professions, il est généralement admis que le problème se pose d'une manière particulièrement aiguë dans les milieux sportifs.

Le Ministre est d'avis qu'il incombe aux responsables du monde sportif ainsi qu'aux pouvoirs publics d'intervenir dans ce domaine. Leur action s'inspirera d'une motivation double: l'aspect éthique basé sur le principe que tout le monde doit avoir des chances égales ainsi que l'aspect médical dans le souci de préserver l'intégrité physique et psychique du sportif.

Puisque la pratique du dopage semble être répandue au niveau international et que certains intéressés déplorent la discrimination entre les législations des différents pays, il paraît opportun de mener la lutte contre le dopage de façon uniforme dans tous les pays du Marché commun.

Trois pays européens, la France, l'Italie et la Belgique, ont promulgué une loi organisant la lutte contre le dopage afin de donner plus de force à leur réglementation, tandis que le Luxembourg a conclu un arrangement contractuel avec les fédérations sportives. Mais même ces différentes dispositions légales reflètent des divergences évidentes.

Un essai d'uniformisation suppose cependant une concertation sur les lignes de force.

a) Lutte contre le dopage dans toutes les disciplines sportives

Bien que ce soit dans le sport cycliste que le plus grand nombre de conséquences de la pratique du dopage aient été révélées, les indications sont suffisamment claires pour présumer que le dopage est appliqué — sous une forme quelconque — dans la pratique de presque tous les sports. Il faut

moeten gemaakt worden tussen de verschillende sportdisciplines en dit zowel wat de beroepssport in competitieverband betreft, als de liefhebberssport.

b) Opstellen van een lijst van verboden produkten

Sommige landen worden met drie lijsten van verboden produkten geconfronteerd: een eerste opgesteld in functie van hun eigen wetgeving, een tweede afkomstig van het Internationaal Olympisch Comité en reeds als dusdanig door verschillende sportfederaties aanvaard, en een derde lijst uitgevaardigd door de Internationale Wielervedereniging.

In België werd, op voorstel van de Antidopingcommissie, een lijst van verboden scheikundige substanties samengesteld; een lijst van farmaceutische specialiteiten die deze substanties bevatten is in voorbereiding. Het ligt in de bedoeling beide lijsten ter beschikking te stellen van de artsen.

Het is vanzelfsprekend dat deze lijsten geen blijvend karakter kunnen hebben. Zij moeten regelmatig herzien en aangepast worden in het licht van meer recente wetenschappelijke gegevens en van de farmacologische kennis over de vermelde en eventuele nieuwe al of niet aanverwante produkten.

c) Dopingcontrole zowel tijdens de competitie als tijdens de periode voor voorbereiding

Het ligt voor de hand dat, voor het opsporen van produkten met een eerder vlugge en kortstondige werking, deze controle dient uitgevoerd te worden tijdens de periode van, of onmiddellijk na de competitie.

Voor andere produkten zou men nochtans, om efficiënt te zijn, moeten kunnen optreden tijdens de perioden van voorbereiding op de competities (b.v. hormonale preparaten).

d) Controle op het bezit van dopingprodukten

Het is wenselijk de controle uit te breiden tot het bezit van verboden produkten bij alle personen die betrokken zijn bij de begeleiding van de sportbeoefenaar.

e) Het uitvoeren van de monsterneming door een neutraal organisme en van de analyses door erkende laboratoria

Uit gesprekken met de betrokken kringen is gebleken dat men algemeen aanvaardt dat de dopingcontrole een zaak is die de sportfederaties aangaat en dat zij zelf hierbij moeten betrokken worden onder de verantwoordelijkheid van een neutraal organisme dat de beste waarborgen biedt wat betreft objectiviteit en integriteit.

Om psychologische redenen zou het wenselijk zijn op de gerechtelijke instanties slechts in wel bepaalde gevallen een beroep te doen, daar de sportbeoefenaars, vooral zij die de sport op een eerlijke wijze bedrijven, vrezen dat de publieke opinie hen reeds als schuldigen gaat beschouwen.

Het lijkt ook van belang dat in de verschillende landen de laboratoria, niet alleen de analyses uitvoeren in alle seriniteit en objectiviteit, maar ook dat ze van dezelfde weten-

dès lors éviter les discriminations entre les différentes disciplines sportives, tant au niveau du sport professionnel que celui des amateurs.

b) Elaboration d'une liste de produits défendus

Certains pays sont confrontés avec trois listes de produits défendus: une première rédigée en fonction de leur propre législation, une deuxième émise par le Comité Olympique international et acceptée déjà comme telle par plusieurs fédérations sportives et une troisième liste édictée par l'Union cycliste internationale.

Sur la proposition de la Commission antidopage, une liste de substances chimiques défendues a été rédigée en Belgique; une liste de spécialités pharmaceutiques contenant lesdites substances est en préparation. Les deux listes seront mises à la disposition des médecins.

Il va de soi que ces listes ne peuvent avoir un caractère permanent. Elles doivent être revues et adaptées régulièrement à la lumière des données scientifiques plus récentes et des informations pharmacologiques relatives aux produits mentionnés et aux éventuels produits nouveaux, connexes ou non.

c) Contrôle de dopage aussi bien pendant la compétition que pendant la période de préparation

Il est évident qu'en ce qui concerne le dépistage de produits à effet rapide et de courte durée, ce contrôle doit être exécuté pendant la compétition ou immédiatement après.

Toutefois, pour d'autres produits, un contrôle efficace suppose la possibilité d'intervenir pendant les périodes de préparation aux compétitions (par exemple pour les préparations hormonales).

d) Contrôle de la détention des produits de dopage

Il est souhaitable d'étendre le contrôle de la détention de produits défendus à toute personne concernée par la guidance du sportif.

e) Prise d'échantillon par un organisme neutre et analyse par des laboratoires agréés

Il ressort des discussions avec les milieux concernés qu'il est généralement admis que le contrôle du dopage ressortit à la compétence des fédérations sportives et qu'elles doivent y participer sous la responsabilité d'un organisme neutre qui offre les meilleures garanties d'objectivité et d'intégrité.

Pour des raisons psychologiques, il serait souhaitable de ne faire appel aux instances judiciaires que dans des cas bien spécifiques, puisque les sportifs, et particulièrement ceux qui pratiquent le sport en toute honnêteté, sentent la menace d'une culpabilisation d'office de la part de l'opinion publique.

Il est tout aussi essentiel que, dans les différents pays, les analyses soient exécutées en toute sérénité et objectivité, mais aussi qu'elles témoignent des mêmes qualités scientifi-

schappelijke kwaliteiten getuigen bij het opsporen en het met absolute zekerheid identificeren van de verboden substanties. Bovendien zou een regelmatige test op hun manier van werken óók wenselijk zijn.

f) Het voorstellen en opleggen van sancties

Volgens de Minister zouden sancties slechts in uiterste gevallen door de gerechtelijke instanties moeten getroffen worden.

Tuchtmaatregelen ten aanzien van de sportbeoefenaar, zoals een langdurige schorsing, kan als het meest doelmatig worden beschouwd. In elk geval zou minstens per sportrichting voor alle landen de strafbepaling gelijk moeten zijn alsook voldoende efficiënt en controleerbaar.

Ook dient men rekening te houden met het statuut van de sportbeoefenaar (beroeps of liefhebber). Voor het opleggen van deze tuchtmaatregelen komen de sportfederaties het eerst in aanmerking, doch zij behoren voldoende garanties te verschaffen.

7. Voedingsmiddelen

In het begin van dit jaar werd een nieuwe wet afgekondigd betreffende de bescherming van de gezondheid van de verbruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere produkten.

Deze wet zal toelaten de reglementering terzake te moderniseren en uit te breiden. Zij biedt in feite meer mogelijkheden om educatief en preventief op te treden, wat op het gebied van de gezondheid van groot belang is.

De informatie van de verbruiker is daarvan een essentieel element. Wat de etikettering van voedingsmiddelen betreft is een ontwerp van EEG-richtlijn reeds geruime tijd in voorbereiding op het vlak van de EEG. Indien mocht blijken dat men op dat niveau niet snel een regeling kan uitwerken, zal niet langer kunnen gewacht worden van het Belgisch standpunt in een nationale reglementering om te zetten.

In datzelfde verband staat de reclame voor voedingsmiddelen. Wegens de aard van deze produkten is het verantwoord specifieke maatregelen te treffen om aan bepaalde misbruiken een einde te stellen. Het is duidelijk dat bij de voorbereiding van dergelijke reglementeringen overleg vereist is met al de betrokken groeperingen van verbruikers, producenten en handelaars evenals met andere ministeriële departementen. Daarom zal de consultatieve commissie die in de wet voorzien is zo snel mogelijk worden opgericht.

Het volstaat evenwel niet de reglementering te moderniseren en steeds meer produkten onder het toepassingsgebied te brengen. Dergelijk instrument moet ook doeltreffend kunnen worden benut; zulks betekent dat de werkwijze en het kader van de inspectiedienst moet worden aangepast.

ques dans le dépistage des substances défendues qui seront identifiées avec une absolue certitude. Il serait en outre opportun de contrôler régulièrement les méthodes de travail

f) Proposition et application de sanctions

Des sanctions par les instances judiciaires ne devraient être prises que dans des cas extrêmes. Il faut considérer la suspension prolongée de l'athlète comme la mesure disciplinaire la plus efficace.

Suivant le Ministre, il faudrait veiller à prévoir au moins des sanctions identiques pour tous les pays et par discipline sportive; ces sanctions devraient être suffisamment efficaces et contrôlables.

Il faudrait tenir compte également du statut de l'athlète (professionnel ou amateur). Les fédérations sportives sont les premières instances à entrer en considération pour imposer des mesures disciplinaires, mais elles doivent en outre présenter des garanties suffisantes.

7. Denrées alimentaires

Au début de l'année une nouvelle loi a été publiée relative à la protection de la santé des consommateurs en matière de denrées alimentaires et autres produits.

Cette loi doit permettre de moderniser et d'étendre la réglementation en la matière. Elle offre, en fait, davantage de possibilités pour intervenir sur le plan éducatif et préventif, ce qui est essentiel pour la santé.

A cet égard, l'information destinée aux consommateurs est d'importance primordiale. Pour ce qui concerne l'étiquetage des denrées alimentaires, un projet de directive de la CEE est à l'examen depuis un certain temps déjà. S'il devait s'avérer qu'à ce niveau-là, toute tentative d'aboutir rapidement à une réglementation va au-devant d'un échec, la Belgique ne tarderait pas à traduire son point de vue dans une réglementation nationale.

La publicité relative aux denrées alimentaires se situe dans le même contexte. Etant donné la nature de ces produits, il s'indique de prendre des mesures spécifiques pour mettre un terme à certains abus. Il va de soi que l'élaboration de pareille réglementation devra s'effectuer en collaboration avec tous les groupements de consommateurs, producteurs et commerçants concernés ainsi qu'avec d'autres départements ministériels. C'est à cette fin que la commission consultative prévue par la loi sera créée incessamment.

Il ne suffit pas cependant de moderniser la réglementation et d'étendre son champ d'application à un nombre toujours plus important de produits. Un instrument de cette importance doit pouvoir fonctionner avec toute l'efficacité requise. Ceci implique que le fonctionnement et le cadre du service d'inspection devront être profondément remaniés.

In het geheel van de maatregelen die getroffen zijn om de kwaliteit van de voeding te waarborgen neemt de keuring van het slachtvlees een bijzondere plaats in. Jaren geleden werden voorstellen uitgewerkt tot grondige hervorming van de vleeskeuring. In 1971 werd een ontwerp van wet betreffende de sanitaire keuring en de slachthuizen door de Kamer van Volksvertegenwoordigers aangenomen. Dat ontwerp is sedertien een paar maal in bespreking gekomen in deze commissie samen met de commissie van Landbouw, zonder dat evenwel de bespreking kon worden afgesloten. Het ogenblik is gekomen om dat probleem opnieuw in onderzoek te nemen. Ondertussen is de situatie zodanig gewijzigd dat het oorspronkelijke ontwerp op verschillende zelfs fundamentele punten, wijzigingen behoeft.

Daarom lijkt het meer verantwoord, in plaats van de huidige tekst te amenderen een nieuw ontwerp in te dienen.

8. Geneesmiddelen

Het rapport van de koninklijke commissaris Petit over de ziekteverzekering bevat talrijke elementen in verband met de geneesmiddelen die rechtstreeks het departement van Volksgezondheid aanbelangen. Zonder vooruit te willen lopen op de besluiten die de regering uit het rapport zal trekken voor het geheel van de ziekteverzekering kan in elk geval worden gesteld dat wat het departement van Volksgezondheid betreft de klemtoon zal liggen rond de problemen van informatie zowel bij geneesheren als bij het publiek. In de campagne voor een betere sanitaire voorlichting van de bevolking zal aandacht worden besteed aan een verantwoorde farmaceutische consumptie.

De objectieve informatie die het departement aan de geneesheren en apothekers bezorgt dank zij de medewerking van een daartoe erkende wetenschappelijke vereniging zal worden uitgebreid.

In de loop van 1978 zal een volledig gecommentarieerd repertorium van al de geregistreerde specialiteiten worden opgemaakt. Dit zal geleidelijk per groep van geneesmiddelen ter beschikking van het medisch en farmaceutisch corps worden gesteld, zulks ter completering van de huidige « Folia pharmacotherapeutica » en fiches over de nieuwe therapeutische substanties.

Een bijzonder probleem is dat van de diergeneesmiddelen waarvan de toediening om praktische redenen meer en meer zou moeten kunnen gebeuren door het mengen in de diervoeding. Het verhandelen van dergelijk gemedicineerde dierenvoerders is voor het ogenblik verboden zoniet volledig onderworpen aan de wetgeving op de geneesmiddelen, wat er op neer komt het gebruik van gemedicineerde voeders praktisch onmogelijk te maken.

Er dient bijgevolg een wettelijk kader ontworpen te worden dat deze moderne methode van verhandelen en toedienen van diergeneesmiddelen in bepaalde gevallen toelaat maar in voorwaarden en omstandigheden die voldoende waarborg bieden voor de volksgezondheid. In overleg met de Minister van Landbouw zal een aangepaste wettelijke regeling voor deze diergeneesmiddelen worden uitgewerkt.

Parmi les mesures prises en vue de garantir la qualité des aliments, l'expertise des viandes de boucherie occupe une place prépondérante. Il y a plusieurs années, des propositions ont été élaborées tendant à une réforme radicale de l'expertise des viandes. En 1971, la Chambre des Représentants a adopté un projet de loi relatif à l'expertise sanitaire et aux abattoirs. Depuis lors, la présente commission, conjointement avec celle du Ministère de l'Agriculture, a mis à son ordre du jour la discussion de ce projet sans toutefois aboutir à une quelconque conclusion. J'estime, par conséquent, que le moment est venu de réexaminer ce problème. Entre-temps, la situation a cependant tellement évolué que le projet initial doit subir de nombreuses modifications, même fondamentales.

C'est pourquoi il me paraît préférable de déposer un nouveau projet plutôt que d'amender le texte existant.

8. Médicaments

Le rapport du commissaire royal Petit relatif à l'assurance maladie contient plusieurs éléments ayant trait aux médicaments qui intéressent directement le département de la Santé publique. Sans préjuger pour autant des conclusions que le Gouvernement pourrait tirer du rapport quant à l'assurance maladie dans son ensemble, on peut d'ores et déjà affirmer qu'en ce qui concerne le département de la Santé publique, l'accent sera mis sur les problèmes relatifs à l'information à fournir tant aux médecins qu'au public. Lors de la campagne en faveur d'une meilleure information sanitaire de la population, l'accent sera mis tout particulièrement sur la nécessité d'une consommation judicieuse de médicaments.

Il est prévu également d'étendre l'information objective fournie par le département aux médecins et pharmaciens par l'entremise d'une association scientifique agréée à cette fin.

Au cours de l'année 1978, il sera procédé à la rédaction d'un répertoire complet pourvu d'un commentaire relatif à toutes les spécialités enregistrées. Ce répertoire sera mis progressivement et par groupe de médicaments à la disposition des corps médical et pharmaceutique et constituera un complément à la « Folia pharmacotherapeutica » actuelle ainsi qu'aux fiches portant sur les nouvelles substances thérapeutiques.

Les médicaments vétérinaires constituent un problème spécial, car on estime généralement que, pour des raisons pratiques, ils devraient pouvoir être mélangés à la nourriture. La vente de semblables aliments pour animaux est interdite pour l'instant, sinon entièrement soumise à la législation sur les médicaments, ce qui rend leur utilisation pratiquement impossible.

Il y a lieu, par conséquent, de légiférer en cette matière de façon à autoriser dans certains cas cette nouvelle méthode de vente et, dans l'intérêt de la santé publique, la vente et l'administration de médicaments vétérinaires, mais uniquement dans des conditions qui offrent des garanties suffisantes pour la santé publique. A cette fin, un règlement approprié devra être mis au point, en collaboration avec le Ministère de l'Agriculture.

**9. Sociale Medische Rijksdienst (SMRD)
Administratieve Gezondheidsdienst (AGD)
Controle van de afwezigheid wegens ziekte**

Werkzaamheden van de SMRD/AGD

Om een idee te geven van de werkzaamheden van de SMRD lijkt het gepast erop te wijzen dat tijdens het jaar 1976 bij de Administratieve Gezondheidsdienst zowat 800 000 getuigschriften tot motivering van afwezigheid wegens ziekte van personeelsleden uit overheidsdiensten die onder het medisch toezicht van de SMRD staan (aantal : $\pm$ 280 000 personeelsleden) zijn ontvangen en behandeld en dat bovendien in de 13 geneeskundige centra van de Sociaal Medische Rijksdienst, 140 660 geneeskundige onderzoeken zijn verricht, die als volgt ingedeeld kunnen worden :

a) 100 000 onderzoeken van personeelsleden uit overheidsdiensten, met name :

26 139 toelatingsonderzoeken;

10 158 geschiktheidsonderzoeken tijdens de loopbaan;

17 300 controleonderzoeken van personeelsleden met ziekteverlof;

33 167 schattingsopdrachten voor slachtoffers van arbeidsongevallen;

7 103 onderzoeken binnen het raam van de arbeidsgeneeskunde (Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming) alsmede 1 001 inentingën;

5 620 onderzoeken met het oog op eventuele vroegde pensionering om gezondheidsredenen.

b) 37 000 onderzoeken van personen die niet in overheidsdienst zijn, met name :

33 475 onderzoeken van autobus-, autocar- en taxi-chauffeurs;

2 926 onderzoeken van piloten (handels- en verkeersluchtvaart en luchttoerisme);

567 onderzoeken van gewetensbezwaarden.

Met ingang van 1 januari 1977 hebben twee regeringsbeslissingen een aanzienlijke weerslag gehad op de werkzaamheden van de SMRD/AGD :

a) Ingevolge de eerste beslissing is het medisch toezicht van de AGD tijdens de loopbaan (afwezigheid wegens ziekte) uitgebreid tot de 187 000 personeelsleden uit het (gemeentelijk, provinciaal en vrij) gesubsidieerd onderwijs, waardoor het aantal personen dat onder het medisch toezicht van de AGD staat van 280 000 op 467 000 is gebracht.

b) De tweede beslissing houdt verband met de verscherping van de controle op de afwezigheid wegens ziekte. Met het oog daarop werden ongeveer 250 controlegeneesheren aangewezen, die geen ambtenaar zijn. Zij zijn werkzaam in het hele land en hangen van een geneeskundig centrum af.

c) Voor het administratieve werk dat uit die nieuwe taken voortvloeit, zijn er 71 bijkomende personeelsleden (van niveau 2, 3 en 4) ter beschikking van de AGD gesteld.

**9. Office médico-social de l'Etat (OMSE)
Service de Santé administratif (SSA)
Contrôle des absences pour maladie**

Activités de l'OMSE/SSA

Pour situer ces activités, il est utile de signaler qu'au cours de l'année 1976, le Service de Santé administratif a, d'une part, réceptionné et traité $\pm$ 800 000 certificats couvrant des absences pour maladie d'agents des services publics placés sous sa tutelle (effectif : $\pm$ 280 000 agents) et, d'autre part, effectué, dans ses 13 centres médicaux, 140 660 examens médicaux se répartissant comme suit :

a) 100 000 examens concernant des agents des services publics, dont notamment :

26 139 examens d'admission;

10 158 examens d'aptitude en cours de carrière;

17 300 examens de contrôle d'agents en congé de maladie;

33 167 expertises d'accidentés du travail;

7 103 examens dans le cadre de la médecine du travail (Règlement général pour la protection du travail) ainsi que 1 001 vaccinations;

5 620 examens en vue de la mise éventuelle à la pension prématurée pour motif de santé;

b) 37 000 examens de personnes étrangères à l'Administration, dont notamment :

33 475 examens de chauffeurs de taxis, autocars et autobus;

2 926 examens de pilotes d'avions (aviation civile, commerciale et de tourisme);

567 examens d'objecteurs de conscience.

Avec effet au 1^{er} janvier 1977, deux décisions gouvernementales ont eu des répercussions considérables sur les activités de l'OMSE/SSA :

a) La première a étendu la tutelle médicale du SSA en cours de carrière (absences pour maladie) aux 187 000 membres du personnel des établissements d'enseignement subventionnés (communal, provincial, libre) portant ainsi l'effectif global des agents placés sous cette tutelle de 280 000 à 467 000.

b) La deuxième décision a concerné le renforcement du contrôle des absences pour maladie. A cet effet, $\pm$ 250 médecins, non fonctionnaires, répartis sur l'ensemble du territoire et relevant des centres médicaux ont été désignés.

c) Pour l'exécution administrative de ces tâches supplémentaires un effectif de 71 agents administratifs supplémentaires (des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} niveaux) ont été mis à la disposition du SSA.

Controle van de afwezigheid wegens ziekte

a) In de loop van het eerste semester van 1977 zijn er 39 141 controles verricht. In 36 122 gevallen is vastgesteld dat het ziekteverlof medisch verantwoord was. In 2 851 gevallen is er een bevel tot werkhervatting gegeven, waardoor globaal 17 658 dagen afwezigheid wegens ziekte uitgespaard zijn. In 168 gevallen werd de eendaagse afwezigheid wegens ziekte ongegrond bevonden.

b) In de loop van het eerste semester van 1977 werden er 446 279 geneeskundige getuigschriften geboekt tot motivering van een totaal van 3 980 955 dagen afwezigheid wegens ziekte. Voor het eerste semester van 1976 bedroegen de cijfers respectievelijk 453 790 en 3 860 340, hoewel het aantal personen dat onder het medisch toezicht van de AGD staat op 1 januari 1977 van zowat 280 000 in 1976 tot theoretisch 467 000 personen is gestegen.

Die cijfers moeten nochtans omzichtig worden geïnterpreteerd omdat :

— het personeel uit het gesubsidieerd onderwijs slechts geleidelijk onder het toezicht van de AGD is gekomen : thans is de uitvoering van die nieuwe regeling nog aan de gang;

— de statistische basis sedert 1 juli 1976 veranderd is, zodat de cijfers betreffende het eerste semester van 1976 en die van het eerste semester van 1977 niet meer vergelijkbaar zijn;

— de kwantitatieve evolutie van de afwezigheid wegens ziekte in onderheidsdienst verband houdt met de evolutie van de gezondheidstoestand van de bevolking in het algemeen.

c) Nochtans kan worden gesteld dat de verscherping van de controle een doeltreffende rem is geweest, aangezien, ondanks de stijging van het aantal personen dat onder het medisch toezicht van de AGD staat, het aantal bij de AGD ontvangen getuigschriften in het eerste semester van 1977 — in tegenstelling tot het recente verleden — in vergelijking met het eerste semester van 1976 niet is toegenomen, integendeel zelfs lichtjes is gedaald.

Arbeidsgeneeskunde

Er dient nog op te worden gewezen dat het onder artikel 12.01.05.87 uitgetrokken krediet verband houdt met verstrekkingen op het gebied van de arbeidsgeneeskunde, waarin het organiek koninklijk besluit van 25 juli 1969 tot oprichting van de SMRD heeft voorzien.

De uitvoering van dit koninklijk besluit is gepaard gegaan met allerlei moeilijkheden hetgeen aanleiding heeft gegeven tot het oprichten van een werkgroep die belast werd met het onderzoek van het probleem. Deze werkgroep is samengesteld uit ambtenaren van de ministeries van Tewerkstelling en Arbeid en Volksgezondheid en vertegenwoordigers van het gemeenschappelijk syndicaal front.

Gezien het groot aantal voorgestelde wijzigingen werd verkozen over te gaan tot het opstellen van een nieuwe tekst ter vervanging van het koninklijk besluit dd. 25 juli 1969.

Contrôle des absences pour maladie

a) Au cours du 1^{er} semestre 1977, 39 141 missions de contrôle ont été exécutées. Dans 36 122 cas, il a été constaté que le congé de maladie était médicalement justifié. Un ordre de reprise du travail a été délivré dans 2 851 cas portant sur une récupération globale de 17 658 journées d'absence. De plus 168 absences d'un jour n'ont pas été admises.

b) Au cours du 1^{er} semestre 1977, il a été enregistré 446 279 certificats médicaux couvrant des absences pour maladie pour un total de 3 980 955 journées; pour le 1^{er} semestre 1976, les chiffres ont été respectivement de 453 790 et 3 860 340, bien que l'effectif sous tutelle du SSA qui était de $\pm$ 280 000 en 1976 est passé théoriquement à 467 000 agents depuis le 1^{er} janvier 1977.

Ces chiffres doivent toutefois être interprétés avec prudence, en raison :

— du fait que le personnel des établissements d'enseignement subventionnés ne s'est intégré que progressivement à la tutelle du SSA : actuellement cette intégration n'est pas encore complète;

— que les bases statistiques ont été modifiées depuis le 1^{er} juillet 1976, ce qui peut influencer la comparaison des chiffres afférents au 1^{er} semestre 1976 à ceux du 1^{er} semestre 1977;

— qu'enfin l'évolution quantitative des absences pour maladie du secteur public est liée à l'évolution de l'état sanitaire de la population en général;

c) On peut néanmoins affirmer que le renforcement du contrôle a constitué un frein efficace puisque, malgré le renforcement de l'effectif placé sous tutelle, le nombre de certificats enregistrés au cours du premier semestre 1977 n'a pas — contrairement à ce qui s'est passé au cours des dernières années — progressé par rapport au premier semestre 1976, mais a même légèrement fléchi.

Médecine du travail

Enfin, il y a lieu de noter que le crédit inscrit à l'article 12.01.05.87 vise les prestations de médecine du travail prévues par l'arrêté royal du 25 juillet 1969 organique de l'OMSE.

L'exécution de cet arrêté s'est heurtée à de nombreuses difficultés qui ont justifié la constitution d'un groupe de travail chargé d'un réexamen du problème, aux travaux duquel ont été associés des fonctionnaires des administrations des départements de l'Emploi et du Travail et de la Santé publique ainsi que des représentants du front commun syndical.

Vu le nombre de modifications proposées par le groupe de travail, il a été estimé préférable de rédiger un nouveau texte remplaçant l'arrêté royal du 25 juillet 1969, plutôt que de modifier ce dernier.

Als deze tekst definitief zal goedgekeurd zijn, zal de Medisch-Sociale Rijkdienst zijn taak kunnen vervullen.

10. Dringende geneeskundige hulpverlening

De organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening is een ander actueel onderwerp.

Er moet worden herinnerd aan volgende aspecten van die hulp waarvoor het departement van Volksgezondheid verantwoordelijk is :

a) De geneeskundige verzorging daar waar de gezondheidstoestand van een persoon dringende geneeskundige verzorging eist;

b) Het vervoer van die persoon naar een aangepaste ziekenhuisdienst;

c) De onmiddellijke opname en de geneeskundige verzorging in die dienst.

De Minister verklaart dat, in zijn geheel beschouwd, het stelsel van de dringende geneeskundige hulpverlening van de « Dienst 900 » bevredigend werkt.

Het vervoernet is buitengewoon doeltreffend, hoewel het nog kan worden verbeterd.

De organisatie van het dringend vervoer moet gepaard gaan met een echte beroepsopleiding van ambulanciers voor de dringende geneeskundige hulpverlening; die opleiding is, in de huidige omstandigheden, zeer verschillend en sporadisch. Hiervoor zouden normen moeten worden opgelegd. Ontwerpen van koninklijke besluiten tot wijziging van de besluiten waarbij de modaliteiten voor de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening worden bepaald worden momenteel onderzocht.

De Minister overweegt bepalingen met het oog op :

1. De vaststelling van functionele normen met het oog op de erkenning van de diensten voor ambulancewagens voor de dringende geneeskundige hulpverlening;

2. De harmonisering en rationalisering van de beroepsopleiding om een hoger bekwalingsniveau dan het bestaande te bereiken.

11. Oorlogsgetroffenen

Nationaal Werk voor Oudstrijders (NWOS)

Een krediet van 214 300 000 frank is ingeschreven op het artikel 41.23, ten gunste van het Nationaal Werk voor Oudstrijders en Oorlogsgetroffenen. Dit werk komt tussenbeide, zowel op het morele als materiële vlak, ten bate van de oudstrijders, weerstanders, politieke gevangenen, krijgsgevangenen, werkweigerers en weggevoerden van de oorlogen 1914-1918 en 1940-1945 en hun rechthebbenden.

Lorsque ce texte sera approuvé définitivement, l'OMSE pourra effectivement accomplir les missions qui lui incombent dans ce domaine.

10. Aide médicale urgente

L'organisation de l'aide médicale urgente est un autre sujet d'actualité.

Il importe de rappeler que les aspects de cette aide pour lesquels le département de la Santé publique est responsable sont :

a) Les soins médicaux sur les lieux où l'état de santé d'une personne requiert des soins immédiats;

b) Le transport de cette personne vers un service hospitalier adéquat;

c) L'admission immédiate et les soins médicaux dans ce service.

Le Ministre déclare que, dans l'ensemble, le système d'aide urgente du « Service 900 » fonctionne de façon satisfaisante.

Le réseau de transport est particulièrement efficace, quoique perfectible.

L'organisation du transport d'urgence doit aller de pair avec une véritable formation professionnelle d'ambulanciers d'aide médicale urgente; dans les circonstances actuelles, cette formation est très inégale et sporadique. Des mesures normatives s'imposent en cette matière. Des projets d'arrêtés royaux modifiant les arrêtés déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente sont à l'étude.

Le Ministre envisage de prendre des dispositions visant à réaliser :

1. La fixation de normes fonctionnelles en vue de l'agréement des services d'ambulances d'aide médicale urgente;

2. L'harmonisation et la rationalisation de la formation professionnelle en vue d'obtenir un niveau de qualification plus élevé que celui qui existe actuellement.

11. Victimes de la guerre

Œuvre nationale des anciens combattants et victimes de la guerre (ONAC)

Un crédit de 214 300 000 francs est prévu à charge de l'article 41.23, au bénéfice de l'Œuvre nationale des anciens combattants et victimes de la guerre qui intervient, tant moralement que matériellement, en faveur des anciens combattants, résistants, prisonniers politiques, prisonniers de guerre, réfractaires et déportés de la guerre 1914-1918 et de la guerre 1940-1945 et de leurs ayants droit.

Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden (NWOI)

Er werd een toelage van 2 345 000 000 frank ingeschreven op het artikel 41.24, ten gunste van het Nationaal Werk voor de Oorlogsinvaliden.

Dit krediet voorziet inzonderheid een bedrag van 2 092 000 000 frank om het Nationaal Werk toe te laten de geneeskundige en pharmaceutische verzorging alsmede de prothesen te betalen, verstrekt aan de oorlogsinvaliden en de oorlogswaarden van de oorlogen 1914-1918 en 1940-1945.

Zoals voor het begrotingsjaar 1977, werden speciale kredieten toegestaan met het oog op de dekking der kosten die voortvloeien uit :

1. De toepassing van het koninklijk besluit van 15 december 1976 tot vaststelling van de wijze waarop de Staat voorziet in de kosteloze geneeskundige verzorging van de oorlogsinvaliden;

2. Het recht op kosteloze geneeskundige verzorging aan de houders van de Vuurkaart van de oorlog 1914-1918, die aanspraak kunnen maken op de forfaitaire invaliditeitsgraad van 10 pct.;

3. Het recht op kosteloze geneeskundige verzorging aan de krijgsgesvangenen, die de leeftijd van 68 jaar hebben bereikt en eveneens aanspraak kunnen maken op de forfaitaire invaliditeitsgraad van 10 pct.

Een krediet van 108 miljoen frank zal bovendien worden toegestaan om de kosteloze geneeskundige verzorging te verzekeren aan de krijgsgesvangenen die de leeftijd van 66 jaar hebben bereikt, zulks onder voorbehoud van bekrachtiging door de wetgevende Kamers van de maatregelen die voorzien zijn door het Protocol van Akkoord dat op 14 april 1977 door de Ministerraad werd goedgekeurd.

Het geheel der hulpelden, ten bedrage van 2 345 000 000 frank, bevat ondermeer een bedrag van 14 000 000 frank strekkende tot hulpverlening aan de rechthebbende invaliden, een bedrag van 2 000 000 frank, voor de plaatsing van bejaarde invaliden en een bedrag van 1 400 000 frank voor de mindering van de interesten.

12. Centra voor maatschappelijk welzijn

De omvorming van de vroegere commissies van openbare onderstand in openbare centra voor maatschappelijk welzijn zal er onvermijdelijk toe bijdragen dat de tekorten en noden van de hulpbehoevenden in het algemeen beter en grondiger zullen bekend zijn door de plaatselijke overheden.

Deze centra zullen geleidelijk aan over een meer rationeel uitgebouwd en beter gekwalificeerd personeel effectief beschikken om de sociale moeilijkheden van tijdelijke of bestendige aard van onze medeburgers te ontdekken, te onderzoeken en om een passende oplossing na te streven.

Vanzelfsprekend zijn de resultaten van deze omvorming nog niet zo onmiddellijk voelbaar voor de nationale overheid, gelet op de nog jonge activiteit van deze centra, doch alleszins mag men onderstellen, zich steunend op

Œuvre nationale des invalides de guerre (ONIG)

Un crédit de 2 345 000 000 de francs est prévu à charge de l'article 41.24 du budget, en faveur de l'Œuvre nationale des invalides de la guerre.

Ce crédit prévoit notamment un montant de 2 092 000 000 de francs qui doit permettre à l'Œuvre nationale de payer les soins médicaux, pharmaceutiques et de prothèse dispensés aux invalides et orphelins de la guerre 1914-1918 et de la guerre 1940-1945.

Tout comme lors de l'exercice 1977, des crédits spéciaux ont été attribués en vue de couvrir les dépenses résultant :

1. De l'application de l'arrêté royal du 15 décembre 1976 fixant les nouvelles modalités selon lesquelles l'Etat assure la gratuité des soins médicaux;

2. Du droit à la gratuité des soins médicaux aux titulaires de la Carte du feu de la guerre 1914-1918, devenus également titulaires d'une invalidité forfaitaire de 10 p.c.;

3. Du droit à la gratuité des soins médicaux aux prisonniers de guerre ayant atteint l'âge de 68 ans, devenus également titulaires d'une invalidité forfaitaire de 10 p.c.

De plus, sous réserve du vote par les Chambres des mesures prévues au protocole d'accord approuvé par le Conseil des Ministres le 14 avril 1977, un crédit de 108 millions de francs sera alloué en vue d'assurer la gratuité des soins médicaux aux prisonniers de guerre âgés de 66 ans.

La subvention totale de 2 345 000 000 de francs comprend également un montant de 14 000 000 de francs en vue de venir en aide aux ressortissants invalides, un montant de 2 000 000 de francs pour le placement des ressortissants âgés et un montant de 1 400 000 francs pour les remises d'intérêt.

12. Centres d'aide sociale

La conversion des anciennes commissions d'assistance publique en centres publics d'aide sociale contribuera sans aucun doute à mieux informer les autorités locales sur les privations et les besoins de la population indigente.

Au fil du temps ces centres disposeront de structures plus rationnelles et d'effectifs plus qualifiés qui leur permettront de découvrir, d'examiner et de résoudre les problèmes sociaux, tant temporaires que permanents, qu'éprouvent certains de nos concitoyens.

Il va de soi que les résultats de cette conversion ne sont pas encore perceptibles, pour le moment, au niveau du pouvoir central, mais sur la base des constatations faites par nos services compétents, on peut affirmer en tout cas

de bevindingen van onze bevoegde diensten dat inzake de oprichting van nieuwe diensten en de uitvoering van sociaal gerichte initiatieven, de beoogde resultaten op maatschappelijk vlak niet lang meer zullen uitblijven.

13. Gehandicaptenbeleid

Het verbeteren van de zorg voor gehandicapten blijft een permanente bekommernis, daar men de gevoerde politiek telkens opnieuw moet aanpassen aan nieuwe noden en aan nieuwe mogelijkheden.

Op dit ogenblik gaat de aandacht vooral naar de opvang van meerderjarige gehandicapten.

Zeër velen onder hen verblijven nog in psychiatrische instellingen of in andere inrichtingen die niet speciaal op de behoeften van de mentaal gehandicapten afgestemd zijn.

Een oplossing ligt in het oprichten van homes voor volwassen gehandicapten, maar ook de uitbouw van dagcentra is zeer belangrijk.

Zij maken het mogelijk dat het gezin van de gehandicapte de verzorging verder op zich neemt zonder al te zeer gebukt te gaan onder overlast, terwijl de gehandicapte zelf gestimuleerd wordt om optimaal zijn mogelijkheden te realiseren.

Het uitbouwen van een gepaste infrastructuur voor opvang en begeleiding van gehandicapten moet met overleg gebeuren. Een net van voorzieningen dat optimaal aan de behoeften beantwoordt, veronderstelt een oordeelkundige spreiding. Er werd reeds een principiële planning voorzien. Deze moet verder uitgewerkt worden, waarbij men rekening zal houden met kwalitatieve en kwantitatieve normen.

Het accent moet eveneens gelegd worden op de preventie en op de voorlichting van de ouders over de evolutie van het wetenschappelijk onderzoek in het domein van de erfelijkheidsleer.

De enorme vooruitgang van de kennis in dit gebied opent bemoedigende perspectieven voor de preventie van de sterk handicaperende aandoeningen. Indien ter zake een inspanning kan worden geleverd zal een aanzienlijke hoeveelheid menselijk leed worden vermeden, en zou de druk van deze aandoeningen op de rijksfinanciën beduidend kunnen verminderen.

