

Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers

GEWONE ZITTING 1997-1998 (*)

7 NOVEMBER 1997

ONTWERP VAN ALGEMENE UITGAVENBEGROTING

voor het begrotingsjaar 1998

BELEIDSNOTA

van het Ministerie van Sociale Zaken,
van Volksgezondheid en Leefmilieu (26)
voor het begrotingsjaar 1998 (**)

I. — BELEIDSNOTA VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

1. Realisaties sedert november 1996

De Regering, en in het bijzonder haar Minister van Sociale Zaken, heeft haar beleid inzake sociale zekerheid, zoals uiteengezet in de beleidsnota's 1996 en 1997, voortgezet.

Zonder een volledig overzicht te willen geven van de talrijke concrete uitvoeringen in verband met deze

Zie :

- 1249 - 97 / 98 :

- N° 1 : Uitgavenbegroting.
- N°s 2 en 3 : Verantwoordingen.
- N°s 4 tot 13 : Beleidsnota's.

(*) Vierde zitting van de 49° zittingsperiode.

(**) Overeenkomstig artikel 79, n° 1, van het Reglement van de Kamer van Volksvertegenwoordigers hebben de minister van Sociale Zaken, de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Leefmilieu en de Minister van Volksgezondheid en Pensioenen de beleidsnota van hun departement overgezonden.

Chambre des Représentants de Belgique

SESSION ORDINAIRE 1997-1998 (*)

7 NOVEMBRE 1997

PROJET DE BUDGET GENERAL DES DEPENSES

pour l'année budgétaire 1998

NOTE DE POLITIQUE GENERALE

du Ministère des Affaires sociales,
de la Santé publique et de l'Environnement (26)
pour l'année budgétaire 1998 (**)

I. — NOTE DE POLITIQUE GENERALE DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

1. Les réalisations depuis novembre 1996

Le Gouvernement, et son Ministre des Affaires sociales en particulier, a persévéré dans l'exécution de sa politique en matière de sécurité sociale, telle qu'explicitée dans les notes de politique générale 1996 et 1997.

Sans vouloir être exhaustif dans les multiples concrétisations de ces orientations, la Ministre des Affai-

Voir :

- 1249 - 97 / 98 :

- N° 1 : Budget des dépenses.
- N°s 2 et 3 : Justifications.
- N°s 4 à 13 : Notes de politique générale.

(*) Quatrième session de la 49° législature.

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

oriëntaties, wenst de Minister van Sociale Zaken niettemin de aandacht te vestigen op de hierna volgende bepalingen :

1. Wijzigingen in de regels voor de overdracht, door de voor arbeidsongevallen erkende verzekeringsmaatschappijen, van kapitalen, vergoedingen en renten die door bemiddeling van het Fonds voor arbeidsongevallen aan het Fonds voor het financieel evenwicht van de sociale zekerheid worden gestort (K.B. 16/12/96 — B.S. 31/12/96);

2. Maatregelen ter bevordering van de werkgelegenheid, namelijk om het gebrek aan een interprofessioneel akkoord voor 1997 op te vangen (K.B. 27/01/97 — B.S. 13/02/97);

3. Vermindering van werkgeversbijdragen in de non-profitsector (K.B. 05/02/97 — B.S. 27/02/97);

4. Invoering van de sociale identiteitskaart (K.B. 18/12/96 — B.S. 07/02/97);

5. Vastleggen van nadere regels betreffende de werkgelegenheidsakkoorden (K.B. 24/02/97 — B.S. 11/03/97);

6. Organisatie van de mededeling van sociale gegevens van persoonlijke aard tussen instellingen van sociale zekerheid (K.B. 04/02/97 — B.S. 03/04/97);

7. Bijdrage van 4 pct. op de omzet van de farmaceutische industrie gerealiseerd op de Belgische markt van de terugbetaalbare geneesmiddelen (K.B. 16/04/97 — B.S. 30/04/97);

8. Maatregelen voor het responsabiliseren van de openbare instellingen van sociale zekerheid (K.B. 03/04/97 — B.S. 30/04/97);

9. Herziening van de regelingen voor vermindering van sociale bijdragen MARIBEL-BIS en MARIBEL-TER (K.B. 17/04/97 — B.S. 30/04/97);

10. Aanpassing van de kinderbijslagregeling aan de veranderingen in de familiale structuren (eenoudergezinnen, herenigde gezinnen, ...) (K.B. 21/04/97 — B.S. 30/04/97);

11. Betere aanrekening van alle inkomsten om na te gaan of de inkomensvoorwaarde om te kunnen genieten van het W.I.G.W.-statuut is vervuld (K.B. 25/04/97 — B.S. 01/05/97);

12. Verbeteringen in de wetgeving betreffende de verenigingen van ziekenhuizen en wat betreft de bijzondere normen die zij moeten naleven (K.B. 25/04/97 — B.S. 18/06/97);

13. Verbeteringen in de wetgeving betreffende de normen voor de erkenning van ziekenhuizen en van ziekenhuisdiensten en tot verduidelijking van de definitie van groeperingen van ziekenhuizen en wat betreft de bijzondere normen die zij moeten naleven (K.B. 06/05/97 — B.S. 18/06/97);

14. Harmonisatie van de wetgeving « beroepsziekten » met de wetgeving « arbeidsongevallen » inzake de schadeloosstelling voor geringe blijvende arbeidsongeschiktheden (K.B. 26/05/97 — B.S. 27/06/97);

15. Protocol gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135

res sociales tient cependant à relever les dispositions suivantes :

1. Modifications des règles de transferts par les organismes assureurs agréés pour les accidents de travail de capitaux, d'allocations et de rentes qui sont versées par l'intermédiaire du Fonds des accidents du travail au Fonds pour l'équilibre financier de la sécurité sociale (A.R. 16/12/96 — M.B. 31/12/96);

2. Mesures pour la promotion de l'emploi, afin notamment de pallier l'absence d'un accord interprofessionnel pour 1997 (A.R. 27/01/97 — M.B. 13/02/97);

3. Réduction de cotisations patronales dans le secteur non marchand (A.R. 05/02/97 — M.B. 27/02/97);

4. Instauration de la carte d'identité sociale (A.R. 18/12/96 — M.B. 7/2/97);

5. Fixation de conditions plus précises relatives aux accords pour l'emploi (A.R. 24/02/97 — M.B. 11/03/97);

6. Organisation de la communication des données sociales à caractère personnel entre institutions de sécurité sociale (A.R. 04/02/97 — M.B. 03/04/97);

7. Cotisation de 4 % sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique réalisé sur le marché belge des médicaments remboursables (A.R. 16/04/97 — M.B. 30/04/97);

8. Mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale (A.R. 03/04/97 — M.B. 30/04/97);

9. Révision des régimes de réductions de cotisations sociales MARIBEL-BIS et MARIBEL-TER (A.R. 17.04.97 — M.B. 30/04/97);

10. Adaptation du régime des allocations familiales aux mutations intervenues dans les structures familiales (familles monoparentales, familles recomposées...) (A.R. 21/04/97 — M.B. 30/04/97);

11. Meilleure prise en compte de l'ensemble des revenus pour la vérification du respect de la condition de revenus fixée aux personnes candidates au bénéfice du statut VIPO (A.R. 25/04/97 — M.B. 01/05/97);

12. Améliorations de la législation en matière d'association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter (A.R. 25/04/97 — M.B. 18/06/97);

13. Améliorations de la législation concernant les normes d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter (A.R. 06/05/97 — M.B. 18/06/97);

14. Harmonisation de la législation « maladies professionnelles » avec la législation « accidents du travail » en matière d'indemnisation des petites incapacités permanentes de travail (A.R. 26/05/97 — M.B. 27/06/97);

15. Protocole conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135

van de Grondwet, wat betreft het gezondheidsbeleid voor de bejaarden (B.S. 30/07/97);

16. Begrenzing van de tariefvrijheid van de voor arbeidsongevallen erkende verzekeringsmaatschappijen, namelijk om de rechten van de getroffen en hun rechthebbenden optimaal te vrijwaren (K.B. 20/05/97 — B.S. 29/08/97);

17. Verbetering en verruiming van het globaal beheer van de sociale zekerheid voor werknemers (K.B. 08/08/97 — B.S. 29/08/97);

18. Vastlegging van de regels betreffende de medische verkiezingen voor de organen ad hoc van het RIZIV (K.B. 08/08/97 — B.S. 11/09/97);

19. Vastlegging van de modaliteiten volgens dewelke het Fonds voor collectieve uitrustingen en diensten de opbrengst van de bij toepassing van een interprofessioneel geïnde bijdragen akkoord besteedt (K.B. 19/08/97 — B.S. 19/09/97);

20. Ministeriële besluiten van 30/12/96 en 08/09/97 houdende bepaling, voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, van de voorwaarden en regels voor het vastleggen van de verpleegdagprijs, van het budget en van zijn bestanddelen, alsook van de regels voor de kostenvergelijking en voor het vastleggen van de quota inzake verpleegdagen (M.B. 08/09/97 — B.S. 04/10/97);

21. Verschillende maatregelen om de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder controle te houden :

a) wijziging van de financiering voor hemodialyse : afzwakking van het verband met de dagprijs van de ziekenhuizen waarvan de centra afhangen, financiële aanmoediging van alternatieve behandelingsvormen voor chronische nierinsufficiëntie (K.B. 28/10/96 — B.S. 09/11/96);

b) vastlegging van de erkenningscriteria voor AIDS-referentielaboratoria (K.B. 08/10/96 — B.S. 28/11/96);

c) verbetering van de modaliteiten voor het bijhouden van een register voor de verstrekkingen van verpleegsters, kinesitherapeuten en logopedisten (K.B. 25/11/96 — B.S. 13/12/96);

d) verlenging tot het jaar 2000 van de reële maximumgroei-norm voor de uitgaven van de sector van de geneeskundige verzorging (K.B. 10/12/96 — B.S. 21/12/96);

e) invoering van een globaal budget en van een systeem van gesloten enveloppen per instelling voor de rustoorden voor bejaarden (K.B. 24/12/96 — B.S. 21/12/96);

f) herziening van de lijst met de terugbetaalbare magistrale bereidingen (K.B. 17/03/97 — B.S. 26/03/97);

g) erkenningsnormen voor de centra voor behandeling van chronische nierinsufficiëntie (K.B. 28/11/96 — B.S. 18/02/97);

h) vermindering met 2 en 4 pct. van de prijs van de sedert meer dan 15 jaar terugbetaalbare geneesmiddelen (K.B. 20/05/96 en 17/02/97 en B.S. 25/02/97 — B.S. 29/05/96 en 27/02/97);

de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées (M.B. 30/07/97);

16. Encadrement de la liberté tarifaire des organismes assureurs agréés en matière d'accidents du travail, afin notamment de garantir au mieux la sauvegarde des droits des victimes et de leurs ayants-droit (A.R. 20/05/97 — M.B. 29/08/97);

17. Améliorations et développement de la gestion globale de la sécurité sociale des travailleurs salariés (A.R. 08/08/97 — M.B. 29/08/97);

18. Fixation des règles concernant les élections médicales pour les organes ad hoc de l'INAMI (A.R. 08/08/97 — M.B. 11/09/97);

19. Fixation des modalités selon lesquelles le Fonds d'équipements et de services collectifs affecte le produit des cotisations perçues en exécution d'un accord interprofessionnel (A.R. 19/08/97 — M.B. 19/09/97);

20. Arrêté ministériel des 30/12/96 et 08/09/97 fixant, pour les hôpitaux et services hospitaliers, les conditions et règles de fixation de prix de journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation (A.R. 08/09/97 — M.B. 04/10/97);