België heeft ter zake een duidelijke beleidsvisie en een in opbouw zijnde infrastructuur met voorbeeldige nationale coördinatie en onderlinge complementariteit van de genetische centra. Dit initiatief, dat, zoals wij niet zonder enige voldoening vaststellen, model staat voor gelijkaardige inspanningen in andere landen, verdient steun en aanmoediging.

14. Bejaardenzorg

De Minister verklaart dat het grondprincipe voor het ganse beleid ten gunste van de derde leeftijd moet zijn : de bejaarde zolang mogelijk in zijn eigen vertrouwde milieu te houden,

que la création de nouveaux services et l'exécution d'initiatives à tendance sociale répondront bientôt à notre attente sur le plan social.

13. Politique en faveur des handicapés

L'amélioration du sort des handicapés reste un souci constant de la part du département, car la politique qui est suivie en cette matière doit être sans cesse adaptée à des besoins nouveaux et à des possibilités nouvelles.

Pour le moment, l'attention se porte principalement sur les handicapés majeurs.

Bon nombre d'entre eux séjournent toujours dans des établissements psychiatriques ou dans d'autres institutions qui ne répondent pas spécialement aux besoins des handicapés mentaux.

Une solution réside dans la création de homes pour handicapés majeurs sans pour autant que les centres de jour puissent être négligés.

Ils permettent à la famille du handicapé de continuer à s'occuper de lui sans trop ployer sous le poids de la charge qu'il représente, tandis que le handicapé lui-même y trouve le stimulant requis pour se réaliser pleinement.

La création d'une infrastructure appropriée pour recueillir et guider les handicapés doit être mûrement réfléchie. Un réseau de dispositifs répondant de façon optimale aux besoins implique cependant une répartition judicieuse. Une programmation de principe a déjà été prévue. Elle doit toutefois être développée en détail, en tenant compte de normes qualitatives et quantitatives.

L'accent doit cependant être mis sur la prévention et sur l'information des parents concernant l'évolution de la recherche dans le domaine de la génétique humaine.

Les progrès énormes et rapides des connaissances dans ce domaine ont d'ores et déjà ouvert des perspectives de prévention des affections qui pèsent lourdement sur la qualité de la vie de notre société. Un effort dans ce domaine, outre les drames humains qu'il pourrait épargner, diminuerait également l'impact que ces affections ont sur nos finances publiques.

La Belgique a en ce domaine une position avancée. Notre infrastructure, telle que nous l'élaborons actuellement, montre une coordination nationale exemplaire, signe de la complémentarité de nos centres de génétique. Cette initiative, qui emporte toute notre adhésion, fait figure de modèle pour les autres pays qui orientent leurs efforts dans ce domaine; elle mérite appui et encouragements.

14. Politique en faveur des personnes âgées

Le Ministre déclare que le principe de base de toute politique en faveur du troisième âge doit être de conserver la personne âgée le plus longtemps possible dans le milieu qui

zijn eigen woning, buurt et gemeente waar hij vaak sinds zijn prille jeugd leeft.

Die oplossing bevat gewoonlijk de bejaarde en tegelijk is ze de minst dure voor de maatschappij zelfs wanneer hiervoor diensten moeten worden opgericht die het die personen mogelijk moeten maken in hun eigen huis te wonen.

Om dit doel te bereiken, moeten een aantal maatregelen worden getroffen waarbij het essentiële als volgt kan worden samengevat :

1. Er moet aan de bejaarde een voldoende persoonlijk inkomen worden gegarandeerd zodat hij in zijn individuele ontplooiing niet wegens financiële redenen wordt gehinderd.

2. De dienst voor verzorging aan huis zal worden ingeschakeld in gevallen waarin ziekenhuisopneming niet strikt noodzakelijk is.

3. Een dienst voor bejaardenhelpsters aangevuld met een dienst voor hulp in de huishouding en een dienst voor thuisbezorging van maaltijden zal sporadisch of permanent worden ingeschakeld.

4. Specifieke woningen voor bejaarden zullen rechtstreeks door het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn worden gebouwd of in samenwerking met plaatselijke of gewestelijke maatschappijen voor de huisvesting.

In elk geval zal de bejaarde voorrang moeten genieten om sociale woningen te betrekken, binnen de grenzen evenwel van de van kracht zijnde regels.

5. De dienstencentra waarvan de oprichting moet worden aangemoedigd, zullen zowel materiële, sociale en hygiënische als culturele en recreatieve diensten verstrekken.

Die centra die al dan niet verbonden zijn met een bejaardentehuis zouden de hoeksteen kunnen uitmaken voor een onontbeerlijke samenwerking tussen de openbare en privé-lichamen die, op welke wijze dan ook, de problemen behartigen van bejaarden die thuis of in een inrichting verblijven.

6. De gezinnen zouden moeten worden geholpen en aangemoedigd om personen van de derde leeftijd in hun mid-den te houden, wat voor hen een materiële en psychologische last betekent.

Uitgaande van de fundamentele idee dat bejaarden zo lang mogelijk in hun gezinskring moeten gehouden worden, zou het bejaardenbeleid niet enkel meer valide bejaarden moeten opnemen maar ook bejaarden die af te rekenen hebben met een handicap of een graad van invaliditeit waardoor ze niet langer alleen kunnen wonen. In die optiek zou het bejaardentehuis een aanvullende verzorgingsinrichting worden voor het ziekenhuis en de thuisverpleging.

Met die evolutie voor ogen, gingen stemmen op in de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd om erop te wijzen dat de wetten van 12 juli 1966 en van 22 maart 1971 niet meer zijn aangepast en om de wijziging ervan te eisen.

est devenu le sien, son habitation, son quartier, sa commune où souvent elle vit depuis son jeune âge.

Cette solution plaît en général à la personne âgée et est en même temps la moins onéreuse pour la société même si elle entraîne la mise sur pied de services destinés à aider ces personnes à vivre dans leur maison.

Afin d'atteindre cet objectif, un certain nombre de mesures doivent être prises dont l'essentiel peut se résumer de la façon suivante :

1. Il convient d'assurer à la personne âgée un revenu personnel suffisant de façon à ce que son épanouissement individuel ne soit pas entravé par des raisons financières.

2. Le service de soins à domicile interviendra dans les cas où l'admission à l'hôpital ne s'imposera pas de façon indispensable.

3. Un service d'aides-seniors, complété d'un service d'aides ménagères et d'un service de distribution de repas à domicile, pourra intervenir de façon sporadique ou permanente.

4. Des logements spécifiques pour personnes âgées seront réalisés soit directement par le Centre public d'aide sociale, soit en collaboration avec les sociétés de logement, qu'elles soient locales ou régionales.

En tout état de cause, la personne âgée devrait bénéficier d'une priorité d'accès aux logements sociaux, dans la limite des règles en vigueur.

5. Les centres de services dont la création doit être encouragée fourniront des prestations, d'un caractère tant matériel, social et hygiénique que culturel et récréatif.

Ces centres, qu'ils soient ou non rattachés à une maison de repos, pourraient être l'élément principal d'une indispensable collaboration entre les organismes publics ou privés qui, à un titre quelconque, prennent en charge les problèmes des personnes âgées, tant sur le plan institutionnel qu'à domicile.

6. Les familles devraient être aidées et encouragées à conserver en leur sein les personnes du troisième âge, ce qui constitue pour elles une charge sur le plan matériel et psychologique.

Partant de l'idée fondamentale que les personnes âgées doivent être maintenues le plus longtemps possible dans leur milieu familial, la maison de repos n'assurerait plus uniquement l'hébergement de personnes âgées valides, mais est appelée à accueillir des personnes âgées atteintes d'un handicap ou d'un degré d'invalidité qui ne leur permet plus de vivre seules. Dans cette perspective, la maison de repos deviendrait une institution de soins complémentaire de l'hôpital et des soins à domicile.

Constatant cette évolution des faits, des voix se sont fait entendre notamment au sein du Conseil supérieur du Troisième Age pour dire que les lois des 12 juillet 1966 et 22 mars 1971 ne sont plus adaptées et pour en réclamer la modification.

Toegegeven moet worden dat de idee van bejaardentehuis heterogene toestanden dekt.

Uit de ervaring blijkt inderdaad dat onder de zowat 1 300 bestaande inrichtingen waarop de wet van 1966 van toepassing is, er grote verschillen bestaan.

Men treft homes of bejaardentehuizen aan van het traditionele type dat verwant is met het vroegere oude-mannen-huis, logement in de aard van het « gezinspension », moderne vormen van verblijven in tehuizen of seniories of nog tehuizen voor chronisch of ongeneeslijk zieken, waarvan men geneigd is ze als « rust- en verplegingstehuizen » aan te duiden.

Die verscheidenheid in de inrichtingen is aan de wetgever evenwel niet onopgemerkt voorbijgegaan; het volstaat artikel 1 van de wet aandachtig te herlezen om te merken dat het toepassingsgebied ervan zich niet beperkt tot de tehuizen voor valide bejaarden.

De bedoeling van de wet is alle homes of tehuizen waar bejaarden zijn opgenomen en waar huishoudelijke en gezinsdiensten worden verstrekt, te onderwerpen aan de erkenning en het toezicht van het departement.

Medische, verpleegkundige en paramedische verzorging voor diezelfde personen, moet normaal thuis worden verstrekt, d.i. in het tehuis, door de door de patiënt gekozen geneesheren, verplegers en ander paramedisch personeel, ofwel in een aangepaste verplegingsinrichting, met inbegrip van de afdelingen R en V.

Zelfs met de huidige tendens om van de rust- en verplegingstehuizen een complementaire inrichting van het ziekenhuis te maken, is het in geen enkel opzicht noodzakelijk om de wetten van 1966 en 1971 op de bejaardentehuizen te wijzigen.

Het is trouwens in die geest dat artikel 5 van het project 85 werd uitgewerkt, dat een betere aanpassing van sommige structuren van de geneeskundige verzorging beoogde.

De voorgestelde tekst wil onder bepaalde voorwaarden de diensten voor thuisverzorging en de erkende bejaardentehuizen onderbrengen in de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het is dringend noodzakelijk formules te zoeken die een oplossing zouden bieden voor de problemen die zich voordoen in de afdelingen voor de opname van gebrekkige invaliden en senielen.

De idee die in het voormelde ontwerp naar voren werd gebracht is wettelijk de mogelijkheid te voorzien dat wordt bijgedragen in de exploitatiekosten die voortspruiten uit de hulp en verpleging die aan invalide bejaarden wordt verstrekt.

Momenteel bestaan er sommige terugbetalingsvormen van medische, paramedische en verplegingskosten waarbij dezelfde principes als die welke gelden voor de thuisverpleging worden toegepast. Ze zijn echter alles behalve volledig en onderstrepen des te meer de ongelijke financiële middelen die worden ingezet om de gezondheid te vrijwaren van de

Il faut bien admettre que le concept de maison de retraite couvre des situations hétérogènes.

L'expérience démontre en effet que parmi les quelque 1 300 établissements auxquels s'applique la loi de 1966, il existe de grandes différences.

On trouve des homes ou maisons de retraite du type traditionnel de l'ancien hospice, des hôtelleries du style « pension de famille », des maisons de caractère plus moderne comme des logements-foyers ou des résidences seniories ou encore des maisons pour chroniques et incurables, que l'on a tendance à appeler à l'heure actuelle « maisons de repos et de soins ».

Cette variété d'établissements n'a toutefois pas échappé au législateur de 1966; il suffit, pour s'en convaincre, de relire attentivement l'article premier de la loi qui ne limite pas son champ d'application aux maisons pour valides.

Le but de la loi est de soumettre à l'agrément et au contrôle du département tous les homes ou maisons où sont logées des personnes âgées, avec fourniture de services ménagers et familiaux.

Quant à la dispensation des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux à ces mêmes personnes, elle doit normalement être assurée soit à domicile, c'est-à-dire dans le home, par les médecins, les infirmiers et autres paramédicaux choisis par le patient, soit dans un établissement de soins approprié, en ce compris les sections R et V.

Même si la tendance actuelle est de faire de la maison de repos et de soins une institution complémentaire de l'hôpital, il n'est nullement nécessaire de modifier les lois de 1966 et 1971 sur les maisons de repos.

C'est d'ailleurs dans cet esprit que fut élaboré l'article 5 du projet 85 tendant à une meilleure adaptation de certaines structures de soins de santé.

Le texte proposé introduit, sous certaines conditions, les services de soins à domicile et les maisons de repos agréées dans la législation relative à l'assurance maladie-invalidité.

Il est urgent de rechercher les formules qui procureraient une solution aux problèmes que posent les sections d'hébergement réservées aux invalides impotents et séniles mentaux.

L'idée avancée dans le projet précité est de prévoir légalement la possibilité d'une intervention dans les frais d'exploitation occasionnés par l'aide et les soins octroyés aux personnes âgées invalides.

Il existe actuellement certaines formes de remboursement de frais médicaux, paramédicaux et de soins basés sur les principes en vigueur pour les soins à domicile. Malheureusement, ils sont incomplets et ne font que souligner l'inégalité des moyens financiers mis en œuvre pour sauvegarder la santé des personnes selon qu'elles sont hébergées dans un

personen die in een ziekenhuis zijn opgenomen of in het bejaardentehuis verblijven terwijl de ernst van de handicap vrijwel dezelfde is.

Een tegemoetkoming in de werkingskosten van de rust- en verzorgingstehuizen zou een belangrijk aantal ziekenhuisbedden kunnen vrijmaken die door invalide bejaarden worden bezet.

Die bejaarden zouden dan in het bejaardentehuis een milieu vinden dat beter is aangepast aan hun toestand en ongetwijfeld zouden de diensten en verstrekkingen die ze er krijgen duidelijk goedkoper zijn.

Om die toestand te verhelpen, kunnen twee eerder pragmatische formules worden overwogen. Er kan worden gekozen tussen de toekenning van een daguitkering in geval van opneming van patiënten en de tegemoetkoming in de loonkosten die voortkomen uit de tewerkstelling van bijkomend geschoold personeel.

Het gaat er in elk geval niet om, nieuwe en bijkomende uitgaven te creëren maar wel naar een betere verdeling van de staatsgelden te streven.

Het is ook een vaststaand feit dat dit beleid aan een aantal eisen zal worden onderworpen.

Inderdaad, indien men de uitgaven van de gemeenschap maximaal wil laten renderen, zal de financiële tegemoetkoming alleen kunnen worden toegekend aan die inrichtingen die gesitueerd zijn in het raam van een planning en die beantwoorden aan welbepaalde normen die specifiek zijn voor de rust- en verplegingstehuizen.

**

Indien het voor iedereen duidelijk is dat een bejaarde in omstandigheden kan komen waarbij de opvang in een tehuis of een verzorgingsinstelling noodzakelijk wordt, dan is het zeker evident dat de gemeenschap tot taak heeft externe diensten te voorzien die het mogelijk maken dat ieder zo lang mogelijk zelfstandig blijft.

De OCMW's kunnen in dit verband een belangrijke rol spelen maar ook andere diensten.

Om tegemoet te komen aan de behoeften van integratie in hun leefmilieu zou de oprichting van dienstencentra voor bejaarden een nuttig instrument zijn.

In afspraak met bestaande diensten in het welzijnswerk zal het dienstencentrum in haar eigen lokalen (hygiëneruimte, maaltijden) maar ook ten huize van bejaarden (bejaardenhulp, huishoudelijke hulp, maaltijden aan huis) diensten leveren en tegelijkertijd als ontmoetingsmogelijkheid voor bejaarden functioneren (polyvalente ruimte).

De functie van het dienstencentrum moet dus ruimer opgevat worden dan de klassieke gezondheids- en verzorgingsproblemen. Sociaal-cultureel opbouwwerk voor bejaarden kan vanuit het dienstencentrum waargemaakt worden.

hôpital ou dans une maison de repos, alors que très souvent le degré du handicap est pratiquement le même.

Une intervention dans les frais de fonctionnement accordée aux maisons de repos et de soins devrait permettre de libérer un nombre important de lits d'hôpitaux occupés par des personnes âgées invalides.

Celles-ci trouveraient un milieu de vie plus adapté à leur situation dans une maison de repos et les services et les soins dont elles bénéficieraient seraient, sans aucun doute, moins coûteux.

Pour porter remède à cette situation, deux formules assez pragmatiques peuvent être envisagées. Le choix existe entre l'octroi d'un forfait journalier en cas d'hébergement et l'intervention dans les charges salariales résultant de l'occupation de personnel qualifié supplémentaire.

En tout cas, il ne s'agit pas de créer des dépenses nouvelles et supplémentaires, mais bien d'imaginer une meilleure répartition des deniers de l'Etat.

Il est bien certain que cette politique devrait être soumise à un certain nombre d'impératifs.

En effet, si l'on veut rentabiliser au maximum les dépenses de la collectivité, l'intervention financière ne pourra être consentie qu'aux établissements qui se situeront dans le cadre d'une planification et qui répondront à des normes bien précises spécifiques aux maisons de repos et de soins.

**

S'il ne fait pas le moindre doute qu'une personne âgée peut se trouver dans une situation qui rend inévitable le placement dans un home ou dans un établissement de soins, il est tout aussi évident que la société se doit de créer des services externes permettant aux personnes âgées de conserver leur indépendance aussi longtemps que possible.

Les CPAS et d'autres services actifs dans ce contexte peuvent jouer un rôle important à cet égard.

La création de centres de services pour les personnes âgées fournirait un instrument utile pour répondre à leur besoin d'intégration dans leur milieu normal.

En collaboration avec les services existants dans le secteur de l'aide sociale, le centre sera actif dans ses propres locaux (repas) mais aussi au domicile des personnes âgées (services ménagers et familiaux et distribution de repas); le centre fonctionnera également en tant que lieu de rencontre pour les personnes âgées (espace polyvalent).

La fonction du centre de services comprend dès lors un éventail de programmes beaucoup plus large que les problèmes classiques de santé et de soins. Des initiatives socio-culturelles au bénéfice des personnes âgées pourront être prises et réalisées par le centre.

De Hoge Raad voor de Derde Leeftijd heeft in zijn advies (1976) over de dienstencentra voor bejaarden een zelfde visie ontwikkeld.

Bij alles wat uitgewerkt wordt ten gunste van de bejaarden moeten we ons wel goed blijven realiseren dat ieder mens gelukkigst is in zijn eigen natuurlijke omgeving.

Het bejaardenbeleid moet er dus op gericht zijn deze « omgeving », nl. het gezin, de familie, de buurt, te helpen, zodat ze de bejaarden in hun kring kunnen behouden.

15. Gezinsbeleid

Precies omdat het gezin zijn eigenheid heeft die evolueert in de tijd en in het maatschappelijke verband, maar steeds een fundamentele opdracht behoudt, is het uitstippelen van de adequate gezinspolitiek een ernstige en ruime opgave.

Immers hebben quasi alle beleidsmaatregelen een impact op de gezinnen; de indeling in departementale bevoegdheden is een noodzakelijke werkmethode die echter het uiteindelijk doel, nl. het welzijn van elke mens, niet uit het oog kan verliezen. Daarom werd een interdepartementale werkgroep voor het gezinsbeleid opgericht die als stimulerend en coördinerend orgaan funktioneert.

Verkeersveiligheid voor het kind en voor de bejaarde, adoptie, jeugdbescherming, consumentenbelangen, huisvesting zijn onder meer uitzichten die in genoemde commissie aan bod komen.

De adviezen uitgebracht door de Hoge Raad voor het Gezin en door de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd alsmede de studies ondernomen door het Centrum voor Gezins- en Bevolkingsstudies zijn inspirerend voor het gezinsbeleid.

Ouders zijn de eerste opvoeders van hun kinderen, alhoewel zij op die taak weinig of niet zijn voorbereid.

Om de onzekerheid die vele jonge mensen hebben ten overstaan van hun opvoedingstaak te verhelpen werd het initiatief genomen, aan alle ouders van jonge kinderen een brevencyclus te bezorgen.

Voor de praktische opstelling van deze brevencyclus hebben de Bond van Grote en Jonge Gezinnen voor het Nederlandstalig landsgedeelte en de Ligue des Familles voor het Franstalig landsgedeelte zich ingezet onder de bescherming en met toelagen van het departement. Het Internationaal Jaar van het Kind 1979 is het moment waarop de verspreiding van deze brieven kan starten.

Zij zullen de ouders vanaf de geboorte van hun kind begeleiden in hun opvoedingstaak: de rol van de moeder, van de vader, van de bredere familie; het belang van het spel en speelgenoten, een stimulerende omgeving; angst bij het kind; de komst van een nieuwe baby; kinderopvang; veiligheid in huis en in het verkeer en andere aspecten zullen aan bod komen.

Le Conseil supérieur du Troisième Age a adopté une optique similaire dans son avis (1976) sur les centres de services.

Toutes les initiatives prises en faveur des personnes âgées ne peuvent nous faire perdre de vue que pour tout être humain le bonheur se trouve avant tout dans son milieu familial.

La politique en faveur des personnes âgées aura dès lors pour objectif d'aider et d'encourager ce « milieu », c'est-à-dire la famille, le voisinage, à maintenir les personnes du troisième âge dans leur environnement propre.

15. Politique familiale

Précisément parce que la famille possède une identité propre évoluant dans le temps et dans le cadre de la société, tout en conservant une mission fondamentale, l'élaboration d'une politique familiale adéquate demeure une tâche importante et complexe.

Pratiquement toutes les décisions politiques affectent les familles. La délimitation des attributions de chaque département est une méthode de travail qui s'impose, bien que nous ne devons jamais perdre de vue l'objectif final, notamment le bien-être de tout être humain. C'est la raison pour laquelle un groupe de travail interdépartemental compétent en matière de politique familiale a été institué qui devra mener une action stimulante et coordonnatrice.

La sécurité routière pour l'enfant et les personnes âgées, l'adoption, la protection de la jeunesse, les intérêts des consommateurs, le logement constituent autant de problèmes que la commission devra aborder.

La politique familiale devra en outre s'inspirer des avis émis par le Conseil supérieur de la Famille et le Conseil supérieur du Troisième Age, ainsi que des études entreprises par le Centre d'étude de la Population et de la Famille.

Les parents sont les premiers éducateurs de leurs enfants, encore qu'ils soient peu ou pas préparés à cette tâche.

Pour remédier à l'incertitude qu'éprouvent bon nombre de jeunes parents, une initiative a été prise pour la diffusion de « fiches pour parents ».

Sous le patronage et moyennant des subsides du département, la composition pratique de ces fiches est confiée à la Ligue des Familles pour la région francophone et au « Bond van de Grote en Jonge Gezinnen » pour la partie néerlandophone du pays. La diffusion de ces fiches sera entamée pour l'Année internationale de l'Enfant en 1979.

Ces fiches aideront les parents dans leur rôle éducatif dès la naissance d'un enfant: le rôle de la mère, du père, de la famille, l'importance des jeux et du choix des compagnons, un entourage stimulant, anxiété de l'enfant, arrivée d'un second bébé, garde d'enfants, sécurité à la maison et pour la circulation routière et autres aspects y seront traités.

Op een colloquium van de Europese Ministers voor het Gezinsbeleid te Bonn (september 1977) werd eveneens de opvoedingstaak van de ouders in de kijker gesteld.

De geplande brevencyclus wil ertoe bijdragen om de ouders het zelfvertrouwen te bezorgen dat nodig is om hun kinderen een basis tot evenwichtige ontplooiing te geven.

16. Kinderopvang

Ingaande op het advies van de Hoge Raad voor het Gezin inzake kinderopvang om « centra voor het jonge kind » op te richten, verklaart de Minister dat zijn diensten momenteel de mogelijkheid onderzoeken om zulke centra operationeel te maken. Op dit ogenblik bestaan immers kribben, peuterspeelruimten, diensten voor onthaalmoeders en privé kinderbewakers die niet alleen over de gewesten ongelijk gespreid zijn en aan ouders niet de keuze laten die voor hun kind het meest geschikt is, maar die ook los naast elkaar bestaan en dus geen geheel van dienstverlening voor de jonge gezinnen bieden.

De centra voor het jonge kind komen aan deze bekommernissen tegemoet :

— Enerzijds kan aan de reële behoeften van gezinnen met jonge kinderen voldaan worden omdat ook deeltijdse en occasionele opvang mogelijk is in het kader van zulk een centrum. Voor noodgevallen en voor het zieke kind kan het centrum eveneens een oplossing bieden omdat het een waaier van diensten heeft in haar eigen schoot.

— Anderzijds wordt de organisatie van de kinderopvang in een bepaalde regio gecoördineerd; de begeleiding van de verschillende personeelsleden, intra en extra muros, alsook de contacten met de ouders zullen beter dan nu kunnen waargemaakt worden.

De kinderopvangmogelijkheden moeten ruim uitgebouwd worden, doch de fundamentele opdracht en verantwoordelijkheid van de ouders en van het eigen gezin blijven bestaan.

17. Nationaal Werk voor Kinderwelzijn

Het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn, opgericht in 1919, heeft in het kader van de moederschaps- en kindverzorgingsloofwaardige prestaties geleverd; de evolutie noopt tot nieuwe impulsen.

In de sector prenatale raadplegingen neemt het aantal consultaties reeds verschillende jaren af, deels tengevolge van het dalende geboortecijfer.

Ook de activiteit van de kolonies voor debiele kinderen neemt steeds af.

Dit zijn de redenen waarom het bestuur van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn een evaluatie opmaakt van deze sector en voorstellen zal doen voor een vernieuwde politiek.

Le colloque des Ministres européens pour la Famille à Bonn (septembre 1977) a également mis l'accent sur le rôle éducatif des parents.

La diffusion des fiches contribuera à procurer aux parents cette confiance en eux-mêmes qui est nécessaire pour qu'ils puissent donner à leurs enfants une base d'épanouissement équilibré.

16. Accueil de l'enfant

Le Ministre déclare que, compte tenu de l'avis du Conseil supérieur de la Famille tendant à créer des « centres d'accueil pour le jeune enfant », ses services examinent actuellement la possibilité de rendre lesdits centres opérationnels. Les crèches, sections pré-gardiennes, services de gardiennes d'enfants à domicile et les gardiennes privées qui existent dans les départements sont non seulement mal répartis, offrant ainsi aux parents des possibilités très réduites lorsqu'il s'agit de choisir la solution la plus appropriée pour leur enfant, mais constituent en outre des entités autonomes qui ne sont pas en mesure d'assurer aux jeunes familles un ensemble de services cohérent et complet.

Les centres d'accueil pour le jeune enfant tentent de remédier :

— D'une part, en assurant un accueil partiel et occasionnel qui répond aux besoins des familles ayant de jeunes enfants. Le centre peut également assurer l'accueil en cas d'urgence et d'enfants malades, grâce au large éventail des services qu'il comprend.

— D'autre part, en coordonnant l'organisation de l'accueil d'enfants dans certaines régions; la guidance du personnel — intramurale et extramurale — exercée par le personnel ainsi que les contacts avec les parents seront améliorés.

A l'avenir les possibilités d'accueil d'enfants devront être largement développées sans toutefois porter atteinte à la mission fondamentale des parents et à la responsabilité qui leur incombe.

17. Œuvre nationale de l'Enfance

Les réalisations de l'Œuvre nationale de l'Enfance, créée en 1919 dans le cadre de la protection de la santé de la mère et de l'enfant, sont impressionnantes; l'évolution appelle toutefois des impulsions nouvelles.

Le nombre de consultations prénatales est en régression depuis plusieurs années déjà, en partie à cause de la baisse de la natalité.

Le ralentissement des activités des colonies pour enfants débiles se poursuit inlassablement.

Voilà les raisons pour lesquelles l'Œuvre nationale de l'Enfance dresse l'inventaire de ce secteur; l'Œuvre fera des propositions en vue de l'élaboration d'une politique nouvelle.

De sector van de kinderopvang is sinds de jongste jaren uitgegroeid tot een belangrijk werkterrein van het NWK :

In 1970 telde men :

83 kinderdagverblijven;

181 peutertuinen.

In 1975 telde men :

171 kinderdagverblijven met een capaciteit van 8 522 bedden;

301 peutertuinen met een capaciteit van 6 020 bedden.

In het licht van de voorgenomen centra voor het jonge kind zal de taak van het NWK zich op een andere wijze definiëren om in deze nieuwe visie te kunnen inpassen.

III. ALGEMENE BESPREKING

VOORAFGAANDE BESCHOUWING

Vooraleer de bespreking aan te vatten drukt de Voorzitter van de Commissie de wens uit dat alle vormen van Volksgezondheid onder de uitsluitende bevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid zouden vallen. Hij denkt hierbij aan : preventieve geneeskunde, arbeidsgeneeskunde, gehandicaptenzorg, PMS-centra, enz.

1. Ziekenhuisbeleid

In deze problematiek, waaraan uw commissie een ongevoorn opvallende aandacht heeft geschonken, zijn talrijke en zeer gevarieerde vraagstukken ter sprake gekomen.

- A. De aanzienlijke stijging van de kredieten.
- B. Deficits van openbare ziekenhuizen.
- C. Planning van universitaire ziekenhuizen.
- D. Bevoegdheid van de programmatiecommissies.
- E. Bejaarde zieken in V-afdeling.
- F. Hospitalisatiekosten van chronische zieken.

G. De previsionele ligdagprijs.

A. De aanzienlijke stijging van de kredieten

A. Een lid van de Commissie toont zich bezorgd over het feit dat de kredieten voor ziekenhuisbeleid verdubbeld zijn de laatste vijf jaar. Hij vraagt hoe die stijging uit te leggen is.

ANTWOORD

Wat de ligdagprijs betreft, zijn er verschillende factoren die een aanzienlijke stijging van de uitgaven hebben medegebracht.

Le secteur de l'accueil des enfants est devenu au cours des dernières années un secteur d'activité important pour l'ONE :

En 1970 il y avait :

83 crèches;

181 sections préguardiennes.

En 1975 il y avait :

171 crèches avec une capacité de 8 522 lits;

301 sections préguardiennes avec une capacité de 6 020 lits.

Eu égard à la création proposée de centres d'accueil pour les jeunes enfants, les tâches de l'ONE devront être redéfinies.

III. DISCUSSION GENERALE

CONSIDERATION PRELIMINAIRE

Avant d'entamer la discussion, le Président de la Commission exprime le souhait que tous les aspects de la santé publique soient confiés à la compétence exclusive du Ministre de la Santé publique. Il songe plus précisément à la médecine préventive, à la médecine du travail, aux handicapés, aux centres P.M.S., etc.

1. Gestion des hôpitaux

Cette matière, à laquelle votre Commission a consacré une attention particulièrement vive, a donné lieu à l'examen de problèmes très nombreux et très divers.

- A. L'augmentation considérable des crédits.
- B. Les déficits des hôpitaux publics.
- C. La planification des hôpitaux universitaires.
- D. Les compétences des commissions de programmation.
- E. Les malades âgés en section V.
- F. Les frais d'hospitalisation des personnes atteintes de maladies chroniques.
- G. Le prix prévisionnel de la journée d'entretien.

A. L'augmentation considérable des crédits

A. Un membre de la Commission s'est dit très préoccupé par le fait que les crédits de politique hospitalière ont doublé au cours des cinq dernières années. Il aimerait savoir comment s'explique cette augmentation.

REPONSE

En ce qui concerne le prix de la journée d'hospitalisation, l'augmentation considérable des dépenses est due à divers facteurs.

Er kunnen in die optiek onder meer volgende punten aangestipt worden :

1. Stijging van de loonlasten;
2. Verhoging ingevolge de indexatie, vooral in 1974 en 1975 (64 pct.);
3. Stijging van het aantal ligdagen rekening houdend met de aangroei van het aantal bedden voor acute zieken, alsmede van het inschakelen van de gesloten psychiatrische sector;
4. Het uitbreiden van de universitaire ziekenhuizen met een hoge ligdagprijs;
5. Stijging van andere lasten die niet altijd opgevangen worden door de indexatie, bijvoorbeeld mazout, financiële lasten, enz.

Om deze inflatie te remmen werden er verschillende maatregelen getroffen :

1. Het in voege brengen van het systeem van de provisionele prijs met definitief karakter;
2. Het invoeren van maximumbedragen; deze maximumbedragen zijn respectievelijk 1 966,68 frank, 2 557,03 frank en 3 409,77 frank voor gewone ziekenhuizen, ziekenhuizen met bijzondere bekwaamheid en universitaire ziekenhuizen (waarde 1976);
3. Het neerleggen van het wetsontwerp 85 dat tot doel heeft :
 - a) Het aantal universitaire bedden te « bevriezen »;
 - b) Het remmen van nieuwbouw met verhoging van capaciteit;
 - c) Het mogelijk maken van een tegemoetkoming voor zorgen verstrekt in een rustoord en ten huize, ten einde de ziekenhuissector te ontlasten.

**

B. Een ander lid van de Commissie stelt twee preciese vragen over de verhouding tussen de deficits in openbare en in privé-ziekenhuizen.

1. Deficit van de openbare ziekenhuizen.
 - Welke is de provisionele prijs voor 1978 ?
 - Hoeveel ziekenhuizen zijn er in 1976 deficitair ?
 - Hoe groot is dat deficit ?

Het principe van het ten laste leggen van de gemeenten is goed voor de gemeente waar het ziekenhuis gelegen is, maar minder aanvaardbaar voor de andere gemeenten die geen inspraak hebben in het beheer van het hospitaal.

2. De privé-ziekenhuizen hebben over het algemeen geen deficit, dit brengt mee dat sommige gemeenten hun inwoners en geneesheren aansporen om de zieken naar privé-ziekenhuizen te sturen.

Dans cet ordre d'idées, on peut notamment citer les éléments suivants :

1. Augmentation des charges salariales;
2. Augmentation en raison de l'indexation, surtout en 1974 et en 1975 (64 p.c.);
3. Augmentation du nombre de jours d'hospitalisation, compte tenu du nombre plus élevé de lits pour cas urgents ainsi que de l'intégration du secteur psychiatrique fermé;
4. Extension des hôpitaux universitaires à prix élevé de la journée d'entretien;
5. Augmentation d'autres charges qui ne sont pas toujours couvertes par l'indexation; par exemple : mazout, charges financières, etc.

Diverses mesures ont été prises pour freiner cette inflation :

1. L'instauration du système du prix prévisionnel à caractère définitif;
2. L'instauration des montants maxima; ceux-ci sont respectivement de 1 966,68 francs, 2 557,03 francs et 3 409,77 francs pour les hôpitaux ordinaires, les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux universitaires (valeur 1976);
3. Le dépôt du projet de loi n° 85 visant :
 - a) A « geler » le nombre de lits universitaires;
 - b) A freiner les constructions nouvelles tout en augmentant la capacité;
 - c) A permettre une intervention pour soins dispensés dans une maison de repos et à domicile, afin de soulager le secteur hospitalier.

**

B. Un autre membre de la Commission pose deux questions précises au sujet des deficits respectifs des hôpitaux publics et privés.

1. Déficit des hôpitaux publics.
 - Quel est le prix provisionnel pour 1978 ?
 - Combien y a-t-il eu d'hôpitaux en déficit en 1976 ?
 - Quelle est l'importance de ce déficit ?

Le principe de la mise à charge des communes est bon pour la commune où est situé l'hôpital, mais moins acceptable pour les autres communes, qui ne peuvent participer à la gestion de l'hôpital.

2. Les hôpitaux privés ne sont généralement pas déficitaires, de sorte que certaines communes encouragent leurs habitants et les médecins à envoyer les malades dans des hôpitaux privés.

ANTWOORD

1. Deficit van de openbare ziekenhuizen.

— De aanvragen tot het bekomen van provisionele prijzen voor 1978 worden momenteel door de administratie onderzocht en de resultaten zijn derhalve nog niet gekend.

— Het onderzoek van de exploitatietekorten 1976 is nog niet afgelopen, zodat het aantal deficitaire ziekenhuizen nog niet kan worden opgegeven. Op een aantal van 54 onderzochte zijn er 26 waarvoor een definitief tekort werd vastgesteld. Voor deze 26 ziekenhuizen belooft het tekort samen 275 281 831 frank (gemiddeld : 10 miljoen per geval).

— Het is niet volledig juist dat de gemeenten die moeten tussenkomen in het deficit van openbare ziekenhuizen geen enkele vorm van inspraak in het beheer van het ziekenhuis hebben. De huidige reglementering voorziet dat elke gemeente met een aantal van minimum 10 pct. van het globale aantal opnamen in een bepaald ziekenhuis, het recht heeft om een afgevaardigde van het OCMW aan te duiden, die met raadgevende stem de vergadering van het beheersorgaan kan bijwonen. In de toekomstige programmawet wordt deze maatregel versterkt door het vervangen van een afgevaardigde van de Commissie door een lid van de gemeenteraad.

2. Blijkens een nazicht van de door de ziekenhuizen in 1976 geboekte resultaten zijn er ook in de privé-sector een aantal ziekenhuizen, die voor het geheel van hun exploitatietekorten soms zeer aanzienlijke tekorten hebben geboekt.

Het feit dat de gemeenten in de deficits van de openbare, maar niet in deze van de privé-ziekenhuizen moeten tussenkomen, brengt naar mijn weten niet mee, dat sommige gemeenten hun inwoners en geneesheren aansporen om de zieken naar de privé-ziekenhuizen te sturen. De desbetreffende vrees van het lid lijkt ongegrond.

B. Deficit openbare ziekenhuizen

In verband met dezelfde problematiek vraagt een lid van de Commissie of het niet mogelijk zou zijn bij de betekening van het gedeelte van het deficit der openbare ziekenhuizen te dragen door de gemeenten, meer uitleg te verstrekken.

Kunnen de gemeenten niet tenminste worden ingelicht over de gemeenten die adviserende stem verkrijgen ?

ANTWOORD

De inhoud van de exploitatietekorten wordt vastgelegd in een technisch verslag, uitgaande van de analyse der balansgegevens en der verlies- en winstrekeningen van de ziekenhuizen. Het is praktisch niet realiseerbaar, elke gemeente die een aandeel in de tekorten moet dragen, in kennis te stellen van de inhoud van deze verslagen.

In de ministeriële besluiten, houdende de verdeling van de vastgestelde exploitatietekorten, worden onder de kolom opmerkingen de gemeenten aangeduid waarvan de OCMW's een afgevaardigde met raadgevende stem mogen aanstellen.

REPONSE

1. Déficit des hôpitaux publics.

— Les demandes tendant à obtenir des prix provisionnels pour 1978 sont actuellement examinées par l'administration et les résultats de cet examen ne sont donc pas encore connus.

— L'examen des déficits d'exploitation pour 1976 n'est pas encore terminé et, par conséquent, il est impossible d'indiquer déjà le nombre d'hôpitaux déficitaires. On a constaté un déficit définitif pour 26 des 54 hôpitaux examinés. Il s'agit d'un déficit global de 275 281 831 francs (en moyenne 10 millions par hôpital).

— Il n'est pas tout à fait exact que les communes qui doivent intervenir dans le déficit des hôpitaux publics ne puissent participer de quelque manière que ce soit à la gestion des hôpitaux. La réglementation en vigueur prévoit que chaque commune comptant au moins 10 p.c. du nombre global de personnes admises dans un hôpital déterminé a le droit de désigner un délégué du CPAS, qui pourra assister avec voix consultative aux réunions de l'organe de gestion. La future loi-programme maintient cette mesure en remplaçant le délégué du CPAS par un membre du conseil communal.

2. Il ressort d'un contrôle des résultats enregistrés par les hôpitaux en 1976 qu'il en est également un certain nombre dans le secteur privé qui ont accusé des déficits, parfois très importants, pour l'ensemble de leur exploitation.

Le fait que les communes doivent intervenir dans les déficits des hôpitaux publics mais non dans ceux des hôpitaux privés, n'a pas comme conséquence, pour autant que je sache, que certaines communes incitent leurs habitants et les médecins à envoyer les malades dans les hôpitaux privés. Les craintes de l'honorable membre paraissent injustifiées à cet égard.

B. Déficit des hôpitaux publics

Toujours à propos des mêmes problèmes, un membre demande s'il ne serait pas possible de donner de plus amples explications lors de la notification de la part du déficit des hôpitaux publics à supporter par les communes.

Ne pourrait-on, tout au moins, faire savoir aux communes quelles sont celles d'entre elles qui auront voix consultative ?

REPONSE

Les éléments des déficits d'exploitation sont consignés dans un rapport technique fondé sur l'analyse des bilans et des comptes de profits et pertes des hôpitaux. Il est pratiquement impossible de porter le contenu de ce rapport à la connaissance de chaque commune ayant à supporter une part des déficits.

Les arrêtés ministériels répartissant les déficits d'exploitation constatés indiquent, dans la colonne des remarques, les communes dont les CPAS peuvent désigner un délégué ayant voix consultative. Ces arrêtés ministériels sont portés à la

Deze ministeriële besluiten worden ter kennis gebracht van al de gemeenten, die in de exploitatietekorten moeten tussen komen. Bovendien worden de betrokkenen, bij afzonderlijk schrijven, van de mogelijkheid tot aanstelling van een lid met raadgevende stem verwittigd.

C. *Planning van universitaire ziekenhuizen*

Een commissielid stelt de volgende vragen :

1. Planning van de academische ziekenhuizen.

Het wetsontwerp nr. 85 (Kamer) heeft het aantal universitaire bedden geblokkeerd. Zal er rekening worden gehouden met het advies van de Gewestelijke Commissie voor ziekenhuisprogrammatie, volgens hetwelk niet het bevolkingscijfer van de 19 gemeenten in aanmerking moet worden genomen, maar wel het feit dat die ziekenhuizen ook inwoners van buiten dit gewest verzorgen ?

2. Zware medische apparatuur.

De Minister heeft medegedeeld dat toestemming is verleend om 21 scanners te installeren.

Hoeveel zulke toestellen heeft het Brusselse gewest en in welke inrichtingen werden ze geïnstalleerd of gepland ?

In verband met de andere zware apparatuur werden dezelfde inlichtingen gevraagd, inzonderheid wat betreft de verdeling in het Brusselse gewest over de academische en de andere ziekenhuizen en over de openbare en de particuliere ziekenhuizen.

3. Is het waar dat soms toestemming voor scanners is verleend aan artsen in plaats van aan ziekenhuizen ?

ANTWOORD

1. Het wetsontwerp nr. 85 voorziet niet in een eigenlijke blokkering van het aantal bedden in academische ziekenhuizen; het gaat veeleer om een « bevrozing » van het aantal bedden in afwachting dat de programmacriteria worden vastgesteld overeenkomstig het advies van de Nationale Commissie voor de ziekenhuisprogrammatie. Het ligt voor de hand dat die criteria zullen worden vastgesteld met inachtneming van een samenstel van parameters, o.m. het aantrekkingsgebied van de academische ziekenhuizen. Het advies van de Nationale Programmatiecommissie mag binnen vrij korte termijn worden verwacht.

2. Wat de zware medische apparatuur betreft, heeft de Brusselse Commissie uitsluitend gesproken over de scanners waarvoor een programmatiebesluit is genomen. De toestand in het Brussels gewest is nu als volgt :

— Toestellen in gebruik :

Algemene kliniek St.-Jan : 1 Delta-scanner Siemens;
 Instituut Bordet : 1 Delta-scanner Siemens;
 Cerascan : 1 Delta-scanner Siemens;
 St.-Etienne : 1 Acta-scanner CGR;

connaissance de toutes les communes devant intervenir dans les déficits d'exploitation. En outre, les autorités intéressées sont averties, par pli séparé, de la possibilité de désigner un membre ayant voix consultative.

C. *Planification des hôpitaux universitaires*

Un membre de la Commission pose les questions suivantes :

1. Planification des hôpitaux académiques.

Par le projet de loi 85 (Chambre), le nombre des lits universitaires a été bloqué. Sera-t-il tenu compte de l'avis émis par la Commission régionale de programmation, qui a estimé qu'il devra être tenu compte non pas du nombre de population des 19 communes, mais du fait que ces hôpitaux desservent également des habitants en dehors de cette région ?

2. Appareillage médical lourd.

Le Ministre a déclaré que l'autorisation d'installation de 21 scanners a été accordée.

Combien y en a-t-il dans la région bruxelloise et dans quelles institutions sont-ils installés ou prévus ?

En ce qui concerne l'autre matériel lourd, les mêmes informations sont demandées, notamment le partage en ce qui concerne la région de Bruxelles entre les institutions universitaires et les autres et entre les institutions publiques et privées.

3. Est-il exact que certaines autorisations pour les scanners ont été données à des médecins plutôt qu'à des cliniques ?

REPONSE

1. Le projet de loi 85 ne prévoit pas à proprement parler de blocage du nombre de lits universitaires; il s'agit plutôt d'un moratoire en attendant la fixation des critères de programmation suite à l'avis de la Commission nationale de programmation. Il va de soi que la fixation de ces critères devra s'effectuer en tenant compte d'un ensemble de paramètres, entre la zone d'attraction des hôpitaux universitaires. L'avis de la Commission nationale de programmation hospitalière peut être attendu dans un délai assez rapproché.

2. En ce qui concerne l'équipement médical lourd, la Commission bruxelloise a uniquement discuté des scanners ayant fait l'objet d'un arrêté de programmation. La situation actuelle dans la région bruxelloise est la suivante :

— Appareils en service :

Clinique générale St.-Jean : 1 Delta-scanner Siemens;
 Institut Bordet : 1 Delta-scanner Siemens;
 Cerascan : 1 Delta-scanner Siemens;
 St.-Etienne : 1 Acta-scanner CGR;

St.-Elisabeth Ukkel : 1 Delta-scanner Siemens;
Academisch ziekenhuis St.-Luc : 1 Brain-scanner.

— *Bestelde of geplande toestellen :*

Academisch ziekenhuis St.-Luc : 1 Delta-scanner Siemens;
Medisch en chirurgisch Instituut van Anderlecht (OCMW) :

St.-Pietersziekenhuis (OCMW Brussel) :

St.-Michielskliniek : 1 Acta-scanner CGR;

Kliniek Leopoldspark : 1 Delta-scanner Siemens.

Wat betreft de overeenstemming met de programmatie heeft de Brusselse Commissie zich tot dusver maar over één verzoek uitgesproken : gunstig advies voor de kliniek van het Leopoldspark.

3. Geen enkele toestemming is gegeven aan een groep geneesheren; wel is een toestel geïnstalleerd buiten een ziekenhuis op een ogenblik dat de installatie van dergelijke toestellen nog niet onderworpen was aan een voorafgaande toestemming.

**

Een commissielid wenst te vernemen wat wordt verstaan onder « aangesloten ziekenhuis ».

ANTWOORD

Aan de hand van het advies van de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie van 27 mei 1977 kan een aangesloten ziekenhuis worden omschreven als volgt :

« Een niet-universitair ziekenhuis waarin een gedeelte van de praktische opleiding en van de stages der studenten die hun doctoraat doen wordt georganiseerd. »

De Minister voegt hieraan toe dat hij dit antwoord niet als definitief beschouwt.

D. Bevoegdheid van de programmatiecommissies

Een lid van de Commissie vraagt nadere informatie nopens de programmatiecommissies. Zeer bepaald vraagt hij welke de bevoegdheid is van de regionale programmatiecommissies. Gezien de imperatieve normen vastgelegd door de Nationale Programmatiecommissie wordt het gebrek aan bevoegdheid en vrijheid betreurd.

ANTWOORD

De Minister antwoordt dat de bevoegdheden van de gewestelijke commissies voor ziekenhuisprogrammatie drieduidig zijn :

a) De Minister, op zijn verzoek of op eigen initiatief, advies te verstrekken over de prioriteiten die voor de toepassing van de programmatiecriteria op het gewestelijke vlak dienen in acht genomen te worden;

Ste-Elisabeth Uccle : 1 Delta-scanner Siemens;
UCL St.-Luc : 1 Brain-scanner.

— *Appareils en commande ou prévus :*

UCL St.-Luc : 1 Delta-scanner Siemens;
Institut médico-chirurgical d'Anderlecht (CPAS);

Hôpital St.-Pierre (CPAS Bruxelles);

Clinique St.-Michel : 1 Acta-scanner CGR;

Clinique Parc Léopold : 1 Delta-scanner Siemens.

Quant à la conformité avec la programmation, la Commission bruxelloise ne s'est prononcée jusqu'à présent que sur une demande : avis favorable pour la clinique Parc Léopold.

3. Aucune autorisation n'a été donnée à un groupe de médecins, mais un appareil a été installé en dehors d'un hôpital à un moment où l'installation de cet appareillage n'était pas encore soumise à une autorisation préalable.

**

Un membre de la Commission voudrait savoir ce qu'on entend par la notion « d'hôpital affilié ».

REPONSE

Sur base de l'avis de la Commission nationale de programmation hospitalière du 27 mai 1977, on peut définir comme suit un hôpital affilié :

« Un hôpital non universitaire dans lequel est organisée une partie de la formation pratique et des stages des étudiants en doctorat. »

Le Ministre ajoute qu'il ne considère pas cette réponse comme définitive.

D. Compétence des commissions de programmation

Un membre demande des précisions au sujet des commissions de programmation. Il aimerait tout particulièrement savoir quelles sont les compétences des commissions régionales de programmation. Etant donné les normes impératives fixées par la Commission nationale de programmation, il regrette le manque d'attributions et de liberté d'action des commissions régionales.

REPONSE

Le Ministre répond que les commissions régionales de programmation hospitalière ont une triple compétence :

a) Donner au Ministre, à sa demande ou d'initiative, un avis au sujet des priorités à respecter pour l'application des critères de programmation au niveau régional;

b) Aan de Minister, op zijn verzoek of op eigen initiatief, alle voorstellen of aanbevelingen te doen die zij nodig achten in verband met de gewestelijke uitbouw van de ziekenhuisstructuur en -uitrusting;

c) Voor elk ontwerp van bouw, uitbreiding, omschakeling of van werken die het aantal bedden verhogen of de bestemming wijzigen, na te gaan of de verwezenlijking ervan past in het raam van het ziekenhuisprogramma en de Minister hierover advies te verstrekken.

Ik vestig tevens de aandacht op het koninklijk besluit van 12 juni 1974, artikel 1, § 1, 1° en 2°, waarin bepaald wordt dat :

a) De voorzitters van de gewestelijke commissies de ondervoorzitters zijn van de Nationale Commissie en in die hoedanigheid zetelen in het Bureau ervan;

b) De werkende leden van de Nationale Commissie tevens lid zijn van de Gewestelijke Commissie van het gewest waartoe ze behoren.

De Minister voegt er aan toe dat deze materie natuurlijk ook voorwerp zal zijn van discussie in de uitvoering van het Egmontpakt gelet op het culturalisereerbaar karakter ervan.

Tenslotte geeft de Minister als zijn persoonlijke mening te kennen dat de normen voor de aanpak van de programmering essentieel nationaal moeten uitgewerkt. Dit doet echter niets af van de specifieke zending van de regionale commissies die het behoort te zorgen voor de uitvoering op het regionale vlak.

*
**

Een ander lid stelt zich ook vragen over de programmeringscommissies o.m. in verband met het gebruik van zware medische apparatuur.

a) De samenstelling van de regionale programmeringscommissie bevoordeligt de grote ziekenhuizen, waardoor een gevaar van te grote centralisatie ontstaat wat betreft b.v. de zware medische apparatuur.

b) Hij wenst bovendien uitleg over de procedure om een aanvraag in te dienen en te laten behandelen in de regionale programmeringscommissie.

ANTWOORD

a) Ik geloof niet dat de samenstelling van de regionale programmeringscommissies op zichzelf tot een bevoordeling van de grote ziekenhuizen aanleiding geeft. In deze commissies zetelen naast acht leden vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de inrichtende machten van ziekenhuizen, ook zes leden die de landsbonden van ziekenfondsen vertegenwoordigen, zes leden die representatieve verenigingen van het geneesherenkorps vertegenwoordigen en twee leden die de representatieve verenigingen van verpleegsters vertegenwoordigen; daarnaast zijn ook lid van de Gewestelijke Commissie de leden van de Nationale Commissie die behoren tot het gewest (acht à negen leden). Men kan dus niet zeggen dat in de samenstelling de ziekenhuizen een overdreven plaats innemen. Overigens is het ook zo dat de

b) Faire au Ministre, à sa demande ou d'initiative, toute proposition ou recommandation qu'elles jugent utile au développement régional des structures et des équipements hospitaliers;

c) Pour chaque projet de construction, d'extension, de reconversion ou de travaux augmentant le nombre des lits ou en modifiant l'affectation, examiner si sa réalisation est compatible avec le programme hospitalier, et fournir un avis au Ministre à ce sujet.

Le Ministre attire en outre l'attention sur l'arrêté royal du 12 juin 1974, article 1^{er}, § 1^{er}, 1° et 2°, qui prévoit que :

a) Les présidents des commissions régionales sont les vice-présidents de la Commission nationale et siègent en cette qualité au Bureau de celle-ci;

b) Les membres effectifs de la Commission nationale sont en même temps membres de la Commission régionale de la région à laquelle ils appartiennent.

Le Ministre ajoute que, bien entendu, cette matière fera également l'objet de discussions lors de la mise en œuvre du Pacte d'Egmont, eu égard à son caractère culturalisable.

Enfin, il estime personnellement que les normes suivant lesquelles il faudra aborder la programmation, doivent essentiellement être fixées au niveau national. Ceci ne porte toutefois aucune atteinte à la mission spécifique des commissions régionales, auxquelles il appartient de veiller à l'application sur le plan régional.

*
**

Un autre membre s'interroge également au sujet des commissions de programmation, notamment en ce qui concerne l'utilisation de l'appareillage médical lourd.

a) La composition de la commission régionale de programmation avantage les grands hôpitaux, d'où le danger d'une trop grande centralisation en ce qui concerne, par exemple, l'appareillage médical lourd.

b) L'intervenant souhaiterait en outre obtenir des explications sur la procédure à suivre pour introduire une demande et la faire examiner par la commission régionale de programmation.

REPONSE

a) Le Ministre ne croit pas que la composition des commissions régionales de programmation avantage en soi les grands hôpitaux. Au sein de ces commissions siègent, à côté des huit membres délégués par les organisations représentatives des pouvoirs organisateurs des hôpitaux, six membres représentant les unions nationales de fédérations de sociétés mutualistes, six membres délégués par les organisations représentatives du corps médical et deux membres délégués par les organisations représentatives des infirmières; font également partie de la Commission régionale les membres de la Commission nationale appartenant à la région (huit à neuf membres). On ne peut donc pas dire que cette composition assure une influence excessive aux hôpitaux. D'ailleurs, il faut dire que les commissions régionales doivent exercer leur fonction

gewestelijke commissies hun functie moeten uitoefenen binnen het raam van programmatiecriteria die bij koninklijk besluit worden uitgevaardigd na advies van de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie. Naast de louter kwantitatieve criteria houden de gewestelijke commissies ook rekening met andere programmatieaanwijzingen die door de Nationale Commissie worden gegeven, zoals b.v. de aard en dimensie van het ziekenhuis, het al dan niet aanwezig zijn van gespecialiseerde eenheden, enz. Wat de zware medische uitrusting betreft heeft de toepassing van het geheel van deze aanwijzingen inderdaad voor gevolg dat deze eerder toegewezen wordt hetzij aan universitaire ziekenhuizen hetzij aan ziekenhuizen met gewestelijke of bovengewestelijke functie. Het gaat hier evenwel niet om een bevoordeling van grote ziekenhuizen die zou verband houden met de samenstelling van de gewestelijke commissies, maar om de toepassing van prioriteitsregels die volgen uit de vastgestelde programmatienormen. Alleszins lijkt het nochtans vanzelfsprekend dat behoudens technische bezwaren de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de bediende bevolking moet kunnen plaatsvinden.

b) De regionale programmatiecommissies hebben geen eigen beslissingsmacht, ze hebben enkel een (belangrijke) adviesfunctie ten aanzien van de bevoegde Minister. Aanvragen voor principiële akkoorden of voor betoelaging moeten niet rechtstreeks aan de programmatiecommissies worden gericht, maar wel aan de bevoegde Minister of Staatssecretaris die, overeenkomstig de toepasselijke wetgeving, de aanvragen voor advies aan de bevoegde programmatie Commissie overmaakt en nadien een beslissing treft.

**

Andere leden stellen de volgende vraag in verband met de medische apparatuur :

Quid met betrekking tot de werking van de reeds geïnstalleerde zware apparatuur, die niet onder de programmatie valt (onder meer de terugbetaling) ?

ANTWOORD

Een bepaling van het ontwerp van wet nr. 85 dat bij de Kamer van Volksvertegenwoordigers is ingediend, luidt als volgt :

« De Koning kan bepalen vanaf welke datum de exploitatie verboden wordt van zware medische apparatuur die niet past in het kader van een (...) programma dat Hij heeft vastgesteld. »

E. Bejaarde zieken in V-afdeling

Een lid van de Commissie meent tot zijn ongenoegen te moeten vaststellen dat de bejaarde zieken opgenomen in de V-afdelingen niet verder mogen verzorgd worden door de huisarts, die hen soms gedurende vele jaren in behandeling heeft.

Deze toestand wordt betreurd en er wordt aangedrongen op de afschaffing van dit verbod.

Welk is het standpunt van de administratie hiertegenover ?

dans le respect des critères de programmation définis par arrêté royal après avis de la Commission nationale de programmation hospitalière. Les commissions régionales tiennent compte non seulement des critères purement quantitatifs, mais aussi d'autres éléments de programmation indiqués par la Commission nationale, comme par exemple la nature et la dimension de l'hôpital, la présence ou non d'unités spécialisées, etc. En ce qui concerne l'appareillage médical lourd, l'application de l'ensemble de ces indications a effectivement pour conséquence que cette application est plutôt confiée, soit à des hôpitaux universitaires, soit à des hôpitaux à fonction régionale ou suprarégionale. Il n'est toutefois nullement question ici d'un traitement privilégié de grands hôpitaux qui tiendrait à la composition des commissions régionales; il s'agit au contraire de l'application de règles de priorité résultant des normes de programmation fixées. Cependant, il me paraît en tout cas évident que, sauf objections techniques, l'assistance sanitaire doit pouvoir être aussi proche que possible de la population desservie.

b) Les commissions régionales de programmation ne disposent pas en propre d'un pouvoir de décision, elles n'ont qu'un rôle consultatif (important) vis-à-vis du Ministre compétent. Les demandes d'accord de principe ou de subventionnement ne doivent pas être adressées directement aux commissions de programmation, mais au Ministre ou au Secrétaire d'Etat compétent qui, conformément à la législation applicable en la matière, transmet les demandes pour avis à la Commission de programmation compétente et prend ensuite une décision.

**

En ce qui concerne l'appareillage médical, d'autres membres posent la question suivante :

Quid concernant le fonctionnement de l'appareillage lourd déjà installé, ne rentrant pas dans la programmation (entre autres le remboursement) ?

REPONSE

Une disposition du projet de loi n° 85 soumis à la Chambre des Représentants est libellée comme suit :

« Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle est interdite l'exploitation d'un appareillage médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'un (...) programme qu'il a élaboré... »

E. Malades âgés admis dans la section V

Un commissaire croit devoir constater, à son grand regret, que les malades âgés admis dans les sections V ne peuvent plus être soignés par le médecin de famille, qui les a parfois traités pendant de nombreuses années.

C'est là une situation déplorable et l'intervenant insiste pour que cette interdiction soit supprimée.

Quel est le point de vue de l'administration à ce sujet ?

ANTWOORD

Een geneesheer-technisch raadgever, bij voorkeur specialist in de inwendige geneeskunde en die zo mogelijk een opleiding kreeg in de geriatrie, zal tot taak hebben toezicht uit te oefenen op de behandeling en de kwaliteit van de verzorging, de toepassing van wettelijke en reglementaire voorschriften ter zake en de naleving van de regels van de plichtenleer.

Hij zal ten minste eenmaal per week samen met de behandelende arts de gehospitaliseerde patiënten bezoeken en erover waken dat, door een aangepaste therapie, de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand der zieken op een zo hoog mogelijk peil wordt gehouden.

Hij zal tevens uit de conclusies en het eerste onderzoek uitmaken of opname verantwoord is en welke behandeling hij moet ondergaan.

De behandelende geneesheer die de huisarts kan zijn zal dagelijks zijn patiënten bezoeken, instaan voor de dringende gevallen en het bijhouden van het medisch dossier.

Het is dus geenszins uitgesloten dat de huisarts zijn patiënten verder verzorgt voor zover hij rekening houdt met de aangehaalde normatieve bepalingen.

F. Hospitalisatiekosten van chronische zieken

Twee leden van de Commissie stellen vast dat chronische zieken (bejaarden en anderen) vaak gedurende vele maanden in ziekenhuisafdelingen verblijven waar alle kosten door de ziekteverzekering vergoed worden.

Ware het niet wenselijk te voorzien dat de hotelkosten zouden afgehouden worden van het pensioen van de betrokkenen?

ANTWOORD

In de huidige stand van de wetgeving is het niet mogelijk een aanzienlijk bedrag in de hotelkosten te vragen van patiënten, die verblijven in een ziekenhuis, dit in tegenstelling met hetgeen wettelijk gebeurt in de rustoorden voor bejaarden. De enige persoonlijke bijdrage, die thans moet aangerekend worden in het raam van de wetgeving op de ziekteverzekering, beloopt 50 frank per dag vanaf de 41^e dag van het verblijf.

De Minister ontwijkt echter het probleem niet en geeft toe dat een billijke en rechtvaardige oplossing voor dit probleem moet gezocht en gevonden. Het gaat niet op dat voor een zelfde soort patiënten de kostenbestrijding verschilt. Hij kondigt aan dat overleg tussen de grote sociale organisaties reeds aan de gang is en dat eerlang een aanvaardbaar vergelijk te verwachten is.

G. De provisionele ligdagprijs

Een lid vraagt meer uitleg over de juiste draagwijdte van het afremmingsmechanisme in de circulaire over de provisionele ligdagprijs.

REPONSE

Un médecin-conseiller technique, de préférence spécialiste en médecine interne et ayant reçu, si possible, une formation en gériatrie, aura pour tâche d'exercer une surveillance sur le traitement et la qualité des soins, l'application des prescriptions légales et réglementaires en la matière et l'observation des règles déontologiques.

Accompagné du médecin traitant, il visitera au moins une fois par semaine les patients hospitalisés et veillera à ce que, par une thérapie appropriée, l'état de santé corporelle et mentale des malades soit maintenu à un niveau aussi élevé que possible.

Il décidera également, en fonction de ses conclusions et du premier examen, si l'hospitalisation se justifie et quel traitement il faudra appliquer.

Le médecin traitant, qui peut être le médecin de famille, visitera quotidiennement ses patients; il s'occupera des cas urgents et tiendra à jour le dossier médical.

Il n'est donc nullement exclu que le médecin de famille continue à soigner ses patients, pour autant qu'il tienne compte des dispositions normatives précitées.

F. Frais d'hospitalisation des malades chroniques

Deux commissaires constatent que des malades chroniques (personnes âgées et autres) séjournent fréquemment durant de longs mois dans des sections hospitalières où tous les frais sont remboursés par l'assurance maladie.

Ne serait-il pas souhaitable de prévoir que les frais d'hôtel soient retenus sur la pension des intéressés?

REPONSE

Dans l'état actuel de la législation, il n'est pas possible d'imposer aux patients hospitalisés une participation importante dans les frais d'hôtel, contrairement à ce qui se pratique légalement dans les maisons de repos pour personnes âgées. La seule contribution personnelle qui doive actuellement leur être imputée dans le cadre de la législation sur l'assurance maladie est de 50 francs par jour à partir de la 41^e journée d'hospitalisation.

Le Ministre n'éluide toutefois pas le problème et reconnaît qu'il faut y chercher et y trouver une solution juste et équitable. Il n'est pas admissible que les frais soient supportés différemment pour une même catégorie de patients. Le Ministre annonce qu'une concertation est déjà en cours entre les grandes organisations sociales et qu'un compromis acceptable peut être attendu prochainement.

G. Le prix prévisionnel de la journée d'entretien

Un membre demande de plus amples informations au sujet de la portée exacte du mécanisme de freinage prévu par la circulaire relative au prix prévisionnel de la journée d'entretien.

ANTWOORD

In de omzendbrief van 3 augustus 1977, gericht aan de directies van de ziekenhuizen, waarbij deze worden in kennis gesteld van de criteria die zullen worden toegepast, worden de maxima als volgt vastgesteld.

De vastgestelde maximumbedragen worden hieronder schematisch voorgesteld, gesteund op de waarde van de gemiddelde index van het jaar 1976 (158,78 pct.).

	Ziekenhuizen		
	Gewone	Bijzondere eisen	Universitaire
Per element :			
— Onderhoud . . .	208,62	271,21	328,44
— Administratie . . .	153,30	199,29	244,28
— Was en linnen . . .	89,26	116,02	146,96
— Voeding	205,09	266,61	278,58
Geglobaliseerd . . .	613,45	797,15	932,49
Totale prijs	1 966,68	2 557,03	3 469,77

Daarenboven wordt voor het jaar 1978 een beperking ingevoerd ten opzichte van de prijzen van 1977 en wel in de volgende bewoordingen :

« In het kader van een noodzakelijke prijsbeheersingspolitiek wordt, ongeacht de bijzondere criteria die volgen, de prijsverhoging voor 1978, buiten indexering, aan de volgende algemene beperkingen onderworpen :

Prijs per 1-1-1977	Maximum verhoging
— 1 000	50
1 001 — 1 500	40
1 501 — 2 000	30
2 001 — 2 500	20
2 501 — 3 000	10
+ 3 000	5 »

**

Een ander lid stelt de vraag wat het departement doet om de ziekenhuizen bij te staan in het vermijden van niet-betaling door de patiënten ?

Worden de patiënten voorgelicht over de hulp die ze kunnen verkrijgen ingeval ze niet bij machte zijn hun kosten te dragen ?

ANTWOORD

Ten einde betwistingen inzake de verpleegdagprijs te vermijden werd bij ministerieel besluit van 15 december 1967 de wijze bepaald, waarop de geldende prijzen voor het verblijf in een ziekenhuis ter kennis worden gebracht van het

REPONSE

Dans la circulaire du 3 août 1977 adressée aux directions des établissements de soins en vue de leur communiquer les critères qui seront appliqués, les plafonds sont fixés comme suit.

Les montants maximums fixés sont représentés schématiquement ci-après, et sont liés à la valeur de l'indice moyen de l'année 1976 (158,78 p.c.).

	Hôpitaux		
	Ordinaires	Exigences particulières	Universitaires
Montants maximums par élément :			
— Entretien	208,62	271,21	328,44
— Administration	153,30	199,29	244,28
— Buanderie	89,26	116,02	146,96
— Alimentation	205,09	266,61	278,58
Montant maximum globalisé	613,45	797,15	932,49
Prix total	1 966,68	2 557,03	3 469,77

Une limitation est en outre prévue, par rapport aux prix de 1977, dont voici les termes :

« Dans le cadre de la nécessité d'une politique de maîtrise des prix, l'augmentation des prix pour 1978, en dehors de l'indexation, et ce nonobstant les critères particuliers stipulés ci-après, est soumise aux restrictions générales suivantes :

Prix au 1-1-1977	Augmentation maximum
— 1 000	50
1 001 — 1 500	40
1 501 — 2 000	30
2 001 — 2 500	20
2 501 — 3 000	10
+ 3 000	5 »

**

Un autre membre désirerait savoir ce que fait le département pour aider les hôpitaux à éviter de n'être pas payés par les patients.

Les patients sont-ils informés de l'aide dont ils peuvent bénéficier lorsqu'ils ne sont pas en mesure de supporter les frais ?

REPONSE

Afin de prévenir toute contestation relative au prix de la journée d'entretien, le mode selon lequel les prix en vigueur pour le séjour dans un hôpital sont portés à la connaissance du public, a été déterminé par arrêté minis-

publiek. Dit voorziet o.m. dat een prijslijst moet worden aangebracht, zodanig dat het publiek er zonder moeite kennis kan van nemen. Bovendien moet bij elke opname aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger een verklaring ter ondertekening worden voorgelegd, waarbij de prijs en het eventuele supplement in een kamer met 2 bedden of in een afzonderlijke kamer worden vastgelegd.

Deze procedure is wel degelijk van aard om betwistingen te vermijden.

Anderzijds werden bij omzendbrief d.d. 23 augustus 1976 aan de ziekenhuizen onderrichtingen verstrekt in verband met het in aanmerking nemen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs van niet invorderbare herfacturatiebedragen.

Bovendien wordt erop gewezen dat, op enkele uitzonderingen na, door alle ziekenhuizen inzake de verpleegdagprijs het systeem van de derde betalende wordt toegepast, zodat op dat vlak met de patiënten geen moeilijkheden rijzen.

In algemene regel worden de patiënten niet systematisch voorgelicht over de hulp die ze kunnen verkrijgen, ingeval zij niet bij machte zijn hun kosten te dragen. Nochtans beschikken de meeste ziekenhuizen over een sociale dienst, die, wanneer de nood zich voordoet, de patiënten kan voorlichten inzake de mogelijkheden, die o.m. de wet op de openbare centra voor maatschappelijk welzijn biedt.

Bovendien zijn in talrijke ziekenhuizen onthaalbrochures ter beschikking, waarin de zieken naar behoren worden voorgelicht.

2. Geneeskunde

- A. Gezondheidsbeleid.
- B. Huisartsen.
- C. Statuut van de psychiaters.
- D. Geneesheren in EEG-verband.
- E. Numerus clausus.

A. Gezondheidsbeleid.

In verband met het gezondheidsbeleid in zijn geheel stelt een commissielid de volgende vragen :

a) Wat doet het departement om zijn activiteiten te coördineren ten einde een globaal gezondheidsbeleid te bevorderen en in het bijzonder de basisverzorging te verruimen (huisartsen in een interdisciplinaire ploeg) ?

b) Welke maatregelen overweegt het departement om de contacten tussen de vele preventieve instellingen en de pratici in de hand te werken ?

c) Welke mogelijkheden biedt de begroting om de beoordeling van het gezondheidsbeleid mogelijk te maken ?

tériel du 15 décembre 1967. Celui-ci prévoit notamment qu'un tableau d'affichage des prix doit être disposé, de telle façon que le public puisse en prendre aisément connaissance. De plus, lors de toute entrée à l'hôpital, une déclaration doit être soumise à la signature du patient ou de son représentant, déclaration dans laquelle se trouvent mentionnés le prix en vigueur et le supplément éventuellement compté pour les chambres à deux lits ou pour les chambres particulières.

Cette procédure est effectivement de nature à éviter les contestations.

D'autre part, des directives ont été communiquées par circulaire du 23 août 1976 aux hôpitaux en ce qui concerne la possibilité de retenir les montants refacturés mais irrécouvrables pour la fixation du prix de la journée d'entretien.

Il faut souligner en outre qu'à quelques exceptions près, tous les hôpitaux appliquent, en matière de prix de la journée d'entretien, le système du tiers payant et qu'aucune difficulté ne surgit dès lors avec les patients sur ce point.

En règle générale, les patients ne sont pas informés systématiquement de l'aide dont ils peuvent bénéficier lorsqu'ils ne sont pas en mesure de supporter les frais qu'ils occasionnent. La plupart des hôpitaux disposent toutefois d'un service social pouvant informer les patients, en cas de nécessité, des possibilités que leur offre notamment la loi organique des centres publics d'aide sociale.

En outre, de nombreux hôpitaux remettent aux malades des brochures d'accueil où figurent toutes les informations utiles.

2. Médecine

- A. Politique de la santé.
- B. Médecins généralistes.
- C. Statut des psychiatres.
- D. Les médecins dans le cadre de la CEE.
- E. Numerus clausus.

A. Politique de la santé.

En ce qui concerne la politique globale de la santé, un membre pose les questions suivantes :

a) Que fait le département pour coordonner ses activités en vue de promouvoir une politique globale de la santé et en particulier pour amplifier les soins à la base (médecins de famille dans une équipe pluridisciplinaire) ?

b) Quelles mesures envisage le département pour favoriser les contacts entre les multiples organismes préventifs et les praticiens ?

c) Quelles sont les possibilités budgétaires permettant l'évaluation de la politique de la santé ?

ANTWOORD

a en b) Het is zo dat de inspanningen van de openbare machten zich voornamelijk hebben gerealiseerd door bemiddeling van instellingen voor preventieve geneeskunde, zoals het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn, de gezondheidscentra, de talloze preventieve consultaties, de medische schoolinspectie en dies meer, terwijl de curatieve activiteiten van het geneesherenkorps zich meestal verder hebben ontwikkeld in de traditionele lijn van het zogenaamde « dialogue singulier » tussen geneesheer en patiënt.

Een alomvattend gezondheidsbeleid veronderstelt in de eerste plaats alle aspecten van de bescherming en de bevordering van de gezondheid. Het departement blijft zich hiervoor inspannen want het is ervan overtuigd dat zulk gezondheidsbeleid een noodzaak is. Doch het ontwerpen en de uitvoering van een dergelijk beleid hangt niet uitsluitend af van dit departement: er zijn ook de Ministeries van Tewerkstelling en Arbeid, van Sociale Voorzorg (waarvan het RIZIV afhangt), van Justitie (gevangeniswezen en jeugdbescherming), van Landsverdediging (gezondheidsdienst van het leger), van Landbouw (veeartsenijkundige diensten, melkhygiëne), van Openbare Werken (huisvesting, stedenbouw, rioleringen), van Nationale Opvoeding (medisch en paramedisch onderwijs), die ter zake ook hun deel verantwoordelijkheid hebben.

Zo is het dat in 1975 de uitgaven van het departement slechts 34,46 pct. beliepen van de totale Staatsuitgaven inzake gezondheid.

Het is duidelijk dat de organisatie van de curatieve geneeskunde nauw verbonden is met de Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit die afhangt van het Ministerie van Sociale Voorzorg: haar evolutie is voor een groot deel bepaald door de gedachtenwisselingen en confrontaties die tussen dit departement, de verzekeringsorganismen en de beroepsorganisaties plaatsgrijpen. De rol die het departement van Volksgezondheid daar speelt is meestal, gelet op de organisatie zelf van deze organen, niet van zulkdanige aard dat haar stelling van doorslaggevende aard is. Overigens, het totaal budget van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin is kleiner dan de tussenkomst van het Ministerie van Sociale Voorzorg in de uitgaven van de ziekteinvaliditeitsverzekering.

c) Een beoordeling maken van een gezondheidsbeleid is niet noodzakelijk gebonden aan begrotingsmogelijkheden. Uiteindelijk immers moet een geslaagd gezondheidsbeleid zich uitdrukken in een verbetering van de algemene toestand van de bevolking wat o.m. tot uiting komt in cijfers van ziekten en overlijdens.

Ter zake is reeds heel wat cijfermateriaal voorhanden en het departement publiceert hiervan reeds een gedeelte in zijn Statistisch Jaarboek, dat echter gezien de omvangrijkheid van het ter beschikking staande cijfermateriaal slechts een selectie van de terbeschikking staande gegevens kan weergeven.

Overigens is het ook hier weer zo dat deze gegevens over vele departementen verspreid liggen.

REPONSE

a) et b) Les efforts des pouvoirs publics se sont principalement concrétisés par l'action des institutions de médecine préventive comme l'Œuvre nationale de l'Enfance, les centres de santé, les innombrables consultations préventives, l'inspection médicale scolaire et d'autres encore, tandis que les activités curatives du corps médical se sont surtout développées dans la tradition du dialogue singulier entre le médecin et son patient.

Une politique globale de la santé doit avant tout être élaborée en tenant compte de tous les aspects de la protection et de la promotion de la santé. Mon département continue à œuvrer dans ce sens, dans la conviction qu'une politique globale de la santé est indispensable. L'élaboration et la réalisation d'une telle politique ne concernent toutefois pas uniquement mon département; d'autres départements sont également investis de certaines compétences en la matière: citons les ministères de l'Emploi et du Travail, de la Prévoyance sociale (dont dépend l'INAMI), de la Justice (établissements pénitentiaires et protection de la jeunesse), de la Défense nationale (service de santé de l'armée), de l'Agriculture (services de médecine vétérinaire, hygiène du lait), des Travaux publics (logement, urbanisme, égouts), de l'Education nationale (enseignement médical et paramédical).

C'est ainsi qu'en 1975 les dépenses du département ne représentaient que 34,46 p.c. des dépenses globales de l'Etat dans le domaine de la santé.

Il est évident que l'organisation de la médecine curative est intimement liée à l'assurance contre la maladie et l'invalidité, qui dépend du Ministère de la Prévoyance sociale: l'évolution de ce secteur est déterminée en grande partie par les échanges de vues et les confrontations entre ce département, les organismes assureurs et les organisations professionnelles. Eu égard à la structure desdites organisations, le rôle de la Santé publique n'est pas déterminant en la matière. En outre, le budget global du Ministère de la Santé publique n'atteint pas le montant de l'intervention du Ministère de la Prévoyance sociale pour couvrir les dépenses de l'assurance maladie-invalidité.

c) L'appréciation de la politique de la santé n'est pas nécessairement déterminée par les possibilités budgétaires. Une politique efficace de la santé se traduit par une amélioration de l'état général de la population qui se reflète, entre autres, dans les taux de morbidité et de mortalité.