21. Différentes mesures structurelles de maîtrise des dépenses de l'assurance soins de santé :

a) modification du financement de l'hémodialyse : réduction du lien avec le prix de journée des hôpitaux dont dépendent les centres, encouragement financier des formes alternatives de traitement de l'insuffisance rénale chronique (A.R. 28/10/96 — M.B. 09/11/96);

b) fixation des critères d'agrément des laboratoires de références SIDA (A.R. 08/10/96 — M.B. 28/11/96);

c) améliorations des modalités de tenue d'un registre de prestations pour les infirmières, les kinésithérapeutes et les logopèdes (A.R. 25/11/96 — M.B. 13/12/96);

d) prolongation jusqu'à l'an 2000 de la norme de croissance réelle maximale des dépenses pour le secteur des soins de santé (A.R. 10/12/96 — M.B. 21/12/96);

e) instauration d'un budget global et d'un système d'enveloppe fermée par institution pour les maisons de repos pour personnes âgées (A.R. 24/12/96 — M.B. 31/12/96);

f) révision de la liste des préparations magistrales remboursables (A.R. 17/03/97 — M.B. 26/03/97);

g) normes d'agrément des centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique (A.R. 28/11/96 — M.B. 18/02/97);

h) réductions de 2 et 4 % du prix des médicaments remboursables depuis plus de 15 ans (A.R. 20/05/96, du 17/02/97 et A.M. 25/02/97 — M.B. 29/05/96 et 27/02/97);

i) wijziging van de terugbetalingsvoorwaarden voor anti-ulcereuze geneesmiddelen en vermindering van de prijs van sommige ervan (K.B. 05/12/97 — B.S. 30/04/97 / K.B. 29/08/97 — B.S. 09/09/97 / K.B. 17/04/97 — B.S. 30/04/97);

j) forfaitaire terugbetaling van de profylactische antibiotherapie in sommige ziekenhuisdiensten (K.B. 21/02/97 — B.S. 21/03/97);

k) vermindering van de honoraria van nefrologen voor hun verstrekkingen (die verband houden met hemodialyse (K.B. 05/03/97 — B.S. 28/03/97);

l) invoering van het principe van budgettaire correctiemaatregelen in geval van overschrijding van de budgettaire doelstelling in de sector van de rustoorden (K.B. 24/03/97 — B.S. 11/04/97);

m) opheffing van de lineaire maatregelen tot vermindering van de honoraria en verstrekkingen in sectoren die hun gedeeltelijke budgettaire doelstelling in 1997 bereiken (tandartsen, verpleegsters, verloskundigen, gehoorspecialisten, opticiens, implantaten, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen);

n) strijd tegen misbruiken bij de evaluatie van de afhankelijkheidsgraad in rustoorden (K.B. 31/01/97 — B.S. 29/04/97);

o) nieuwe nomenclatuur voor de verstrekkingen van de verpleegkundigen (K.B. 23/04/97 — B.S. 30/04/97);

p) nationaal akkoord tandartsen-ziekenfondsen van 18 december 1996 (B.S. 01/05/97);

q) creëren van de nodige wettelijke bases voor de reorganisatie van het stelsel van de geneeskundige verzorging wat betreft de planning van specifieke medische activiteiten, de echelonnering van de verzorging, de klinische biologie en het ziekenhuisbudget (K.B. 25/04/97 — B.S. 30/04/97);

r) verbetering van de procedures wat betreft het opmaken van de budgetten en de begrotingscontrole en invoering van nieuwe correctiemechanismen die moeten bijdragen tot een grotere responsabilisering van de voorschrijvers (K.B. 25/04/97 — B.S. 30/04/97);

s) toevoegen van paramedische medewerkers aan de adviserend geneesheren voor de uitoefening van hun controleopdrachten inzake geneeskundige verstrekkingen (K.B. 25/04/97 — B.S. 30/04/97);

t) nieuwe nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen voor implantaten;

u) gelijkstelling van « specialiteiten-kopieën » met generische geneesmiddelen voor de vastlegging van de publieksprijs bij de toelating tot terugbetaling (K.B. 19/08/97 — B.S. 24/09/97);

22. Meerdere verbeteringen van de sociale bescherming door geneeskundige verzorging van sommige categorieën patiënten :

a) tegemoetkoming in de kosten van enterale voeding door sonde (K.B. 10/11/96 — B.S. 03/12/96);

b) instellen van 360 Sp-bedden voor patiënten die lijden aan een ongeneeslijke ziekte en die zich in een terminale fase bevinden, die palliatieve verzorging behoeven (K.B. 30/10/96 — B.S. 24/12/96);

i) modification des conditions de remboursement des médicaments anti-ulcéreux et réduction des prix de certains d'entre eux (A.R. 05/02/97 — M.B. 30/04/97 / A.R. 29/08/97 — M.B. 09/09/97 / A.R. 17/04/97 — M.B. 30/04/97);

j) forfaitarisation du remboursement de l'antibiothérapie prophylactique dans certains services hospitaliers (A.R. 21/02/97 — M.B. 21/03/97);

k) réduction des honoraires des néphrologues pour leurs prestations (liées à la pratique de l'hémodialyse (A.R. 05/03/97 — M.B. 28/03/97);

l) instauration du principe de mesures de corrections budgétaires en cas de dépassement de l'objectif budgétaire dans le secteur de maisons de repos (A.R. 24/03/97 — M.B. 11/04/97);

m) levée des mesures de réductions linéaires des honoraires et prestations dans les secteurs respectant leur objectif budgétaire partiel en 1997 (dentistes, infirmières, accoucheuses, audiciens, opticiens, implants, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées);

n) lutte contre les abus dans l'évaluation du score de dépendance dans les maisons de repos (A.R. 31/01/97 — M.B. 29/04/97);

o) nouvelle nomenclature des prestations des praticiens de l'art infirmier (A.R. 23/04/97 — M.B. 30/04/97);

p) accord national dento-mutualiste du 18 décembre 1996 (M.B. 01/05/97);

q) création des bases légales nécessaires à la réorganisation du système des soins de santé pour ce qui concerne la planification d'activités médicales spécifiques, l'échelonnement des soins, la biologie clinique et le budget hospitalier (A.R. 25/04/97 — M.B. 30/04/97);

r) amélioration des procédures en matière d'établissement des budgets et de contrôle budgétaire et création de nouveaux mécanismes de correction qui visent à contribuer à une plus grande responsabilisation des prescripteurs (A.R. 25/04/97 — M.B. 30/04/97);

s) renforcement des médecins-conseils par des auxiliaires paramédicaux dans l'exercice de leurs missions de contrôle en matière de prestations de soins de santé (A.R. 25/04/97 — M.B. 30/04/97);

t) nouvelle nomenclature des soins de santé pour les implants;

u) assimilation des « spécialités-copies » aux médicaments génériques pour la fixation du prix public lors de l'admission au remboursement (A.R. 19/08/97 — M.B. 24/09/97).

22. Plusieurs améliorations de la couverture sociale des soins de santé pour certaines catégories de patients :

a) intervention dans le coût de l'alimentation entérale par sonde (A.R. 10/11/96 — M.B. 03/12/96);

b) création de 360 lits Sp destinés à des patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs (A.R. 30/10/96 — M.B. 24/12/96);

c) toelating tot terugbetaling, ondanks budgettaire verplichtingen, van meerdere nieuwe geneesmiddelen die voor de patiënten bijzonder nuttig zijn (DAIVONEX, AIDS-trithérapie, BETAFERON, BICLAR, ...);

d) verruiming van het recht op een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de gerechtigden op het bestaansminimum en gelijkgestelden, de gerechtigden op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, de gerechtigden op tegemoetkomingen aan gehandicapten en voor gehandicapte kinderen (K.B. 16/04/97 — B.S. 30/04/97);

e) algemene en vlottere toegang vanaf 01/01/98 tot de regeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging inzonderheid voor de sociaal-economische zwakkere groepen (K.B. 25/04/97 — B.S. 19/06/97).

Niet minder dan 46 koninklijke besluiten, vaak tot uitvoering van een van de drie kaderwetten van 26 juli 1996, hebben het aldus mogelijk gemaakt dat vooruitgang werd geboekt wat betreft de doelstellingen die de Regering voor het beleid op het gebied van Sociale Zaken heeft vastgelegd :

— voorzien in nieuwe behoeften van de bevolking (10, 15, 16, 22);

— modernisering van het beheer van de sociale zekerheid (4, 6, 8, 17);

— vermindering van de arbeidskosten om het behouden of het scheppen van betrekkingen aan te moedigen (2, 3, 5, 9);

— sociaal evenwicht van de sociale zekerheid (1, 7, 14, 19, 21);

— onder controle houden van de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging (11, 12, 13, 15, 20, 21).

2. Budgettaire toestand van de sociale zekerheid voor werknemers

De rekeningen van het globaal beheer van de sociale zekerheid voor werknemers verkeren in een goede toestand.

Volgens het traditioneel budgettair perspectief, heeft de sociale zekerheid een boni voor haar lopende rekeningen (namelijk afgezien van de opbrengst van nieuwe leningen en het aflossen van lopende leningen, maar met inbegrip van de interestlasten die betrekking hebben op deze leningen) van 10,3 miljard frank in 1997. De begroting 1998 zal nog steeds een boni hebben, dat evenwel zal terugvallen op 2,35 miljard, gelet op de nieuwe verminderingen van sociale lasten die voor de werkgelegenheid werden toegestaan en op de wil van de Regering te voorzien in een correcte financiering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Volgens de vooruitzichten tot het jaar 2000, die werden opge maakt op basis van voorzichtige macro-economische hypothesen, zou de begroting voor 1999 in evenwicht blijven en mag men zich aan een nieuwe aanzienlijke boni in het jaar 2000 verwachten.

c) admission au remboursement, nonobstant les contraintes budgétaires, de plusieurs nouveaux médicaments tout particulièrement utiles aux patients (DAIVONEX, trithérapie SIDA, BETAFERON, BICLAR,...);

d) extension du droit à une intervention majorée de l'assurance soins de santé aux minimexés et assimilés, aux bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées, aux bénéficiaires d'allocations aux handicapés, aux enfants handicapés (A.R. 16/04/97 — M.B. 30/04/97);

e) généralisation et assouplissement au 01/01/98 de l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés (A.R. 25/04/97 — M.B. 19/06/97).

C'est ainsi pas moins de 46 arrêtés royaux, souvent pris en exécution d'une des trois lois-cadres du 26 juillet 1996, qui ont permis d'aller de l'avant dans la rencontre des objectifs assignés par le Gouvernement à la politique des Affaires sociales :

— rencontre des besoins sociaux de la population (10, 15, 16, 22);

— modernisation de la gestion de la sécurité sociale (4, 6, 8, 17);

— réduction du coût du travail en vue de favoriser le maintien ou la création d'emplois (2, 3, 5, 9);

— équilibre financier de la sécurité sociale (1, 7, 14, 19, 21);

— maîtrise des dépenses de l'assurance soins de santé (11, 12, 13, 15, 20, 21).

2. Situation budgétaire de la sécurité sociale des travailleurs salariés

Les comptes de la gestion globale de la Sécurité sociale des travailleurs salariés se portent bien.

Dans l'optique budgétaire traditionnelle, la Sécurité sociale présentera un boni de ses comptes courants (c'est-à-dire hors produits d'emprunts nouveaux et hors amortissements d'emprunts en cours, mais y compris les charges d'intérêt liées à ces emprunts) de 10,3 milliards (mias) de francs en 1997. Le budget 1998 permet toujours un boni, qui se réduira cependant à 2,35 mias F, vu les nouvelles réductions de charges sociales accordées en faveur de l'emploi et le souci du Gouvernement de prévoir un financement correct de l'assurance soins de santé obligatoire. Les perspectives à horizon 2000, établies sur des hypothèses macro-économiques prudentes, prévoient le maintien de l'équilibre budgétaire pour 1999 et un nouveau boni appréciable en l'an 2000.

De sociale zekerheid voor werknemers levert dus haar positieve bijdrage tot de vermindering van de nettobehoeftte inzake financiering van de overheidsfinanciën (+ 1,8 miljard in 1996, + 21,6 miljard in 1997 en meer dan 20 miljard nog voorzien in de begroting 1998), namelijk tussen de 0,2 en 0,3 pct. van het BBP.