Nombre de données chiffrées sont disponibles à l'heure actuelle et le département en publie déjà une partie dans son annuaire statistique; eu égard au volume d'informations disponibles il ne s'agit toutefois que d'une sélection parmi les données recueillies.

Ces données concernent, en outre, également plusieurs départements.

B. Huisartsen

Een lid van de Commissie vraagt toelichting over de criteria die door de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten aangelegd werden voor de erkenning als geneesheer in de algemene geneeskunde.

Werd er voldoende rekening gehouden met de ervaring en kennis opgedaan gedurende een langdurige huisartsen-praktijk?

Het zou te betreuren zijn dat een jonge geneesheer die 100 uren bijscholing genoten heeft meer rechten zou hebben dan een geneesheer met een 20-jarige praktijk.

Welk is het standpunt van het departement van Volksgezondheid hiertegenover?

ANTWOORD

De criteria betreffende de huisartsen met aanvullende opleiding zullen op 1 januari 1978 van toepassing zijn.

Het ligt zeker niet in de bedoeling de ervaring van de huisartsen te negeren. De ondervinding wijst erop dat juist de practici met ervaring gretig de gelegenheid benutten om de vergaderingen bij te wonen die reeds ingericht werden ingevolge het akkoord geneesheren-ziekenfondsen.

Beide elementen moeten trouwens samengaan; enerzijds de ondervinding en anderzijds het op peil houden van de kennis op wetenschappelijk vlak en inzake nieuwe methodes en technieken. Dit betekent in feite een permanente vorming.

Wat de jong afgestudeerden betreft is in de voorstellen van de Hoge Raad voorzien dat zij twee jaar praktijk moeten hebben om te kunnen voldoen aan de criteria.

Hopelijk zullen ook zij de permanente bijscholing ter harte nemen; het principe ervan zit alleszins in de criteria.

C. Statuut van de psychiaters.

Een commissielid vraagt wat het statuut is van de geneesheren-psychiaters, die vroeger onder het Bijzonder Fonds voor geneesheren hoorden. De nieuwe geneesheren zouden thans een bevoorrecht statuut hebben ten opzichte van de oude.

ANTWOORD

Het statuut van de geneesheren die onder het Bijzonder Fonds voor de geneesheren horen is geregeld bij ministerieel besluit van 8 augustus 1977. Ingeval een nieuwe geneesheer wordt in dienst genomen ten laste van het Bijzonder Fonds voor de geneesheren valt hij onder hetzelfde statuut als zijn andere collega's.

D. Geneesheren in EEG-verband

Een lid van de Commissie stelt een vraag nopens de gelijkwaardigheid van de diploma's in EEG-verband en nopens de gevolgen.

B. Les médecins généralistes

Un membre de la Commission demande des explications sur les critères retenus par le Conseil supérieur des médecins spécialistes pour l'agrément en qualité de médecin médecine générale.

A-t-on suffisamment tenu compte de l'expérience et des connaissances acquises au cours d'une longue pratique médecin généraliste?

Il serait regrettable qu'un jeune médecin qui a su 100 heures de recyclage, ait plus de droits qu'un médecin ayant une pratique de 20 ans.

Quel est le point de vue du département de la Santé publique sur cette question?

REPONSE

Les critères concernant les médecins généralistes ayant suivi une formation complémentaire, seront d'application au 1^{er} janvier 1978.

Il n'entre sûrement pas dans les intentions de nier l'expérience des médecins généralistes. L'expérience montre que ce sont justement les praticiens expérimentés qui saisissent avidement les occasions d'assister aux réunions déjà organisées à la suite de l'accord médico-mutualiste.

Ces deux éléments doivent d'ailleurs aller de pair : d'une part, l'expérience et, d'autre part, la remise à jour des connaissances sur le plan scientifique et en matière de méthodes et de techniques nouvelles. Cela signifie en fait une formation permanente.

En ce qui concerne les jeunes diplômés, les propositions du Conseil supérieur prévoient qu'ils doivent avoir deux années de pratique pour pouvoir répondre aux critères.

Il faut espérer qu'ils prendront à cœur eux aussi le recyclage permanent; en tout état de cause, le principe de celui-ci est prévu dans les critères.

C. Statut des psychiatres.

Un membre de la Commission demande quel est le statut des médecins psychiatres qui relevaient jadis du Fonds spécial des médecins. Actuellement les nouveaux médecins auront un statut préférentiel par rapport aux anciens.

REPONSE

Le statut des médecins dépendant du Fonds spécial des médecins est réglementé par un arrêté ministériel du 8 août 1977. Dans l'éventualité où un nouveau médecin est engagé à charge du Fonds spécial des médecins, celui-ci a le même statut que ses autres collègues.

D. Les médecins dans le cadre de la CEE

Un commissaire pose la question de l'équivalence des diplômes dans le cadre de la CEE et de ses effets.

ANTWOORD

De wederzijdse erkenning van diploma's in het kader van de EEG is alleen voor de geneesheren effectief van kracht geworden sinds 20 december 1976.

In de praktijk gebeurt de procedure voor erkenning van het basisdiploma bij de diensten van het Ministerie van Nationale Opvoeding en voor de erkenning als specialist bij het Ministerie van Volksgezondheid; een ministerieel besluit om de duur van de opleiding voor specialisten aan te passen aan de Europese normen is trouwens verschenen in het *Belgisch Staatsblad* van 23 november 1976.

E. Numerus clausus ?

Hetzelfde lid van de Commissie stelt de vraag: « Welke is de mening van de Minister in verband met de mogelijke toepassing van een numerus clausus ? »

ANTWOORD

De Minister is van oordeel dat de numerus clausus strijdig zou zijn met het Verdrag van Rome, indien men alleen voor migrerende artsen zou invoeren.

In eigen land lijkt het hem nog voorbarig thans een beslissing te nemen.

Als zijn strikt persoonlijke mening verklaart de Minister niet te geloven dat dit procédé de oplossing biedt voor de problematiek. Deze mening is noch een beslissing, zelfs niet het standpunt van de Regering.

3. Apothekers

Een lid van de Commissie vraagt nadere informatie over de problematiek van de apothekers. Hij stelt twee concrete vragen :

1. Hoeveel apothekers zijn er thans werkloos ?
2. Welke zijn de vooruitzichten wat betreft nieuwe vestigingsmogelijkheden ?

ANTWOORD

1. Op 1 augustus 1977 zag de toestand inzake werkzoekende apothekers er als volgt uit :

Mannen	.	.	.	.	.	.	.	.	.	88
Vrouwen	.	.	.	.	.	.	.	.	.	166
Totaal										254

2. De mogelijkheden voor het vestigen van nieuwe apotheken zijn uiterst gering. Nochtans kan, met de afschaffing of het verdwijnen van de depots van de geneesheren, en vooral in landelijke streken nog wel behoefte ontstaan aan een apotheek. De wet voorziet dat in bepaalde gevallen een tussenkomst kan worden verleend door een fonds dat door de beroepsorganisaties zou moeten worden opgericht. De Minister zal hun aandacht vestigen op deze situatie en ze verzoeken de

REPONSE

La reconnaissance mutuelle des diplômes dans le cadre de la CEE n'est entrée effectivement en vigueur que pour les médecins depuis le 20 décembre 1976.

Dans la pratique, la procédure de reconnaissance du diplôme de base s'effectue au Ministère de l'Éducation nationale et celle d'agrément comme spécialiste au Ministère de la Santé publique; un arrêté ministériel visant à adapter la durée de la formation des spécialistes aux normes européennes a d'ailleurs paru au *Moniteur belge* du 23 novembre 1976.

E. Numerus clausus ?

Le même membre pose la question suivante : « Quelle est l'opinion du Ministre à propos de l'application éventuelle d'un numerus clausus ? »

REPONSE

Le Ministre est d'avis que l'application du numerus clausus serait contraire au Traité de Rome, si elle n'était instaurée que pour les médecins étrangers.

Dans notre pays, il semble encore prématuré de prendre dès à présent une décision.

Le Ministre déclare, à titre strictement personnel, ne pas croire que ce procédé offre la solution à l'ensemble des problèmes. Cette opinion n'est ni une décision ni même le point de vue du Gouvernement.

3. Pharmaciens

Un membre demande des informations complémentaires sur la problématique des pharmacies. Il pose deux questions concrètes :

1. Quel est actuellement le nombre de pharmaciens sans emploi ?
2. Quelles sont les prévisions en ce qui concerne les nouvelles possibilités d'établissement ?

REPONSE

1. Au 1^{er} août 1977, la situation en matière de pharmaciens demandeurs d'emploi se présentait comme suit :

Hommes	.	.	.	.	.	.	.	.	.	88
Femmes	.	.	.	.	.	.	.	.	.	166
Total										254

2. Les possibilités en matière d'établissement de nouvelles pharmacies sont extrêmement limitées. La Belgique est déjà le pays qui compte proportionnellement le plus grand nombre de pharmacies. Néanmoins, à la suite de la suppression ou de la disparition des dépôts des médecins, quelques nouvelles pharmacies peuvent encore s'avérer nécessaires, surtout dans les régions rurales. La loi prévoit que, dans certains cas, une intervention peut être allouée par un fonds

oprichting van het in de wet voorziene fonds in overweging te nemen.

3. Er zijn op het huidig ogenblik nog 97 bundels in behandeling in verband met de cumul door geneesheren. De cijfers zijn als volgt :

— Door de Minister geweigerd	61
— Toelating reeds gegeven	8
— Dossiers in beraad	28
Totaal	97

4. Preventieve gezondheidszorg

Verschillende vragen worden door de Commissie gesteld in verband met de preventieve gezondheidszorg.

A. Algemeen beleid.

Een lid stelt de vraag of men in ons land gewapend is om de doelmatigheid van onze gezondheidszorg te volgen en te beoordelen.

De Minister antwoordt ontkennend.

**

Door een lid van de Commissie wordt gevraagd welk beleid het departement voert ten opzichte van de activiteit van de dispensaria.

Hoe worden de plaatselijke comités hierover ingelicht ?

ANTWOORD

Een voorafgaande opmerking dient gedaan te worden. Sinds de wet van 1 augustus 1974 tot oprichting van gewestelijke instellingen, in voorbereiding van de toepassing van artikel 107^{quater} van de Grondwet, gewijzigd door de wet van 19 juli 1977, maakt de preventie van tuberculose deel uit van de gewestelijke aangelegenheden.

De drie Staatssecretarissen voor Sociale Zaken zijn ter zake bevoegd.

De coördinatie van de tuberculosebestrijding werd georganiseerd door het koninklijk besluit van 20 november 1972, houdende wijziging van het koninklijk besluit van 21 maart 1961.

Ze berust enerzijds op de sectoriële coördinatiecommissies en anderzijds op de taken toevertrouwd aan het Belgisch Nationaal Werk tot bestrijding van de tuberculose, namelijk als stimulerende kracht van de sectoriële commissies en als adviesorgaan.

De administratie bestudeert in gemeenschappelijk overleg met voornoemd Werk de reorganisatiemodaliteiten van de tuberculosebestrijding, op basis namelijk van de aanwijzi-

à créer par les organisations professionnelles. Le Ministre attirera l'attention de celles-ci sur cette situation et je les inviterai à prendre en considération la création du fonds prévu par la loi.

3. Il y a actuellement encore 97 dossiers à l'examen en ce qui concerne le cumul dans le chef des médecins. Les chiffres sont les suivants :

— Refusés par le Ministre	61
— Autorisations déjà accordées	8
— Dossiers en suspens	28
Total	97

4. Médecine préventive

Plusieurs questions sont posées au sujet de la médecine préventive.

A. Politique générale.

Un commissaire se demande si l'on est armé dans notre pays pour suivre et apprécier l'efficacité de notre politique de la santé ?

La réponse du Ministre est négative.

**

Un membre demande quelle est la politique du département en ce qui concerne l'activité des dispensaires.

Comment les comités locaux sont-ils informés à ce sujet ?

REPONSE

Une remarque préalable s'impose. Depuis la loi du 1^{er} août 1974 créant des institutions régionales, à titre préparatoire à l'application de l'article 107^{quater} de la Constitution, modifiée par la loi du 19 juillet 1977, la prévention de la tuberculose fait partie des matières régionales.

Les trois Secrétaires d'Etat aux Affaires sociales sont donc compétents.

La coordination de la lutte contre la tuberculose a été organisée par l'arrêté royal du 20 novembre 1972 modifiant l'arrêté royal du 21 mars 1961.

Elle repose, d'une part, sur les commissions sectorielles de coordination et, d'autre part, sur les attributions confiées à l'Œuvre nationale belge de Défense contre la Tuberculose, qui a pour tâche de stimuler l'activité des commissions sectorielles et de servir d'organe consultatif.

L'administration étudie, en concertation avec l'Œuvre, les modalités de réorganisation de la lutte contre la tuberculose, et ce sur base des indications fournies par les commis-

gingen verschaft door de sectoriële coördinatiecommissies en die betrekking hebben op de bestaande behoeften in hun gewest.

De volgende problemen moeten vooraf scherp gesteld worden, voordat aan de bevoegde instanties desbetreffende voorstellen kunnen gedaan worden :

1. Bepaling van de te handhaven uitrusting om aan elke gebeurlijkheid het hoofd te bieden;

2. Een noodzakelijke voorafgaande periode om de huidige uitrusting te drukken tot deze voorzien onder nr. 1;

3. Bescherming van de rechten, verworven door het in dienst zijnde personeel en overgebracht naar waar het nodig is, vergezeld van het aanwervingsverbod zonder de toelating van de bevoegde Ministers.

Er dient opgemerkt dat de organiserende overheden van de dispensaria in de sectoriële commissies vertegenwoordigd en dus ingelicht zijn.

B. Medisch schooltoezicht.

1) Een lid van de Commissie behandelt hoofdzakelijk twee problemen :

1. De onvoldoende honorering van de geneesheer-coördinator.

2. De aanslepende discriminatie met betrekking tot mensen en middelen tussen Rijksdiensten en gesubsidieerde diensten.

1) Honorering geneesheer-coördinator.

De functie werd reglementair voorzien bij koninklijk besluit van 3 september 1975.

De geneesheer-coördinator moet één uur per week presteren per tranche van 750 onderzoeken in het gezondheidscentrum. Daarvoor is (per uur/week) een jaarfinanciering voorzien van $750 \times 26 = 19\,500$ frank (huidig index-niveau). Omgezet in uurvergoeding komt dit neer op brutovergoeding (voor zelfstandige) van 433 frank per uur. Bij wijze van vergelijking omgezet in uurloon werknemer betekent dit bruto 321 frank per uur.

Het is overduidelijk dat dergelijke honorering niet van aard is kandidaten aan te trekken. Het is een ondermijning van de opzet. Bovendien wordt deze bijkomende toelage met grote vertraging uitbetaald. Geneesheren-coördinatoren in functie sinds 1 januari 1976 hebben nu nog steeds geen vergoeding ontvangen.

2) Discriminatie Rijk — gesubsidieerde sector.

De schoolarts verbonden aan een Rijks-PMS-centrum om er het medisch schooltoezicht te verzekeren ontvangt een honorarium dat ongeveer 14 pct. hoger ligt dan dit van zijn confrater, voor dezelfde opdracht verbonden aan een vrij gezondheidscentrum.

Bovendien wordt bij koninklijk besluit van 11 februari 1970 (Nationale Opvoeding) voor het medisch schooltoezicht

sions sectorielles de coordination et qui ont trait aux besoins existants dans chaque région.

Les problèmes suivants doivent au préalable faire l'objet de précisions avant qu'il soit possible de soumettre des propositions à cet égard aux autorités compétentes :

1. Détermination des équipements à maintenir en place pour faire face à toute éventualité;

2. Nécessité d'une période préalable pour ramener l'équipement actuel au niveau prévu au n° 1;

3. Protection des droits acquis du personnel en service transféré, là où les nécessités le requièrent, assortie de l'interdiction de recruter sans l'autorisation des Ministres compétents.

Il est à noter que les pouvoirs organisateurs des dispensaires sont représentés dans les commissions sectorielles et donc informés.

B. Inspection médicale scolaire.

1) Un commissaire évoque essentiellement deux problèmes :

1. La rémunération insuffisante du médecin coordinateur.

2. Le maintien de la discrimination en personnel et en moyens financiers entre les services de l'Etat et les services subsidiés.

1) Rémunération du médecin coordinateur.

La fonction a été réglementairement créée par l'arrêté royal du 3 septembre 1975.

Le médecin coordinateur est tenu de prester une heure par semaine par tranche de 750 examens effectués au centre de santé. Il est prévu à cet effet un financement annuel (par heure/semaine) de $750 \text{ francs} \times 26 = 19\,500 \text{ francs}$ à l'indice actuel). Transposé en rémunération horaire, ceci revient à une rémunération brute (pour indépendants) de 433 francs par heure. Transposé à titre de comparaison en rémunération horaire de travailleur salarié, cela représente 321 francs brut par heure.

Il est évident qu'une telle rémunération n'est pas de nature à attirer les candidats. La réalisation de l'objectif s'en trouve mise en péril. En outre, le paiement de cette indemnité subit des retards importants. Certains médecins coordinateurs en fonction depuis le 1^{er} janvier 1976 n'ont encore perçu aucune indemnité à ce jour.

2) Discrimination services de l'Etat — secteur subsidié.

Le médecin scolaire attaché à un centre PMS de l'Etat pour y assurer l'inspection médicale scolaire perçoit un honoraire de 14 p.c. environ supérieur à celui de son confrère attaché pour la même mission à un centre de santé libre.

En outre, l'arrêté royal du 11 février 1970 (Education nationale) a prévu pour l'inspection médicale scolaire de

in het Rijk in een personeelskader voorzien van verpleegsters en klerken dat driemaal ruimer is dan in de gesubsidieerde sector.

De officiële Commissie van Advies voor het medisch schooltoezicht heeft, in een advies d.d. 9 januari 1976, deze toestand aangeklaagd en gepleit voor totale gelijkstelling.

Intussen is niets gebeurd en blijft deze ergerlijke toestand voortduren, wat een aanzienlijke afremming betekent voor de werkingmogelijkheden van de vrije gezondheidscentra.

Kan de Minister geen maatregelen overwegen om deze beide problemen een behoorlijke en billijke oplossing te bieden?

ANTWOORD

1) De honorering van de geneesheer-coördinator.

In verband met de uitbetaling van de vergoedingen voor de geneesheren-coördinator zijn de nodige betalingsformaliteiten sinds enkele weken door de administratie uitgevoerd, zodat de inrichtende machten de vergoedingen eerstdaags zullen ontvangen.

Wat het bedrag van de honorering betreft, de invoering van de functie van geneesheer-coördinator bij koninklijk besluit van 3 september 1975 betekent een eerste doch belangrijke stap om de kwaliteit van de preventieve gezondheidszorg in schoolverband te bevorderen en om het medisch schooltoezicht een nieuwe impuls te geven.

Ik ben het principieel eens met het achtbaar lid dat het wenselijk is in de toekomst de honorering der geneesheren-coördinatoren op een behoorlijk peil te brengen, indien men er wil toe komen dat meer geneesheren zich zouden inzetten voor hun sociaal-geneeskundige taak in de schoolgezondheidszorg.

Het globaal krediet 1978 voor medisch schooltoezicht bedraagt nu reeds 724,7 miljoen, doch ik hoop dat in de toekomst de nodige budgettaire middelen kunnen gevonden worden om de honorering van de geneesheer-coördinator te verbeteren.

2) Discriminatie Rijk — gesubsidieerde sector.

Het probleem waarop het achtbaar lid mijn aandacht vestigt is bij mijn departement niet onbekend.

Het is inderdaad zo dat de Commissie van Advies voor het medisch schooltoezicht destijds gewezen heeft op de bestaande verschillen in de wijze van betoelaging van het technisch en administratief personeel, naargelang het gaat over medisch schooltoezicht uitgevoerd voor de Rijksscholen ten laste van de departementen van Nationale Opvoeding, of voor het gemeentelijk, provinciaal en vrij onderwijs ten laste van het departement van Volksgezondheid en Gezin.

Dezelfde ongelijkheid werd aangeklaagd op het stuk van personeelskader en honoraria der geneesheren die werken voor het medisch schooltoezicht bij de Rijksscholen enerzijds, en deze die werken in gesubsidieerde diensten voor medisch schooltoezicht anderzijds.

L'Etat un cadre d'infirmières et de commis trois fois plus étendu que celui du secteur subsidié.

Dans un avis du 9 janvier 1976, la Commission consultative officielle pour l'inspection médicale scolaire a dénoncé cette situation et plaidé en faveur d'une assimilation complète.

Entre-temps, rien n'a été fait et cette situation irritante persiste, ce qui freine considérablement les possibilités de fonctionnement des centres de santé libres.

Le Ministre ne peut-il pas envisager des mesures pour apporter à ces deux problèmes une solution adéquate et équitable?

REPONSE

1) Rémunération du médecin coordinateur.

Pour ce qui est du paiement des indemnités des médecins coordinateurs, les formalités de paiement ont été effectuées voici quelques semaines par l'administration, de sorte que les pouvoirs organisateurs toucheront les indemnités dans les prochains jours.

En ce qui concerne le montant de la rémunération, la création de la fonction de médecin coordinateur par l'arrêté royal du 3 septembre 1975 constitue un premier pas important sur la voie de l'amélioration de la qualité de la médecine préventive à l'école et est de nature à donner une impulsion nouvelle à l'inspection médicale scolaire.

Sur le plan des principes, je suis d'accord avec l'honorable membre pour dire qu'il serait souhaitable de porter à l'avenir la rémunération des médecins coordinateurs à un niveau décent si l'on souhaite qu'un plus grand nombre de médecins s'intéressent à la tâche médico-sociale que constituent les soins de santé scolaires.

Le crédit global 1978 pour l'inspection médicale scolaire s'élève déjà à 724,7 millions et j'espère qu'à l'avenir, il sera possible de trouver les moyens budgétaires pour améliorer la rémunération du médecin coordinateur.

2) Discrimination services de l'Etat — secteur subsidié.

Le problème sur lequel l'honorable membre attire mon attention n'est pas inconnu de mon département.

Il est exact que, dans le passé, la Commission consultative pour l'inspection médicale scolaire a signalé les différences existant dans le mode de subsideation du personnel technique et administratif suivant qu'il s'agit d'une inspection médicale scolaire exercée par les écoles de l'Etat à charge du département de l'Education nationale, ou des établissements d'enseignement communal, provincial ou libre à charge du département de la Santé publique et de la Famille.

La même inégalité a été dénoncée au niveau du cadre et des honoraires des médecins qui travaillent pour l'inspection médicale scolaire des écoles de l'Etat, d'une part, et ceux qui travaillent dans les services de l'inspection médicale scolaire subsidiée, d'autre part.

Ook de Minister is de mening toegedaan dat deze verschillen niet verantwoord zijn en dat de nodige maatregelen dienovereenkomstig getroffen om deze ongelijkheid ongedaan te maken.

Zijn voorganger heeft destijds het initiatief genomen om een interdepartementale werkgroep samen te stellen bestaande uit vertegenwoordigers van de beide departementen van Nationale Opvoeding, van Financiën, het Staatssecretariaat voor Begroting en mijn departement, met het doel concrete voorstellen uit te werken om tot een systeem van gelijke staatstussenkomen te komen inzake medisch schooltoezicht uitgevoerd voor het Rijksonderwijs enerzijds, en het gemeentelijk, provinciaal of vrij onderwijs anderzijds.

Voormelde departementen werden reeds vroeger uitgenodigd om hun vertegenwoordigers bekend te maken, doch de werkgroep kon niet van start gaan omdat niet alle afgevaardigden werden aangeduid. Nadien hebben de parlementsontbinding en de verkiezingen belet met de activiteiten te beginnen.

Het ligt nu in de bedoeling van de Minister om de bevoegde departementen opnieuw aan te schrijven, ten einde aldus tot een interdepartementale werkgroep te komen die aangepast is aan de huidige regeringsstructuur.

2) Een ander lid van de Commissie behandelt in hetzelfde verband het besluit van 8 april 1977. Dit besluit laat toe de *a)* vrije keuze van de ouders te omzeilen : men kan een lid tijdelijk vervangen zonder dat de ouders er iets van afweten, en men kan *b)* vrijstelling verlenen aan de kwalificatie van het paramedisch personeel.

Waaruit zal de onmogelijkheid blijken om aan de wettelijke voorwaarden te beantwoorden ?

ANTWOORD

a) De verbodiging van de « vrije keuze van de ouders ».

Het zou verkeerd zijn aan het besluit van 8 april 1977 bedoelingen en interpretaties te willen geven welke het niet heeft.

Vooreerst gebeurt het regelmatig dat leden van de equipe om allerlei redenen (ziekte, ontslag enz.) vervangen werden zonder dat de ouders hiervan voorafgaandelijk of in de loop van het schooljaar konden ingelicht worden.

Anderzijds werden de desbetreffende ministeriële besluiten tot erkenning i.v.m. wijziging in de equipe praktisch in alle gevallen slechts genomen nadat de wijziging in de equipe reeds vele maanden gebeurd was (en veelal reeds voorbijgestreefd was). Daarenboven is het logisch een onderscheid te maken tussen meer essentiële en fundamentele wijzigingen, nl. deze van de verantwoordelijke geneesheer en deze b.v. van een hulpkracht enkel belast met administratieve taken; de vrije keuze welke de wetgever beoogt slaat kennelijk op de geneesheer. Er dient trouwens aangestipt dat de diensten van het departement geen kennis hebben van enig protest vanwege de ouders tegen laattijdige wijzigingen die al jaren met vertraging worden vastgesteld.

Le Ministre est également d'avis que ces différences ne se justifient pas et que les mesures nécessaires doivent être prises pour y mettre fin.

Son prédécesseur avait pris l'initiative de créer un groupe de travail interdépartemental composé de représentants des deux départements de l'Education nationale, des Finances, du secrétariat d'Etat au Budget et de mon département en vue d'élaborer des propositions concrètes pour arriver à une égalité des interventions de l'Etat en matière d'inspection médicale scolaire, qu'elle soit exercée par l'enseignement de l'Etat ou par l'enseignement communal, provincial ou libre.

Tous ces départements ont déjà été invités à faire connaître les noms de leurs représentants. Le groupe de travail n'a toutefois pas pu démarrer parce que tous les délégués n'avaient pas été désignés. Ensuite, la dissolution des Chambres et les élections ont empêché d'entamer les activités.

Le Ministre a l'intention d'écrire une nouvelle lettre aux départements compétents, afin d'arriver à la création d'un groupe de travail interdépartemental qui soit adapté à la structure gouvernementale actuelle.

2. Dans le même ordre d'idées, un autre membre de la Commission traite de l'arrêté royal du 8 avril 1977. Cet arrêté permet d'éviter le libre choix des parents, car on peut : *a)* remplacer à titre temporaire un membre de l'équipe à leur insu; *b)* accorder une dispense des conditions de qualification requises du personnel paramédical.

Comment sera établie l'impossibilité de répondre aux conditions légales ?

REPONSE

a) Le respect du « libre choix des parents ».

Il serait erroné de vouloir déceler dans l'arrêté du 8 avril 1977 des intentions inexistantes et de lui donner des interprétations abusives.

D'une part, il arrive régulièrement que des membres de l'équipe soient remplacés pour diverses raisons (maladie, démissions, etc.), sans que les parents aient pu en être informés préalablement ou dans le courant de l'année scolaire.

D'autre part, lesdits arrêtés ministériels d'agrément concernant la modification de l'équipe, n'ont été pris, dans la quasi-totalité des cas, que plusieurs mois après la modification de l'équipe (et cette modification étant même déjà souvent dépassée). Il est en outre logique de faire une distinction entre les modifications plus essentielles et fondamentales, comme celles visant la désignation du médecin responsable, et les modifications portant, par exemple, sur la désignation d'un auxiliaire chargé uniquement de tâches administratives; le libre choix voulu par le législateur n'est manifestement que celui du médecin. Il faut d'ailleurs souligner que les services du département n'ont connaissance d'aucune protestation de la part des parents contre les modifications tardives que l'on a constatées depuis des années.

Inzichten en goede trouw aan de basis van de praktische schikkingen van het koninklijk besluit van 8 april 1977, lijken aldus voldoende toegelicht te zijn.

b) Inzake de vrijstelling van de kwalificatievereisten van het verpleegkundig personeel wordt, zoals in het verleden, vooral beoogd de verworven rechten der gebrevetteerde verpleegsters te beschermen. De « afzonderlijke » gevallen van afwijking zijn uitzonderlijk. Deze afwijkingen, die slechts voor één schooljaar worden toegestaan, zijn het gevolg van de onmogelijkheid om gediplomeerd personeel te recruter. Deze onmogelijkheid zal blijken na openbare oproepingen via de pers.

Wat er ook van zij, zowel de tijdelijke vervanging van een equipelid als de vrijstelling van kwalificatie worden uitsluitend ingegeven door motieven van praktische aard en zijn niet strijdig noch met de letter, noch met de geest van de wet waarbij de vrije keuze van de ouders gewaarborgd wordt.

5. Bestrijding van doping en drugs

A. Doping

1. Een lid van de Commissie is van mening dat de sportfederaties onvoldoende waarborgen bieden wat betreft opvoeding, informatie en preventie. Naar zijn opvatting heeft het departement van Volksgezondheid ter zake een opdracht en dit in samenwerking met BLOSO.

Doping

De sportbonden bieden geen voldoende waarborgen in verband met de opvoeding, de voorlichting en de preventie. Wat is de taak van het departement van Volksgezondheid op dat gebied, in samenwerking bijvoorbeeld met BLOSO-ADEPS ?

ANTWOORD

Er bestaat een wet van 2 april 1965 waarbij onder meer doping wordt verboden voor iedere atleet die deelneemt aan of zich voorbereidt op een sportwedstrijd. Volgens deze wet is de Staat verantwoordelijk niet alleen voor de bestrafing van overtredingen, maar ook voor de informatie en de preventie. De wet voorziet trouwens in de oprichting van een Antidopingcommissie die tot taak heeft advies uit te brengen omtrent alle problemen betreffende de doping. Het Ministerie van Volksgezondheid is dus behoorlijk toegerust voor zijn taak op de verschillende gebieden die het commissielid heeft aangehaald.

Tot dusver heeft de Antidopingcommissie zich vooral beziggehouden met het opstellen van de toepassingsbesluiten, waarvan het eerste de lijst van de verboden producten vaststelt, dat in juli jongstleden in het *Belgisch Staatsblad* is gepubliceerd.

Twee andere ontwerpen van koninklijk besluit zijn voor advies voorgelegd aan de Raad van State. Het ene bepaalt op welke wijze en onder welke voorwaarden monsters kunnen worden genomen; het andere stelt de wijze van erkenning vast van laboratoria die kunnen worden belast met de analyse van de monsters.

Ces précisions paraissent suffisamment expliquer les intentions et prouver la bonne foi qui ont inspiré les dispositions pratiques de l'arrêté royal du 8 avril 1977.

b) A propos de la dispense des conditions de qualification du personnel infirmier, le souci primordial est, comme par le passé, de protéger les droits acquis des infirmières brevetées. Les cas « particuliers » de dérogation sont exceptionnels. Ces dérogations accordées pour une seule année scolaire résultent de l'impossibilité temporaire de recruter du personnel diplômé. Cette impossibilité apparaîtra à la suite d'appels publics lancés par la voie de la presse.

Quoi qu'il en soit, aussi bien le remplacement temporaire d'un membre de l'équipe que la dispense de qualification ne sont décidés que pour des raisons pratiques, et ne sont contraires ni à la lettre ni à l'esprit de la loi garantissant le libre choix des parents.

5. Lutte contre le dopage et l'usage des drogues

A. Le dopage

1. Un membre de la Commission est d'avis que les fédérations sportives n'offrent pas suffisamment de garanties en ce qui concerne l'éducation, l'information et la prévention. Il estime que le département de la Santé publique a une mission à remplir en la matière, et ce en collaboration avec l'ADEPS.

Dopage

Les garanties qu'offrent les fédérations sportives sont insuffisantes quant à l'éducation, l'information et la prévention. Quel est le rôle de la Santé publique en ce domaine, en collaboration par exemple avec ADEPS-BLOSO ?

REPONSE

Il existe une loi, du 2 avril 1965, interdisant entre autres la pratique du dopage à tout athlète qui participe ou se prépare à une compétition sportive. Cette loi engage la responsabilité de l'Etat, non seulement sur le plan répressif, mais également en matière d'information et de prévention. La loi prévoit d'ailleurs la création d'une Commission antidoping qui a dans ses attributions celle de donner des avis relatifs à tout problème concernant le dopage. Le Ministère de la Santé publique est donc outillé pour intervenir dans ces différents domaines.

La Commission antidopage s'est attachée jusqu'ici, en ordre principal, à élaborer des arrêtés d'application, dont le premier, établissant la liste des substances prohibées, a été publié en juillet dernier au *Moniteur belge*.

Deux autres projets d'arrêtés royaux fixant, d'une part, le mode et les conditions de prise d'échantillons et, d'autre part, les modalités d'agrément des laboratoires qui peuvent être chargés des analyses des échantillons, sont actuellement soumis à l'avis du Conseil d'Etat.

De sportbonden zijn minder onverschillig voor de doping-problematiek dan men zou denken. Een aantal onder hen hebben zelf sancties genomen, onafhankelijk van de gerechtelijke sancties die zijn uitgesproken in flagrante gevallen. Aan de andere kant zijn de sportbonden, op een vergadering van 20 september 1977 die door de Minister zelf werd voorgezeten, op de hoogte gebracht van het beleid van het departement inzake doping.

Publicaties in beide landstalen zijn in voorbereiding. Zij zullen worden verspreid onder de sportbeoefenaars via hun bonden. Met deze bonden houdt de medische sportkeuringsdienst van het departement geregeld contact.

Het Ministerie van Volksgezondheid is gaarne bereid met de ADEPS en het BLOSO samen te werken op dit terrein evenals op andere terreinen: b.v. het toezicht op de olympische elites. Het departement rekent vast op hun diensten om de voorbereide brochure onder de sportbeoefenaars te helpen verspreiden en om dezen ertoe aan te zetten de inhoud van die brochure evenals de waarschuwingen en de aanbevelingen ter harte te nemen.

2. Een ander lid van de Commissie vraagt naar de stand van zaken in verband met de koninklijke besluiten vereist voor de procedure van monsterneming en voor de erkenning van de bevoegde laboratoria.

Hij vindt het geenszins noodzakelijk dat men zou wachten tot op dat vlak een uniforme internationale regeling zou gerealiseerd worden. Zulks zou inderdaad nog lang kunnen duren en ondertussen blijven de mistoestanden hier te lande bestaan. Hij opteert dus duidelijk voor een onmiddellijke aanpak van het probleem binnen de nationale grenzen. Wellicht zou zulk initiatief inspirerend kunnen werken om later op internationaal vlak als voorbeeld te dienen. Hij suggereert trouwens de sportfederaties, welke vanwege de overheid worden gesubsidieerd, aan te zetten om in dit verband voorstellen te formuleren.

Tenslotte wijst hetzelfde lid op het bestaan van misbruiken in alle milieu's van de sport, niet alleen bij de professionelen, doch ook bij liefhebbers. Zelfs stelt men op dit ogenblik reeds het verschijnsel vast buiten het sportmilieu.

ANTWOORD

De Minister antwoordt dat het ontwerp van koninklijk besluit, houdende vaststelling van de wijze en voorwaarden van monsterneming en analyse, alsook het ontwerp van koninklijk besluit, houdende vaststelling van de voorwaarden en de wijzen van erkenning van de laboratoria, beide door de antidopingscommissie uitgewerkt, besproken en uiteindelijk goedgekeurd zijn. De ontwerpen werden reeds overgemaakt aan de Raad van State.

De Minister herinnert er aan dat naar zijn mening het probleem van de doping niet verder thuishoort in de sfeer van de justitie, doch eerder dient gehouden te worden binnen het kader van de Volksgezondheid. Men dient — naar de mening van de Minister — het probleem vooral positief en eerder vanuit een ethisch standpunt te benaderen.

Les fédérations sont moins indifférentes qu'on ne le croirait aux problèmes du dopage. Des sanctions ont été prises par un certain nombre d'entre elles indépendamment des sanctions judiciaires prononcées dans les cas flagrants. On peut également noter que les fédérations ont été informées de la politique suivie par le département dans le domaine du dopage au cours d'une réunion présidée par le Ministre lui-même le 20 septembre 1977.

Des publications dans les deux langues nationales sont sur le métier. Elles seront diffusées parmi les sportifs par l'intermédiaire de leurs fédérations avec lesquelles le service de contrôle médico-sportif du département entretient des contacts permanents.

Le Ministère de la Santé publique est tout prêt à collaborer avec l'ADEPS et le BLOSO en cette matière comme dans d'autres: surveillance des élites olympiques, par exemple; il compte beaucoup sur l'intervention de leurs services pour encourager la diffusion de la brochure en préparation parmi les sportifs, et renforcer la prise en considération par ceux-ci de son contenu ainsi que des mises en garde et recommandations qu'elle contiendra.

2. Un autre commissaire demande où en sont les arrêtés royaux requis pour la procédure de prise d'échantillons et pour l'agrément des laboratoires compétents.

Il ne croit nullement nécessaire d'attendre l'établissement d'une réglementation internationale uniforme dans ce domaine. En effet, cela pourrait durer longtemps encore et entre-temps, les situations anormales existantes subsisteraient dans notre pays. Il opte donc nettement pour un examen immédiat du problème à l'échelle nationale. Peut-être une telle initiative pourrait-elle constituer un modèle dont on s'inspirerait ultérieurement sur le plan international. L'intervenant suggère d'ailleurs d'inviter les fédérations sportives subventionnées par les pouvoirs publics à formuler des propositions à cet égard.

Enfin, il attire l'attention sur l'existence d'abus dans tous les milieux du sport, non seulement chez les professionnels, mais aussi chez certains amateurs. L'on constate même dès à présent que le phénomène s'est étendu en dehors des milieux sportifs.

REPONSE

Le Ministre répond que le projet d'arrêté royal déterminant le mode et les conditions de prise d'échantillons et d'analyse ainsi que le projet d'arrêté royal fixant les conditions et les modalités d'agrément des laboratoires ont été, l'un et l'autre, élaborés, discutés et finalement approuvés par la Commission antidopage. Ils ont déjà été transmis au Conseil d'Etat.