2.1. *Ontvangsten*

Dit gezond beheer van de financiële middelen van de sociale zekerheid wordt bekomen ondanks de maatregelen tot verlichting van de sociale bijdragen, die de Regering reeds een eerste maal in 1997 heeft versterkt en die zij overweegt vanaf het jaar 1998 nog uit te breiden. De budgettaire weerslag van de nieuwe verminderingen in 1998 ten opzichte van 1997 komt neer in totaal op 11,3 miljard F. Deze inspanning tot verlaging van de parafiscale druk is hoofdzakelijk mogelijk dank zij de matige stijging van de uitgaven van de sociale zekerheid. Er zijn immers weinig nieuwe ontvangsten in 1998 ten opzichte van de vorige jaren :

- de ontvangsten uit sociale bijdragen en de alternatieve financiering volgen gewoon de evolutie van respectievelijk de loonmassa en de BTW-ontvangsten;

- een gewone verlenging van de bijdrage van 4 pct. op de omzet van de farmaceutische industrie, om de buitensporige stijging van de uitgaven voor verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging in deze sector gedeeltelijk op te vangen;

- de herinvoering van de indexering van de normale toelagen voor de sociale zekerheid voor werknemers voor een bedrag van 3,2 miljard.

Voor 1998 wordt voor de vooruitzichten inzake ontvangsten uitgegaan van een stijging van de loonmassa met 3,8 pct. Het totaal bedrag van de verminderingen van sociale bijdragen die de werkgevers worden toegestaan wordt op 61,1 miljard F. geraamd, namelijk 5,3 miljard meer dan in 1997. Volgens de meest recente vooruitzichten zullen de ontvangsten uit gewone sociale-zekerheidsbijdragen en uit de bijdragen inzake loonmatiging 1 008,7 miljard F bedragen.

Het bedrag van de Rijkstoelage is voor 1998 vastgelegd op 191,4 miljard F. Zij werd geïndexeerd ten opzichte van het bedrag van 1997 (namelijk 188,2 miljard F.).

Ten slotte zouden de middelen in het kader van de alternatieve financiering 113,1 miljard F. moeten bereiken, tegenover 111,4 miljard F. voorzien voor 1997.

In 1998 zal een enveloppe van 6 miljard F vanaf 1 juli beschikbaar zijn om de verminderingen van de sociale lasten op de arbeid nog op te voeren, wat neerkomt op een bijkomende inspanning van 12 miljard op kruissnelheid. Dit is de eerste fase van de verbintenis van de Regering om over een periode van 3 tot 5 jaar het niveau van de sociale lasten geleide-

Dès lors, la Sécurité sociale des travailleurs salariés apporte sa contribution positive à la réduction du besoin net de financement des finances publiques (+ 1,8 mia en 1996, + 21,6 mias en 1997 et plus de 20 mias encore prévus au budget 1998), à concurrence de 0,2 à 0,3 % de PIB.

2.1. *Les recettes*

Cette gestion saine des deniers de la Sécurité sociale est obtenue malgré les mesures d'allègement des charges sociales que le Gouvernement a renforcé déjà une première fois en 1997 et compte amplifier à partir de l'année 1998. L'effet budgétaire des nouvelles baisses en 1998 par rapport à 1997 s'élève au total à 11,3 mias F. Cet effort de réduction de la pression parafiscale est essentiellement rendu possible par la croissance modérée des dépenses de la Sécurité sociale. En effet, peu de recettes nouvelles en 1998 par rapport aux années précédentes :

- recettes de cotisations sociales et du financement alternatif qui suivent simplement l'évolution de, respectivement, la masse salariale et la masse des recettes de TVA;

- une simple reconduction de la cotisation de 4% sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, afin de compenser partiellement la croissance excessive des dépenses pour prestations de l'assurance soins de santé dans ce secteur;

- la réinstauration de l'indexation des subventions normales à la Sécurité sociale des régimes salariés à concurrence de 3,2 mias F.

Pour 1998, les prévisions de recettes se basent sur une croissance de la masse salariale de 3,8%. Le montant total des réductions de cotisations sociales accordées aux employeurs sont estimées à 61,1 milliards F, soit 5,3 milliards de plus qu'en 1997. Sur base des prévisions les plus récentes, les recettes des cotisations ordinaires de Sécurité sociale et des cotisations de modération salariale s'élèveront à 1 008,7 milliards F.

Le montant de la subvention de l'Etat est fixé pour 1998 à 191,4 milliards de francs. Elle a été indexée par rapport au montant de 1997 (soit 188,2 mias F.).

Enfin, les moyens du financement alternatif devraient atteindre 113,1 milliards F, contre 111,4 milliards prévus pour 1997.

En 1998, une enveloppe de 6 milliards F sera dégagée à partir du 1^{er} juillet pour accroître la réduction des charges sociales pesant sur le travail, soit un effort supplémentaire de 12 milliards en régime de croisière. Ceci est la première étape de l'engagement pris par le Gouvernement de ramener progressivement, sur une période de 3 à 5 ans, le niveau des

lijk terug te brengen op het gemiddeld peil van onze drie voornaamste handelspartners.

Ten slotte valt nog aan te stippen dat de andere inkomsten van het globaal beheer van de sociale zekerheid lichtjes zullen dalen van 1997 tot 1998 : 57,4 miljard tegenover 58,8 miljard dit jaar.

2.2. *Uitgaven*

De matige stijging van de primaire uitgaven van de sociale zekerheid kan duidelijk door objectieve redenen worden verklaard. De sociale uitkeringen in de regelingen werknemers en zelfstandigen dalen tussen 1997 en 1998 van 16,8 pct. naar 16,7 pct. van het BBP. De werkelijke stijging ervan blijft dus onder controle en ligt iets lager dan de economische groei. Deze groei zal immers 2,5 pct. bedragen, terwijl het volume van de uitgaven van de regelingen werknemers en zelfstandigen met respectievelijk 1,5 pct. en 0,8 pct. in 1998 zal toenemen.

Niet verwonderlijk zijn de uitgaven voor geneeskundige verzorging (+ 4,1 pct.) en de pensioensuitgaven (+ 2,3 pct.) de voornaamste factoren voor een stijging van de uitgaven in de sociale zekerheid voor werknemers.

In de sector van de pensioenen wordt in deze evolutie rekening gehouden met een vermindering van de uitgaven met 4,1 miljard ingevolge de hervorming van de pensioenen, die in het kader van het budget 1997 werd beslist.

Naast deze matiging door de hervorming van de pensioenen in de privésector, treffen de enige nieuwe besparingsmaatregelen andermaal de sector van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, voor een bedrag van 6,8 miljard F. Bij gebrek aan een meerderheidsbeslissing in de Algemene Raad van het RIZIV, heeft de Regering de globale budgettaire doelstelling voor 1998 op 453 miljard F. bepaald, zodat 7,1 miljard uitzonderlijke uitgaven mogelijk zijn boven de globale groeinorm voor de uitgaven voor verstrekkingen van 1,5 pct. die de sector voortaan tot het jaar 2000 is opgelegd. Alle sectoren die hun gedeeltelijke budgettaire doelstelling voor 1997 overschrijden zullen bijdragen tot de besparingsinspanning, inzonderheid de geneesmiddelensector die goed is voor iets minder dan de helft van het totaal bedrag.

Geen enkele van de door de Regering overwogen besparingsmaatregelen treft de patiënt. Integendeel, de aanvaarde uitzonderlijke uitgaven behelzen de dekking van de kosten voor de uitbreiding van het WIGW-statuut en voor de versoepeling van de verzekeraarsregels voor verschillende sociale kansarme categorieën. Daarenboven komt een enveloppe van 1,25 miljard F. op jaarbasis voor medische honoraria pas vrij op de uitdrukkelijke voorwaarde dat de tariefzekerheid voor de patiënt wordt hersteld, die er in 1997 niet was bij gebrek aan een akkoord artsen-ziekenfondsen.

Ten slotte dient opgemerkt dat het budget 1998 een provisie van een miljard frank op jaarbasis voor-

charges sociales sur le niveau moyen de nos trois principaux partenaires commerciaux.

Relevons enfin que les autres revenus de la gestion globale de la Sécurité sociale diminueront légèrement de 1997 à 1998 : 57,4 milliards contre 58,8 cette année.

2.2. *Les dépenses*

La croissance modérée des dépenses de la Sécurité sociale est clairement objectivable. Les prestations sociales des régimes salariés et indépendants passent de 16,8 % à 16,7 % du P.I.B. de 1997 à 1998. Leur croissance réelle demeure donc sous contrôle, légèrement inférieure à celle de la croissance économique. Alors que celle-ci atteindra 2,5 %, on note en effet que les régimes salariés et indépendants présentent une croissance en volume de leurs débours limitée à respectivement 1,5 % et 0,8 % en 1998.

Sans surprise, ce sont les dépenses de soins de santé (+ 4,1 %) et les dépenses de pension (+ 2,3 %) qui sont les principaux facteurs de croissance des dépenses du régime de Sécurité sociale des travailleurs salariés.

Au niveau du secteur des pensions, cette évolution tient compte d'une moindre croissance des dépenses de 4,1 mias réalisée grâce à la réforme des pensions décidée dans le cadre du budget 1997.

En dehors de cet impact modérateur de la réforme des pensions du secteur privé, les seules nouvelles mesures d'économies sont une fois de plus à fournir par le secteur de l'assurance obligatoire soins de santé, à concurrence de 6,8 milliards de francs. En l'absence d'une décision majoritaire au Conseil général de l'INAMI, le Gouvernement a fixé l'objectif budgétaire global pour 1998 à 453 mias F, ce qui autorise 7,1 milliards de dépenses exceptionnelles au-delà de la norme de croissance globale des dépenses pour prestation de 1,5 %, désormais imposée au secteur jusqu'à l'an 2000. Tous les secteurs en dépassement de leur objectif budgétaire partiel pour 1997 contribueront à l'effort d'économies, en particulier le secteur des médicaments qui doit fournir un peu moins de la moitié du montant total.

Aucune des mesures d'économie envisagées par le Gouvernement ne touche le patient. Au contraire, les dépenses exceptionnelles acceptées prévoient la couverture du coût de l'extension du statut VIPO et de l'assouplissement des règles d'assurabilité pour différentes catégories sociales défavorisées. De plus, une enveloppe de 1,25 milliard F sur base annuelle ne sera libérée en faveur des honoraires médicaux qu'à la condition expresse du rétablissement de la sécurité tarifaire du patient, inexistante en 1997 en l'absence d'accord médico-mutualiste.

Enfin, il convient de relever que le budget 1998 prévoit une provision d'un milliard de francs sur base

ziet voor nieuwe initiatieven ten voordele van chronische zieken, die concreet zullen uitgewerkt worden na overleg met alle betrokken partijen.

2.3. Resultaat

De lopende uitgaven van de sociale zekerheid voor werknemers voor 1998 zullen 1.471,7 miljard F. bedragen, waarvan 94,0 pct. enkel voor de uitgaven voor verstrekkingen.

Voor de dekking van deze uitgaven zullen de verschillende parastatalen beschikken over eigen ontvangsten voor een bedrag van 103,4 miljard F. en over ontvangsten van het globaal beheer van de sociale zekerheid voor een bedrag van 1 370,6 miljard F.

De lopende ontvangsten van de sociale zekerheid overschrijden aldus de lopende uitgaven ervan met 2,3 miljard F.

Voor een volledig inzicht in de thesauriebehoeften te hebben moet nog gewezen worden op de aflossing van leningen, die in 1998 8,9 miljard F. zullen bedragen.

3. Een gemoderniseerde en toekomstgerichte sociale zekerheid

3.1. Geneeskundige verzorging

1) Bij het opmaken van de begroting 1997 werd de Regering geconfronteerd met een belangrijke overschrijding van de jaarlijkse globale budgettaire doelstelling voor de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Om die reden heeft ze verleden jaar een eerste reeks besparingsmaatregelen beslist. Toen in december 1996 bleek dat deze maatregelen ontoereikend zouden zijn om de budgettaire doelstelling 1997 te bereiken, heeft de Regering op basis van de budgettaire kaderwet een aantal dringende aanvullende maatregelen genomen in verband met sommige honoraria, tarieven en forfaits.

De uitvoering van de in hoofdstuk I vermelde structurele maatregelen en van deze conjuncturele en lineaire maatregelen zullen het wellicht mogelijk maken de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in 1997 tot ongeveer 432,3 miljard frank te beperken, wat neerkomt op een overschrijding van de budgettaire doelstelling met 4 miljard frank.