Le Ministre rappelle qu'à son avis, le problème du dopage n'est plus du ressort de la Justice mais doit, au contraire, être traité dans le seul cadre de la Santé publique. Pour lui, c'est là un problème à aborder d'une manière essentiellement positive et plutôt d'un point de vue éthique.

Hij is bovendien van mening dat alle betrokken milieus aandacht verdienen. Hij verwijst naar de beroepssport, de liefhebbers en ook naar studentenmilieu's

B. Het probleem van de drugs

Heel wat belangstelling heeft de Commissie getoond voor het probleem van het drugverbruik.

Een lid van de Commissie moet vaststellen dat de toename van het aantal druggebruikers bij onze jeugd onrustwekkende afmetingen aanneemt.

Zijn vraag is :

Wat voorziet het departement van Volksgezondheid inzake preventie ?

ANTWOORD

Wij moeten vooraf trachten te bepalen in welke mate het aantal druggebruikers bij de jeugd inderdaad onrustwekkende afmetingen aanneemt en welke factoren aan de basis hiervan liggen.

Recente studies wijzen erop dat het alcoholmisbruik is dat toeneemt en dat vele jongeren van de sociaal onaanvaarde drugs overstappen naar het gebruik van alcohol. Alcohol roept immers dezelfde roesverwekkende toestanden op, is gemakkelijker te verkrijgen, is goedkoper en het verbruik als zodanig is niet strafbaar...

Wat voorziet het departement van Volksgezondheid ?

1. De verspreiding van de informatiebrochure over drugs, oorspronkelijk bestemd voor onderwijzend personeel, en die op aanvraag kan verkregen worden. Deze brochure wordt verspreid in scholen, jeugdbewegingen, politie en rijkswacht.

2. Te komen tot een betere coördinatie van de bestaande organisaties die zich met alcoholisme en drugproblemen bezighouden en waarvan de preventie een belangrijk onderdeel is.

**

Enkele leden van de Commissie betreuren dat er te weinig aandacht wordt besteed aan en initiatieven worden genomen voor de verzorging en de nazorg. Een commissielid meent dat er in ons land te weinig bestaat op het gebied van specifieke behandelingscentra voor de ontwenning van drugverslaafden.

Die centra dienen niet alleen in te staan voor de ontwenningsskuur, maar ook actief mede te werken bij de nazorg.

Welke zijn de ter zake door het departement getroffen maatregelen ?

ANTWOORD

Wat de ontwenningssentra betreft die zich uitsluitend met drugverslaafden bezighouden, is er in België een dienst in

Il estime par ailleurs que tous les milieux concernés méritent l'attention. A cet égard, il cite le sport professionnel, les amateurs, et aussi les milieux estudiantins.

B. Le problème de la drogue

La Commission s'est vivement intéressée au problème de la consommation des drogues.

Un membre constate que le nombre des drogués augmente d'une façon inquiétante parmi notre jeunesse.

Il pose la question suivante :

Quelles mesures le département de la Santé publique envisage-t-il de prendre en matière de prévention ?

REPONSE

Nous devons essayer en premier lieu de déterminer dans quelle mesure l'accroissement du nombre des drogués au sein de la jeunesse prend des proportions inquiétantes et quelles sont les facteurs qui se trouvent à l'origine de ce phénomène.

Des études récentes ont montré que c'était l'abus d'alcool qui est en augmentation et que de nombreux jeunes abandonnent l'usage des drogues socialement non admises pour s'adonner à l'alcool. Celui-ci provoque en effet les mêmes états d'exaltation, il s'obtient plus facilement et à meilleur marché et l'usage n'en n'est pas punissable en tant que tel.

Quelle mesure le département de la Santé publique envisage-t-il de prendre ?

1. Diffuser une brochure d'information au sujet des drogues, destinée initialement au personnel enseignant, et qui peut être obtenue sur demande. Cette brochure est diffusée dans les écoles et les mouvements de jeunesse, auprès de la police et de la gendarmerie.

2. Arriver à une meilleure coordination entre les organisations existantes s'occupant des problèmes de l'alcoolisme et de la toxicomanie et dont une des missions les plus importantes est la prévention.

**

Un certain nombre de commissaires regrettent que le traitement des drogués et la post-cure ne fassent pas suffisamment l'objet de l'attention des pouvoirs publics et que trop peu d'initiatives soient prises dans ce domaine. Un commissaire estime qu'il manque dans notre pays des centres de traitement spécifiques de la désintoxication de drogués.

Ces centres ne doivent pas seulement prévoir la cure de désintoxication, mais intervenir activement dans la post-cure.

Quelles sont les dispositions prises à ce sujet par le département ?

REPONSE

Au niveau des centres de désintoxication, qui limiteraient leur intervention à ce type unique de sujets, il n'est question

het Vlaamse landsgedeelte (met name Scheldewindeke) en er bestaat een project voor Wallonië (waarschijnlijk wordt Carnières gekozen).

Er moet op worden gewezen dat er naast de privé-beoefenaars en de polyklinieken een reeks van voorzieningen op het stuk van de gezondheidszorg beschikbaar zijn (die natuurlijk nog uitgebreid moeten worden in de komende jaren) met betrekking tot de ontwenning (in neuropsychiatrische diensten of in centra voor geestelijke gezondheidszorg) en inzake nazorg (die eveneens in de voormelde neuropsychiatrische diensten plaatsvindt, met name in diensten waar de zogenaamde deeltijdse opname gebeurt, of ook in centra voor geestelijke gezondheidszorg).

De verschillende schakels (centrum voor geestelijke gezondheidszorg + neuropsychiatrische dienst + specifieke initiatieven) bestaan thans en kunnen in de komende jaren nog worden uitgebreid.

De Minister verklaart dat hij in dit verband het vast voornemen heeft contact op te nemen met zijn collega's van de Negen. Hij geeft toe dat het probleem open blijft en dat vooralsnog geen adequate oplossing voorhanden is.

6. Voedingswaren

Door een lid van de Commissie wordt de vraag gesteld of het ogenblik niet gekomen is alle maatregelen ter zake te coördineren, en namelijk de bevoegdheden over levende dieren aan Volksgezondheid toe te vertrouwen.

Er wordt tevens opgemerkt dat een regeling die de slachthuizen buiten beschouwing zou laten zou leiden tot een lacuneuze toestand.

ANTWOORD

Het ontwerp betreffende de veterinaire keuringen zal een aanleiding zijn om de coördinatie tussen de departementen van Volksgezondheid en van Landbouw te onderzoeken. Deze coördinatie vervangen door een uitbreiding van de bevoegdheden van de ambtenaren van Volksgezondheid lijkt een goede oplossing. Hoofdbekommernis moet zijn de doelstellingen van de twee departementen met elkaar in overeenstemming te brengen, waartoe geregeld contacten op alle niveaus in elk geval nodig zijn.

Wat de concrete inhoud van dit ontwerp betreft en meer bepaald de organisatie van de slachthuizen, daarop is het gewenst dat te bespreken zodra het ontwerp is ingediend.

**

Verder wordt de vraag gesteld of het niet aangewezen is de verplichting op te leggen op de verpakking van de voedingsmiddelen waarin kleurstoffen aanwezig zijn, een duidelijke vermelding « gekleurd produkt » aan te brengen in het kader van de opvoeding van de bevolking?

ANTWOORD

Inzake de nieuwe reglementering betreffende etikettering van voedingsmiddelen wordt gewacht op de EEG-richtlijn

en Belgique que d'un service en Flandre (Scheldewindeke) et un projet en Wallonie (probablement Carnières).

Par contre, il importe de se rappeler que, en plus des praticiens privés et des polycliniques, il existe un réseau de santé publique (qui doit bien entendu s'étoffer dans les années à venir) qui prévoit tant le niveau de la cure (que ce soit dans les services neuro-psychiatriques ou dans les centres de santé mentale) que celui de la post-cure (dans ces mêmes services neuro-psychiatriques, et plus particulièrement dans ceux qui pratiquent la formule d'hospitalisation dite partielle, ou dans ces mêmes centres de santé mentale).

Donc, les différents maillons (centre de santé mentale + service hospitalier de neuro-psychiatrie + initiatives spécifiques) sont dès à présent prévus et peuvent s'étoffer dans les années à venir.

Le Ministre déclare qu'il a la ferme intention de prendre contact, à ce sujet, avec ses collègues des Neuf. Il admet que le problème demeure ouvert et qu'il n'existe toujours pas de solution appropriée.

6. Denrées alimentaires

Un commissaire se demande si le moment n'est pas venu de coordonner toutes les mesures prises en la matière, et plus précisément de confier à la Santé publique les compétences relatives aux animaux vivants.

Il ajoute qu'une solution n'englobant pas les abattoirs resterait incomplète.

REPONSE

Le projet relatif aux expertises vétérinaires donnera l'occasion d'étudier la coordination entre les départements de la Santé publique et de l'Agriculture. Remplacer cette coordination en étendant les attributions des fonctionnaires ne semble pas constituer une bonne solution. Le souci majeur doit être d'harmoniser les objectifs des deux départements, ce qui nécessite de toute manière des contacts réguliers à tous les niveaux.

Quant à la teneur concrète dudit projet, et plus spécialement pour ce qui concerne l'organisation des abattoirs, il serait souhaitable d'en discuter dès qu'il aura été déposé.

**

D'autre part, un membre pose la question de savoir s'il ne conviendrait pas de prévoir l'obligation d'apposer bien visiblement sur les emballages des denrées alimentaires contenant des colorants la mention « produit coloré », et ce afin d'éclairer le public?

REPONSE

Pour ce qui concerne la nouvelle réglementation de l'étiquetage des denrées alimentaires, nous attendons la directive de

ter zake die vervolgens in de Belgische reglementering zal overgenomen worden. Het principe vervat in die richtlijn gaat verder dan de vermelding « gekleurd ».

Er is voorzien in de verplichte lijst van ingrediënten en toevoegsels, waarin achter de generieke benaming « kleurstoffen » de naam of het EEG-nummer van de gebruikte kleurstoffen dient vermeld.

7. Geneesmiddelen — Homeopathie

Een lid van de commissie vraagt naar het standpunt van de Minister in verband met homeopathie en met homeopathische geneesmiddelen.

ANTWOORD

De Minister antwoordt dat volgens de Koninklijke Academies van Geneeskunde van België het therapeutisch effect niet berust op wetenschappelijke basis en dat een eventueel gunstig resultaat van zulke behandeling gebaseerd is op het effect placebo.

De aandacht moet evenwel gevestigd worden op het feit dat de toepassing van homeopathie in België door iedere geneesheer kan worden aangewend. Hij kan zich hiertoe baseren op zijn eigen kennis en geweten. Hij oordeelt zelf welk de meest aangepaste therapie is welke moet worden aangewend. Er bestaat inderdaad geen reglementaire beperking van de keuze van de toegepaste behandeling.

In verband met een bijkomende opmerking van een lid van de commissie bevestigt de Minister dat inderdaad het verzekeringsorganisme terugbetaalt wanneer het om erkende geneesmiddelen gaat.

Een ander lid van de Commissie vestigt er de aandacht op dat homeopathie haar een vorm van geneeskunde lijkt te zijn, waarvan het nog niet bewezen is dat deze methode waardevol is en te verwerpen is.

8. Administratieve gezondheidsdienst Arbeidsgeneeskunde Controle op afwezigheid

A. Administratieve gezondheidsdienst.

Een lid van de commissie stelt zich de vraag of het niet wenselijk zou zijn de privé-geneesheren (controle-geneesheren) te vervangen door kaderpersoneel.

ANTWOORD

Het aantal geneesheren-ambtenaren voorzien op het kader van de Administratieve Gezondheidsdienst is vastgesteld bij koninklijk besluit tot vaststelling van de personeelsformatie van het departement.

Een verhoging van het effectief houdt in dat het organiek kader moet herzien worden en dat een aanwervingsexamen

la CEE, qui sera reprise dans la réglementation belge, mais le principe qui sera énoncé dans cette directive ne visera pas uniquement la mention de « produit coloré ».

Il comportera en effet l'obligation d'apposer une liste d'ingrédients et des additifs dans laquelle, à la suite de l'appellation générique « colorants », sera indiqué le numéro ou le numéro CEE des colorants utilisés.

7. Médicaments. — Homéopathie

Un commissaire demande quelle est la position du Ministre au sujet de l'homéopathie et des médicaments homéopathiques.

REPONSE

Le Ministre répond que, selon l'avis des Académies royales de Médecine de Belgique, l'effet thérapeutique ne repose pas sur une base scientifique et que le résultat éventuellement positif d'un tel traitement relève de l'effet placebo.

Il convient toutefois d'attirer l'attention sur le fait qu'en Belgique, tout médecin peut avoir recours à l'homéopathie. Il peut se laisser guider à cet effet par ses propres connaissances et par sa conscience. Il juge lui-même quelle est la thérapeutique la plus appropriée. Il n'existe en effet aucune restriction réglementaire en ce qui concerne le choix du traitement à appliquer.

Répondant à une observation formulée par un commissaire, le Ministre confirme que l'organisme assureur rembourse les frais lorsqu'il s'agit de médicaments agréés.

Un autre commissaire déclare estimer que l'homéopathie est une forme de médecine dont il n'a pas encore été prouvé qu'elle serait sans valeur et à rejeter.

8. Service de santé administratif Médecine du travail Contrôle des absences

A. Service de santé administratif.

Un membre de la Commission se demande s'il ne serait pas souhaitable de remplacer les médecins privés (pour le contrôle) par des médecins appartenant au cadre.

REPONSE

Le nombre de médecins fonctionnaires du Service de santé administratif est déterminé par l'arrêté royal fixant le cadre organique du département.

Une augmentation de l'effectif implique une révision du cadre organique et l'organisation par le Secrétariat perma-

dient georganiseerd door het Vast Wervingssecretariaat. Slechts daarna worden de laureaten van het examen aangesteld op proeftijd. Deze procedure is van lange duur en wisselvallig.

Voor deze aanwervingsexamens bieden zich weinig kandidaten aan vermits een geneesheer-ambtenaar, zonder bijkomende beroepsactiviteiten, zich op geldelijk vlak in een minder gunstige situatie bevindt dan zijn confraters uit de privé-sector. Bovendien zijn de geneesheren bij andere openbare instellingen en bij de ziekenkassen beter betaald dan bij de Staat.

De aanwerving van geneesheren-ambtenaren, met het doel de controle op de ziekteverloven te verzekeren, zou uiteindelijk veel kostelijker uitvallen.

Te noteren valt dat het hier trouwens om geen innovatie gaat, vermits de Administratieve Gezondheidsdienst in het verleden steeds een beroep heeft gedaan op geneesheren niet-ambtenaren om controles op de ziekteverloven uit te voeren.

B. *Arbeidsgeneeskunde.*

Een lid van de Commissie merkt op dat de bedoelde Arbeidsgeneeskundige sectie reeds sinds 1969 werd voorzien.

Welke activiteit heeft deze dienst gekend sedert deze datum en over hoeveel personeel beschikt deze dienst?

ANTWOORD

De arbeidsgeneeskundige dienst maakt deel uit van de Sociaal-medische Rijksdienst welke opgericht werd bij koninklijk besluit van 25 juli 1969. (*Belgisch Staatsblad* van 13 december 1969.)

De toepassing van deze reglementering heeft steeds talrijke moeilijkheden gekend. Aldus werd onder de voorgaande regering, in samenwerking met de vertegenwoordigers van het Gemeenschappelijk syndikaal Front, een nieuw ontwerp van voormeld basisbesluit opgesteld dat ondertekend werd door de Minister van Volksgezondheid en Gezin en door de Minister van Tewerkstelling en Arbeid.

Dit ontwerp werd onlangs opnieuw ter ondertekening voorgelegd van de Minister van Tewerkstelling en Arbeid.

Met de zeer beperkte middelen waarover de arbeidsgeneeskundige dienst beschikt beliep de activiteit in 1976 nochtans een totaal van $\pm$ 8 000 medische onderzoeken en $\pm$ 1 000 inenting. In de loop van de eerste semester van 1977 werden 3 465 medische onderzoeken en 406 inenting door deze dienst verricht.

Het huidige effectief van het centraal bestuur van de arbeidsgeneeskundige dienst omvat een medische staf van drie geneesheren (1 inspecteur-generaal en 2 hoofdgeneesheren-directeur) en een administratieve kern bestaande uit één directeur en zeven beambten.

In de overgangsperiode, voorzien bij artikel 13 van voormeld koninklijk besluit van 25 juli 1969, worden de arbeidsgeneeskundige taken en opdrachten voorlopig waargenomen door de geneeskundige centra van de Administratieve Gezondheidsdienst.

nent de Recrutement d'un examen de recrutement. Ce n'est qu'ensuite qu'intervient la désignation des lauréats en qualité de stagiaires. Il s'agit d'une procédure longue et aléatoire.

Peu de candidats se présentent à de tels examens de recrutement, étant donné qu'un médecin fonctionnaire sans activité secondaire se trouve, au point de vue financier, dans une situation moins favorable que ses confrères du secteur privé. Au surplus, les médecins sont mieux payés dans d'autres organismes publics et dans les organismes assureurs qu'à l'Etat.

Enfin, le recrutement de médecins fonctionnaires en vue d'assurer le contrôle des absences pour maladie entraînera une dépense nettement plus élevée.

Il convient d'ailleurs de souligner que le recours à des médecins non fonctionnaires pour assurer le contrôle des absences pour maladie ne constitue pas une innovation cette pratique ayant toujours existé au sein du Service de santé administratif.

B. *Médecine du travail.*

Un membre note que ladite section de médecine du travail a été prévue dès 1969.

Quelle a été l'activité de ce service depuis cette date et quels sont les effectifs de son personnel?

REPONSE

Le service de médecine du travail fait partie de l'Office médico-social créé par un arrêté royal du 25 juillet 1969 (*Moniteur belge* du 13 décembre 1969).

L'application de cette réglementation s'est toujours heurtée à de nombreuses difficultés. C'est ainsi que, sous le gouvernement précédent et en collaboration avec les représentants du front commun syndical, fut élaboré un nouveau projet d'arrêté de base destiné à remplacer l'arrêté précité, projet portant les signatures du Ministre de la Santé publique et de la Famille et du Ministre de l'Emploi et du Travail.

Il a été soumis récemment à la signature du Ministre de l'Emploi et du Travail.

Bien que les moyens dont dispose le service de médecine du travail soient fort restreints, son activité a porté en 1976 sur un total de quelque 8 000 examens médicaux et de quelque 1 000 vaccinations. Au cours du premier semestre de 1977, il a procédé à 3 465 examens médicaux et à 406 vaccinations.

Les effectifs actuels de l'administration centrale du service de médecine du travail comprennent un organe directeur composé de trois médecins (1 inspecteur général et 2 médecins en chef directeurs) et un noyau administratif composé d'un directeur et de 7 fonctionnaires.

Pendant la période transitoire prévue par l'article 13 du susdit arrêté royal du 25 juillet 1969, les tâches et missions de la médecine du travail sont provisoirement à accomplir par les centres médicaux du service de santé administratif.

C. Controle op afwezigheid wegens ziekte door de administratieve gezondheidsdienst.

Een lid van de Commissie herinnert aan de inleidende uiteenzetting van de Minister maar deze heeft medegedeeld dat in 1977 39 141 controles werden verricht. In 2 851 gevallen werd bevel tot werkhervatting gegeven. In 168 gevallen werd de afwezigheid ongegrond verklaard.

Is het de bedoeling van de Minister enig gevolg te verlenen aan deze toch merkwaardige vaststellingen?

Wat denkt men over de medische certificaten welke aanleiding hebben gegeven tot een onverantwoorde verlenging van de afwezigheid en de certificaten welke aanleiding gaven tot een ongegronde afwezigheid?

Deze vraag is nuttig in verband met de waarde van de « medische certificaten ». Onnodig te onderstrepen welke het belang van deze vraag is — nog buiten beschouwing gelaten de deontologische aspecten van de zaak voor de geneesheer — voor werkgevers en eventuele verantwoordelijken voor schadegevallen!

In de publieke opinie heerst de opvatting dat ter zake ernstige misbruiken bestaan.

Welk gevolg zal de Minister geven aan de vaststellingen welke door zijn controlediensten werden verricht?

Hij dringt er op aan dat strenge maatregelen zouden worden genomen. De bevolking zou niet begrijpen noch aanvaarden dat men aan dit fenomeen zo maar zou voorbijgaan. Het ogenblik lijkt gepast om de kans waar te nemen « het medisch certificaat » opnieuw naar behoren te valoriseren. Velen zouden er baat bij vinden.

Een ander lid van de Commissie dringt ook aan op de nodige strenge behandeling van de bestaande misbruiken. Hij suggereert dat de huisarts verder zou blijven « behandelen », doch dat hij niet verder zou geroepen zijn tot het afleveren van certificaten met betrekking tot werkonbekwaamheid en de duur ervan. Voor deze laatste taak zou een geneesheer-ambtenaar van de Staat moeten fungeren.

ANTWOORD

1. In de loop van het eerste semester 1977 werden door de AGD 39 141 controleopdrachten uitgevoerd.

In 36 122 (92,3 pct.) gevallen werd de afwezigheid medisch verantwoord bevonden.

In 3 019 (7,7 pct.) gevallen was dit niet het geval; hiervan waren 2 851 afwezigheden gedekt door een geneeskundig attest; in 168 gevallen ging het om ééndagsafwezigheden, zonder geneeskundig attest.

2. In deze 2 851 gevallen, waar tot dienstherhervatting werd besloten, gaat het soms om zuiver misbruik, maar deze gevallen zijn uiterst zeldzaam.

Meestal is de oorzaak van het bevel tot vervroegde dienstherhervatting gelegen in het feit dat de controlegeneesheer het personeelslid slechts de vierde of de vijfde dag van de afwezigheid onderzoekt.

C. Contrôle des absences pour maladie par le service de santé administratif.

Un membre de la Commission rappelle que, dans son exposé introductif, le Ministre a fait savoir que 39 141 missions de contrôle ont été exécutées en 1977. Un ordre de reprise du travail a été délivré dans 2 851 cas. Dans 168 cas, l'absence a été déclarée injustifiée.

Le Ministre a-t-il l'intention de donner quelque suite à ces constatations tout de même assez singulières?

Que pense-t-on des certificats médicaux ayant donné lieu à une prolongation injustifiée de l'absence ou à une absence injustifiée?

Soulever cette question de la valeur des « certificats médicaux » n'est pas sans utilité. Faut-il souligner son importance — abstraction faite de ses aspects de déontologie médicale — pour les employeurs et pour les responsables éventuels de sinistres!

L'opinion publique est convaincue de l'existence de graves abus en la matière.

Quelle suite le Ministre envisage-t-il de donner aux constatations de ses services de contrôle?

L'intervenant insiste pour que des mesures sévères soient prises. La population ne comprendrait ni n'admettrait que l'on n'accorde aucune attention à ce phénomène. Le moment paraît venu de saisir l'occasion de revaloriser comme il convient le « certificat médical ». Nombreux sont ceux qui y trouveraient avantage.

Un autre commissaire insiste lui aussi sur la nécessité d'une attitude sévère devant les abus existants. Il suggère que le généraliste reste le « médecin traitant », mais qu'il ne soit plus appelé à délivrer des certificats ayant trait à l'incapacité de travail et à la durée de celle-ci. Cette dernière tâche devrait être confiée à un médecin fonctionnaire de l'Etat.

REPONSE

1. Au cours du premier semestre de 1977, 39 141 missions de contrôle ont été exécutées par le SSA.

Dans 36 122 cas (92,3 p.c.), l'absence était médicalement justifiée.

Dans 3 019 cas (7,7 p.c.), elle ne l'était pas; parmi ceux-ci, 2 851 absences étaient couvertes par un certificat médical; dans les 168 autres cas, il s'agissait d'absences d'un jour, sans certificat médical.

2. Dans ces 2 851 cas, où un ordre de reprise du travail a été délivré, il s'agissait parfois purement et simplement d'un abus, mais de tels cas sont extrêmement rares.

Le plus souvent, l'ordre de reprise anticipée du travail est dû au fait que le médecin contrôleur n'examine l'agent que le quatrième ou le cinquième jour de l'absence.

Het gebeurt dikwijls dat de toestand van het zieke personeelslid zodanig gunstig geëvolueerd is dat een dienstherhaving mogelijk wordt, zelfs vóór het voorgeschreven ziekteverlof is verstreken.

De behandelende geneesheer onderzoekt zijn patiënt de eerste dag en schat dan de duur van de werkonbekwaamheid.

Indien de duur onderschat werd, wordt nadien een verlenging voorgeschreven; indien echter de duur overschat werd, wordt een vroegtijdige werkhervatting mogelijk, waartoe dan door de controlearts besloten wordt. Men mag stellen dat in de gevallen waar tot dienstherhaving werd besloten men slechts uitzonderlijk van misbruik zou kunnen spreken.

De Minister geeft echter toe dat in tal van gevallen nog nauwelijks van « laksheid » kan gewag worden gemaakt.

3. De Minister verklaart zich bewust van de reële toestand en verbindt er zich toe verder te onderzoeken welke initiatieven kunnen worden genomen om zo voor de openbare als voor de private sector het stijgend aantal misbruiken doelmatig te bestrijden.

9. Dringende geneeskundige hulp — Uitrusting van de dienst 900

Een lid van de Commissie vraagt informatie over de huidige toestand en de vooruitzichten inzake het gebruik van de helikopter in de dienst 900.

ANTWOORD

Na een grondige studie te hebben gewijd aan het vervoer van zieken en gewonden per helikopter, meent het departement dat, gezien de klimaatgesteldheid en het bestaan van een dicht ziekenwagennet opgericht in het kader van de dienst 900, een specifieke infrastructuur voor het sanitair vervoer per helikopter niet is aangewezen.

Bij gelegenheid wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheden geboden door de helikopters van de Rijkswacht en door de helikopter van de Civiele Bescherming.

Twee van de grote Puma-toestellen van de Rijkswacht zijn uitgerust voor de dringende hulpverlening.

Het vervoer per helikopter kan in bepaalde, weinig voorkomende gevallen, bepaalde voordelen bieden.

Het departement is echter niet voornemens een uitbreiding van de bestaande voorzieningen tot stand te brengen of in de hand te werken.

De Minister voegt er echter aan toe dat hij desbetreffend nog geen zekerheid heeft. Het is zijn uitdrukkelijke wens dat de aan gang zijnde studie wordt voortgezet. Na ontvangst van het resultaat hiervan zal een definitieve oplossing aan dit probleem worden gegeven.

Il arrive fréquemment que l'état de l'agent malade ait évolué d'une manière tellement favorable qu'une reprise du travail soit devenue possible, même avant l'expiration du congé de maladie prescrit.

Le médecin traitant examine son patient le premier jour et c'est à ce moment qu'il évalue la durée de l'incapacité de travail.

Si cette durée a été sous-estimée, une prolongation est prescrite par la suite; si par contre, la durée a été surestimée, une reprise du travail avant terme est possible, et c'est alors le médecin contrôleur qui en décide. L'on peut affirmer que dans les cas où un ordre de reprise du travail a été délivré, les abus restent l'exception.

Le Ministre reconnaît toutefois que, dans de nombreux cas, on ne peut guère parler de « laxisme ».

3. Le Ministre déclare qu'il se rend bien compte de la situation réelle, et il s'engage à examiner quelles initiatives pourraient être prises afin de combattre efficacement les abus, de plus en plus nombreux, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

9. Aide médicale urgente — Equipement du service 900

Un membre demande des informations sur la situation actuelle et les prévisions en ce qui concerne l'utilisation d'hélicoptères par le service 900.

REPONSE

Après une étude approfondie du transport de malades et de blessés par hélicoptère, le département estime que, vu les conditions climatiques et la densité du réseau d'ambulances créé dans le cadre du service 900, une infrastructure spécifique pour le transport sanitaire par hélicoptère ne s'indique pas.

Occasionnellement, il est fait usage des possibilités offertes par les hélicoptères de la Gendarmerie et par l'hélicoptère de la Protection civile.

Deux des grands appareils Puma de la Gendarmerie sont équipés pour l'aide médicale urgente.

Le transport par hélicoptère peut, dans certains cas assez rares, offrir certains avantages.

Le département n'a cependant pas l'intention de réaliser ni même de favoriser une extension des disponibilités existantes.

Le Ministre ajoute toutefois que son attitude n'est pas encore définitivement arrêtée. Il souhaite expressément que l'étude en cours soit poursuivie. Après réception du résultat de celle-ci, une solution définitive sera apportée au problème.

10. Oorlogsslachtoffers

A. *Statuut van nationale erkentelijkheid.*

Verskillende leden van de Commissie stellen de vraag of het niet wenselijk zou zijn de termijn voor het toekennen van dit statuut opnieuw te openen.

Dit lijkt de eenparige wens uitgedrukt door de Commissies van Volksgezondheid en van Tewerkstelling en Arbeid.

ANTWOORD

De Minister verwijst naar het antwoord dat hij gegeven heeft op de parlementaire vraag nr. 56 die op 7 september 1977 gesteld werd door de heer Lagae, antwoord dat werd gepubliceerd in het bulletin van *Vragen en Antwoorden* nr. 12 van 27 september 1977, bladzijde 327 :

« Ik heb de eer de aandacht van het geachte lid erop te vestigen dat een protocol van akkoord op 7 november 1975 werd ondertekend door de Regering en de vaderlandslievende verenigingen met het oog op de regeling van alle nog hangende problemen van de oorlogsslachtoffers en dat artikel 1 van dat protocol onder meer de volgende bepaling bevat :

« Wegens het definitief karakter van de eisenbundel, wordt er afgezien van iedere heropening der termijnen tot het bekomen van een statuut van nationale erkentelijkheid en eveneens van het scheppen van nieuwe categorieën van rechthebbers. »

De redenen die het aangaan van dat protocol hebben gewettigd lijken mij geldig, te meer door de gronden die het geachte lid thans aanvoert voor een heropening van de termijnen wel bekend waren op het ogenblik van de ondertekening van voornoemd document.

Gezien deze omstandigheden, meen ik dat het niet past een wijziging voor te stellen van de thans geldende wetsbepalingen inzake forclusie voor het indienen van de aanvragen om in aanmerking te komen voor een statuut van nationale erkentelijkheid waarvan de toepassing aan mijn departement is opgedragen. »

B. *Oorlogswerken NWOS en NWOI.*

Een lid stelt vast dat de laatste vijf jaar de toelagen voor deze werken verdubbeld zijn.

Hoe is dat uit te leggen, rekening houdend met de normale verwachting dat het aantal begunstigden normaal zou moeten verminderen ?

ANTWOORD

I. NWOS

Bij vergelijking van de toelagen voor 1974 zijnde 169 850 000 frank en 1978 ten bedrage van 214 300 000 frank stellen wij een verhoging vast van 26 pct.

10. Victimes de la guerre

A. *Statut de reconnaissance nationale.*

Plusieurs membres de la Commission soulèvent la question de l'opportunité de rouvrir le délai pour l'octroi de ce statut.

Tel paraît bien être le souhait unanime exprimé par les Commissions de la Santé publique et de l'Emploi et du Travail.

REPONSE

Le Ministre se réfère à sa réponse à la question parlementaire n° 56 posée par M. Lagae le 7 septembre 1977, réponse qui a été publiée au n° 12 du Bulletin des *Questions et Réponses*, du 27 septembre 1977, page 327 :

« J'ai l'honneur d'attirer l'attention de l'honorable membre sur le fait qu'un protocole d'accord a été signé le 7 novembre 1975 entre le Gouvernement et les associations patriotiques en vue du règlement du contentieux des victimes de la guerre et que l'article 1^{er} de ce protocole comporte notamment la disposition suivante :

« En raison du caractère définitif du cahier de revendications, il est renoncé à toute nouvelle ouverture des délais pour l'obtention d'un des statuts de reconnaissance nationale et, par conséquent, à la création de nouvelles catégories de bénéficiaires.

Les motifs qui ont justifié l'établissement de ce protocole me semblent valables d'autant plus que les raisons actuellement alléguées par l'honorable membre en faveur d'une réouverture des délais étaient bien connues au moment de la signature dudit document.

Dans ces conditions, j'estime qu'il ne m'appartient pas de proposer de modifier les dispositions légales qui sont actuellement en vigueur en matière de forclusion pour l'introduction des demandes tendant à bénéficier d'un des statuts de reconnaissance nationale dont l'application est confiée à mon département. »

B. *Ceuvres nationales des victimes de la guerre — ONAC et ONIG.*

Un membre constate que les subsides accordés à ces œuvres ont doublé au cours des cinq dernières années.

Comment peut-on expliquer cette évolution, eu égard à la diminution normalement attendue du nombre de bénéficiaires ?

REPONSE

I. ONAC

La comparaison entre les subsides alloués en 1974 — 169 850 000 francs — et ceux prévus pour 1978 — 214 300 000 francs — fait apparaître une augmentation de 26 p.c.

De prijzenevoluitie gedurende de vijf laatste jaren in acht genomen en gelet op de stijging van de indexcoëfficiënt van 1.1717 op 1 januari 1974 naar 1.8114 waarop de toelage 1978 berekend werd, kan deze verhoging bezwaarlijk overdreven genoemd worden.

II. NWOI

De verhouding tussen de toelage voor 1974 zijnde 1 135 723 000 frank en deze voor 1978 ten belope van 2 345 000 000 frank duidt inderdaad op een verdubbeling van het toegekend bedrag.

Voor deze verhoging zijn meerdere factoren aansprakelijk :

— De verhoging van de indexcoëfficiënt van ± 64 pct., zoals vermeld in de voor het NWOS verstrekte uitleg, heeft een weerslag op ongeveer 60 pct. der uitgaven van het NWOI inzake geneeskundige zorgen.

— De nieuwe voordelen, in toepassing van de besluitwet betreffende de gratis geneeskundige zorgen, hadden een zware financiële weerslag tot gevolg.

— De toelage voor prothesen werd verdubbeld in de afgelopen vijf jaar, wat minstens de werkelijkheid weer spiegelt.

— Door de aanneming van de Vuurkruisen en de Krijgsgevangenen 1940-1945 verhoogde het aantal gerechtigden van het NWOI in 1977 met ± 20 000. Rekening houdend met het aantal overledenen zullen er in 1978 desniettemin ongeveer 6 000 meer gerechtigden zijn dan in 1974.

— De steeds stijgende ouderdom van de invaliden veroorzaakt meer tussenkomsten en uiteraard grotere uitgaven.

— Tenslotte verdubbelden eveneens de uitgaven voor geneeskundige zorgen voor de oorlogswezen.

— Ook de stijging van de kostprijs van de ligdagprijzen in de hospitalen heeft een belangrijke weerslag op de uitgaven.

C. NWOI en NWOS

Een lid van de Commissie vraagt zich af of een fusie tussen het NWOI en het NWOS niet kon worden overwogen.

Het naast mekaar bestaan van beide organisaties geeft aanleiding tot een aantal bevoegdheidsproblemen.

ANTWOORD

De idee, het NWOI en het NWOS te laten samensmelten is vroeger reeds aan bod gekomen, maar tegen die ontwerpen ontstond hevige tegenkanting vanwege sommige vaderlandslievende milieus.

Momenteel pogen beide Nationale Werken, onder de impuls van het Vast Bureau van de Nationale Werken voor Oorlogsgetroffenen, tot een betere coördinatie van hun diensten te komen — meer bepaald dan op het provinciaal vlak — een coördinatie die gebaseerd is op het beginsel van de oprichting van een pool van maatschappelijke medewerkers, de oprichting van gewestelijke secretariaten in gemeenschappelijke lokalen, de aanwijzing van dezelfde leden in de provinciale comités van beide werken, de oprichting van gemeenschappelijke administratieve zetels.

Si l'on prend en considération l'évolution des prix pendant les cinq dernières années et le fait que le coefficient de l'index est passé de 1.1717 au 1^{er} janvier 1974 à 1.8114 — chiffre qui a servi de base au calcul des subventions pour 1978 — cette augmentation n'est certes pas excessive.

II. ONIG

Le rapport entre les subsides pour 1974, soit 1 135 723 000 francs, et ceux pour 1978, qui s'élèvent à 2 345 000 000 de francs, indique manifestement un doublement du montant octroyé.

Cette augmentation résulte de plusieurs facteurs :

— L'augmentation de ± 64 p.c. du coefficient de l'index, mentionnée dans le commentaire donné pour l'ONAC, a une incidence sur quelque 60 p.c. des dépenses de l'ONIG en matière de soins médicaux.

— Les nouveaux avantages octroyés en application de l'arrêté-loi relatif aux soins médicaux gratuits, ont entraîné de lourdes répercussions financières.

— Les subsides pour les prothèses ont été doublés pendant les cinq dernières années, ce qui reflète au moins la réalité.

— En acceptant les croix du feu ainsi que les prisonniers de guerre 1940-1945, le nombre de bénéficiaires de l'ONIG a augmenté en 1977 de ± 20 000 unités. Même en tenant compte du nombre de décès, l'ONIG comptera en 1978 quelque 6 000 bénéficiaires de plus qu'en 1974.

— L'âge toujours plus avancé des invalides provoque un plus grand nombre d'interventions et par conséquent des dépenses plus importantes.

— Enfin, les dépenses pour couvrir les soins médicaux aux orphelins de guerre ont doublé.

— L'augmentation du prix de la journée d'entretien dans les hôpitaux a également eu des conséquences importantes sur les dépenses.

C. ONIG et ONAC

Un membre de la Commission demande s'il ne serait pas possible d'envisager une fusion de l'ONIG et de l'ONAC.

L'existence de ces deux organisations parallèles cause de nombreux problèmes de compétence.

REPONSE

L'idée d'opérer une fusion de l'ONIG et de l'ONAC a déjà été envisagée anciennement, mais les projets ébauchés se sont heurtés à de vives oppositions de la part de certains milieux patriotiques.

Actuellement, les deux Œuvres nationales, sous l'impulsion du Bureau permanent des Œuvres nationales des Victimes de la Guerre, s'efforcent d'en arriver à une meilleure coordination de leurs services — particulièrement sur le plan provincial, coordination basée sur le principe de la création d'un pool des auxiliaires sociales, de l'installation des secrétariats régionaux dans des locaux communs, de la désignation de mêmes membres dans les comités provinciaux des deux œuvres, de l'établissement de sièges administratifs communs.

Het is nog niet mogelijk alle inlichtingen te kennen over de toepassing van die coördinatie.