De Regering is er zich wel van bewust dat deze lineaire maatregelen, die nodig waren om de uitgaven op korte termijn te beperken, geen structurele oplossingen voor de regeling kunnen zijn. De uitzonderlijke factoren en de nieuwe initiatieven die naast de toepassing van de budgettaire groeinorm worden aanvaard beletten niet dat de inspanningen die de Minister van Sociale Zaken en de Minister van Volksgezondheid hebben geleverd om structurele hervormingen in ons stelsel van geneeskundige ver-

annuelle pour des initiatives nouvelles en faveur des malades chroniques, dont la destination concrète sera définie après concertation avec toutes les parties concernées.

2.3. Résultat

Les dépenses courantes de la sécurité sociale des travailleurs salariés pour 1998 s'élèveront à 1 471,7 milliards de francs, dont 94,0% pour les seules dépenses pour prestations.

Pour couvrir ces dépenses, les différents parastataux disposeront de recettes propres à hauteur de 103,4 milliards, et des recettes de la gestion globale de la sécurité sociale, soit 1 370,6 milliards de francs.

Ainsi, les recettes courantes de la sécurité sociale excèdent ses dépenses courantes de 2,3 milliards de francs.

Pour avoir une vision complète des besoins de trésorerie, il faut en outre mentionner les amortissements d'emprunts, qui s'élèveront à 8,9 milliards de francs en 1998.

3. Une sécurité sociale modernisée et axée sur le futur

3.1. Soins de santé

1) Lors de l'élaboration du budget 1997, le Gouvernement fut confronté à un dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel global pour les dépenses de l'assurance soins de santé. Pour cette raison, il décida une première série de mesures d'économie l'été dernier. Lorsqu'il apparut en décembre 1996 que ces mesures seraient insuffisantes pour respecter l'objectif budgétaire 1997, le Gouvernement a, sur base de la loi-cadre budgétaire, pris un certain nombre de mesures complémentaires urgentes concernant certains honoraires, tarifs et forfaits.

L'exécution des mesures structurelles rappelées au chapitre I et ces mesures conjoncturelles et linéaires permettront vraisemblablement de contenir les dépenses de l'assurance soins de santé aux environs de 432,3 milliards de francs en 1997, soit un dépassement de l'objectif budgétaire limité à 4 milliards de francs.

Le Gouvernement est bien conscient du fait que ces mesures linéaires, qui étaient nécessaires pour limiter les dépenses à court terme, ne peuvent constituer des solutions structurelles pour le régime. Les facteurs exceptionnels et les initiatives nouvelles acceptées en sus de l'application de la norme de croissance budgétaire ne dispensent nullement de la poursuite des efforts entrepris par la Ministre des Affaires sociales et le Ministre de la Santé publique en vue de la réalisation de réformes structurelles de

zorging tot stand te brengen, moeten worden voortgezet. De volgende maatregelen gelden als prioriteiten tegen het einde van de legislatuur :

- hervorming van de financiering van de ziekenhuisactiviteit;
- hervorming van de financiering van de rustoorden;
- echelonnering van de geneeskundige verzorging;
- programmatie voor de zware medisch-technische diensten;
- herziening van de nomenclatuur inzake kinesitherapie;
- Prijs X Volume contract voor de geneesmiddelen;
- verder responsabiliseren van de zorgverleners;
- meer forfaitaire financiering voor ambulante verzorging;
- voortzetting van de inspanningen om het aanbod inzake zorgverleners onder controle te houden, inzonderheid voor kinesisten, logopedisten, geneesheren en tandartsen.

2) De beheerders van zowel universitaire als van niet-universitaire ziekenhuizen hebben fundamentele voorstellen voor de hervorming van de financiering van de ziekenhuisactiviteit geformuleerd.

Het huidig financieringssysteem voldoet niet meer, gelet op de beschikbare middelen, op de uitbouw van een ziekenhuisactiviteit waarbij rekening wordt gehouden met het algemeen belang en die gericht zijn op een optimale verzorging in functie van de noden van de patiënt. Het groot aantal zorgverleners, gekoppeld aan de financiering per verstrekking, leidt eerder tot een kosteninflatie dan tot een gecoördineerde werking van de ziekenhuisstructuren.

De Regering wil dan ook de besprekingen die werden aangevat met de betrokken partijen (ziekenhuisbeheerders, zorgverleners en verzekeringsinstellingen) voortzetten, enerzijds, over de verdere financiering door enveloppen, op basis onder andere van sommige voorstellen van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen en, anderzijds, over de herziening van de betrekkingen tussen de ziekenhuisbeheerder en de geneesheren.

De definitie van begrippen zoals « verenigingen » of « groeperingen » van ziekenhuizen werd geregeld bij koninklijke besluiten die onlangs in het Staatsblad werden bekendgemaakt. Het statuut van de daghospitalisatie wordt thans uitgewerkt in koninklijke besluiten die bijna klaar zijn.

De nieuwe versie van artikel 140 van de wet op de ziekenhuizen is in werking getreden. Het gaat hier om de wettelijke basis voor het bepalen van de ziekenhuislasten die ten laste van de medische honoraria kunnen gelegd worden. Op deze basis moet een onderhandeling met de beheerders en de geneesheren spoedig aangevat worden om de uitvoeringsbe-

notre système de soins de santé. Les priorités d'ici la fin de la législature sont les suivantes :

- réforme du financement de l'activité hospitalière;
- réforme du financement des maisons de repos;
- échelonnement des soins de santé;
- programmation des services médico-techniques lourds;
- réforme de la nomenclature de kinésithérapie;
- contrat Prix X Volume pour les médicaments;
- plus grande responsabilisation des prestataires de soins;
- plus grande forfaitarisation du financement des soins ambulatoires;
- poursuite des efforts de maîtrise de l'offre de prestataires de soins, en particulier pour les kinésithérapeutes, les logopèdes, les médecins et les dentistes.

2) Les gestionnaires d'hôpitaux, tant universitaires que non universitaires, ont formulé des propositions fondamentales de réforme du financement de l'activité hospitalière.

Le système actuel de financement ne satisfait plus, compte tenu des moyens disponibles, au développement d'une activité hospitalière respectueuse de l'intérêt général, centrée sur l'optimisation des soins en fonction des besoins du patient. La multiplicité des prestataires de soins, couplée au financement à l'acte, mène plutôt à une inflation des coûts qu'à un fonctionnement coordonné des structures hospitalières.

Le Gouvernement entend dès lors poursuivre la discussion entamée avec les parties concernées (gestionnaires d'hôpitaux, prestataires de soins et organismes assureurs) concernant d'une part le renforcement d'un financement par enveloppe, basé entre autres sur certaines propositions formulées par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, et d'autre part sur la redéfinition des rapports entre le gestionnaire hospitalier et le corps médical.

Le développement des notions d'« association » ou de « groupement » d'hôpitaux ont fait l'objet d'arrêtés royaux récemment publiés au Moniteur. Le statut de l'hospitalisation de jour fait actuellement l'objet d'arrêtés royaux en voie de finalisation.

La nouvelle mouture de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux, qui constitue la base légale à partir de laquelle on définit quelles charges de l'hôpital peuvent être mises à charge des honoraires médicaux, est en vigueur. Sur cette base, une négociation doit être rapidement entamée avec les gestionnaires et les médecins pour préparer l'arrêté d'exécution dans

sluiten onverwijld voor te bereiden. In aansluiting hierop moet het statuut van de ziekenhuisgeneesheer ook herzien worden.

Op grond van de bepalingen van de budgettaire kaderwet zal een koninklijk besluit de nodige basis leggen voor een geleidelijke evolutie, over een periode van minstens vijf jaar, naar een systeem van globaal budget per instelling, in functie van het aantal opnames en van de aard van de activiteit van het ziekenhuis, eerder dan de productiestructuren en het aantal verstrekkingen. Het overleg met alle partners van de sector zal worden opgevoerd om de koninklijke uitvoeringsbesluiten binnen dit M.B. wettelijk kader te kunnen opmaken.

3) De Minister wil de evaluatie van de medische en paramedische praktijk uitbouwen (peer review, medical technology assessment, plaatselijke groepen voor medische evaluatie).

Een andere prioritaire doelstelling is het voortzetten van de inspanningen inzake rationalisering van het verzorgingsaanbod, in overleg met de verschillende partners van het gezondheidsstelsel, wat betreft de medisch-technische voorzieningen en de beschikbare plaatsen in de verzorgingsinstellingen.

Om beide doelstellingen te bereiken zal een nauwere samenwerking tussen de Administratie van Volksgezondheid en de bevoegde structuren van het RIZIV uitgewerkt worden. Het besluit tot installatie van de Wetenschappelijke Raad van het RIZIV zal zo spoedig mogelijk tot stand komen. In deze Raad zal een afdeling « planning » opgericht worden, waarin alle betrokken partijen (overheid en de actoren in de praktijk) zullen vertegenwoordigd zijn. Deze afdeling wordt belast met het sluiten van akkoorden over het bepalen van de behoeften aan verschillende soorten verstrekkingen.

Naast de omschrijving van de normen inzake programmering en erkenning, waarvoor de Minister van Volksgezondheid bevoegd is, zal het RIZIV specifieke overeenkomsten met de ziekenhuizen kunnen sluiten voor de financiering van nieuwe technologieën en van dure medisch-technische verstrekkingen. Deze overeenkomsten zullen door de Minister van Sociale Zaken moeten goedgekeurd worden, na advies van de instanties ad hoc van het RIZIV. De voorwaarden om dergelijke overeenkomsten te kunnen sluiten zullen a priori moeten verduidelijkt worden om willekeurige beslissingen te voorkomen.

4) Een voluntaristisch beleid dat aanzet tot eche-lonnering van de verzorging dient ontwikkeld te worden.

Tot het einde van de legislatuur zullen een groot aantal stappen nog moeten gezet worden om tot een betere organisatie van ons systeem van geneeskundige verzorging te komen.

Op dit gebied zijn het gecentraliseerd medisch dossier en de invoering van een verwijzingssysteem tussen huisartsen en specialisten de eerste concrete en belangrijke fasen die moeten uitgewerkt worden in het kader van het volgend akkoord artsen-ziekenfondsen.

les meilleurs délais. Dans la foulée, le statut du médecin hospitalier doit aussi être revu.

Sur base des dispositions de la loi-cadre budgétaire, un arrêté royal crée les bases légales nécessaires à une évolution progressive, sur une période d'au moins cinq ans, vers un système de budget global par institution, basé sur le nombre d'admissions et la nature de l'activité de l'hôpital, plutôt que sur les structures de production et le nombre d'actes prestés. La concertation avec tous les partenaires du secteur va s'intensifier en vue de l'élaboration des arrêtés royaux d'exécution de ce cadre légal.

3) La Ministre entend développer l'évaluation de la pratique médicale et paramédicale (peer review, medical technology assessment, groupes locaux d'évaluation médicale).

Un autre objectif prioritaire est la poursuite des efforts de rationalisation de l'offre de soins, en concertation avec les différents partenaires du système de santé, en termes d'équipements médico-techniques et de places disponibles dans les institutions de soins.

Pour atteindre ces deux objectifs, une collaboration plus étroite entre l'Administration de la Santé publique et les structures compétentes de l'INAMI sera développée. L'arrêté d'installation du Conseil scientifique de l'INAMI sera pris dans les meilleurs délais. En son sein, une section « planning », où toutes les parties concernées seront représentées (acteurs de terrain et autorités publiques), sera créée. Elle sera chargée d'aboutir à des accords sur la délimitation des besoins de différentes formes de prestations de soins.

A côté de la définition des normes de programmation et d'agrément, compétence du Ministre de la santé publique, l'INAMI pourra conclure des conventions spécifiques avec les hôpitaux en matière de financement des nouvelles technologies et des prestations médico-techniques onéreuses. Ces conventions devront être ratifiées par le Ministre des Affaires sociales, après avis des instances ad hoc de l'INAMI. Les conditions de passation de telles conventions devront être clairement définies a priori, afin d'éliminer tout risque d'arbitraire dans la prise de décision.

4) Il convient de développer une politique incitative et volontariste d'échelonnement des soins.

D'ici la fin de la législature, un nombre substantiel de progrès doivent être faits pour déboucher sur une meilleure organisation de notre système de soins de santé.

En la matière, le dossier médical centralisé et la mise en place d'un système de référence entre généralistes et spécialistes constituent les premières étapes concrètes et importantes, à faire aboutir dans le cadre du prochain accord médico-mutualiste.

In het kader van de onderhandeling over een akkoord artsen-ziekenfondsen voor 1998 verzoekt de Regering de geneesheren en de verzekeringsinstellingen de nodige financiële stimulansen uit te werken, zowel voor de geneesheer als voor de patiënt, om tot een meer rationeel gebruik van de verzorgingsstructuren te komen. Zo niet zal de Regering het initiatief ter zake nemen.

5) De jongste maanden heeft de Regering, in verband met de noodzakelijk rationalisering van het medisch en paramedisch aanbod, in overleg met de Gemeenschappen de nodige initiatieven genomen om het aantal nieuwe geneesheren en tandartsen te beperken. Deze initiatieven worden eerstdaags uitgebreid tot de kinesitherapeuten en andere paramedische beroepen.

6) De Minister wil de inspanningen verderzetten die reeds werden gedaan met het oog op het bevorderen van de toegankelijkheid van hoogstaande geneeskundige verzorging voor de sociaal kwetsbare groepen, inzonderheid de langdurig werklozen — gezinshoofden of alleenstaanden — de afhankelijke bejaarden en de chronische zieken.

Na de uitbreiding van de toekenning van het WIGW-statuuut tot vijf nieuwe categorieën sociaal verzekerden op 1 juli 1997 (namelijk : gerechtigden op het bestaansminimum en gelijkgestelden, gerechtigden op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, gerechtigden op een tegemoetkoming voor gehandicapten, gehandicapte kinderen gerechtigd op verhoogde kinderbijslag), heeft de Regering ook een hervorming van de residuele regelingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging goedgekeurd. Deze hervorming treedt op 1 januari 1998 in werking. Ze verbetert aanzienlijk de toegang tot de regeling voor de sociaal gemarginaliseerde personen.

De Minister van Sociale Zaken zal de invoering van de hervorming van de verzekeraarbaarheid, van de uitbreiding van het statuut met voorkeurstelrugbetaling alsook van de problematiek van derde-betalersregeling evalueren met bijzondere aandacht voor de praktische toepassing ervan op de sociaal-economische zwakkeren. Bij deze evaluatie zal zij de medewerking vragen van de Minister van Volksgezondheid, alsook van de verschillende betrokken departementen en instellingen, inzonderheid de toekomstige Dienst voor Armoedebestrijding opgericht bij het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding.

Op basis van de conclusies van deze evaluatie zal de Minister van Sociale Zaken de noodzakelijk gemaakte verbeteringen voorstellen voor een betere toegang tot hoogstaande verzorging die financieel betaalbaar blijft voor personen met een laag inkomen, alsook de modaliteiten voor de invoering van een bestendig toezicht op de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging.

Bovendien werd een provisie van 1 miljard F in 1998 voorzien voor één of meerdere concrete maat-

Dans le cadre de la négociation d'un accord médico-mutualiste pour 1998, le Gouvernement invite donc les médecins et les organismes assureurs à élaborer les stimulants financiers nécessaires, aussi bien pour le médecin que pour le patient, en vue d'aboutir à un usage plus rationnel des structures de soins. A défaut, le Gouvernement entend prendre l'initiative en la matière.

5) Ces derniers mois, en relation avec la rationalisation nécessaire de l'offre médicale et paramédicale, le Gouvernement a, en concertation avec les Communautés, pris les initiatives nécessaires pour limiter le nombre de nouveaux médecins et dentistes. Ces initiatives seront prochainement élargies aux kinésithérapeutes et autres professions paramédicales.

6) La Ministre veut poursuivre les efforts entrepris en vue de favoriser l'accès à des soins de santé de qualité pour des groupes socialement fragiles, plus particulièrement pour les chômeurs de longue durée, chefs de ménage ou isolés, les personnes âgées dépendantes et les malades chroniques.

Après l'extension de l'octroi du statut VIPO à cinq nouvelles catégories d'assurés sociaux intervenue au 1^{er} juillet 1997 (à savoir : minimexés et assimilés, bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées, bénéficiaires d'une allocation aux handicapés, enfants handicapés bénéficiant des allocations familiales majorées), le Gouvernement a également approuvé une réforme des régimes résiduels de l'assurance soins de santé obligatoire. Celle-ci entrera en vigueur au 1^{er} janvier 1998. Elle améliorera sensiblement l'accès au régime pour des personnes socialement marginalisées.

La Ministre des Affaires sociales évaluera la mise en œuvre de la réforme de l'assurabilité, de l'extension du statut de remboursement préférentiel ainsi que de la problématique du tiers payant en accordant une attention particulière à leur application pratique auprès des personnes fragiles au plan socio-économique. Elle associera à cette évaluation le Ministre de la Santé publique ainsi que les différents départements et institutions concernés, en particulier le futur Service de Lutte contre la Pauvreté installé au sein du Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.

Sur la base des conclusions de cette évaluation, la Ministre des Affaires sociales proposera les améliorations jugées nécessaires pour poursuivre l'élargissement de l'accès à des soins de qualité qui soient financièrement abordables pour les personnes à faible revenu ainsi que les modalités de la mise en place d'une surveillance permanente de l'accessibilité aux soins de santé.

Par ailleurs, une provision de 1 mia F est prévue en 1998 pour une ou plusieurs mesures concrètes en

gelen voor een betere sociale dekking van de specifieke noden van de chronische zieken. Een omvangrijk overleg zal eerlang van start gaan met alle betrokken partijen over de meest zinvolle initiatieven die kunnen uitgewerkt worden. Op middellange termijn zouden aanpassingen van de regeling van de sociale en de fiscale franchise voor hen kunnen worden ingevoerd.

7) De overgang naar de tweede fase voor de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen heeft plaats in 1998. Daartoe is namelijk een technische en budgettaire oplossing nodig voor de vereffening van de saldi van de lopende rekeningen en van de reservefondsen, die op hun niveau van 31 december 1994 werden bevroren. Een voorstel van de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen (C.D.Z.), dat haast eenparig door zijn leden werd goedgekeurd, werd zopas omgezet in een ontwerp van wettekst door de juridische diensten van het RIZIV, van de CDZ en van het Ministerie van Sociale Zaken. Dit ontwerp wordt eerlang onderzocht door de Ministerraad.

8) De Regering wenst een uitbreiding van de forfaitaire financiering voor de geneeskundige verzorging in zoveel mogelijk sectoren (gesloten enveloppen per instelling, hoofdelijke forfaits per patiënt, courante technische verstrekkingen opgenomen in het basishonorarium voor de raadpleging, ...).

In de sector van de rustoorden is aldus een gesloten enveloppe voor 1997 vastgelegd, met een systeem van verdeling van de enveloppe per instelling en een mechanisme van terugvordering in geval van overschrijding van de enveloppe. De Overeenkomstencommissie rustoorden-verzekeringsinstellingen werd verzocht dit systeem te verfijnen. Een voorstel zou klaar moeten zijn voor de begroting 1999. Het in 1997 toegepast voorlopig systeem zal tot dan in 1998 behouden worden, al blijven sommige aanpassingen mogelijk.

In dezelfde sector van de rustoorden zullen de overige voorstellen om de uitgaven onder controle te houden, die de Overeenkomstencommissie heeft geformuleerd, worden uitgevoerd.

De Regering wenst dat andere subsectoren van de verzekering ook voorstellen zouden voorleggen zonder de initiatieven van de overheid af te wachten.

9) Wat de geneesmiddelen betreft, wordt de volgende lijst maatregelen op korte en middellange termijn overwogen : uitbreiding van de praktijk van de prijs-volumecontracten, controle op de effectieve aflevering van de voorgeschreven geneesmiddelen, integrale uitvoering van Pharmanet, objectieve voorlichting van de geneesheren, de farmaceutische industrie in een ruimere mate betrekken en responsabiliseren bij het uitstippelen van het geneesmiddelenbeleid, aanpassing van de terugbetaling van geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisapotheken aan de praktijk van de *ristorno's* toegestaan door de industrie aan de ziekenhuizen, verbeteringen wat betreft de samenstelling en de werking van de Tech-

vue d'améliorer la couverture sociale des besoins spécifiques des malades chroniques. Une vaste concertation va débuter prochainement avec toutes les parties concernées quant aux initiatives les plus pertinentes à développer. A moyen terme, des adaptations du régime de la franchise sociale et fiscale pourraient être introduites en leur faveur.

7) En 1998, s'effectuera le passage à la deuxième phase de la responsabilisation financière des organismes assureurs. Cela implique notamment une solution technique et budgétaire pour l'apurement des soldes des comptes courants et des fonds de réserve, bloqués à leur niveau du 31 décembre 1994. Une proposition du Conseil de l'Office de Contrôle des Mutualités (OCM), approuvée à la quasi-unanimité de ces membres, vient d'être traduite en projet de texte légal par les services juridiques de l'INAMI, de l'O.C.M. et du Ministère des Affaires sociales. Ce projet sera bientôt examiné par le Conseil des Ministres.

8) Le Gouvernement souhaite l'extension de la forfaitarisation dans le financement des soins de santé dans un maximum de secteurs (enveloppes fermées par institution, forfaits capitatifs par patient, actes techniques courants intégrés dans l'honoraire de base de la consultation...).

Ainsi, dans le secteur des maisons de repos, pour 1997, une enveloppe fermée est fixée, avec un système de répartition de l'enveloppe par institution et un mécanisme de récupération en cas de dépassement de l'enveloppe. La Commission de convention entre maisons de repos et organismes assureurs a été invitée à affiner ce système. Une proposition devrait être prête pour le budget 1999. D'ici là, le système provisoire appliqué en 1997 sera maintenu en 1998, même si certains aménagements sont possibles.

Dans ce même secteur des maisons de repos, les autres propositions de maîtrise des dépenses émises par la Commission de convention sont exécutées.

Le Gouvernement souhaite que d'autres sous-secteurs de l'assurance usent également de leur pouvoir de proposition, sans attendre les initiatives de l'autorité publique.

9) Dans le domaine du médicament, la liste suivante de mesures est envisagée à court et à moyen terme : développement de la pratique des contrats prix-volume, contrôle de la délivrance effective des médicaments prescrits, mise en œuvre intégrale de Pharmanet, information objective du corps médical, intégration et responsabilisation plus importante de l'industrie pharmaceutique dans la définition de la politique du médicament, adaptation des remboursements des médicaments délivrés par les officines hospitalières à la pratique des *ristournes* de l'industrie aux hôpitaux, améliorations de la composition et du fonctionnement du Conseil Technique des Spécialités Pharmaceutiques de l'INAMI, forfaitarisation

nische Raad voor farmaceutische specialiteiten van het RIZIV, forfaitaire terugbetaling van geneesmiddelen in het ziekenhuis.

10) Het organiseren van medische verkiezingen is voorzien voor begin 1998. Op middellange termijn onderzoekt de Minister de mogelijkheid deze wijze van aanduiding van vertegenwoordigers van medische en paramedische beroepen bij de organen van het RIZIV uit te breiden tot andere overeenkomsten-commissies.

11) De Minister van Sociale Zaken wil de Interministeriële Conferentie over Volksgezondheid eerlang een consensusnota voorleggen met de hoofdlijnen van een algemeen beleid voor de psychiatrische sector. Deze hoofdlijnen gaan uit van de volgende voornaamste principes :

- een dynamisch en permanent evaluatie- en analyseproces op gang brengen, om het aanbod inzake verzorgingsstructuren op de behoeften af te stemmen;

- functionele complementariteit aanmoedigen en een interactie tussen alle structuren van de psychiatrie en van Volksgezondheid stimuleren;

- de verzorgingsstructuren kwalitatief en, waar het nodig zou zijn, kwantitatief verbeteren;

- de nadruk leggen op de permanente vorming van het personeel;

- voldoende middelen ter beschikking stellen voor kinderen en adolescenten;

- verder streven naar het concept verzorgingscircuit;

- de patiënten op wie de wet sociaal verweer van toepassing is correct opvangen;

- nauwlettend toezien op de naleving van de rechten en op de bescherming van de patiënt.