Tenslotte moet worden gezegd dat beide werken, door hun afzonderlijke wetten, specifieke bevoegdheden hebben die normaal gezien geen problemen stellen.

De Minister legt er sterk de nadruk op dat zijn antwoord niet definitief is. Hij verklaart zich bezorgd om het probleem en meent dat de vraag gegrond voorkomt. Hij wenst echter niets te ondernemen tegen het advies van de belanghebbende instanties.

11. OCMW

1. Een lid vraagt naar een algemeen overzicht van de toepassing van de nieuwe wet en inzonderheid de wijze waarop tegemoetkomingen worden verleend aan andere groepen dan de behoeftigen.

ANTWOORD

De wet van 8 juli 1976 is eerst op 1 januari 1977 in werking getreden voor de artikelen 5 tot 23, terwijl de andere bepalingen eerst uitwerking gekregen hebben vanaf de dag waarop de raad voor maatschappelijk welzijn wordt geïnstalleerd, dus ten vroegste op 1 april 1977. Het is nog niet mogelijk een algemeen overzicht te geven van de wijze waarop de OCMW's de nieuwe taken uitvoeren die hun door die wet zijn toevertrouwd.

Bovendien is het de studiedienst, waarvan sprake is in artikel 117 van de wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW, die onder meer zal worden belast met het verzamelen van de documentatie en van alle gegevens die verband houden met de werkzaamheden van de OCMW's vanaf het ogenblik dat zij zijn opgericht.

2. Een lid vraagt inlichtingen over de draagwijdte van de beslissingen die zijn genomen door de beroepskamers en inzonderheid of die beslissingen betrekking hadden op problemen in verband met de vrije keuze van de betrokkenen.

ANTWOORD

Tot dusver heeft geen enkele beslissing van de beroepskamers, waarvan de Minister een afschrift is bezorgd, betrekking gehad op problemen in verband met de vrije keuze van de betrokkene.

3. Hoe zal de Hoge Raad voor de onderstand en het sociaal dienstbetoon werken? De laatste vergadering had vooral betrekking op gevallen van fiscale immunititeit.

ANTWOORD

Ter uitvoering van artikel 116 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, wordt de Hoge Raad voor de onderstand en het sociaal dienstbetoon vervangen door de Hoge Raad voor maatschappelijk welzijn.

De inrichting en de bevoegdheid van die Raad worden geregeld door het koninklijk besluit van 31 mei 1977, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 12 augustus 1977.

Il n'est pas encore possible de tirer tous les renseignements de la mise en œuvre de cette coordination.

Enfin, il faut relever que les deux œuvres possèdent, de par leurs lois distinctes, des compétences bien spécifiques qui normalement ne posent pas de problèmes.

Le Ministre met fortement l'accent sur le fait que sa réponse n'est pas définitive. Il se déclare soucieux du problème et estime que la demande est fondée. Il ne veut cependant rien entreprendre contre l'avis des instances concernées.

11. CPAS

1. Un membre demande d'obtenir une vue d'ensemble sur l'application de la nouvelle loi et en particulier concernant les modalités d'intervention pour d'autres groupes que les seuls indigents.

REPONSE

La loi du 8 juillet 1976 n'est entrée en vigueur qu'à la date du 1^{er} janvier 1977 pour les articles 5 à 23, tandis que les autres dispositions ont produit leurs effets à partir du jour de l'installation du conseil de l'aide sociale — donc au plus tôt le 1^{er} avril 1977. Il n'est pas encore possible d'avoir un aperçu global des conditions dans lesquelles les CPAS assument les nouvelles tâches qui leur sont confiées par ladite loi.

Il convient en outre d'ajouter que c'est le service d'étude, dont il est question à l'article 117 de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS, qui sera chargé notamment de rassembler la documentation et tous éléments relatifs à l'activité des CPAS depuis leur constitution.

2. Un membre désire obtenir des renseignements au sujet de la portée des jugements rendus par les chambres de recours et, plus spécialement, savoir si ceux-ci ont trait à des problèmes de libre choix de la part des intéressés?

REPONSE

A ce jour, aucun jugement rendu par les chambres de recours et dont copie a été adressée au Ministre, n'a trait à des problèmes de libre choix de la part des intéressés.

3. Comment fonctionnera le Conseil supérieur de l'assistance et du service social? La dernière séance se rapportait essentiellement à des cas d'immunité fiscale.

REPONSE

En exécution de l'article 116 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, le Conseil supérieur de l'assistance et du service social a été remplacé par le Conseil supérieur de l'aide sociale.

L'organisation et les attributions de ce Conseil sont réglées par l'arrêté royal du 31 mai 1977 publié au *Moniteur belge* du 12 août 1977.

De Hoge Raad voor de onderstand werd nog eens bijeengeroepen om de lopende zaken af te handelen en aldus de continuïteit veilig te stellen.

Vanaf het ogenblik dat de nieuwe Hoge Raad voor maatschappelijk welzijn geïnstalleerd zal zijn, zal hij zijn taak waarnemen overeenkomstig de richtlijnen van het koninklijk besluit van 31 mei 1977.

4. Een lid van de Commissie meent te weten dat er tarieven bestaan voor hulpverlening door de OCMW.

Sommige OCMW vragen extra-bijdragen.

Moeten er geen richtlijnen komen om de OCMW te verplichten zich aan de tarieven te houden ?

ANTWOORD

Het is inderdaad juist dat bepaalde OCMW zogenaamde « tarieven » voor hulpverlening toepassen. Deze mogen evenwel enkel als een leidraad dienen, aangezien elk geval afzonderlijk moet beoordeeld worden en het centrum voorafgaandelijk de omvang van de behoefte aan steun moet kennen vooraleer een materiële hulp te kunnen verstrekken in de meest passende vorm (art. 60 van de wet van 8 juli 1976).

Wat de bedoelde tarieven betreft, kan aldus, onder meer, verwezen worden naar de brochure « Het verlenen van steun door de commissies van openbare onderstand » (uitg. 1969 Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten) waarbij bepaalde criteria en aanwijzende schalen worden voorgesteld.

Gelet op het bovenstaande kunnen bezwaarlijk richtlijnen worden gegeven betreffende toe te passen barema's. Waar het om geldelijke hulp gaat, zijn de OCMW's evenwel in ieder geval gehouden tot de toekenning van het « bestaansminimum » (wet van 7 augustus 1974).

Door « extra-bijdragen » bedoelt men wellicht de bijdragen die eventueel door de kostgangers van een rustoord moeten worden betaald tot vereffening van de onderhoudsprijs in die instelling. Hier ook wordt normaliter een bedrag vastgesteld dat in verhouding is met de inkomsten van de belanghebbenden en het is mij niet bekend dat een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn ter zake tekort gekomen is aan zijn verplichtingen.

5. Een lid van de Commissie stelt de vraag of de kosten van de talrijke nieuwe taken waarvan de Minister sprak betreffende het bejaardenbeleid, ten laste van het OCMW of van het departement komen.

ANTWOORD

Voorafgaande opmerking.

De talrijke taken, waarvan sprake onder rubriek « bejaardenbeleid » op bladzijde 25, zijn eigenlijk niet nieuw, aangezien die vroeger al door de COO's werden vervuld.

a) Het is de taak van de OCMW tussenbeide te komen, wanneer een bejaarde over onvoldoende financiële middelen beschikt om een menswaardig leven te leiden; de hiermee

En vue d'assurer la continuité, le Conseil supérieur de l'assistance a encore été convoqué afin d'expédier les affaires courantes.

Dès le moment où le nouveau Conseil supérieur de l'aide sociale sera installé, il remplira les tâches qui lui sont confiées conformément aux directives de l'arrêté royal du 31 mai 1977.

4. Un membre croit savoir qu'il existe des tarifs pour l'aide accordée par les CPAS.

Certains CPAS demandent des contributions supplémentaires.

Ne faudrait-il pas prévoir des directives visant à obliger les CPAS à s'en tenir aux barèmes ?

REPONSE

Il est en effet exact que certains CPAS appliquent ce qu'on appelle des barèmes pour l'aide accordée. Toutefois, ces tarifs ne peuvent être qu'indicatifs, étant donné que chaque cas doit être apprécié séparément et que le centre doit connaître préalablement l'importance du besoin d'aide avant de pouvoir fournir une aide matérielle sous la forme la plus appropriée (art. 60 de la loi du 8 juillet 1976).

Quant aux barèmes en question, on peut se référer notamment à la brochure « L'octroi de secours par les commissions d'assistance publique » (éditée en 1969 par l'Union des villes et communes belges), qui propose certains critères et des barèmes indicatifs.

Étant donné ce qui précède, il serait difficile de donner des directives concernant les barèmes à appliquer. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une aide pécuniaire, les CPAS sont en tout cas tenus d'accorder le « minimum de moyens d'existence » (loi du 7 août 1974).

Par « contributions supplémentaires » on entend sans doute les montants à payer, le cas échéant, par les pensionnaires d'une maison de repos pour régler le prix de leur entretien dans cet établissement. En pareil cas également, l'on fixe normalement un montant proportionné aux ressources de l'intéressé et je ne sache pas qu'un centre public d'aide sociale ait manqué à ses obligations en la matière.

5. Un commissaire pose la question de savoir si le coût des nombreuses tâches nouvelles évoquées par le Ministre en ce qui concerne la politique en faveur des personnes âgées, doit être à charge du CPAS ou du département.

REPONSE

Remarque préliminaire.

Les nombreuses tâches dont il est question sous la rubrique « politique en faveur des personnes âgées » à la page 25, ne sont, à vrai dire, pas nouvelles, étant donné qu'elles étaient déjà assumées précédemment par les CAP.

a) Le CPAS a pour tâche d'intervenir lorsqu'une personne âgée ne dispose pas des moyens financiers suffisants pour mener une existence conforme à la dignité humaine; les

gepaard gaande uitgaven komen ten laste van het centrum, ten ware de toekenning gebeurt onder het stelsel van het « bestaansminimum », in welk geval de Staat een terugbetaling doet van 50 pct. van het uitgekeerde bedrag.

b) In normale omstandigheden, d.w.z. wanneer de bejaarde in regel is met zijn mutualiteit, worden de kosten voor verzorging (in de betekenis van verpleging) aan huis gedragen door het ziekenfonds. Bijkomende kosten eventueel kunnen ten laste vallen van het OCMW, wanneer de inkomsten van de bejaarde ontoereikend zijn.

In geval de bejaarde niet is aangesloten of niet in orde is met het Ziekenfonds, zijn bedoelde kosten voor rekening van het OCMW.

c) Wanneer de prestaties geleverd worden door een erkende dienst voor gezins- of bejaardenhulp, worden de kosten ervan deels onder vorm van subsidies gedragen door het departement (Bestuursafdeling voor Gezinszorg), verminderd met de bijdrage van de bejaarde, en deels door het OCMW.

Voor de thuisbezorging van warme maaltijden geldt ongeveer dezelfde regeling, wanneer de bedeling geschiedt door een erkende dienst. Dit betekent dus een financiële tussenkomst van het departement (Bestuursafdeling voor Gezinszorg), van het OCMW en eventueel een bijdrage van de bejaarde.

d) Wanneer de OCMW woningen voor bejaarden oprichten, kunnen zij bij het departement een betoelaging bekomen ten belope van 60 pct. op het subsidiebaar bedrag, op voorwaarde nochtans dat zij zelf en alleen als bouwheer optreden.

De OCMW kunnen evenwel met lokale of regionale bouwmaatschappijen een overeenkomst sluiten, waarbij hun onder bepaalde voorwaarden het recht op inspraak wordt verleend bij de keuze van de kandidaat-huurders.

e) Het koninklijk besluit van 15 april 1977 betreffende de dienstencentra voorziet de betoelaging van de bouw, de verbouwing en de uitrusting van deze instellingen. Het bedrag van deze toelage werd vastgesteld op 60 pct. van de kostprijs, respectievelijk door het koninklijk besluit van 18 april 1977 wat het Vlaamse gewest betreft en door het koninklijk besluit van 2 juni 1977 voor het Waalse gewest.

f) Het is een feit dat de rustoorden meer en meer aangevraagd zijn voor de opname van hulpbehoevende bejaarden, wat vanzelfsprekend een verhoging meebrengt van de personeelslasten, verplegingskosten, e.a.

Artikel 5 van het ontwerp nr. 85 waarvan sprake in de nota nopens de Bejaardenzorg (blz. 27) zal mogelijk een oplossing aan dit probleem kunnen geven.

Volledigheidshalve moet ten slotte worden opgemerkt dat de OCMW insgelijks gedeeltelijk terugbetaling zullen kun-

dépenses qu'entraîne cette intervention sont à charge du centre, à moins que l'aide ne soit octroyée à titre de « minimum de moyens d'existence », auquel cas l'Etat rembourse 50 p.c. du montant versé.

b) Dans des circonstances normales, c'est-à-dire lorsque la personne âgée est en règle vis-à-vis de sa mutualité, les frais des soins à domicile (au sens de soins médicaux) sont supportés par la mutualité. Les frais supplémentaires peuvent éventuellement être à charge du CPAS lorsque les ressources de la personne âgée sont insuffisantes.

Si la personne âgée n'est pas affiliée à une mutualité ou n'est pas en règle de cotisation vis-à-vis de celle-ci, ces frais sont à charge du CPAS.

c) Lorsque les prestations sont fournies par un service agréé d'aide familiale ou d'aide aux personnes âgées, les frais en sont partiellement supportés par le département (Direction de la Famille) sous forme de subventions, déduction faite de la contribution de la personne âgée, le surplus incombant au CPAS.

Une réglementation assez semblable est applicable à la distribution de repas chauds à domicile, lorsque celle-ci est assurée par un service agréé. Il y a donc intervention financière du département (Direction de la Famille) et du CPAS et éventuellement une contribution de l'intéressé.

d) Lorsque les CPAS construisent des habitations pour personnes âgées, ils peuvent obtenir du département un subside de 60 p.c. du montant pouvant être subventionné, à condition toutefois qu'ils soient eux-mêmes seuls maîtres de l'ouvrage.

Néanmoins, les CPAS peuvent conclure avec des sociétés de construction locales ou régionales un accord leur donnant, à certaines conditions, un droit d'intervenir dans le choix des candidats locataires.

e) L'arrêté royal du 15 avril 1977 relatif aux centres de services communs prévoit le subventionnement de leur construction, de leur transformation et de leur équipement. Le montant de ce subside a été fixé à 60 p.c. du prix coûtant, respectivement par l'arrêté royal du 18 avril 1977 pour la région flamande et par l'arrêté royal du 2 juin 1977 pour la région wallonne.

f) Il est certain que les maisons de repos sont de plus en plus indiquées pour accueillir les personnes âgées qui ont besoin d'aide. Il en résulte évidemment une augmentation des charges de personnel, des frais de soins, etc.

L'article 5 du projet n° 85, dont il est question dans la partie de l'exposé du Ministre relative à la politique en faveur des personnes âgées (p. 27), permettra peut-être de résoudre ce problème.

Enfin, pour être complet, il convient de rappeler que les CPAS pourront obtenir aussi le remboursement partiel de

nen bekomen van bepaalde gedane uitgaven door middel van de toelage waarop zij zullen kunnen aanspraak maken vanwege het « Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn ».

Ook in het kader van de « Boudewijnstichting » zijn nuttige initiatieven mogelijk.

6. Een lid betreurt dat er geen gewag wordt gemaakt van het « bestaansminimum » in de inleidende uiteenzetting van de Minister. Hij vraagt statistische gegevens.

Hij wordt bijgetreden door een ander lid, dat voornamelijk inlichtingen wenst over de beslissingen in beroep.

Bepaaldelijk worden volgende statistische gegevens gevraagd.

a) Werkelijke uitgaven per jaar sedert het in voege treden van de wet (per gewest);

b) Het aantal gerechtigden, hierbij een onderscheid makend tussen de drie categorieën (alleenstaanden, gezinnen, samenwonenden) en tussen degenen die het totaal bedrag krijgen en de anderen.

Deze inlichtingen moeten gegeven worden per 31 december van elk jaar en per 30 september 1977.

c) Inlichtingen worden gewenst in verband met het aantal dossiers dat behandeld werd in beroep :

— Het aantal beslissingen getroffen door de Kamer van Beroep met opgave van de uitspraak.

— Bestaat er uniformiteit in het behandelen van de dossiers, werden er onderrichtingen gegeven in die zin ?

ANTWOORD

a) De uitgaven voor bestaansminimum sedert 1975 zijn als volgt geëvolueerd :

1975 : 109,5 miljoen frank

1976 : 162,3 miljoen frank

Budget 1977 : 266,7 miljoen frank

De ramingen voor 1978 zijn 352 miljoen waarvan 20 miljoen voor het verhogen van het basisbedrag. Er is dus een regelmatige stijging vast te stellen in de uitgaven.

b) Rechthebbenden

	Bedragen per 1.9.1977
Cat. 1 : gezinnen	115 571
Cat. 2 : alleenstaanden	83 651
Cat. 3 : samenwonenden	57 785

Op 31 januari 1976 (geen statistieken voorhanden op 31 december 1975)

Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3
733	3 672	1 308 (1)
207	1 912	688 (2)
940	5 584	1 996

(1) Met volledig bedrag.

(2) Met minder dan het volledig bedrag.

certaines dépenses grâce à la subvention du « Fonds spécial de Bien-être social » à laquelle ils auront droit.

Des initiatives utiles sont également possibles dans le cadre de la « Fondation Roi Baudouin ».

6. Un membre regrette que le minimum de moyens d'existence n'ait pas été mentionné dans l'exposé introductif du Ministre. Il demande des informations statistiques.

Un autre membre partage son point de vue et s'intéresse particulièrement aux décisions prises en appel.

Les questions portent principalement sur les données statistiques suivantes :

a) Dépenses réelles par année depuis l'entrée en vigueur de la loi (par région);

b) Le nombre d'ayants droit, avec la distinction entre les trois catégories (personnes isolées, familles, personnes cohabitantes) et entre les personnes qui reçoivent le montant total et les autres.

Ces informations refléteront la situation au 31 décembre de chaque année et au 30 septembre 1977;

c) Le nombre des dossiers traités en appel :

— Le nombre des décisions prises par la Chambre de recours avec mention de l'arrêt.

— Est-ce qu'une certaine uniformité a été respectée dans le traitement des dossiers et est-ce que des directives ont été données à cet effet ?

REPONSE

a) Depuis 1975, les dépenses en matière de minimum de moyens d'existence ont évolué de la manière suivante :

1975 : 109,5 millions de francs

1976 : 162,3 millions de francs

Budget 1977 : 266,7 millions de francs

Les estimations pour 1978 s'élèvent à 352 millions dont 20 millions pour couvrir le relèvement du montant de base. Les dépenses ont dès lors augmenté très régulièrement.

b) Les ayants droit

	Montants au 1.9.1977
Cat. 1 : familles	115 571
Cat. 2 : personnes isolées	83 651
Cat. 3 : personnes cohabitantes	57 785

Au 31 janvier 1976 (pas de statistiques disponibles au 31 décembre 1975)

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
733	3 672	1 308 (1)
207	1 912	688 (2)
940	5 584	1 996

(1) Montant total.

(2) Somme inférieure au montant total.

Op 31 december 1976

Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3
942	5 014	2 193
260	2 390	687
1 202	7 404	2 889

Categorie + bedrag niet vermeld : 15

Op 30 september 1977

Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3
1 107	6 298	2 958
415	3 539	827
1 522	9 837	3 785

Categorie + bedrag niet vermeld : 8

c) Voor het Nederlandstalig gebied werden ons 59 afschriften van vonnis overgemaakt, waarvan 42 gevallen ongegrond waren of zonder gevolg bleven en 17 gevallen gegrond werden verklaard.

Voor het Franstalig gebied werden ons 42 afschriften van vonnis overgemaakt waarvan 32 ongegrond of zonder gevolg en 10 gegrond bleken.

Het behoort niet tot de bevoegdheid van het departement om onderrichtingen te geven inzake het behandelen van dossiers in beroep voor de arbeidsrechtbank.

**

7. Hetzelfde lid van de Commissie vestigt dan de aandacht van de Minister op het gebrek aan cohesie tussen de stelsels van « bestaansminimum » en de pensioenen.

Volgende vragen worden desbetreffend gesteld :

a) De aanpassing van het levensminimum en van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden zal problemen scheppen in verband met het pensioenstelsel voor zelfstandigen dat minder gunstig zal worden dan het gewaarborgd inkomen.

Welke maatregelen zal de Regering treffen ?

b) Er bestaan nog verschilpunten in de toepassing van de twee stelsels (gewaarborgd inkomen en levensminimum) b.v. wat betreft de nationaliteit. Zo zou b.v. een burger van Duitse nationaliteit vóór 65 jaar het bestaansminimum bekomen, doch na 65 jaar geen gewaarborgd bejaardeninkomen.

ANTWOORD VAN DE MINISTER

a) Bejaarden, waarvan het pensioen lager ligt dan het gewaarborgd inkomen of het bestaansminimum, bekomen, op hun verzoek, een aanvullende uitkering vanwege het setlsel gewaarborgd inkomen, of bestaansminimum.

Au 31 décembre 1976

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
942	5 014	2 193
260	2 390	687
1 202	7 404	2 889

Catégorie + montant non mentionné : 15

Au 30 septembre 1977

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
1 107	6 298	2 958
415	3 539	827
1 522	9 837	3 785

Catégorie + montant non mentionné : 8

c) Pour la région néerlandophone, 59 copies d'arrêts nous ont été transmises dont 42 cas avaient été jugés non fondés ou étaient demeurés sans effet et 17 cas avaient été jugés fondés.

Pour la région francophone, 42 copies d'arrêts nous ont été transmises dont 32 cas avaient été jugés non fondés ou étaient demeurés sans effet et 10 avaient été déclarés fondés.

L'élaboration de directives en matière de traitement de dossiers en appel devant le tribunal du travail ne ressortit pas au département.

**

7. Le même commissaire attire ensuite l'attention du Ministre sur le manque de cohésion entre le régime du « minimum de moyens d'existence » et celui des pensions

Il pose à ce sujet les questions suivantes :

a) L'ajustement du minimum de moyens d'existence et du revenu minimum garanti pour les personnes âgées ne manquera pas de créer des problèmes relatifs au régime des pensions des indépendants, qui s'avérera moins favorable que le revenu minimum garanti.

Quelles mesures le Gouvernement envisage-t-il en la matière ?

b) Des divergences subsistent dans l'application des deux régimes (revenu garanti et minimum de moyens d'existence), par exemple en ce qui concerne la nationalité. C'est ainsi qu'un citoyen de nationalité allemande peut obtenir le minimum de moyens d'existence avant l'âge de 65 ans mais ne peut prétendre au revenu minimum garanti en faveur des personnes âgées lorsqu'il a franchi le cap des 65 ans.

REPONSE DU MINISTRE

a) Les personnes âgées dont la pension est inférieure au revenu minimum garanti ou au minimum de moyens d'existence obtiennent une allocation complémentaire en vertu du régime du revenu garanti ou du minimum de moyens d'existence, pour autant qu'elles en fassent la demande.

— Het behoort niet tot het departement van Volksgezondheid om maatregelen te treffen in verband met een minder gunstig pensioenstelsel voor zelfstandigen.

b) Bij koninklijk besluit van 8 januari 1976 werd het recht op een bestaansminimum uitgebreid tot de onderdanen van de landen die behoren tot de Europese Economische Gemeenschap, tot de staatslozen en tot de erkende vluchtelingen als bedoeld in de wet van 28 maart 1952 op de vreemdelingenpolitie.

— Het behoort tot de bevoegdheid van de Minister van Sociale voorzorg om inlichtingen te verstrekken omtrent een eventuele uitbreiding in het stelsel van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

8. Welk is het aantal personeelsleden dat ter beschikking werd gesteld bij gebrek aan nieuwe opdrachten (secretarissen, ontvangers, enz.) ?

ANTWOORD

Vooreerst weze opgemerkt dat enkel de secretarissen en ontvangers van de vroegere COO's die twee hoofdbetrekkingen (met voltijdse dienstprestaties) in de openbare sector cumuleren voor één van deze betrekkingen aanspraak kunnen maken op de beschikbaarheid wegens ambtsontheffing of -opheffing.

Het aantal van deze uitzonderingsgevallen is de Minister niet onbekend.

De secretaris of ontvanger met deeltijdse prestaties, gecumuleerd als bijbetrekking met een hoofdbetrekking, kan in wachtstand geplaatst worden. Aangezien de termijn van 12 maanden (art. 21 van de wet van 29 juni 1976) slechts ten vroegste verstrijkt op 1 april 1978 is het onmogelijk nu reeds het cijfer te kennen van het aantal van deze ambtenaren dat ambtshalve of bij besluit van de raad voor maatschappelijk welzijn in wachtstand wordt geplaatst.

Voor andere functies wordt niemand ter beschikking gesteld. Alle personeelsleden blijven in dienst van de nieuwe OCMW.

12. Gehandicaptenbeleid

1. Een lid van de Commissie vraagt naar cijfers betreffende de kinderen die verblijven in instellingen beheerd door het OCMW en anderen die ressorteren onder de bevoegdheid van het departement van Volksgezondheid (MPI's, kribben, weeshuizen, enz.).

ANTWOORD

— MPI.

Aantal kinderen in de medisch-pedagogische inrichtingen die onder de bevoegdheid van het departement van Volksgezondheid vallen (op 1 juli 1977).

— Il n'appartient pas au département de la Santé publique de prendre des mesures en ce qui concerne un régime de pensions moins favorable au bénéfice des indépendants.

b) L'arrêté royal du 8 janvier 1976 a étendu le droit au minimum de moyens d'existence aux ressortissants des pays membres de la Communauté économique européenne, aux apatrides et aux réfugiés reconnus, visés par la loi du 28 mars 1952 relative à la police des étrangers.

— Il appartient au Ministre de la Prévoyance sociale de donner des informations relatives à une extension éventuelle du régime du revenu minimum garanti pour les personnes âgées.

8. Quel est le nombre de membres du personnel mis en disponibilité en raison de l'absence de nouvelles missions (secrétaires, receveurs, etc.) ?

REPONSE

Il faut souligner tout d'abord que seuls les secrétaires et receveurs des anciennes CAP qui cumulaient deux emplois principaux (à horaire complet) dans le secteur public peuvent faire valoir leurs droits à la mise en disponibilité pour retrait ou suppression d'emploi.

Le nombre de ces cas exceptionnels m'est inconnu.

Le secrétaire ou receveur qui cumulait un emploi principal et un emploi accessoire à temps partiel peut être mis en position d'attente. Comme le délai de 12 mois (art. 21 de la loi du 29 juin 1976) ne vient à expiration que le 1^{er} avril 1978 au plus tôt, il reste impossible de connaître dès à présent le nombre de fonctionnaires mis d'office en position d'attente par arrêté du Conseil de l'aide sociale.

Personne n'est mis en disponibilité pour d'autres fonctions. Tous les membres du personnel restent en service auprès des nouveaux CPAS.

12. Politique en faveur des handicapés

1. Un commissaire aimerait connaître le nombre des enfants qui séjournent dans des établissements gérés par les CPAS et d'autres établissements qui relèvent de la compétence du département de la Santé publique (IMP, crèches, orphelinats, etc.).

REPONSE

— IMP.

Nombre d'enfants dans les instituts médico-pédagogiques relevant de la compétence du département de la Santé publique (au 1^{er} juillet 1977).

Internaten —	Semi-internaten —	Tehuizen voor kort verblijf —	Totaal —
Vlaams gewest :			
9 203	3 033	40	12 276
Waals gewest :			
5 042	2 245	41	7 328
Brussels gewest :			
1 029	916	41	1 959
Algemeen totaal :			21 563

— Kribben, weeshuizen, andere.

Over het aantal kinderen, dat in kribben en weeshuizen, afhankelijk van de OCMW, verblijft, beschikt de Bestuursafdeling voor het Maatschappelijk welzijn over geen gegevens.

Indien het geachte lid er op staat dit aantal te kennen, dan zou er bij ieder OCMW aanvraag moeten worden gedaan door middel van een rondschrĳven wat ongetwijfeld tijd zal in beslag nemen.

Betreffende de opnamemogelijkheden in de kribben en andere instellingen kunnen onderstaande gegevens verschaft worden.

Instellingen —	Aantal bedden —		
	Vlaanderen —	Wallonië —	Brussel —
Kinderdagverblijven . . .	4 486	2 218	3 719
en peutersuizen . . .	2 740	1 040	2 500
Kinderdag- en nachtverblijven	566	324	211
Diensten voor onthaalmoeders	(145)*	(85)*	—
Moedertehuizen			
(vrouwen)	(87)	(93)	(68)
kinderen	118	108	62

*
**

2. Een lid van de Commissie verklaart zich onvoorwaardelijk voorstander van het verblijf van een gehandicapte in zijn natuurlijk milieu. Jonge gehandicapte kinderen kunnen echter vaak niet opgenomen worden in een inrichting aangepast aan hun toestand, dan wanneer hun toestand dit zou vereisen.

Het lid vraagt naar statistieken in verband met de aard van de handicap en met de bestaande accommodatie.

ANTWOORD

De voorzieningen inzake inrichtingen voor gehandicapten zijn thans zeer bevredigend te noemen.

(*) Het cijfer heeft betrekking op het aantal onthaalmoeders. Elke onthaalmoeder mag maximum 3 kinderen opnemen, doch dit is niet steeds het geval.

Internats —	Semi-internats —	Homes de court séjour —	Total —
Région flamande :			
9 203	3 033	40	12 276
Région wallonne :			
5 042	2 245	41	7 328
Région bruxelloise :			
1 029	916	41	1 959
Total général :			21 563

— Crèches, orphelinats, autres.

En ce qui concerne le nombre des enfants séjournant dans les crèches et orphelinats dépendant de CPAS, l'Administration de l'Aide sociale ne dispose pas de renseignements.

Si l'honorable membre tient à connaître ces chiffres, il faudrait en faire la demande auprès de chaque CPAS par la voie d'une circulaire, ce qui prendrait sans aucun doute un certain temps.

Quant aux possibilités d'accueil dans les crèches et autres établissements, les chiffres s'établissent comme suit :

Etablissements —	Nombre de lits —		
	Flandre —	Wallonie —	Bruxelles —
Crèches	4 486	2 218	3 719
et sections pré-gardiennes . .	2 740	1 040	2 500
Services de gardiennes d'enfants			
à domicile	566	324	211
Pouponnières	(145)*	(85)*	—
Maisons maternelles			
(femmes)	(87)	(93)	(68)
enfants	118	108	62

*
**

2. Un commissaire se déclare partisan inconditionnel du séjour des handicapés dans leur milieu naturel. Il arrive toutefois souvent que de jeunes handicapés ne peuvent être accueillis dans un établissement adapté à leur état alors que celui-ci l'exigerait.

L'intervenant demande des statistiques portant sur la nature du handicap et les équipements existants.

REPONSE

Les équipements et les établissements pour handicapés peuvent actuellement être qualifiés de fort satisfaisants.

(*) Le chiffre se rapporte au nombre des gardiennes d'enfants à domicile. Chaque gardienne d'enfants à domicile peut accueillir un maximum de trois enfants, mais ce n'est pas toujours le cas.

Ziehier statistische gegevens in verband met de aard van de handicap en met de bestaande accommodatie (bezette bedden en plaatsen op 31 december 1976).

Bezette bedden	Vlaams gewest	Brussel	Waals gewest	België
Licht verstandelijk gehandicapten	2 686	114	1 212	4 012
Middelmatig verstandelijk gehandicapten	2 223	160	1 032	3 415
Zwaar verstandelijk gehandicapten	2 230	38	1 053	3 321
Karaktergestoorden	1 345	183	1 839	3 367
Blinden en slechtienden	277	244	87	608
Doven en spraakgestoorden	739	314	132	1 185
Motorisch gestoorden :				
— Groep A (motorische stoornissen, dismelie, kinderverlamming, afwijking van het skelet of van de ledematen)	162	8	78	248
— Groep B (gehandicapten lijdend aan hersenverlamming, sclerosi multiplex, spinabifida en myopathie)	768	82	324	1 174
— Chronisch niet besmettelijke lichamelijke gehandicapten	119	15	53	187
	10 549	1 164	5 815	17 517

Bezette plaatsen	Vlaams gewest	Brussel	Waals gewest	België
Licht verstandelijk gehandicapten	1 006	158	980	2 144
Middelmatig verstandelijk gehandicapten	739	50	275	1 064
Zwaar verstandelijk gehandicapten	267	97	123	487
Karaktergestoorden	180	112	649	941
Blinden en slechtienden	22	141	56	219
Doven en spraakgestoorden	426	221	57	704

Voici des données statistiques relatives à la nature du handicap et aux équipements existants (lits et places occupés au 31 décembre 1976).

Lits occupés	Région flamande	Bruxelles	Région wallonne	Belgique
Handicapés mentaux légers	2 686	114	1 212	4 012
Handicapés mentaux modérés	2 223	160	1 032	3 415
Handicapés mentaux graves	2 230	38	1 053	3 321
Caractériels	1 345	183	1 839	3 367
Aveugles et handicapés de la vue	277	244	87	608
Sourds et handicapés de la parole	739	314	132	1 185
Handicapés moteurs :				
— Groupe A (troubles moteurs, dysmélie, paralysie infantile, déviation du squelette ou des membres)	162	8	78	248
— Groupe B (handicapés souffrant de paralysie cérébrale, de sclérose en plaques, de spinabifida et de myopathie)	768	82	324	1 174
— Handicapés physiques chroniques non contagieux	119	15	53	187
	10 549	1 164	5 815	17 517

Places occupées	Région flamande	Bruxelles	Région wallonne	Belgique
Handicapés mentaux légers	1 006	158	980	2 144
Handicapés mentaux modérés	739	50	275	1 064
Handicapés mentaux graves	267	97	123	487
Caractériels	180	112	649	941
Aveugles et handicapés de la vue	22	141	56	219
Sourds et handicapés de la parole	426	221	57	704

Bezette plaatsen	Vlaams gewest	Brussel	Waals gewest	België
Motorisch gestoorden :				
— Groep A (motorische stoornissen, dysmelie, kinderverlamming, afwijking van het skelet of van de ledematen)	348	50	40	438
— Groep B (gehandicapten lijdend aan hersenverlamming, sclerose multiplex, spinabifida en myopathie) . .	218	65	10	293
— Chronisch niet besmettelijke lichamelijke gehandicapten .	—	—	—	—
	3 206	894	2 190	6 290

Aantal erkende bedden : 19 438.

Aantal erkende plaatsen : 6 616.

3. Een commissielid vraagt hoe de situatie zich heeft ontwikkeld na de indiening van de stakingsaanzegging van het personeel in de medisch-pedagogische inrichtingen.

ANTWOORD

Op 14 oktober 1977 werd de Minister op de hoogte gebracht van de indiening van de stakingsaanzegging door het gemeenschappelijk front van de vakorganisaties die het personeel vertegenwoordigen in de instellingen erkend door het Ministerie van Justitie, Dienst Jeugdbescherming, en door het Ministerie van Volksgezondheid en het Gezin, Dienst van het Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten.

Er zijn onmiddellijk besprekingen gevoerd tussen de twee voornoemde departementen en met de sociale bemiddelaar belast door de Minister van Arbeid en Tewerkstelling met het organiseren van besprekingen tussen de Nationale Unie van voorzieningen voor jeugdbescherming en gehandicaptenzorg, die de werkgevers vertegenwoordigen, en de vakorganisaties.

Op 21 oktober 1977 zijn de vertegenwoordigers van de ministers en staatssecretarissen van alle departementen, met inbegrip van dat van Begroting, Openbaar Ambt en Nationale Opvoeding, en de vertegenwoordigers van de vakorganisaties op het informele vlak bijeengekomen om de draagwijdte van de eisen der werknemers nader te omschrijven.

Op 27 oktober 1977 heeft het Ministerieel Comité voor economische en sociale coördinatie, op voorstel van de Minister van Justitie, een aantal maatregelen genomen ten einde de subsidiëring van de instellingen die onder het departement van Justitie vallen, aanzienlijk te verbeteren.

Die beslissingen zijn medegedeeld aan de vertegenwoordigers van de werkgevers en de werknemers tijdens een

Places occupées	Région flamande	Bruxelles	Région wallonne	Belgique
Handicapés moteurs :				
— Groupe A (troubles moteurs, dysmélie, paralysie infantile, déviation du squelette ou des membres) .	348	50	40	438
— Groupe B (handicapés souffrant de paralysie cérébrale, de sclérose en plaques, de spinabifida et de myopathie) . . .	218	65	10	293
— Handicapés physiques chroniques non contagieux	—	—	—	—
	3 206	894	2 190	6 290

Nombre de lits agréés : 19 438.

Nombre de places agréées : 6 616.

3. Un membre de la Commission demande quelle est l'évolution de la situation créée par le préavis de grève du personnel dans les instituts médico-pédagogiques.

REPONSE

C'est le 14 octobre 1977 que le Ministre a été informé du dépôt d'un préavis de grève par le Front commun des organisations syndicales représentant le personnel des institutions agréées par le Ministère de la Justice — Office de la protection de la Jeunesse — et par le Ministère de la Santé publique et de la Famille — Service du Fonds de soins médico-socio-pédagogiques pour handicapés.

Immédiatement des contacts ont eu lieu à la fois entre les deux départements précités et avec le conciliateur social chargé par le Ministre de l'Emploi et du Travail d'organiser les négociations entre l'Union nationale des institutions de protection de la jeunesse et d'aide aux handicapés représentant les employeurs et les organisations syndicales.

Le 21 octobre 1977, les représentants des Ministres et Secrétaires d'Etat de tous les départements intéressés, y compris notamment du Budget, de la Fonction publique et de l'Education nationale, et les représentants des organisations syndicales se sont réunis sur un plan informel afin de préciser la portée des revendications des travailleurs.

Le 27 octobre 1977, le CMCES a pris, sur la proposition du Ministre de la Justice, une série de mesures tendant à améliorer sensiblement la subsidiarisation des institutions qui ressortissent au département de la Justice.

Ces décisions ont été communiquées aux représentants des employeurs et des travailleurs lors d'une réunion de la

vergadering van het paritair comité op 27 en 28 oktober 1977. Aan het einde van die vergadering heeft de sociale bemiddelaar een ontwerp-akkoord kunnen opstellen dat beide partijen aan hun respectieve opdrachtgevers zouden voorleggen.

Op 3 november jl. hebben de vertegenwoordigers van de werknemers aan de sociale bemiddelaar laten weten dat zij zich bij dit ontwerp-akkoord niet konden aansluiten.