12) In de sector van de rustoorden voor bejaarden (ROB's) en van de rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) wordt bijzondere aandacht besteed aan de uitvoering van het samenwerkingsprotocol van juni 1997 dat werd gesloten met de Gemeenschappen en Gewesten wat betreft het gezondheidsbeleid voor de bejaarden. Het komt erop aan gezamenlijk de RVT-bedden, de ROB-bedden en de alternatieven voor een opname in een ROB en een RVT vast te leggen en te programmeren, de erkennings- en werkingsnormen te harmoniseren en informatie uit te wisselen tussen de federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten. De discussie is thans aan de gang en verloopt in een goede sfeer.

3.2. Maatregelen ten voordele van de gezinnen

1) De uitvoering van artikel 21 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid werd tot een goed einde gebracht. Na kleine aanpassingen in de tekst van het koninklijk besluit in het kader van de volgende programmawet houdende sociale bepalingen, zal de kinderbijslageregeling voortaan volledig aangepast zijn aan de veran-

du du remboursement des médicaments en milieu hospitalier.

10) L'organisation des élections médicales est prévue pour début 1998. A moyen terme, la Ministre examine la possibilité d'étendre ce mode de désignation des représentants des professions médicales et paramédicales au sein des organes de l'INAMI à d'autres commissions de convention.

11) La Ministre des Affaires sociales compte soumettre prochainement à la Conférence interministérielle Santé publique une note de consensus reprenant les contours d'une politique générale pour le secteur de la psychiatrie. Les principes importants en sont :

- créer un processus dynamique et permanent d'évaluation et d'analyse, afin d'ajuster l'offre de structures de soins aux besoins;

- encourager les complémentarités fonctionnelles, et favoriser une perméabilité entre toutes les structures de la psychiatrie et de la Santé Mentale;

- renforcer de manière qualitative et, là où ce serait nécessaire, quantitativement, les structures de soins;

- mettre l'accent sur la formation permanente du personnel;

- octroyer des moyens suffisants pour les enfants et les adolescents;

- réaliser une avancée vers le concept de circuit de soins;

- assurer une prise en charge correcte des patients soumis à la loi de Défense sociale;

- veiller de façon attentive au respect des droits et à la protection du patient.

12) Dans le secteur des maisons de repos (MR) et des maisons de repos et de soins (MRS), l'exécution du Protocole de coopération de juin 1997 avec les pouvoirs fédérés en matière de politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées bénéficie d'une attention toute particulière. Il s'agit, de commun accord, de définir et programmer les lits MRS, les lits MR et les alternatives à l'hébergement en MR et MRS, d'harmoniser les normes d'agrément et de fonctionnement et d'échanger des informations entre le fédéral et les entités fédérées. Les discussions en cours se déroulent dans un bon climat.

3.2. Interventions en faveur des familles

1) L'exécution de l'article 21 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale a été menée à bien. Désormais, après de petites adaptations du texte de l'arrêté royal dans le cadre de la prochaine loi-programme portant des dispositions sociales, le régime des allocations familiales sera totalement adapté aux mutations intervenues dans

deringen in de gezinsstructuren : eenoudergezinnen, herenigde gezinnen ...

2) In het kader van de Interministeriële Conferentie voor de bescherming van de rechten van het kind, coördineert de Minister van Sociale Zaken de inspanningen van de sociale gesprekspartners en van de Gemeenschappen en Gewesten om de initiatieven voor de opvang van kleuters en voor de naschoolse opvang te kunnen voortzetten.

De volgende elementen vormen de basisprincipes van het voorstel dat de Minister in de werkgroep interkabinetten/Beheerscomité van de RKW heeft uitgewerkt :

- * invoering van een echte procedure voor bestendig overleg en bemiddeling tussen de Federale Staat, de sociale gesprekspartners, de Gemeenschappen en de Gewesten;

- * goedkeuring van objectieve criteria voor de toekenning van financiële hulp om, enerzijds, de samenhang tussen de kinderopvanginitiatieven van de Gemeenschappen en de door het F.C.U.D. gesteunde voorstellen voor naschoolse opvang, met soepele uren, voor dringende opvang en voor de opvang van zieke kinderen te verhogen en, anderzijds, de integratie van de vrouwen op de arbeidsmarkt te stimuleren, het scheppen van werkgelegenheid in deze sector te bevorderen en om begeleidende maatregelen te nemen gelet op de evolutie van de arbeidsmarkt

- * verbetering van de administratieve behandeling van de aanvragen om financiële hulp door het F.C.U.D. en het instellen van een ruimere dialoog tussen de betrokken administraties van de federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten en de promotors van projecten.

3) De volgende programmawet houdende sociale bepalingen zal twee positieve maatregelen ten gunste van de gezinnen bevatten :

- de verhoogde kinderbijslag wordt behouden wanneer een arbeidsongeschikte moeder met postnataal bevallingsverlof is (thans verliest zij deze verhoging tijdens haar moederschapsverlof);

- in het kader van de bestrijding van de armoede, zal een gezin waarvan het kind dat recht geeft op gewaarborgde gezinsbijslag in een instelling is geplaatst, verder een bijzondere uitkering ontvangen om het contact met het kind te helpen behouden.

3.3. Arbeidsongevallen en beroepsziekten

1) De volgende programmawet houdende sociale bepalingen zal een bepaling bevatten die voorziet in de uitbreiding van de prioriteit van het subrogatierecht van de persoon die schade heeft geleden wegens brand of een ontploffing ten opzichte van het subrogatierecht van de openbare rechtspersoon (die namelijk optreedt bij toepassing van de wet van 3 juli 1967) dat wordt uitgeoefend tegen de verantwoordelijke of tegen de verzekeraar van de objectieve aansprakelijkheid.

les structurelles familiales : familles monoparentales, familles recomposées...

2) Dans le cadre de la Conférence interministérielle de protection des droits de l'enfant, la Ministre des Affaires sociales assure la coordination des efforts des interlocuteurs sociaux et des pouvoirs fédérés en vue d'assurer la poursuite des initiatives d'accueil de la petite enfance et d'accueil extra-scolaire.

Les éléments suivants constituent les axes de la proposition développée par la Ministre au sein du groupe de travail intercabinet/Comité de gestion de l'ONAFTS :

- * la mise en place d'une véritable procédure de concertation et de conciliation permanente entre l'Etat fédéral, les interlocuteurs sociaux, les Communautés et les Régions;

- * l'adoption de critères objectifs d'octroi des aides financières afin, d'une part, de renforcer la cohérence entre les initiatives d'accueil de l'enfance des Communautés et les projets d'accueil extra scolaire, à horaire flexible, d'urgence et d'enfants malades soutenus par le FESC et, d'autre part, de favoriser l'intégration des femmes dans le marché du travail, de promouvoir la création d'emplois dans ce secteur et d'accompagner l'évolution du marché du travail;

- * l'amélioration du traitement administratif des demandes de soutien financier par le FESC et l'instauration d'un dialogue plus soutenu entre les administrations fédérales, communautaires et régionales concernées et les promoteurs de projets.

3) La prochaine loi-programme portant des dispositions sociales contiendra deux mesures positives en faveur des familles :

- les allocations majorées seront maintenues quand une mère, en incapacité de travail, est en congé post-accouchement (aujourd'hui, elle perd cette majoration pendant son congé de maternité);

- dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, quand un enfant bénéficiaire des prestations garanties est placé en institution, sa famille recevra une allocation spéciale pour l'aider à maintenir le contact avec l'enfant.

3.3. Accidents du travail et maladies professionnelles

1) La prochaine loi-programme portant des dispositions sociales comprendra une disposition étendant la priorité du droit de subrogation de la victime d'un dommage résultant d'un incendie ou d'une explosion sur le droit de subrogation de la personne morale de droit public (c'est-à-dire intervenant au titre de la loi du 3 juillet 1967) exercé à l'encontre du responsable ou de l'assureur de la responsabilité objective.

Dit subrogatierecht van de getroffene heeft enkel betrekking op de schadeloosstelling voor de schade die door deze overheid niet gedekt is.

Vroeger gold deze prioriteit enkel voor de sociale verzekeraar inzake arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971) of inzake ziekte-en invaliditeitsverzekering.

2) Op aanvraag van de vakbonden onderzoekt het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ) thans de mogelijkheid het door oplosmiddelen veroorzaakt psychisch-organisch syndroom op te nemen in de lijst met de beroepsziekten waarvoor schadeloosstelling kan worden toegekend. De conclusies van het FBZ zouden tegen eind 1997 beschikbaar moeten zijn.

3.4. Een moderner en meer menselijk beheer

1) Betere werking van het globaal beheer van de sociale zekerheid (op basis van de voorstellen van de werkgroep ontstaan uit het Adviescomité) door de financiële middelen en de doelstellingen van het beheer van de sociale zekerheid beter te bepalen.

2) Verwezenlijking van de autonomie en van de responsabilisering van de sociale parastatalen, met meer bevoegdheden voor de Regeringscommissarissen en de Inspecteurs van Financiën bij deze instellingen.

3) Volledige toepassing van het handvest van de sociaal verzekerde (de wet van 25 juni 1997 tot verbetering van de wet van 11 april 1995 is in werking getreden) : de Minister van Sociale Zaken zorgt voor de versnelde voorbereiding en uitvoering van de verschillende nodige uitvoeringsbesluiten.

4) Uitwerking van een gemoderniseerd beheer van de sociale zekerheid door de verplichtingen van de werkgevers te vereenvoudigen en tevens mechanismen voor een betere inning van de sociale bijdragen in te voeren.

De vastgelegde principes betreffende de responsabilisering van de sociale parastatalen werden aldus bekendgemaakt.

Overigens werden de meeste maatregelen wat betreft de sociale identiteitskaart genomen. De sociale identiteitskaarten zullen tegen 30 juni 1998 uitgedeeld zijn en de laatste uitvoeringsbesluiten voor het gebruik ervan zullen ondertussen genomen zijn.

Tegelijkertijd worden de discussies met de sociale gesprekspartners voortgezet om tot een harmonisering van de begrippen inzake sociale zekerheid te komen met het oog op een administratieve vereenvoudiging.

Ten slotte worden concrete maatregelen thans onderzocht om de procedures in verband met de vermindering van sociale-zekerheidsbijdragen te vereenvoudigen. De inningsinstellingen worden ruimschoots bij deze discussies betrokken, die voor eind 1998 moeten uitmonden op een methode voor een meer doorzichtig en doeltreffend beheer van deze verminderingen.

Ce droit de subrogation de la victime vise uniquement l'indemnisation du dommage qui n'est pas couvert par cette autorité publique.

Auparavant, cette priorité n'existait que vis-à-vis de l'assureur social en Accidents du travail (loi du 10 avril 1971) ou en Assurance Maladie Invalidité.

2) A la demande des syndicats, le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) étudie actuellement la possibilité d'inclure le syndrome psycho-organique par des solvants dans la liste des maladies professionnelles indemnifiables. Les conclusions du FMP devraient être disponibles pour fin 1997.

3.4. Une gestion plus moderne à dimension humaine

1) Améliorations du fonctionnement de la gestion globale de la sécurité sociale (sur base des propositions du groupe de travail issu du Comité consultatif), par une meilleure définition des moyens financiers et des objectifs de gestion de la sécurité sociale.

2) Mise en œuvre de l'autonomie et de la responsabilisation des parastataux sociaux, avec un renforcement du rôle des Commissaires du Gouvernement et des Inspecteurs des Finances auprès de ces institutions.

3) Mise en œuvre intégrale de la Charte de l'assuré social (la loi du 25 juin 1997 améliorant la loi du 11 avril 95 est entrée en vigueur) : la Ministre des Affaires sociales veille à la préparation et à l'exécution accélérées des différents arrêtés d'exécution nécessaires.

4) Exécution de la modernisation de la gestion de la sécurité sociale, en avançant en parallèle sur les simplifications des obligations des employeurs et les mécanismes permettant de mieux percevoir les cotisations sociales.

Ainsi, la définition des principes relatifs à la responsabilisation des parastataux sociaux a-t-elle été publiée.

D'autre part, la plupart des dispositions en matière de carte d'identité sociale ont été prises. La distribution de la carte d'identité sociale sera achevée pour le 30 septembre 1998 et, entre-temps, les derniers arrêtés d'exécution relatifs à son utilisation seront pris.

Parallèlement, les discussions avec les partenaires sociaux se poursuivent pour aboutir à une harmonisation des concepts en matière de sécurité sociale dans le but d'une simplification administrative.

Enfin, des mesures concrètes de simplification des procédures en matière de réduction de cotisations de sécurité sociale sont à l'étude. Les organismes percepteurs sont largement associés à ces discussions qui doivent permettre l'élaboration, pour la fin 1998, d'une méthode permettant une gestion plus transparente et plus efficace de ces réductions.

3.5. *Varia*

1) Tegen het einde van het eerste semester 1998 zullen de sociale gesprekspartners over structurele maatregelen onderhandelen om vanaf 1999 een financieel evenwicht in de regeling van de jaarlijkse vakantie voor handarbeiders op basis van solidariteit te bekomen. De Regering garandeert de uitbetaling op tijd en stond van het vakantiegeld voor handarbeiders voor 1998.

2) Bij de RSZPPO zullen structurele maatregelen nodig zijn om in een toereikende financiering van deze regeling te kunnen voorzien zonder het aanwerven van statutair personeel door de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten te ontmoedigen.

3) Wat betreft de strijd tegen drugsverslaving heeft de Regering belangrijke inspanningen geleverd om het aanbod inzake verzorging en gediversifieerde behandelingen voor drugsverslaafden gevoelig uit te breiden in het kader van een strategische optie tot vermindering van de risico's (harm reduction) waarvoor in Europa een meerderheid bestaat.

Op basis van het voorstel van de Regering voor een plan tot programmering van het federaal aanbod voor verzorging van drugsverslaafden, werkt het RIZIV thans de laatste aanvragen om uitbreiding van bestaande gespecialiseerde centra en om financiering van nieuwe instellingen af.

In de geest van het actieplan met tien punten van de Federale Regering, van de aanbevelingen van de « Commissie Drugs » van het Parlement, van de inhoud van het Verslag en van de hoofdlijnen die door de Interministeriële Conferentie over het Drugsbeleid werden aangegeven, gelet op de stand van zaken van de initiatieven die de verschillende overheden hebben uitgewerkt en op de noodzaak actief mede te werken aan het uitstippelen van een Europees drugsbeleid, zal de Minister van Sociale Zaken de Interministeriële Conferentie over het Drugsbeleid voorstellen een samenwerkingsakkoord te sluiten voor de gestandaardiseerde registratie en de wetenschappelijke analyse van alle naamloos gemaakte gegevens die in de instellingen voor de verzorging en behandeling van drugsverslaafden worden ingezameld.

Daarnaast zouden samenwerkingsakkoorden tussen departementen moeten gesloten worden om specifieke gezondheidsgegevens geleidelijk aan te vullen met relevante gegevens die de sociale diensten, politiediensten, de Rijkswacht en het gerecht hebben geregistreerd.

Het uitwerken van dergelijk registratie- en analyseproces past in het nastreven van drie doelstellingen :

* België de mogelijkheid geven zijn verplichtingen na te komen ten opzichte van het Europees Observatorium voor Drugs en Drugsverslaving (E.O.D.D.) en bijdragen tot vergelijkingen tussen de lidstaten;

3.5. *Divers*

1) D'ici la fin du premier semestre 1998, les interlocuteurs sociaux négocieront des mesures structurelles en vue d'assurer dès 1999 l'équilibre financier du régime des vacances annuelles des travailleurs manuels, basé sur la solidarité. Le Gouvernement garantit le paiement intégral à temps et à heure des pécules de vacances des ouvriers pour 1998.

2) Des mesures structurelles seront nécessaires à l'ONSS-APL en vue de permettre un financement suffisant de ce régime tout en ne décourageant pas l'engagement d'agents statutaires par les administrations publiques et locales.

3) En matière de lutte contre la toxicomanie, le Gouvernement fédéral a consenti d'importants efforts pour augmenter sensiblement l'offre de soins et de traitements diversifiés pour les usagers de drogues dans le cadre d'une option stratégique, majoritaire en Europe, de réduction des risques (harm reduction).

L'INAMI achève en ce moment, sur la base de la proposition du Gouvernement relative à un plan de programmation de l'offre fédérale de soins aux usagers de drogues, le traitement des demandes d'extension de centres spécialisés existants et des demandes de financement de nouvelles institutions.

Dans l'esprit du plan d'actions en dix points du Gouvernement fédéral, des recommandations de la Commission « Drogues » du Parlement, du contenu de son Rapport et des lignes de force dégagées par la Conférence interministérielle pour la Politique de la Drogue, compte tenu de l'état d'avancement des initiatives mises en œuvre par les différents pouvoirs publics et de l'enjeu de participer activement à l'élaboration d'une politique européenne des drogues, la Ministre des Affaires sociales proposera à la Conférence Interministérielle de la Politique de la Drogue de finaliser un accord de coopération relatif à l'enregistrement standardisé et à l'analyse scientifique de l'ensemble des données anonymisées récoltées dans les institutions de soins et de traitements pour usagers de drogues.

Parallèlement, des accords de collaboration interdépartementaux devraient être conclus afin d'enrichir progressivement les informations spécifiques à la santé des données pertinentes enregistrées par les services sociaux, de police et de gendarmerie, de justice.

La mise en œuvre d'un tel processus d'enregistrement et d'analyse doit concourir à trois objectifs :

* permettre à la Belgique de remplir ses obligations vis-à-vis de l'Observatoire Européen de Drogues et de la Toxicomanie (O.E.D.T.) et favoriser la comparaison entre Etats membres;

* de Federale Regering een structureel en wetenschappelijke ondersteuning aanbieden voor de besluitvorming op federaal en Europees vlak, inzonderheid wat betreft initiatieven die worden genomen op basis van de kennis in de Gemeenschap. Dergelijk steunpunt zou ook de Gemeenschappen en de Gewesten de nodige informatie moeten verstrekken om hen de mogelijkheid te geven hetzelfde proces op gang te brengen en zelfs, indien zij dit vragen, om te kunnen beschikken over hetzelfde analyse-instrument voor hun eigen strategische doelstellingen. De wetenschappelijke waarde en de onafhankelijke verwerking van de gegevens moeten daartoe noodzakelijkerwijze gewaarborgd zijn;

* de middelen voor de coördinatie en de integratie, door de betrokkenen zelf, van de verschillende beleidsopties inzake drugs en drugsverslaving op alle beleidsniveaus aanmoedigen. Gelet op de toenemende deskundigheid van de talrijke actoren op dit gebied, moeten de initiatieven op een natuurlijke manier snel kunnen geëvalueerd en aangepast worden aan de evolutie van de problemen waarmee men in de dagelijkse praktijk wordt geconfronteerd. Dergelijk proces moet overigens ook ertoe leiden dat de reactietijd tussen de politieke besluitvorming en de concrete gevolgen ervan voor de burgers aanzienlijk wordt ingekort.

4. Belgisch beleid van internationale betrekkingen op het gebied van de sociale zekerheid

4.1. De jongste jaren werd België hoe langer hoe meer benaderd door talrijke federale Staten die een bilaterale overeenkomst inzake sociale zekerheid willen afsluiten. De Minister van Sociale Zaken heeft onderhandelingen in die zin aangemoedigd en hierbij de politieke doelstellingen van dergelijke overeenkomsten geleidelijk verduidelijkt :

* het bevorderen van de sociale grondrechten en van principes en waarden die aan de basis liggen van het Europees sociaal model, in een perspectief van convergentie van de doelstellingen van de sociale zekerheid naar de « gunstigste » regelingen toe;

* hulp en aanmoediging voor de bevolkingen waarvan de Staten de weg zijn opgegaan van een ruime democratisering;

* de onrechtstreekse versterking van de economische basis van Belgische ondernemingen in het buitenland en van de buitenlandse investeringen in België, in een evenwichtige context van sociale en economische samenhang.

De Minister van Sociale Zaken zal deze politiek van bevordering van het Europees sociaal model en van de Belgische sociale zekerheid voortzetten en bespoedigen, eerst en vooral met de PECO-landen (begeleiding van de verruiming van de E.U.), Japan, Québec, China, maar ook met landen uit Zuid-Amerika en Afrika.

* doter le Gouvernement fédéral d'un appui structurel et scientifique à la prise de décisions au plan fédéral et européen, en particulier pour ce qui relève des initiatives prises sur la base de l'acquis communautaire. Une telle structure d'appui devrait également restituer aux Communautés et aux Régions la matière nécessaire pour leur permettre de développer un processus similaire, voire — si elles le demandent — de pouvoir disposer d'un même travail d'analyse pour les objectifs stratégiques qui leur sont propres. A cet effet, la valeur scientifique et le caractère indépendant du traitement des données doivent nécessairement être garantis;

* favoriser à tous les niveaux de pouvoir les moyens de la coordination et de l'intégration, par les acteurs eux-mêmes, des différentes politiques des drogues et de la toxicomanie. L'augmentation du niveau et de la qualité d'expertise des multiples acteurs impliqués dans ce domaine doit conduire naturellement à mettre en place une capacité d'évaluation et d'adaptation rapide des initiatives à l'évolution des problèmes rencontrés sur le terrain. Par ailleurs, un tel processus doit aboutir à raccourcir considérablement le temps de réaction entre la prise de décision politique et ses effets concrets pour les citoyens.

4. Politique belge de relations internationales en matière de Sécurité sociale

4.1. Ces dernières années, la Belgique a été sollicitée de plus en plus souvent par de nombreux Etats désireux de conclure une convention bilatérale de sécurité sociale. La Ministre des Affaires sociales a encouragé l'ouverture de négociations en ce sens tout en affinant, progressivement, les objectifs politiques poursuivis par de telles conventions :

* la promotion des droits sociaux fondamentaux et des principes et valeurs qui fondent le modèle social européen dans une perspective de convergence des objectifs de sécurité sociale vers les systèmes « les plus favorables »;

* l'aide et l'encouragement aux populations dont les Etats sont engagés dans un processus de large démocratisation;

* le renforcement indirect de l'assise économique des entreprises belges à l'étranger et des investissements étrangers en Belgique dans un contexte équilibré de cohésion sociale et économique.

La Ministre des Affaires sociales poursuivra et accélérera cette politique de promotion du modèle social européen, et de la sécurité sociale belge, en priorité à destination des pays PECO'S (accompagnement de l'élargissement de l'U.E.), du Japon, du Québec, de la Chine, mais également du continent sud américain et africain.

4.2. In het kader van het Europees programma « Phare » en van de kredieten « internationale samenwerking » van het Ministerie van Sociale Zaken, onderhouden de Federale Staat en de sociale gesprekspartners bilaterale betrekkingen voor een concrete samenwerking op het gebied van de sociale zekerheid met talrijke PECO-landen.

Een van de doelstellingen van deze betrekkingen bestaat erin het tot stand brengen in deze landen van processen tot regeling van de sociale betrekkingen via collectieve onderhandelingen te bevorderen en aan te moedigen en de daartoe nodige technische bijstand te verschaffen.

De Minister van Sociale Zaken zal trachten alle mogelijke middelen te vinden om deze samenwerking uit te breiden tot alle PECO-landen die kandidaat zijn voor de Europese integratie en om te komen tot een meer intensieve medewerking van België voor het inzetten van een sociale dialoog over het beheer van de sociale-zekerheidsregelingen van deze landen.

4.3. De verruiming van de Europese Unie is thans een vooruitzicht op korte termijn. In dit verband pleit de Federale Regering ervoor dat de Europese Commissie en de lidstaten, bij het evalueren van de kandidaturen, ook veel aandacht zouden besteden aan de sociale sector.