De Minister zal de ontwikkeling van de gebeurtenissen met de nodige aandacht blijven volgen.

13. Bejaardenzorg

Het kan geen verwondering wekken dat de problematiek van de bejaardenzorg een meer dan gewone belangstelling geniet in de Commissie.

Verskillende leden hebben tal van vragen gesteld en bepaaldelijk ook nog reële tekorten in het beleid aangestipt.

1. *Gebrek aan coördinatie van het bejaardenbeleid.*

Een lid van de Commissie betreurt het gebrek aan coördinatie in het bejaardenbeleid. Hij stelt hierbij vast dat wel zeven of acht departementen betrokken zijn.

Hij wijst er op dat de Hoge Raad van de derde leeftijd reeds herhaaldelijk heeft gewezen op de noodzaak van de coördinatie van de verschillende departementen die betrokken zijn bij het bejaardenbeleid.

Welke zijn de vooruitzichten desaan gaande van de betrokken departementen ?

ANTWOORD

Een coördinatie inzake bejaardenbeleid is, in eerste instantie, een noodzaak binnen het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin. Inderdaad, de Hoge Raad van de derde leeftijd functioneert uitsluitend binnen het kader van het Bestuur van het Gezin.

Om een gecoördineerd beleid mogelijk te maken, heeft de Minister in zijn kabinet een interdepartementale werkgroep opgericht met afgevaardigden van de verschillende departementen, die bij het gezins- en bejaardenbeleid betrokken zijn.

De positieve samenwerking van de leden dezer Commissie, zoals die uit de startvergadering bleek, zal bepalend zijn voor de uitwerking van een gecoördineerd gezinsbeleid en bejaardenbeleid.

2. *Preventieve onderzoeken.*

Een lid van de Commissie verklaart de mening te zijn toegedaan dat de preventieve geneeskundige onderzoeken voorgesteld door de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen en door de Hoge Raad van de derde leeftijd best

Commission paritaire qui s'est tenue les 27 et 28 octobre 1977. Au terme de cette réunion, le conciliateur social a pu établir un pré-accord, qui devait être soumis par les deux parties à leurs mandants respectifs.

Le 3 novembre dernier, les représentants des travailleurs ont fait savoir au conciliateur social qu'ils ne pouvaient se rallier aux termes du pré-accord.

Le Ministre suivra avec toute l'attention voulue le déroulement des événements.

13. Politique en faveur des personnes âgées

Il n'est nullement étonnant que la Commission se soit penchée avec une attention toute particulière sur les problèmes qui se posent dans le cadre de la politique en faveur des personnes âgées.

Divers membres ont posé plusieurs questions à ce sujet et ont en outre mis l'accent sur les lacunes réelles que présente cette politique.

1. *Manque de coordination de la politique en faveur des personnes âgées.*

Un commissaire déplore le manque de coordination qui caractérise la politique en faveur des personnes âgées. Il constate que sept ou huit départements sont concernés.

Il fait observer qu'à plusieurs reprises déjà, le Conseil supérieur du troisième âge a souligné la nécessité d'une coordination entre les différents départements qui interviennent dans la politique en faveur des personnes âgées.

Quelles sont à cet égard les prévisions des départements concernés ?

REPONSE

Il importe en premier lieu de coordonner la politique en faveur des personnes âgées au niveau même du Ministère de la Santé publique et de la Famille. En effet, le Conseil supérieur du troisième âge fonctionne exclusivement dans le cadre de la Direction de la Famille.

En vue de permettre cette coordination, le Ministre a créé au sein de son cabinet un groupe de travail interdépartemental composé de délégués des différents départements intéressés par la politique familiale et par celle en faveur des personnes âgées.

La collaboration positive des membres de cette Commission, qui s'est déjà manifestée lors de la première réunion, sera déterminante dans l'élaboration d'une politique coordonnée en ce qui concerne les familles et les personnes âgées.

2. *Examens médicaux préventifs.*

Un membre de la Commission estime que les examens médicaux préventifs proposés par la « Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen » et par le Conseil supérieur du troisième âge, devraient être encouragés et portés à

aangemoedigd zouden worden en medegedeeld door de instanties waarmee de bejaarden noodzakelijkerwijze in aanraking komen, zoals gemeentebesturen, administratie van pensioenen, OCMW, enz.

Overweegt het departement hieromtrent bepaalde initiatieven ?

ANTWOORD

De Minister is op de hoogte van een initiatief dat in een bepaalde provincie werd genomen door de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen die bejaarden grondig onderzoeken volgens een bepaald schema, zonder overdreven laboratoriumtesten, ten einde een optimale behandeling toe te laten.

Vaak worden de bejaarden in een gewone dokterspraktijk al te vlug onderzocht. Het departement steunt dergelijke initiatieven volop en heeft de promotoren hiervan aangeraden om zich tot verenigingen voor bejaarden op nationaal niveau te richten om eveneens hun steun te verkrijgen.

Wat de modaliteiten van deze steunverlening betreft, werden op het departement nog geen praktische initiatieven genomen.

3. *Infrastructuur op het gebied van geriatrie*

Een lid van de commissie oppert dat de infrastructuur op het gebied van de geriatrie niet volstaat. Kan niet worden overwogen dat de verplichting wordt opgelegd voor gesubsidieerde bejaardentehuizen een geriatrie afdeling te openen ?

Zou het noodzakelijk zijn een programmatie van die diensten te voorzien ?

ANTWOORD

Het koninklijk besluit van 2 mei 1972 tot vaststelling van bijzondere voorwaarden voor het verlenen van toelagen voor het bouwen of het verbouwen van rustoorden voor bejaarden, bepaalt in artikel 1 dat die inrichtingen zodanig moeten zijn aangepast en uitgerust dat ze voldoen aan de eisen om bejaarden op te nemen die moeten worden geholpen bij het verrichten van de essentiële handelingen van het leven; de beheerders van die inrichtingen zullen er zich ook moeten toe verbinden de voorkeur te geven aan personen uit voormelde categorieën.

Het wetsontwerp nr. 85 bepaalt dat het in bepaalde omstandigheden mogelijk is, aan bejaardentehuizen een erkenning of bijzondere tegemoetkoming te verstrekken, die door de verzekeringsorganismen moet worden gedragen en wel voor een geheel van verstrekkingen die het mogelijk maken het ziekenhuisverblijf te verkorten of te voorkomen.

De diensten voor chronisch zieken (V-diensten) worden niet opgericht als afdelingen van rustoorden voor bejaarden maar zullen bij voorkeur verbonden worden met ziekenhuizen voor acuut zieken.

la connaissance des personnes âgées par les instances avec lesquelles celles-ci sont amenées à avoir des contacts, telles les administrations communales, l'administration des pensions, les CPAS, etc.

Le département envisage-t-il de prendre certaines initiatives à cet égard ?

REPONSE

Le Ministre a été informé d'une initiative prise dans une certaine province par la « Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen » : les personnes âgées y sont soumises à une visite médicale approfondie qui se déroule selon un schéma préétabli, sans recours exagéré à des tests de laboratoire, ce qui permet de leur faire suivre un traitement optimal.

Il n'est pas rare que les personnes âgées soient examinées de manière par trop expéditive par un médecin généraliste. Le département appuie pleinement des initiatives comme celles dont il est question ci-dessus, et recommande à leurs promoteurs de s'adresser à des associations nationales pour personnes âgées afin d'obtenir également leur soutien.

En ce qui concerne les modalités de cette aide, aucune initiative pratique n'a encore été prise par le département.

3. *Infrastructuur en matière de geriatrie*

Un membre de la Commission prétend que l'infrastructure en matière de geriatrie est insuffisante. Ne peut-on pas envisager l'obligation d'inclure une section de geriatrie dans les maisons de retraite subsidiées ?

Serait-il nécessaire de prévoir une programmation de ces services ?

REPONSE

L'arrêté royal du 2 mai 1972 fixant des conditions particulières à l'octroi de subsides pour la construction ou le reconditionnement de maisons de repos pour personnes âgées prévoit en son article 1^{er} que ces établissements répondront aux conditions d'aménagement et d'équipement requises pour permettre l'hébergement de personnes âgées qui doivent être aidées dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Les gestionnaires desdits établissements devront également s'engager à admettre par priorité les personnes des catégories précitées.

Le projet de loi n° 85 prévoit la possibilité d'octroyer, dans certaines conditions, aux maisons de repos un agrément et une intervention particuliers, à charge des organismes assureurs, pour un ensemble de soins qui permettent d'abrégé ou d'éviter le séjour hospitalier.

Les services pour malades chroniques (services V) ne sont pas créés en tant que sections des établissements pour personnes âgées, mais seront de préférence attachés aux hôpitaux pour malades aigus.

4. Dienstencentra

Een lid van de Commissie stelt vast dat de subsidies voor de dienstencentra in Wallonië en Brussel niet kunnen worden toegekend bij gebrek aan een uitvoeringsbesluit.

Wat is de huidige stand van zaken ?

ANTWOORD

De toestand is als volgt :

In het *Belgisch Staatsblad* van 27 mei 1977 is een koninklijk besluit van 15 april 1977 verschenen betreffende de gemeenschappelijke dienstencentra.

In hetzelfde *Staatsblad* is eveneens een koninklijk besluit van 18 april 1977 verschenen betreffende de toekenning van toelagen voor de oprichting van gemeenschappelijke dienstencentra in het *Vlaamse Gewest*.

Het koninklijk besluit van 2 juni 1977 (*Belgisch Staatsblad* van 10 september 1977) betreft het toekennen van toelagen voor de oprichting van dienstencentra in het *Waalse Gewest*.

Voor wat het *Brusselse Gewest* aangaat, bestaat er bij mijn weten nog steeds geen besluit dat die aangelegenheid regelt.

5. Hoge raad voor de derde leeftijd

Welke adviezen van de Hoge Raad voor de derde leeftijd werden reeds uitgevoerd ?

Welke initiatieven zal het departement nemen het de bejaarden mogelijk te maken in hun gewone woning te blijven ?

ANTWOORD

De Hoge Raad voor de derde leeftijd is een adviesorgaan en derhalve is de Regering door zijn adviezen niet gebonden.

Toch hebben verscheidene adviezen en suggesties van die Hoge Raad sterke invloed uitgeoefend op een aantal maatregelen die ten gunste van de derde leeftijd werden genomen.

Zeer onlangs nog werd rekening gehouden met het advies van de Hoge Raad in het ontwerp van wet nr. 85 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, in het bijzonder met betrekking tot de mogelijke opnemings van bejaarde invaliden in de rusthuizen en hun thuisverpleging.

Ook dient de aandacht te worden gevestigd op het advies van de Hoge Raad voor de derde leeftijd nopens de dienstencentra dat een concrete vorm heeft gekregen in het koninklijk besluit van 15 april 1977 betreffende de centra voor gemeenschappelijke diensten.

Die centra voor gemeenschappelijke diensten, evenals de diensten voor gezins- en bejaardenhulp en de diensten voor verzorging in eigen huis zullen een steeds belangrijker rol spelen in de actie die ten doel heeft de bejaarden in hun normale woning te laten verblijven.

4. Centres de services

Un membre de la Commission constate que les subsides aux centres de services ne peuvent pas être autorisés en Wallonie et à Bruxelles, faute d'arrêté royal d'exécution.

Quelle est la situation actuelle ?

REPONSE

La situation est la suivante :

Dans le *Moniteur belge* du 22 mai 1977 a paru un arrêté royal, daté du 15 avril 1977, relatif aux centres de services communs.

Dans ce même *Moniteur* a également paru un arrêté royal du 18 avril 1977 relatif à l'octroi de subsides, dans la région flamande, pour la construction de centres de services communs.

L'arrêté royal du 2 juin 1977 (*Moniteur belge* du 10 septembre 1977) est relatif à l'octroi de subsides pour la construction de centres de services communs en région wallonne.

En ce qui concerne la région bruxelloise, aucun arrêté réglant cette matière n'a, à ma connaissance, été pris jusqu'à ce jour.

5. Conseil supérieur du troisième âge

Quels sont les avis du Conseil supérieur du troisième âge qui ont reçu une exécution ?

Quelle initiative va prendre le département pour aider les personnes âgées à rester dans leur habitat normal ?

REPONSE

Le Conseil supérieur du troisième âge est un organisme consultatif et dès lors, le Gouvernement n'est pas lié par les avis qu'il émet.

Il n'empêche que plusieurs avis et suggestions de ce Conseil supérieur ont largement influencé un certain nombre de mesures prises en faveur du troisième âge.

Tout récemment encore il a été tenu compte de l'avis du Conseil supérieur dans le projet de loi n° 85 modifiant la législation sur les hôpitaux et relatif à certaines autres formes de dispensation de soins, spécialement en ce qui concerne la possibilité d'hébergement de personnes âgées invalides dans des maisons de repos et l'hospitalisation à domicile.

Il y a lieu de signaler également l'avis du Conseil supérieur du troisième âge sur les centres de services qui a trouvé sa concrétisation dans l'arrêté royal du 15 avril 1977 relatif aux centres de services communs.

Ces centres de services communs, tout comme les services d'aide aux familles et aux personnes âgées et les services de soins à domicile joueront d'ailleurs un rôle de plus en plus important dans l'action qui a pour but de maintenir les personnes âgées dans leur habitat normal.

14. Gezinsbeleid

1. Centra voor geboortenregeling

Een commissielid vraagt of er geen goed uitgeruste centra voor geboortenregeling en voor onthaal zouden moeten worden gebouwd.

Hij wenst ook te weten welk beleid het departement voert.

ANTWOORD

De materie betreffende de Centra voor prematrimoniale, matrimoniale en gezinsconsultaties is geregionaliseerd en de geldende reglementeringen behoren derhalve tot de bevoegdheid van de gewestelijke ministers en staatssecretarissen.

Die reglementeringen voorzien uitsluitend in het verlenen van werkingstoelagen en het departement van Volksgezondheid draagt niet specifiek bij tot de bouwkosten van die centra.

De Minister verklaart de zorg van het commissielid te delen.

Hij herinnert eraan dat hij wil komen tot de oprichting van een centrum dat hij zou willen noemen : « Centrum voor het jonge kind ». Hij stelt reeds voor 1978 een experiment in het vooruitzicht. Zulk een centrum zou omvatten : een kinderkribbe, een onthaaldienst, enz.

**

2. Interdepartementale groep voor gezinsbeleid

Een ander commissielid vraagt welke problemen de interdepartementale groep bespreekt.

Worden de vrouwen en de groepen die de gezinnen vertegenwoordigen bij de besprekingen betrokken ?

ANTWOORD

De interdepartementale werkgroep voor het gezinsbeleid moet de Minister van Volksgezondheid en Leefmilieu in staat stellen de acties te bevorderen en te coördineren die een invloed kunnen hebben op het gezinsbeleid in de ruimste zin.

De onlangs opgerichte werkgroep bestaat dan ook uit vertegenwoordigers van de verschillende ministers en staatssecretarissen die bij het voornoemde beleid zijn betrokken. Dit houdt in dat de werkgroep alle problemen kan bespreken in verband met het gezin; de in de tekst vermeldde onderwerpen gelden enkel als voorbeeld.

Wat de eigenlijke samenstelling van de groep aangaat is het niet uitgesloten dat, in een later stadium, de vrouwen en de gezinnen worden geraadpleegd en zelfs aan de besprekingen deelnemen.

14. Politique familiale

1. Centres de planning familial

Un membre de la Commission pose la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de construire des centres de planning familial et des centres d'accueil bien équipés.

Quelle est la politique du département ?

REPOSE

La matière relative aux centres de consultations prématrimoniales, matrimoniales et familiales est régionalisée et les réglementations qui sont applicables sont dès lors de la compétence des ministres et secrétaires d'Etat régionaux.

Il y a lieu toutefois de signaler que ces réglementations prévoient exclusivement l'octroi de subventions de fonctionnement et que le département de la Santé publique n'intervient pas de façon spécifique dans les frais de construction de ces centres.

Le Ministre déclare partager les préoccupations du membre de la Commission.

Il rappelle qu'il entend arriver à créer un centre qu'il voudrait dénommer « Centre d'accueil pour le jeune enfant ». Il envisage de lancer déjà une expérience en 1978. Un tel centre comprendrait une crèche, un service d'accueil, etc.

**

2. Groupe interdépartemental en matière de politique familiale

Un autre membre de la Commission demande quels sont les problèmes qui seront discutés par le groupe interdépartemental.

Les femmes et les groupes représentant les familles seront-ils associés aux discussions ?

REPOSE

Le groupe de travail interdépartemental en matière de politique familiale est un instrument qui doit permettre au Ministre de la Santé publique et de l'Environnement de stimuler et de coordonner les actions qui peuvent exercer une influence sur la politique familiale au sens large.

C'est pourquoi le groupe qui a été constitué récemment est composé de représentants des différents ministres et secrétaires d'Etat qui sont concernés par cette politique. Il en résulte que tous les problèmes qui touchent à la famille peuvent y être exposés; les matières reprises dans le texte ne sont citées qu'à titre d'exemples.

Quant à la composition même du groupe, il n'est pas exclu que, dans un stade ultérieur, des groupes représentant les femmes et les familles soient consultés et même associés aux discussions.

3. De sociaal-pedagogische toelage

Een lid vraagt de Minister naar zijn vooruitzichten i.v.m. de uitvoering van een vorige programmawet betreffende de sociaal-pedagogische toelage.

ANTWOORD

De vooruitzichten i.v.m. de uitvoering van een vorige programmawet kunnen op dit ogenblik nog niet met voldoende duidelijkheid worden geformuleerd.

Naast niet te ontkennen budgettaire problemen dient er eveneens een oplossing te worden gevonden voor de meningsverschillen die van diverse zijden bestaan omtrent bepaalde uitvoeringsmodaliteiten ter zake (hoogte van het gezinsinkomen, bedrag van de SPT).

Voor de financiering van de SPT werd aanvankelijk in verschillende kringen gedacht aan de reserves van de Rijksdienst voor Kinderbijslagen van Werknemers. Niet alleen echter zijn deze reserves geleidelijk erg geslonken; ook werd door velen oppositie gevoerd hiertegen omdat de zelfstandigen op die wijze niet aan bod zouden komen, precies in een periode waar de harmonisatie der sociale voorzieningen voor werknemers en zelfstandigen in de belangstelling staat.

15. Kinderopvang

1. Kinderbewaarloaatsen

In verband met deze materie stelt een lid de volgende vragen :

Kan de Minister de mogelijkheid niet overwegen een onderzoek in te stellen naar een sociaal statuut voor de onthaalmoeders en een andere bezoldigingsregeling uit te werken ? Hun pensioen doet inderdaad problemen rijzen.

2. Peutertuinen

Kan de Minister geen subsidiëringsregeling uitwerken voor de bouw van peutertuinen ? Op dit ogenblik is men verplicht zijn toevlucht te nemen tot de voor de kinderdagverblijven geldende regeling.

3. Kan de Minister de mogelijkheid niet overwegen het reglement te wijzigen dat tewerkstelling van mannelijk personeel verbiedt ?

ANTWOORD

1. Op dit ogenblik genieten de onthaalmoeders die tot een dienst behoren (koninklijk besluit van 18 augustus 1975) fiscale immunititeit en vallen niet onder de sociale zekerheid in de hoedanigheid van zelfstandigen omdat de bijdrage die zij per plaatsingsdag ontvangen uitsluitend de uitgaven inzake onderhoud, opvoeding en behandeling dekt. Krachtens de reglementering ter zake, zijn zij dus geen bezoldigde werknemers.

Een wijziging van hun statuut gaat gepaard met :

1. Een volledige wijziging van de geldende reglementering;

3.L'allocation socio-pédagogique

Un membre demande au Ministre quelles sont les prévisions en ce qui concerne l'exécution d'une loi-programme antérieure relative à l'allocation socio-pédagogique.

REPONSE

Il n'est pas encore possible au stade actuel de formuler des prévisions suffisamment claires quant à l'exécution d'une loi-programme antérieure.

Outre les problèmes, indéniables, qu'une telle exécution soulèverait sur le plan budgétaire, il conviendrait de trouver une solution aux divergences de vues qui existent au sujet de certaines modalités d'application (plafond des revenus du ménage, montant de l'ASP).

En vue d'assurer le financement de l'ASP, il avait initialement été envisagé dans plusieurs milieux de puiser dans les réserves de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés. Toutefois, au fil des années, ces réserves ont fortement diminué; de surcroît, de nombreuses voix se sont élevées contre cette proposition parce qu'elle causerait préjudice aux travailleurs indépendants, précisément à un moment où l'harmonisation des prestations sociales en faveur des travailleurs salariés et indépendants est au centre de l'actualité.

15. Accueil de l'enfant

1. Garderie d'enfants

A ce sujet, un commissaire pose les questions suivantes :

Le Ministre ne pourrait-il pas envisager l'étude d'un statut social pour les gardiennes à domicile et notamment envisager un autre type de rémunération ? Il se pose en effet des problèmes en ce qui concerne leur pension.

2. Pré-gardiennats

Le Ministre ne pourrait-il pas étudier un système de subvention pour la construction de pré-gardiennats ? Actuellement, on doit obligatoirement passer par le système des crèches.

3. Le Ministre ne pourrait-il pas envisager une modification du règlement qui interdit l'emploi de personnel masculin ?

REPONSE

1. Actuellement les gardiennes d'enfants encadrées (arrêté royal du 18 août 1975) bénéficient de l'immunité fiscale et ne sont pas assujetties à la sécurité sociale comme travailleurs indépendants en raison du fait que l'intervention par journée de placement qu'elles perçoivent représente exclusivement des dépenses d'entretien, d'éducation et de traitement. Aux termes de la réglementation, elles ne sont donc pas considérées comme des salariées.

Vouloir changer leur statut implique :

1. Une modification complète de la réglementation en vigueur;

2. Een aanzienlijke begrotingslast, aangezien er op dit ogenblik 230 erkende onthaalmoeders zijn die deel uitmaken van een dienst.

Behoudens de weerslag van die maatregel op de begroting, moeten nog andere problemen opgelost worden zoals de werkloosheid van die onthaalmoeders bij voltijdse tewerkstelling omdat zij van de vraag afhangen.

2. Een regeling inzake Rijksbijdrage in de bouwkosten van peuterspeelplaatsen kan overwogen worden. Opgemerkt zij echter dat de erkenningsaanvragen voor peuterspeelplaatsen sterk gedaald zijn. Die instellingen welke vooral kinderen tussen 18 en 36 maanden opvangen, ondervinden sterke concurrentie van het bewaaronderwijs dat meer en meer kinderen van 2,5 jaar opvangt.

3. De aangevulde reglementering van 13 februari 1970 inzake de kinderdagverblijven en de peuterspeelplaatsen verbiedt de tewerkstelling van mannelijk personeel niet, vooral niet wat betreft het verplegend personeel en de maatschappelijke werkers. In enkele door het NWK erkende instellingen is namelijk personeel van dit niveau werkzaam.

16. Nationaal Werk voor Kinderwelzijn

Een lid van de Commissie stelt vast dat het bedrag van de toelage aan het NWK verrassend stijgt.

Inderdaad, op vijf jaar tijds is de toelage voorzien voor het NWK verdubbeld.

Hoe is die stijging uit te leggen?

Kan men aan de NWK geen nieuwe opdrachten in verband met de preventieve gezondheidszorg toevertrouwen?

ANTWOORD

1. Toename van de toelage voorzien voor het NWK.

De toename der toelagen aan het NWK is door meerdere oorzaken te verklaren waaronder de uitbreiding der kribben en peuterspeelplaatsen en de nieuwe diensten voor onthaalmoeders ten huize (vanaf 1975) de belangrijkste zijn.

De sterke verhoging van de opnamecapaciteit van jonge kinderen heeft een noodzakelijke toename van deze kosten tot gevolg gehad, namelijk :

	In miljoenen frank
1974	588,7
1975	804,8
1976	961,7
1977	1 262,2
1978	1 321,7

De werkingstoelagen der kinderdagverblijven namelijk de weddelast à 100 pct. voor het verplegend en verzorgend personeel wordt integraal door het NWK ten laste genomen; voor de begroting 1978 betekent dit 1 254 538 frank op het totaal voor deze sector van 1 321 706 frank.

2. Une importante charge budgétaire, les gardiennes et les crèches reconnues étant actuellement au nombre de 230.

Outre l'impact budgétaire de la mesure suggérée, il faudra résoudre d'autres problèmes, comme la non-occupation des temps pleins de ces gardiennes qui sont tributaires de la demande.

2. Un système d'intervention de l'Etat dans les frais de construction de pré-gardiennats pourrait être envisagée. Il faut cependant noter que les demandes d'agrément de pré-gardiennats sont en forte diminution. Ces institutions, qui s'adressent à des enfants de 18 à 36 mois, sont concurrencées par l'enseignement maternel qui tend à accueillir les enfants de 2 ans et demi.

3. La réglementation du 13 février 1970 relative aux crèches et aux pré-gardiennats telle qu'elle a été complétée n'interdit pas l'utilisation du personnel masculin, tout au moins au niveau des infirmiers et des assistants sociaux. Quelques-unes de ces institutions agréées par l'ONE utilisent du personnel masculin de ce niveau.

16. Œuvre Nationale de l'Enfance

Un membre de la Commission constate que le montant de la subvention prévue en faveur de l'ONE s'accroît d'une façon surprenante.

En effet, le montant de la subvention destinée à l'ONE a doublé en l'espace de cinq ans.

Comment s'explique cette augmentation?

N'est-il pas possible de confier à l'ONE de nouvelles missions en relation avec la médecine préventive?

REPONSE

1. Augmentation de la subvention prévue pour l'ONE

L'accroissement des subventions octroyées à l'ONE repose sur plusieurs raisons, dont la plus importante est l'extension des crèches et des jardins d'enfants ainsi que des nouveaux services créés pour les mères accueillant des enfants à domicile (depuis 1975).

L'accroissement considérable de la capacité d'accueil des jeunes enfants a automatiquement donné lieu à une augmentation des frais y afférents :

	En millions de francs
1974	588,7
1975	804,8
1976	961,7
1977	1 262,2
1978	1 321,7

Les subventions de fonctionnement des crèches, c'est-à-dire la charge salariale à 100 p.c. résultant de la rétribution du personnel infirmier et soignant, sont intégralement prises à charge par l'ONE et représentent, pour le budget 1978, 1 254 538 francs sur un total de 1 321 706 francs pour ce secteur.

De uitgaven voor consultaties voor zuigelingen en kleuters, en multidisciplinaire raadplegingen zijn globaal slechts licht gestegen, terwijl de kosten voor pre- en postnatale consultaties de jongste jaren wel fors verhoogden, aldus :

	In miljoenen frank
1974	27,3
1975	30,6
1976	35,6
1977	78,9
1978	127,2

De tehuizen voor moeders kregen meer inslag als humanitaire en sociale instelling voor verlaten moeders, wat een noodzakelijke verhoging der kredieten met zich bracht.

De andere activiteitsdomeinen van het NWK zoals de kleintjesoorden, kolonies, vakantie-centra zijn eveneens in kosten gestegen.

Tenslotte is de personeelsbezetting van het NWK zoals uitgebreid ten gevolge van de grotere activiteit in sommige sectoren, en dit is mede met de indexering der wedden een oorzaak van hogere kredieten :

	In miljoenen frank
1974	593,2
1975	739,0
1976	852,2
1977	932,7
1978	1 045,9

2. Nieuwe opdrachten in verband met de preventieve gezondheidszorg toevertrouwen aan het NWK.

De Minister is inderdaad sterk begaan met het verder en beter uitbouwen van de preventieve gezondheidszorg.

Omdat het NWK reeds meer dan 50 jaar goed werk leverde in dit domein heeft hij in gemeen overleg met de verantwoordelijken van NWK beslist de fundamentele beleidsopties inzake het werkterrein van het NWK opnieuw te formuleren.

De eigen diensten van het NWK stellen momenteel een document op, en zodra de Minister daarvan in bezit gesteld wordt, zal hij zijn beleid concreter uitstippelen. Hierin zal de preventieve gezondheidszorg een aanzienlijke plaats bekleden.

17. Rubella

Een lid herinnert de Minister aan een wetsvoorstel dat hij indiende met het oog op het verplichten van de inenting tegen rubella. Hij zou graag van de Minister vernemen welke diens concrete inzichten zijn.

Een ander lid van de commissie stelt vast dat sinds verschillende jaren deze materie het voorwerp is geweest van besprekingen in de Commissie voor Volksgezondheid en betreurt dat men vanwege de overheid steeds een aarzelande houding heeft aangenomen. Het vraagstuk moet op dit ogen-

Les dépenses pour consultations de nourrissons et d'enfants en bas âge ainsi que pour les consultations multidisciplinaires n'ont connu globalement qu'une légère majoration, tandis que le coût des consultations prénatales et post-natales a fortement augmenté au cours de ces dernières années :

	En millions de francs
1974	27,3
1975	30,6
1976	35,6
1977	78,9
1978	127,2

Les établissements pour mères abandonnées ont vu leur rôle grandir en tant qu'institutions humanitaires et sociales, ce qui a nécessité une majoration des crédits.

Les activités déployées par l'ONE dans d'autres domaines, tels que les crèches, les colonies, les centres de vacances, ont également exigé des dépenses plus élevées.

Enfin, l'accroissement des crédits s'explique par le renforcement des effectifs de l'ONE par suite d'une intensification des activités dans certains secteurs ainsi que par l'indexation des traitements :

	En millions de francs
1974	593,2
1975	739,0
1976	852,2
1977	932,7
1978	1 045,9

2. Nouvelles missions à confier à l'ONE en relation avec la médecine préventive.

Le Ministre tient en effet beaucoup à ce que la médecine préventive soit à la fois développée et améliorée.

Comme, dans ce domaine, l'ONE a fait du bon travail depuis plus de 50 ans déjà, il a décidé, d'un commun accord avec les responsables de l'ONE, de reformuler les options de politique fondamentale en ce qui concerne le champ d'action de l'Œuvre.

Les services propres de l'ONE sont occupés à rédiger un document à ce sujet et dès que le Ministre en disposera, il pourra élaborer une politique plus concrète. La médecine préventive y occupera une place importante.

17. Rubéole

Un membre rappelle au Ministre une proposition de loi qu'il a déposée en vue de rendre obligatoire la vaccination contre la rubéole. Il aimerait que le Ministre précise ses intentions concrètes à ce sujet.

Un autre commissaire constate que, depuis plusieurs années, cette matière a fait l'objet de discussions en Commission de la Santé publique et il déplore que les autorités aient toujours adopté une attitude hésitante. Actuellement, l'examen du problème devrait tout de même avoir suffi-

blik toch wel zo ver geëvolueerd zijn dat het mogelijk moet zijn duidelijk stelling te nemen : ofwel verplichten, ofwel niet. In het laatste geval zou men ook duidelijk moeten zeggen waarom.

Een ander lid van de Commissie ziet trouwens een soort tegenstrijdigheid in de houding welke tot op dit ogenblik door de Belgische overheid werd aangenomen. Enerzijds moedigt men aan, stimuleert men en bevordert men de inenting tegen rubella; en anderzijds wenst men — blijkbaar om principiële redenen — geen verplichting in te voeren. Dit lijkt op het eerste ogenblik — althans voor het oog van een leek — niet heel logisch. Indien het nodig is — en dit schijnt het geval te zijn vermits men het aanmoedigt — dan moet men ook de moed hebben om de verplichting in te voeren.

Hetzelfde lid laat gelden dat men toch van de ervaring welke men heeft opgedaan in andere landen zoals in de Verenigde Staten van Amerika nuttig gebruik moet kunnen maken. Wat wordt er over deze materie gezegd in de EEG-landen ?

In hetzelfde verband laat een ander lid opmerken dat wellicht de ervaring in andere landen tot nog toe de overheid in dit land heeft weerhouden om de verplichting in te voeren.

ANTWOORD

De Minister verklaart zich persoonlijk voorstander van het invoeren van de verplichtingen. Men zal natuurlijk daarvoor nog de medische argumenten en de nodige uitvoeringsmodaliteiten grondig moeten bestuderen.

De Minister zal de Hoge Gezondheidsraad opnieuw hierover ondervragen.

Verder vestigt de Minister de aandacht van de Commissie op het feit dat het invoeren van de verplichting van inenting niet altijd voor gevolg heeft dat er veel verschil is in de feitelijke toepassing. Men heeft inderdaad kunnen vaststellen dat voor de inenting tegen polio men 98 pct. bereikt maar dat ook voor diphtherie, tetanos en kinkhoest — waarvoor de inenting niet verplicht is — men tot een dergelijk percentage is gekomen.

Er dient bijvoorbeeld opgemerkt dat er meningsverschillen bestaan over de duur van de bescherming die door de vaccinatie tegen rubella wordt bekomen; deze is alleszins beperkt wat niet het geval blijkt te zijn voor de immuniteit die door het kind dat de ziekte doormaakt wordt verkregen.

De Minister verklaart tenslotte dat het voor een vrouw niet verantwoord lijkt te huwen indien zij niet de vereiste immuniteit tegen rubella bezit.

18. Dienst Tele-onthaal

Door een lid van de commissie wordt aangedrongen op de uniformisering van de telefoonnummers voor de diensten van Tele-onthaal en inzake uniformisering van het telefoon-tarief.

samment progressé pour qu'il soit possible de prendre nettement position, c'est-à-dire de se prononcer pour ou contre la vaccination obligatoire. Dans cette dernière hypothèse, il faudrait également que l'on dise clairement pourquoi l'on s'oppose à l'obligation.

Un autre membre de la Commission est d'ailleurs d'avis qu'il y a une certaine contradiction dans l'attitude adoptée jusqu'à présent par les autorités belges. D'une part, on encourage, on stimule et on favorise la vaccination contre la rubéole; d'autre part — apparemment pour des raisons de principe — on ne désire pas en instaurer l'obligation. A première vue, cela ne paraît pas très logique, du moins aux yeux d'un profane. Si elle est nécessaire — et cela semble bien être le cas puisqu'on la stimule — il faut également avoir le courage de la rendre obligatoire.

L'intervenant fait valoir qu'on doit tout de même pouvoir tirer profit de l'expérience acquise dans d'autres pays, tels que les Etats-Unis d'Amérique. Quel est le point de vue de nos partenaires de la CEE sur cette question ?

Dans le même ordre d'idées, un autre membre fait remarquer que c'est peut-être précisément à la lumière de l'expérience d'autres pays que les autorités belges ont hésité jusqu'ici à instaurer l'obligation.

REPONSE

Le Ministre se déclare personnellement partisan de l'instauration de l'obligation. Auparavant, il faudra naturellement procéder à une étude approfondie des arguments médicaux ainsi que des modalités d'application requises.

Le Ministre demandera une nouvelle fois l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique à ce sujet.

Par ailleurs, il attire l'attention de la Commission sur le fait que l'instauration de la vaccination obligatoire n'a pas toujours nécessairement pour conséquence que la pratique soit tellement différente. On a en effet pu constater qu'en ce qui concerne la vaccination contre la poliomyélite, on arrive à un pourcentage de 98 p.c. mais que pour la diphtérie, le téanos et la coqueluche — maladies pour lesquelles la vaccination n'est pas obligatoire — on a atteint un pourcentage similaire.

Il convient, par exemple, de noter qu'il existe des divergences de vues quant à la durée de l'immunité conférée par la vaccination contre la rubéole; cette durée est en tout cas limitée, ce qui ne paraît pas être le cas pour l'immunité acquise par l'enfant qui a fait la maladie.

Le Ministre conclut en déclarant qu'il ne semble pas justifié qu'une femme se marie sans avoir l'immunité requise contre la rubéole.

18. Service Télé-accueil

Un membre insiste sur la nécessité d'uniformiser les numéros de téléphone réservés aux services de Télé-accueil ainsi que les tarifs téléphoniques.

ANTWOORD

Het is inderdaad zo dat de diensten van Tele-Onthaal op de meest efficiënte wijze kunnen werken indien men voor het ganse land één telefoonnummer kon verkrijgen.

Vanaf de eerste subsidiëring van deze diensten werd daarom gestreefd naar een logische indeling van het land in zones, waarbij dan slechts één dienst per zone zou erkend worden.

Uitzondering uiteraard voor Brabant wegens de tweetaligheid.

De bevoegdheid voor de erkenning van Tele-Onthaal-diensten hoort thans echter bij de regionale Ministers.

Bij de besprekingen in het verleden met het departement van Telefonie en Telegrafie, ondervond het departement van Volksgezondheid altijd een grote bereidwilligheid. Dit zal ongetwijfeld in de toekomst ook kunnen leiden tot een gepaste oplossing voor het uniformiseren van de tarieven.

19. Informatie inzake contraceptie

Door een lid van de Commissie worden volgende concrete vragen gesteld :

1. Worden er in de informatiecampaagne inzake contraceptie nieuwe initiatieven overwogen eventueel in samenwerking met Nationale Opvoeding en met Binnenlandse Zaken en meer bepaald door inschakeling van de gemeenten ?

2. In verband met de vroeger genomen initiatieven zou ik graag weten indien de actie zal worden stopgezet of indien ze al voortgezet worden.

Welk is het resultaat van de campagne ?

Welk is het aantal brochures per taalgebied dat verspreid werd ?

Wordt er een herdruk van de brochure overwogen ?

ANTWOORD

Anticonceptie.

1. Nieuwe initiatieven in samenwerking met Nationale Opvoeding en Binnenlandse Zaken.

Een samenwerking met Nationale Opvoeding inzake informatieve campagnes binnen de scholen ligt ongetwijfeld in de bedoeling van het departement.

Wat de samenwerking met het departement van Binnenlandse Zaken betreft en meer specifiek met de gemeenten, menen we dat het koninklijk besluit van 11 januari 1974, gewijzigd bij koninklijk besluit van 10 december 1974 en van 14 mei 1976, waarbij subsidies worden verleend i.v.m. anticonceptie, op plaatselijk vlak de mogelijkheid biedt aan plaatselijke verenigingen om informatieve campagnes over anticonceptie en verantwoord ouderschap in te richten.

REPONSE

Il est en effet exact que les services de Télé-accueil pourraient travailler avec un maximum d'efficacité s'il était possible d'obtenir un seul numéro de téléphone pour l'ensemble du pays.

Dès que ces services ont été subventionnés pour la première fois, l'on s'est donc efforcé de répartir le pays en zones, d'une manière logique, étant entendu qu'un seul service serait agréé par zone.

Une exception a évidemment été faite pour le Brabant en raison du bilinguisme de cette province.

L'agrégation des services de Télé-accueil relève désormais de la compétence des Ministres régionaux.

Lors des pourparlers qui ont eu lieu dans le passé entre le département de la Santé publique et celui des Télégraphes et Téléphones, ce dernier s'est toujours montré très coopératif. Cela permettra sans doute à l'avenir de trouver également une solution adéquate au problème de l'uniformisation des tarifs.

19. Information en matière de contraception

Un membre de la Commission pose les questions concrètes suivantes :

1. Envisage-t-on, dans le cadre de la campagne d'information sur la contraception, de prendre de nouvelles initiatives, éventuellement en collaboration avec les départements de l'Education nationale et de l'Intérieur, et plus particulièrement en faisant intervenir les communes ?

2. Sera-t-il mis fin aux initiatives prises antérieurement ou celles-ci seront-elles poursuivies ?

Quels sont les résultats de la campagne ?

Quel est le nombre de brochures diffusées par région linguistique ?

Envisage-t-on de réimprimer des brochures ?

REPONSE

Contraception.

1. Nouvelles initiatives prises en collaboration avec l'Education nationale et l'Intérieur.

Le département a certainement l'intention de coopérer avec l'Education nationale en ce qui concerne les campagnes d'information dans les écoles.

Pour ce qui est de la collaboration avec le département de l'Intérieur et plus spécifiquement avec les communes, le Ministre est d'avis que l'arrêté royal du 11 janvier 1974, modifié par les arrêtés royaux du 10 décembre 1974 et du 14 mai 1976 et octroyant des subventions pour les campagnes d'information en matière de contraception, offre aux associations locales la possibilité d'organiser des campagnes d'information sur la contraception et sur la parenté responsable.

2. Vroeger genomen initiatieven zullen worden voortgezet. Het nut ervan wordt bewezen door het feit dat men een duidelijke verandering in het gedragspatroon t.o.v. gebruik en keuze van anticonceptionele middelen vaststelt. Dit is o.m. gebleken uit een sociologisch onderzoek dat gevoerd werd door het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies (*Bevolking en Gezin*, tijdschrift van het CBGS en het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut, Den Haag, 1976, 3, 245-269 : Evolutie van de kennis en van het gebruik van anticonceptionele methoden bij de gehuwde vrouwen van de Nederlandse cultuurgemeenschap in België, 1966-1976; R.L. Cliquet, E. Van Hyfte, F. Deven).

3. De ter zake opgestelde brochure wordt bij het huidige verslag gevoegd.

20. Leefmilieu

1. Huisvuilverwerking

Verschillende leden van de Commissie hebben het probleem van de huisvuilverwerking aangesneden. Voornamelijk werd de wens uitgedrukt dat een imperatieve planning wordt voorzien voor het verwerken van huisvuil.

Welk is het standpunt van de departementen terzake ?

Zou het niet wenselijk zijn in de streken waar reeds een installatie bestaat, die niet op haar volle capaciteit werkt, het verder storten van huisvuil in de omliggende gemeenten te verbieden. Het is inderdaad onverantwoord en strijdig met de huidige intense zorg van overheid en bevolking om nog verder voorbijgestreefde, ontsierende en milieuhinderende vuilnisbelten in stand te houden.

ANTWOORD

Het is ook de mening van de Minister dat een planning voorzien moet worden voor het verwerken van afval, niet alleen huisvuil, maar ook industriële afval, die zoals iedereen weet 3 à 4 maal hoger ligt dan eerstgenoemde.

De planning zou zelf niet enkel het probleem van verwerking moeten behelsen maar de volledige problematiek : ophaal, herwinnen van secundaire grondstoffen, verwerken en behandeling van de uiteindelijke afval na verwerking.

Het is in deze zin dat een reeks kontrakten en studies werden toevertrouwd om een klare kijk op de situatie te bekomen. Deze studies en enquêtes, uitgevoerd met de medewerking van de GOM's en SDR's, lopen nu ten einde. Onder andere een model van de situatie op gebied van afval die de mogelijke alternatieve oplossingen kan aanduiden in een globale aanpak van de problematiek.

De aandacht wordt gevestigd op het feit dat afval een geregionaliseerde materie is en dat de Minister van Volksgezondheid en van Leefmilieu de zaken zal behandelen met zijn collega's die de attributies op dat gebied uitvoeren in de Gewesten.

2. Les initiatives antérieures seront poursuivies. Leur utilité est prouvée par le fait que l'on constate un net changement d'attitude parmi la population en ce qui concerne l'utilisation et le choix de moyens anticonceptionnels. Ceci ressort notamment d'une enquête sociologique menée par le « Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies » (Centre d'études démographiques et familiales) (*Bevolking en Gezin*, tijdschrift van het CBGS en het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut », La Haye, 1976, 3, 245-269 « Evolutie van de kennis en van het gebruik van anticonceptionele methoden bij de gehuwde vrouwen van de Nederlandse cultuurgemeenschap in België, 1966-1976 »; R.L. Cliquet, E. Van Hyfte, F. Deven).

3. La brochure traitant de cette question est annexée au présent rapport.

20. Environnement

1. Traitement des ordures ménagères

Plusieurs commissaires ont abordé le problème du traitement des ordures ménagères. Ils ont surtout formé le vœu de voir établir un planning impératif pour le traitement de ces déchets.

Quelle est la position des départements à ce sujet ?

Ne serait-il pas souhaitable d'interdire désormais dans les régions déjà desservies par une installation qui ne fonctionne pas à plein rendement, tout déversement d'ordures ménagères dans les communes avoisinantes ? Le maintien de dépôts d'immonables dépassés, inesthétiques et polluants ne se justifie en effet plus et va en outre à l'encontre des préoccupations intenses manifestées actuellement en ce domaine par les pouvoirs publics et la population.

REPONSE

Le Ministre est d'avis, lui aussi, qu'il convient de prévoir un planning pour le traitement non seulement des ordures ménagères, mais aussi des déchets industriels qui — comme chacun le sait — sont quantitativement 3 à 4 fois plus importants que les premières.

Ce planning ne devrait pas se limiter au seul problème du traitement des immonables, mais porter sur l'ensemble des problèmes connexes, à savoir l'enlèvement des immonables, la récupération de matières premières secondaires et le recyclage des déchets en fin de circuit après traitement.

C'est dans cette optique qu'en vue d'obtenir une idée plus claire de la situation, une série de contrats ont été conclus et que plusieurs études ont été demandées dans ce but. Ces études et enquêtes effectuées avec la collaboration des SDR et des GOM sont actuellement sur le point d'aboutir. L'une d'entre elles présente un modèle de situation permettant d'envisager diverses solutions de rechange en vue de résoudre le problème des déchets dans le cadre d'une approche globale.

L'attention est attirée sur le fait que le problème des déchets fait partie des matières régionalisées et que le Ministre de la Santé publique et de l'Environnement traitera ces questions de concert avec ses collègues qui sont compétents pour ces problèmes au niveau régional.

Het spreekt vanzelf dat met deze inzet naast de selectieve ophaal, die op zekere plaatsen al bestaat voor papier, glas, enz., een meer veralgemeende préselectie in afvalverwerkende instellingen zal moeten gebeuren, met het doel van energie- en grondstoffenbesparing.

Het spreekt eveneens vanzelf dat deze instellingen een polyvalent karakter zullen moeten hebben en daarbij nog rendabel moeten zijn, niet enkel voor de afvalverwerking, maar ook voor de gevolgen ervan op het leefmilieu en openbare hygiëne.

Het zou onverantwoordelijk zijn geen rekening te houden met de nu bestaande instellingen voor afvalverwerking, zowel compostering als verbranding, als andere technologieën, die meestal niet op 100 pct. van hun vermogen of op bestendige wijze geëxploiteerd worden.

Deze gegevens staan in het model waarvan hierboven sprake.

Het spreekt vanzelf dat onze wetgeving aan de actuele omstandigheden aangepast zal moeten worden om de in opbouw zijnde planning te kunnen doen passen.

Dit wil zeggen dat de collega's van beide Kamers gelegenheid zullen krijgen om op de hoogte te blijven van de actie op dit domein.

**

Een lid van de Commissie vraagt hoever het staat met de planning, meer bepaald wat de provincie Antwerpen betreft.

ANTWOORD

In verband met de planning voor de provincie Antwerpen kan het volgende worden medegedeeld :

- a) Reeds bestaande installaties :
- Antwerpen stad : een verkleiningsinstallatie.
 - Edegem : een verbrandingsinstallatie.
 - Heist op den Berg : een verbrandingsinstallatie.
 - Willebroek : een verbrandingsinstallatie.
 - Deurne : een verbrandingsinstallatie.

- b) Wat betreft de in aanbouw zijnde installaties :
- Burcht : een verbrandingsinstallatie.
 - Brasschaat : een verbrandingsinstallatie.
 - Merksem : een verbrandingsinstallatie.
 - Schoten : een verkleiningsinstallatie.
 - Deurne : een verkleiningsinstallatie.
 - Antwerpen : een verkleiningsinstallatie voor grof vuil.

Wilrijk : een verbrandingsinstallatie.

- c) De planning voor 1978 voorziet het oprichten van :

— Een compost- of verbrandingsinstallatie te Duffel-Lier; de raming voor het electro-mechanisch gedeelte bedraagt 280 000 000 frank.

Il va de soi que pour atteindre de tels objectifs, il faudra — parallèlement à l'enlèvement sélectif des immondices qui se pratique déjà en certains endroits pour le papier, le verre, etc. — généraliser la présélection dans les centres de traitement de déchets afin d'économiser l'énergie et les matières premières.

Il est tout aussi évident que les centres devront être polyvalents et qu'ils impliquent en outre une certaine rentabilité tant en ce qui concerne le traitement des déchets proprement dits que les répercussions sur l'environnement et l'hygiène publique.

Il serait irresponsable de ne pas tenir compte des centres existants de traitement de déchets, qui, basés sur le compostage, l'incinération ou d'autres techniques, ne sont généralement pas exploités à 100 p.c. de leur capacité ni de façon continue.

Ces données sont explicitées dans le modèle de situation évoqué ci-avant.

Il va également de soi que notre législation devra être adaptée aux circonstances actuelles, de sorte que le planning à l'étude puisse y trouver place.

Cela signifie que les collègues des deux Chambres auront l'occasion de se tenir au courant des actions menées dans ce domaine.

**

Un commissaire demande où en est le planning, notamment en ce qui concerne la province d'Anvers.

REPONSE

Pour ce qui est du planning prévu pour la province d'Anvers, le Ministre communique les informations suivantes :

- a) Installations existantes :
- Anvers ville : une installation de réduction.
 - Edegem : une installation d'incinération.
 - Heist op den Berg : une installation d'incinération.
 - Willebroek : une installation d'incinération.
 - Deurne : une installation d'incinération.

- b) Installations en voie de construction :
- Burcht : une installation d'incinération.
 - Brasschaat : une installation d'incinération.
 - Merksem : une installation d'incinération.
 - Schoten : une installation de réduction.
 - Deurne : une installation de réduction.
 - Anvers : une installation de réduction pour grosses immondices.
 - Wilrijk : une installation d'incinération.

- c) Le planning pour 1978 prévoit la création :

— D'une installation de compostage ou d'incinération à Duffel-Lier; le coût de la partie électro-mécanique est estimé à 280 000 000 de francs.

— Een grofvuilbreker te Antwerpen, waarvan de raming 20 000 000 frank bedraagt.

2. Zuivering van afvalwaters

Wat gaat er praktisch gebeuren in 1978 voor de behandeling van de afvalwaters en de zuivering van de rivieren?

ANTWOORD

Er dient hier eerst en vooral opgemerkt te worden dat de waterzuivering een geregionaliseerde materie is, met uitzondering van de vaststelling van algemene en sectoriële lozingsvoorwaarden, de produktienormen, de vaststelling van de berekeningsbasis voor nationale tarieven voor de zuivering van huishoudelijk en industrieel afval water en het bepalen van het percentage van de toelagen aan de industriële ondernemingen.

Als tweede voorafgaandelijke opmerking geldt hier dat de zuivering van afvalwater deel uitmaakt van de maatregelen die genomen moeten worden om verontreiniging te voorkomen en als dusdanig vallen onder de toepassing van de wet van 26 maart 1971 over de bescherming van de oppervlaktewateren tegen verontreiniging. Deze wet voorziet de oprichting van drie bekkenmaatschappijen voor de zuivering van het afvalwater.

Tot op heden werd enkel de Waterzuiveringsmaatschappij van het Kustbekken opgericht. Daardoor echter valt de regeling van het zuiveren van het water van de bekkens van de Schelde en de Maas onder hoofdstuk VI — Tijdelijke maatregelen — van voornoemde wet. Deze tijdelijke maatregelen moeten een einde nemen uiterlijk op 18 mei 1979 vermits de wet op 18 mei 1973 in voege trad en voorziet dat de tijdelijke maatregelen een periode van vijf jaar niet mogen overschrijden.

Anderzijds werden de meeste technische uitvoeringsbesluiten wel reeds genomen onder andere een algemeen lozingsreglement en tweeënveertig lozingsnormen.

Tenslotte houde men goed voor ogen het verschil tussen de zuivering van industriële afvalwaters en dat van de huishoudelijke afvalwaters zowel op technisch gebied als voor de investeringen.

Deze opmerkingen geven ons reeds een paar leidraden voor wat praktisch gaat gebeuren in 1978 voor de behandeling van de afvalwaters :

— De wijziging van de wet van 26 maart 1971; deze zaak is in behandeling tussen het kabinet van de Minister van Volksgezondheid en Leefmilieu en de kabinetten van de Ministers die verantwoordelijkheid dragen voor de waterzuivering in de gewesten;

— De verbetering en de toepassing van de reeds genomen uitvoeringsbesluiten;

— Voor de bouw van zuiveringsinstallaties voor het huishoudelijk afvalwater komt de volgende lijst van werken in aanmerking voor aanbesteding en uitvoering :

— D'un concasseur de grosses immondices à Anvers, dont le coût est évalué à 20 000 000 de francs.

2. Epuration des eaux usées

Quelles mesures pratiques prendra-t-on en 1978 pour le traitement des eaux usées et l'épuration des rivières ?

REPONSE

Il convient tout d'abord de faire observer que l'épuration des eaux est une matière régionalisée, sauf en ce qui concerne la fixation des conditions générales et sectorielles de décharge, les normes de production, la détermination de la base de calcul des tarifs nationaux pour l'épuration des eaux usées ménagères et industrielles, et la fixation du pourcentage des subventions accordées aux entreprises industrielles.

Une seconde remarque préalable du Ministre est que l'épuration des eaux usées fait partie des mesures à prendre pour prévenir la pollution et qui, à ce titre, tombent sous l'application de la loi du 26 mars 1971 sur la protection des eaux de surface. Cette loi prévoyait la création de trois sociétés d'épuration des eaux usées, une par bassin.

Jusqu'à ce jour, seule la société d'épuration des eaux du bassin côtier a été créée. Mais de ce fait, le programme d'épuration des eaux des bassins de l'Escaut et de la Meuse tombe sous l'application du chapitre VI — Mesures transitoires — de ladite loi. Ces mesures transitoires cesseront leurs effets au plus tard le 18 mai 1979, étant donné que la loi est entrée en vigueur le 18 mai 1973 et qu'elle prévoit que ces mesures ne peuvent dépasser une période de cinq ans.

Par ailleurs, la plupart des arrêtés d'exécution techniques ont déjà été pris; il s'agit notamment d'un règlement général et de quarante-deux normes sectorielles de décharge.

Enfin, on aura présente à l'esprit la différence entre l'épuration des eaux usées industrielles et celle des eaux usées ménagères, tant sur le plan technique qu'en ce qui concerne les investissements.

Ces remarques nous donnent déjà certaines indications quant à ce qui sera fait pratiquement en 1978 pour le traitement des eaux usées. Il s'agit de :

— La modification de la loi du 26 mars 1971; cette question est examinée conjointement par le cabinet du Ministre de la Santé publique et de l'Environnement et par les cabinets des Ministres responsables de l'épuration des eaux dans les diverses régions;

— L'amélioration et l'application des arrêtés d'exécution déjà pris;

— En ce qui concerne la construction d'installations d'épuration des eaux usées ménagères, les travaux repris dans la liste ci-après entrent en ligne de compte pour exécution :

Provincies	In miljoenen franken
Antwerpen	2 007
Brabant	1 197
Vlaams Brabant	660
Waals Brabant	537
Limburg	585
Oost-Vlaanderen	1 690
West-Vlaanderen	1 187
Namur	384,5
Liège	399
Hainaut	0,2
Luxembourg	469
	7 918,7

De uitvoering van deze werken hangt natuurlijk af van de collega's die de verantwoordelijkheid dragen over de Gewesten.

— Zoals men weet heeft België voor de behandeling van het industrieel afvalwater van de Europese Gemeenschappen een overgangsmaatregel bekomen die toelaat de bestaande industriële ondernemingen te betoelagen voor de behandeling van hun afvalwater.

Deze betoelaging is geregeld bij koninklijk besluit van 9 april 1975, de laatste maal gewijzigd op 1 oktober 1977.

125 dossiers zijn reeds behandeld en 280 zijn ingediend en in behandeling.

Bij de beoordeling van deze gegevens moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alle bestaande industriële ondernemingen een dossier ingediend hebben en dat nieuwe ondernemingen of daarmee geassimileerde ondernemingen geen recht hebben op een toelage en dus geen dossier hebben ingediend.

In 1978 zullen nieuwe ondernemingen hun afvalwater moeten behandelen; zij vallen dan onder de sectoriële normen alsmede onder het algemeen reglement betreffende de lozing van afvalwater. De termijn binnen welke aan de opgelegde voorwaarden moet worden voldaan, vastgesteld bij koninklijk besluit, bedraagt 40 maanden na aflevering van de lozingsvergunning voor de bestaande ondernemingen terwijl de nieuwe ondernemingen onmiddellijk aan de voorwaarden moeten voldoen.

Voor deze laatste zijn er nog geen juiste cijfers voorhanden.

De voormelde gegevens hebben betrekking op de bouw van zuiveringsinstallaties en collectoren en op de geldende normen; naast deze zullen voor de zuivering van onze waterlopen andere, reeds ondernomen, activiteiten verder ontplooid worden en zullen ook nieuwe initiatieven genomen worden.

Zuivering van waterlopen en het bekomen van de kwaliteitsobjectieven voor het water zijn niet synoniem. Het eerste is wat beperkter vermits het enkel slaat op correctieve maatregelen terwijl het tweede meer de aspecten ter voorkoming van de verontreiniging omvat.

Provinces	En millions de francs
Anvers	2 007
Brabant	1 197
Brabant flamand	660
Brabant wallon	537
Limbourg	585
Flandre orientale	1 690
Flandre occidentale	1 187
Namur	384,5
Liège	399
Hainaut	0,2
Luxembourg	469
	7 918,7

L'exécution de ces travaux dépend naturellement des collègues qui assument la responsabilité des matières régionalisées.

— On n'est pas sans savoir que, pour le traitement des eaux usées industrielles, la Belgique a obtenu des Communautés européennes une dérogation qui permet d'accorder des subventions aux entreprises industrielles existantes en vue du traitement de leurs eaux usées.

Ce subventionnement est réglé par l'arrêté royal du 9 avril 1975, modifié pour la dernière fois le 1^{er} octobre 1977.

125 dossiers ont déjà été traités et 280 autres ont été introduits ou sont à l'examen.

Pour apprécier correctement ces données, il faut tenir compte du fait que toutes les entreprises industrielles existantes n'ont pas introduit un dossier et que les nouvelles entreprises ou les entreprises assimilées à ces dernières ne peuvent prétendre au bénéfice d'une subvention et n'ont donc pas introduit un dossier.

De nouvelles entreprises seront amenées à traiter leurs eaux usées en 1978; elles tomberont sous l'application des normes sectorielles ainsi que du règlement général concernant le déversement d'eaux usées. Pour les entreprises existantes, le délai dans lequel il doit être satisfait aux conditions imposées est fixé par arrêté royal (40 mois après sa publication), tandis que les nouvelles entreprises doivent remplir immédiatement ces conditions.

En ce qui concerne ce dernier groupe d'entreprises, on ne dispose pas pour l'instant de chiffres exacts.

Les données ci-dessus ont trait aux installations d'épuration et aux collecteurs ainsi qu'aux normes en vigueur. Parallèlement à ces activités, il faudra poursuivre certaines actions déjà entamées dans le but d'épurer nos cours d'eau; de nouvelles initiatives seront également prises dans ce domaine.

Les expressions « épuration des cours d'eau » et « détermination d'objectifs de qualité pour l'eau » ne sont pas des synonymes. La première expression a une portée plus restreinte en ce sens qu'elle vise uniquement les nuisances et les correctifs à y apporter, tandis que la seconde porte davantage sur la prévention de la pollution sous ses différents aspects.

Ook kan de kwaliteit van de waterlopen niet los gezien worden van de kwantitatieve aspecten. Het debiet, en nog meer het minimaal debiet, van een waterloop is een belangrijke factor voor de kwaliteitsbepaling en voor het behoud van de kwaliteit.

Werken hiertoe zijn reeds uitgevoerd of zijn nog in uitvoering, bv. de stuwdammen in Henegouwen. Andere problemen zullen nog een oplossing moeten vinden, zoals bv. de Maas en het hieraan verbonden Albertkanaal.

Onze hydrografische situatie is zo dat onze grote waterlopen ons van het buitenland toekomen en met uitzondering van de IJzer langs het buitenland naar zee stromen.

Dit impliceert dat de volledige beheersing van het kwalitatief beheer van onze waterlopen naast onze nationale en gewestelijke inspanningen ook langs bilaterale akkoorden gaat. Hiervoor zullen ook in 1978 inspanningen geleverd worden en ik denk hier b.v. aan de Spiere, Samber, IJzer, Leie, enz.

Zekere nog wettelijk te bepalen normen zouden op Belgisch vlak waarschijnlijk vlug afgehandeld kunnen worden maar wij moeten erg voorzichtig zijn vermits elke norm met zich ook financiële verplichtingen en dus een economische en uiteindelijk een sociale weerslag teweegbrengt.

Het is onze plicht dit tenminste op Europees vlak gezamenlijk te bepalen en zo mogelijk liefst op een meer internationaal vlak. De inspanningen hieromtrent zullen ook in 1978 worden voortgezet, meer bepaald i.v.m. de toepassing van de Conventie van Parijs en de toepassing van de Conventies van Oslo en Londen, die binnenkort ter ratificatie zullen worden voorgelegd; ook denke men aan de besprekingen betreffende de voorontwerpen van richtlijnen die in het kader van de Europese Gemeenschappen aan de gang zijn en die wanneer ze eenmaal goedgekeurd zijn in de wetgeving dienen ingeschreven te worden.

De controle van de kwaliteitsevolutie van ons oppervlaktewater zal in 1978 voortgezet worden. Wat de zuivering ervan betreft o.m. om de volgende redenen :

— De beste reglementering is de meest doeltreffende; om de doeltreffendheid ervan te bepalen is het noodzakelijk de gevolgen van haar toepassing van nabij te controleren en de reglementering desnoods aan te passen aan de reël vastgestelde resultaten. Er weze aan herinnerd dat onze sectoriële normen zijn opgesteld niet alleen na interdepartementeel overleg maar ook in dialoog met de industrie en dat één der grondbeginselen voor de bepaling ervan was dat ze slechts golden voor een proefperiode van vijf jaar.

— De beste reglementering kan alleen doeltreffend zijn indien ze wordt toegepast en één der middelen tot overtuiging is controle.

— Onze actie moet in de toekomst steunen op een rationele basis en dit om zoveel mogelijk het risico van verkeerde of ondoeltreffende investeringen te vermijden.

Dans le cas des cours d'eau, l'aspect qualitatif ne peut être dissocié de l'aspect quantitatif. Le débit et davantage encore le débit d'étiage, combiné aux variations du niveau, constitue un facteur important pour la détermination de la qualité et pour le maintien de cette qualité.

A cet effet, des travaux ont déjà été exécutés ou sont en cours d'exécution, par exemple les barrages en voie de construction dans le Hainaut. Il faudra encore résoudre d'autres problèmes, tel par exemple celui de la Meuse et du canal Albert qui y est relié.

Notre situation hydrographique est telle que nos grands cours d'eau nous arrivent de l'étranger et atteignent la mer à l'étranger, à l'exception de l'Yser.

Ceci signifie qu'indépendamment des efforts déployés au niveau national et régional, il est nécessaire de conclure des accords bilatéraux pour pouvoir maîtriser complètement la gestion qualitative de nos cours d'eau. Des efforts devront encore être fournis dans cette optique en 1978; je songe notamment ici à l'Esperre, à la Sambre, à l'Yser, à la Lys, etc.

Certaines normes qui doivent encore être définies par une loi pourraient probablement être fixées rapidement au niveau belge; toutefois, nous devons nous montrer très prudents en cette matière, étant donné que l'application de chaque norme implique des engagements financiers et a donc des répercussions à la fois sur le plan économique et social.

Il nous incombe de déterminer ces normes ensemble à tout le moins au niveau européen et de préférence sur une base internationale encore plus large. Les actions menées dans ce but seront poursuivies en 1978, tout particulièrement concernant l'application de la Convention de Paris et celle des Conventions d'Oslo et de Londres qui seront prochainement soumises à ratification; qu'on songe également aux discussions menées dans le cadre des Communautés européennes au sujet des avant-projets de directives; dès qu'elles auront été approuvées, ces directives devront être reprises dans notre législation.

Le contrôle de l'évolution de la qualité de nos eaux de surface sera poursuivi en 1978. Sous l'angle de l'épuration, cette continuité s'explique entre autres par les raisons suivantes :

— C'est la réglementation la plus efficace qui est la meilleure; pour apprécier cette efficacité, il faut contrôler de près les conséquences de son application et adapter éventuellement la réglementation aux résultats effectivement constatés. On se rappellera que nos normes sectorielles ne sont pas uniquement le fruit d'une concertation interdépartementale, mais aussi d'un dialogue avec les milieux industriels et que lors de leur élaboration, on avait notamment posé comme principe fondamental que ces normes ne seraient valables que pendant une période d'essai de cinq ans.

— La meilleure des réglementations ne peut être efficace que si elle est réellement appliquée et un des moyens de persuasion dont on dispose à cet égard est le contrôle.

— A l'avenir, notre action devra s'appliquer sur une base rationnelle et ce pour éviter dans toute la mesure du possible de procéder à des investissements inadéquats ou inefficaces.

— Het nationaal Rupel-Dijleprogramma leefmilieu-water, dat ten einde liep in 1976 heeft onze kennis ter zake verruimd en ons heel wat gegevens bezorgd; een voortdurende inspanning is dan ook nodig o.a. wat de Maas en de Schelde betreft. Dit zijn programma's die tijd vergen om op te stellen en uit te voeren. Indien wij over beheersinstrumenten willen beschikken tegen 1982 voor deze bekkens moet er niet getalmd worden maar in 1978 hard aan gewerkt.

— De Minister heeft een rapport laten opstellen over het rendement van sommige zuiveringsinstallaties (oude en nieuwe). Uit een eerste overzicht blijkt dat dit rendement eerder aan de lage kant ligt.

De redenen hiervoor zullen in 1978 opgespoord worden.

De zuivering van de waterlopen wordt dikwijls verstaan als zijnde de zuivering van zoetoppervlaktewater. In feite is het zout water eveneens belangrijk (estuaria en zee). Inderdaad wanneer wij over kwaliteitsobjectieven spreken moet er rekening gehouden worden met het feit dat het water (en wat het bevat) uiteindelijk altijd de zee bereikt. Dit beginsel houdt in dat de criteria van aanvaardbaarheid van een niveaudrempel altijd moet bekeken worden in functie van de kwaliteit van het zeewater en daarna herleid moet worden tot het zoet water.

De beheerseenheid van het Mathematisch Model Zee en Estuarium zal in 1978 zijn inspanningen daaromtrent voortzetten.

Dit is in korte trekken geschetst datgene wat men inzake zuivering van afvalwater mag hopen te zien realiseren in 1978 en dit alles, wel te verstaan, in overleg met de collega's die in het kader van hun verantwoordelijkheid, bevoegd zijn voor de gewesten.

3. Luchtverontreiniging.

Een lid vraagt hoe ver het staat met de uitvoeringsbesluiten van de wet van 28 december 1964 nu het meetnet in functie is en de eerste resultaten moeten gekend zijn.

Wanneer komt de verdere uitbouw van het meetnet, meer bepaald in de Rupelstreek en in Willebroek ?

ANTWOORD

Inzake de uitvaardiging van uitvoeringsbesluiten in het raam van de wet van 28 december 1964 (luchtverontreiniging) heb ik de eer het geachte lid te verwijzen naar verschillende belangrijke uitvoeringsbesluiten, meer bepaald :

— het koninklijk besluit van 26 juli 1971 tot oprichting van zones voor speciale bescherming tegen luchtverontreiniging;

— het ministerieel besluit van 12 februari 1974 betreffende het onderhoud van verwarmingsinstallaties van gebouwen;

— het koninklijk besluit van 8 augustus 1975 betreffende het voorkomen van luchtverontreiniging door zwaveloxyden en stofdeeltjes, afkomstig van industriële verbrandingsinstallaties;

— Le programme national Rupel-Dyle-Environnement-Eau qui s'est achevé en 1976 nous a permis d'élargir nos connaissances dans ce domaine et nous a fourni bon nombre d'informations; dès lors, nous ne devons pas relâcher notre effort, entre autres en ce qui concerne la Meuse et l'Escaut. L'élaboration et la mise à exécution de ces programmes demandent du temps. Si nous voulons disposer pour 1982 d'instruments de gestion pour ces bassins, nous devons faire fi de toute hésitation et travailler d'arrache-pied en 1978.

— Le Ministre a demandé un rapport sur le rendement de certaines installations d'épuration (existantes et nouvelles). A première vue, il semble que ce rendement soit plutôt bas.

On s'efforcera de découvrir les raisons de cet état de choses en 1978.

Lorsqu'on évoque le problème de l'épuration des cours d'eau, on songe généralement à l'épuration des eaux douces de surface. En fait, l'eau saline est tout aussi importante (estuaires et mer). En effet, lorsqu'on tente de définir des objectifs de qualité, il faut tenir compte du fait que les cours d'eau (et ce qu'ils contiennent) finissent toujours par se jeter dans la mer. Ce principe implique que les critères d'admissibilité d'un seuil doivent toujours être établis en fonction de la qualité de l'eau de mer pour être ensuite appliqués à l'eau douce.

L'Equipe de Gestion du Modèle mathématique de la Mer du Nord et de l'Estuaire de l'Escaut poursuivra ses recherches dans ce domaine en 1978.

Tels sont dans les grandes lignes les projets qu'on espère pouvoir réaliser en 1978 sur le plan de l'épuration des eaux usées et ce bien entendu d'un commun accord avec les collègues compétents pour les régions dans le cadre de leurs responsabilités.

3. Pollution atmosphérique.

Un membre demande où en est la situation en ce qui concerne les arrêtés d'exécution de la loi du 28 décembre 1964, maintenant que le réseau de mesurage est en service et que les premiers résultats doivent être connus.

Quand procédera-t-on à une extension de ce réseau, notamment dans la région du Rupel et à Willebroek ?

REPONSE

En ce qui concerne la promulgation d'arrêtés d'exécution dans le cadre de la loi du 28 décembre 1964 (pollution atmosphérique), j'ai l'honneur de renvoyer l'honorable membre à plusieurs arrêtés d'exécution importants, notamment :

— l'arrêté royal du 26 juillet 1971 relatif à la création de zones de protection spéciale contre la pollution atmosphérique;

— l'arrêté ministériel du 12 février 1974 relatif à l'entretien des installations de chauffage;

— l'arrêté royal du 8 août 1975 relatif à la prévention de la pollution atmosphérique par les oxydes de soufre et les poussières engendrées par les installations industrielles de combustion;

— het koninklijk besluit van 29 maart 1977 ter beperking van het loodgehalte in benzines voor autovoertuigen.

Op dit ogenblik tracht de Belgische delegatie bij de EEG een algemeen akkoord te bereiken over twee ontwerpdirectieven. De eerste heeft betrekking op kwaliteitsnormen voor zwaveldioxyde en stof in de lucht van de stedelijke gebieden en de andere op het zwavelgehalte in de zware stookoliën.

Het spreekt van zelf en vooral wat de luchtbezuiniging betreft, dat de normen tenminste op Europees vlak moeten genomen worden.

Inderdaad, eens dat een vervuilende stof in de lucht geloosd wordt kan zij niet meer terug opgevangen worden en de spreiding ervan kent geen grenzen. De toepassing van normen heeft echter altijd een economische weerslag die op zijn beurt een sociale weerslag meebrengt.

Nopens dit aspect van de zaak dient wel vermeld dat grote Europese landen dit tot voor kort, in Europese gesprekken, voorstander waren van een vooruitgang in de normalisatie, vandaag heel voorzichtig en zelfs terughoudend zijn.

Dit is o.a. en voornamelijk het feit van de oppositie tegen het kernenergiegebruik dat een terugkeer naar meer klassieke koolwaterstoffen en o.a. kolen met zich meebrengt. Het is onvermijdelijk dat een hoger verbruik van kolen een verhoging van zwavelhoudende pollutanten en stofdeeltjes met zich medebrengt en aldus een risico van gezondheid en leefmilieu in het algemeen teweeg brengt. Er bestaan wel technieken voor ontzwaveling alsmede voor het ontstoffen; deze zijn nooit 100 pct. doeltreffend en de economische haalbaarheid is in vele gevallen niet bewezen.

Wij staan voor de keuze van de risico's die wij willen nemen. Het debat, voorzien in het Parlement, zal ons hierin helpen. Wat de pollutanten van industriële oorsprong betreft is het wel zo dat de normalisatie gedeeltelijk niet bestaat maar dat voor elk bedrijf emissieverplichtingen bestaan, die wel bepaald zijn in de uitbatingvergunning.

Aangaande het automatisch luchtverontreinigingsmeetnet kan vermeld worden dat nu de regionale centra van Brussel en Gent in werking zijn. De openstelling van de andere regionale centra is als volgt gepland: Luik in december 1977, Antwerpen in januari 1978 en Charleroi in maart 1978. Deze vijf gewestelijke centra zullen verbonden worden met een nationaal gegevens-verwerkend centrum, waarvan de opbouw nu gestart is.

In de structuur van het gewestelijk centrum Antwerpen is er een meetnet te Willebroek geplaatst.

— l'arrêté royal du 29 mars 1977 relatif à la limitation de la teneur en plomb dans les essences pour véhicules à moteur.

En ce moment, la délégation belge auprès de la CEE s'efforce d'arriver à un accord général sur deux projets de directives. Le premier concerne les normes de qualité à respecter pour les émissions d'anhydride sulfureux et de particules de poussière dans l'atmosphère des zones urbaines, tandis que la seconde réglemente la teneur en soufre des huiles de chauffage lourdes.

Il va de soi que, surtout en ce qui concerne la pollution atmosphérique, les normes doivent être établies à tout moins au niveau européen.

En effet, dès qu'une substance polluante est rejetée dans l'atmosphère, il n'est plus possible de la récupérer et sa diffusion ne connaît pas de limites. Toutefois, l'application de normes a toujours des répercussions économiques qui ont à leur tour une incidence sur le plan social.

Dans cet ordre d'idées, il y a lieu de signaler que de nombreux pays européens qui jusqu'il y a peu s'étaient, dans les discussions menées au niveau européen, prononcés pour une normalisation plus poussée, adoptent actuellement une attitude prudente qui est même en retrait par rapport aux positions antérieures.

Ce changement est principalement dû à l'opposition qui s'est manifestée à l'égard de l'utilisation de l'énergie nucléaire et au désir d'en revenir à des hydrocarbures plus classiques et notamment le charbon. Une consommation accrue de charbon augmentera inévitablement la pollution engendrée par les substances polluantes sulfureuses et par les particules de poussière et comportera un certain danger pour la santé pour l'environnement en général. Il existe certes des techniques de désulfurage et de dépoussiérage; celles-ci ne sont néanmoins jamais efficaces à 100 p.c. et, dans de nombreux cas, on n'a aucune preuve que de tels projets soient réalisables sur le plan économique.

Il nous incombe d'opérer un choix quant aux risques que nous voulons prendre. Le débat parlementaire nous aide à faire ce choix. Bien que la normalisation soit partiellement inexistante pour les substances polluantes trouvant leur origine dans un processus industriel, chaque entreprise soumise, en ce qui concerne l'émission de telles substances, de plus à une série d'exigences définies de manière très précise dans la licence d'exploitation.

Pour ce qui est du réseau de mesurage automatique de la pollution atmosphérique, il y a lieu de signaler que les centres régionaux de Bruxelles et de Gand sont devenus opérationnels. La mise en service des autres centres régionaux se fera selon le calendrier suivant: en décembre 1977 pour Liège, en janvier 1978 pour Anvers et en mars 1978 pour Charleroi. Ces cinq centres régionaux seront reliés à un centre national de traitement de l'information, dont la construction vient d'être entamée.

La structure du centre régional d'Anvers prévoit l'implantation d'un réseau de mesurage à Willebroek.

IV. STEMMINGEN

De artikelen van het ontwerp van wet houdende de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1978, kredieten Volksgezondheid en Gezin, alsmede het geheel van het ontwerp van wet worden aangenomen met 13 stemmen tegen 2.

De artikelen van het ontwerp van wet houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1977, kredieten Volksgezondheid en Gezin, alsmede het geheel van het ontwerp van wet worden aangenomen met 13 stemmen bij 2 onthoudingen.

De Verslaggever,

A. VERBIST.

De Voorzitter,

E. CUVELIER.

ERRATUM

Ontwerp van wet houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1977

Ontwerp van wet

Diverse bepalingen

Artikel 4 (bladzijde 3) — 2de lijn, lezen : « 75 miljoen » in de plaats van « 20 miljoen ».

IV. VOTES

Les articles du projet de loi contenant le budget Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1978, crédits Santé publique et Famille, ainsi l'ensemble du projet de loi ont été adoptés par 13 contre 2.

Les articles du projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1977, crédits Santé publique et Famille, ainsi que l'ensemble du projet de loi ont été adoptés par 13 voix contre 2 abstentions.

Le Rapporteur,

A. VERBIST.

Le Président

E. CUVELIER.

ERRATUM

Projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1977

Projet de loi

Dispositions diverses

A l'article 4 (page 3) — 3^e ligne, lire : « 75 millions » lieu de : « 20 millions ».