Binnen de Europese Unie is België één van de grootste voorstanders van een sociaal Europa, namelijk door met de juiste argumenten te pleiten voor een geleidelijke strategie voor een Europese sociale convergentie.

Tijdens de onderhandelingen van de Intergouvernementale Conferentie diende België het meest ambitieuze voorstel van amendementen aan het sociaal protocol dat in het Verdrag is ingelast in. Toen sommige lidstaten weigerden verder te gaan dan het eenvoudig inlassen van het sociaal protocol in het Verdrag, was het België, dat na veel aandringen, eens te meer het recht bekwam in het Verdrag de sociale grondrechten op te nemen, met verwijzing naar twee instrumenten van sociaal Europees recht. Deze verwijzing is uiterst belangrijk om de burgers de mogelijkheid te geven hun sociale rechten effectief te laten gelden voor een rechtsmacht.

De kwaliteit van de Belgische voorstellen is met name te danken aan het feit dat de Minister van Sociale Zaken investeerde in een gespecialiseerde studie over de sociale convergentie in Europa, een studie die als echte wetenschappelijke ondersteuning voor de politieke besluitvorming geldt. Deze studie wordt heden voortgezet in een nieuwe richting, met als doel de sociale inhoud van de Economische Munteenheid te verstevigen op basis van een schema dat veel weg heeft van wat op het gebied van de werkgelegenheid werd bereikt.

De Minister van Sociale Zaken zal zorgen voor het voortzetten en het consolideren van deze Belgische strategie van baanbrekende studies en voorstellen voor een betere coördinatie tussen de monetaire en

4.2. L'Etat fédéral et les interlocuteurs sociaux entretiennent, dans le cadre du programme européen « Phare » et des crédits « coopération internationale » du Département des Affaires sociales, des relations bilatérales de coopération concrète dans le domaine de la sécurité sociale avec bon nombre de pays PECO'S.

L'un des objectifs de ces relations est la promotion, l'encouragement et l'assistance technique à la mise en place dans ces pays de processus de régulation des relations sociales par la négociation collective.

La Ministre des Affaires sociales recherchera tous les moyens possibles pour étendre cette coopération à tous les pays PECO'S candidats à l'intégration européenne et pour augmenter la contribution belge à l'instauration d'un dialogue social dans la gestion des systèmes de sécurité sociale de ces pays.

4.3. L'élargissement de l'Union européenne est, à présent, une perspective qui s'inscrit dans le court terme. A ce propos, le Gouvernement fédéral plaide pour que le domaine social fasse également l'objet d'une attention soutenue de la Commission européenne et des Etats membres dans le processus d'évaluation des candidatures.

Au sein de l'Union européenne, la Belgique est à la pointe de la défense de l'Europe sociale, notamment en plaçant et en étayant son plaidoyer pour une stratégie progressive de convergence sociale européenne.

Durant la négociation de la Conférence intergouvernementale, c'est la Belgique qui a déposé la proposition la plus ambitieuse d'amendements au Protocole social intégré dans le traité. Devant le blocage de certains Etats membres d'aller au-delà d'une simple intégration dans le traité du Protocole social, c'est encore la Belgique qui a insisté et qui a obtenu l'inscription dans le traité de droits sociaux fondamentaux en référence à deux instruments de droit social européen. Cette référence était vitale si l'on voulait assurer une réelle juridictionnalité de ces droits.

La qualité des propositions belges s'explique notamment par l'investissement consenti par la Ministre des Affaires sociales dans une étude spécialisée dans le domaine de la convergence sociale en Europe, étude conçue comme un véritable outil d'appui scientifique à la décision politique. Cette étude se poursuit aujourd'hui dans une direction nouvelle qui vise à renforcer le contenu social de l'Union économique et monétaire sur la base d'un schéma proche de ce qui a été acquis dans le domaine de l'Emploi.

La Ministre des Affaires sociales poursuivra et consolidera cette stratégie belge d'études et de propositions novatrices en faveur d'une plus grande coordination entre pôles économiques et monétaires, d'une

de economische polen, enerzijds, en tussen de polen werkgelegenheid en sociaal beleid, anderzijds. De doelstelling van een structureel toezicht op de evolutie van het Europees sociaal model, die uitmondt op het uitstippelen van strategieën van de beleidsverantwoordelijken, van gemeenschappen en van burgers voor het bevorderen van een sociaal Europa moet immers steunen op een technische en realistische bekrachtiging van de voorstellen van de Belgische Regering.

Bovendien is het van belang de nationale sociale partners en de burgers beter vertrouwd te maken met de Europese sociale doelstellingen om de Belgische eisen te laten berusten op een zo groot mogelijk collectief bewustzijn. Hiertoe zal de Minister van Sociale Zaken vóór het einde van de legislatuur verscheidene initiatieven nemen die bestemd zijn voor verschillende doelgroepen.

De Minister van Sociale Zaken en de Minister van Buitenlandse Zaken zullen hun nauwe samenwerking op dit gebied nog meer versterken.

II. — BELEIDSNOTA VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID

I. INLEIDING

Het doel van het volksgezondheidsbeleid bestaat erin om zowel preventief als curatief de kwaliteit van de gezondheidszorg te optimaliseren en de toegankelijkheid tot deze zorgen voor iedereen te maximaliseren.

Een supplementaire uitdaging hierbij is om deze kwaliteits- en toegankelijkheidsdoelstellingen te realiseren binnen het kader van haalbare begrotingsobjectieven.

Vanuit financiële haalbaarheid worden we met twee problemen geconfronteerd :

- de uitgaven beheersbaar houden;
- nieuwe behoeften integreren.

Voor dit laatste probleem zijn ook supplementaire middelen nodig. Voorbeelden hiervan zijn de uitbouw van de palliatieve zorgen, of — ter vermijding van een zorgenbeleid met twee snelheden — dat iedereen kan genieten van de meest moderne medische technologieën, waarbij dit laatste het — desnoods in fasen — terugbetaalbaar maken van bv. endoscopisch materiaal bij kijkoperaties, veronderstelt.

Ten aanzien van deze uitdaging bestaat de opdracht er in eerste instantie in om maatregelen uit te vaardigen die de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren, maar tegelijkertijd uitgavenbeheersend of zelfs uitgavendalend werken. In dit verband kunnen de maatregelen profylaxes antibiotica vermeld worden, evenals het werken aan de revalorisatie van het instrument « programmation ». Een oneindige vermenigvuldiging van het aantal medische diensten is zeker geen garantie voor een kwaliteitsverhoging.

part, et pôle social et d'emploi, d'autre part. L'objectif d'une surveillance structurelle de l'évolution du modèle social européen débouchant sur la définition de stratégies politiques, collectives et citoyennes de promotion de l'Europe sociale doit, en effet, reposer sur une validation technique et réaliste des propositions du Gouvernement belge.

Par ailleurs, il importe de mieux familiariser les acteurs sociaux nationaux et les citoyens aux enjeux sociaux européens pour fonder la revendication belge sur une conscience collective la plus large possible. La Ministre des Affaires sociales prendra, à cet effet, d'ici la fin de la législature, plusieurs initiatives à l'attention de publics différents.

La Ministre des Affaires sociales et le Ministre des Affaires étrangères renforceront davantage encore leur étroite collaboration en ce domaine.

II. — NOTE DE POLITIQUE GENERALE DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

I. INTRODUCTION

La politique de santé a pour but d'optimiser la qualité des soins de santé, du point de vue tant préventif que curatif, et de maximaliser l'accès généralisé de ces soins.

Un défi supplémentaire est d'atteindre ces objectifs de qualité et d'accessibilité dans les limites d'objectifs budgétaires réalisables.

Cette faisabilité financière se heurte à deux obstacles :

- les dépenses doivent rester maîtrisables;
- de nouveaux besoins doivent être intégrés.

Ce dernier obstacle ne peut être franchi sans moyens supplémentaires. Quelques exemples : assurer le développement des soins palliatifs, mettre les technologies médicales de pointe à la portée de tous afin d'éviter l'écueil des soins de santé à deux vitesses; ce dernier point signifie qu'il p.ex. faut introduire le remboursement — éventuellement en plusieurs phases — du matériel endoscopique utilisé pour la réalisation des différents types d'endoscopies.

Face à ce défi, il faut en tout premier lieu, prendre des mesures dont le but est d'améliorer la qualité des soins de santé mais qui permettent en même temps de maîtriser voire de faire baisser les dépenses. Citons dans ce contexte les mesures de prophylaxie dans le domaine des antibiotiques de même que la valorisation de l'instrument « programmation ». Multiplier à l'infini le nombre de services médicaux n'est pas une garantie d'une amélioration de la qualité.

Een tweede doelstelling binnen het volksgezondheidsbeleid bestaat erin de organisatie van de zorgen op het niveau van de zorgverstrekkers te moderniseren. Het is in die context dat we het van het grootste belang vinden dat de wet « pax medica » tot stand komt en geïmplementeerd wordt op het terrein.

Het is in diezelfde context dat een rondetafelconferentie voor de verpleegkunde werd georganiseerd, met als doelstelling een algemene filosofie te ontwikkelen met betrekking tot de verpleegkundige activiteit.

Een derde doelstelling zoekt de steeds mondiger patient zijn rechten en plichten te verduidelijken, en ervoor te zorgen dat de hen toebedeelde gezondheidszorgen kwalitatief hoogstaand zijn. Daartoe wensen wij enerzijds een systeem van patiëntenrechten te ontwikkelen, anderzijds om -strevend naar kwaliteits- en veiligheidsgaranties- een kader te bieden aan de niet-conventionele geneeswijzen. Ook het verspreiden van objectieve informatie over geneesmiddelen past hierbinnen.

Als vierde grote doelstelling wordt ernaar gestreefd via preventie te zorgen voor een betere relatie tussen gezondheid en omgevingsfactoren. Dit vindt zijn vertaling in maatregelen met betrekking tot de ozonproblematiek, het drugsbeleid, het tabaksverbruik. Binnen ditzelfde kader staat ook een verdere intensifiëring van de hormonenbestrijding bovenaan de agenda, evenals adequate maatregelen tegen de vleesfraude, wat een versterking van de structuren van instellingen zoals het I.V.K. impliceert.

Daarnaast bestaat de noodzaak voor een land als België om ook op internationaal vlak een belangrijke rol te spelen. Vandaar initiatieven naar de WGO toe met betrekking tot bv. de problematiek van de geneesmiddelen aangeboden via Internet, of de valorisatie van de opdrachten komende van de Ministeraad Volksgezondheid van de E.U.

De realisatie en implementatie van voorgaande doelstellingen veronderstelt een adequaat besluitvormingsproces waarbij een maximale consensus met de actoren op het terrein betracht wordt, en dit via het optimaliseren van de consertatie. Uiteindelijk echter dient de politieke overheid, hier in casu Volksgezondheid, de eindverantwoordelijkheid voor de noodzakelijke beslissingen te nemen.

II. GEZONDHEIDSBELEID

A. ZORGVERSTREKKERS EN PATIENT

1. Rechten en plichten van zorgverstrekkers en patiënten

De Ministerraad heeft aan de Minister van Volksgezondheid de opdracht gegeven een ontwerp met betrekking tot patiëntenrechten uit te werken. Dit ontwerp wordt eerstdaags voor overleg overgemaakt aan de Ministers van Sociale Zaken en Justitie. Ver-

Un second objectif de la politique de santé est de moderniser l'organisation des soins au niveau des dispensateurs de soins. Dans ce contexte, nous accordons la plus grande importance à la concrétisation de la loi concrétisant la « paix médicale ».

Et c'est dans ce même contexte qu'il faut situer la Table ronde de l'art infirmier organisée afin de mettre au point une philosophie générale de l'activité infirmière.

Le troisième objectif est d'informer les patients de plus en plus assertifs au sujet de leurs droits et de leurs devoirs et de veiller à optimiser la qualité des soins dispensés. A cet effet, nous nous proposons d'une part, de développer un système de droits des patients, d'autre part, de mettre en place un cadre général des médecines non conventionnelles afin de garantir la qualité et la sécurité de ces thérapeutiques. Dans ce même contexte se situe la diffusion d'informations objectives sur les médicaments.

Un quatrième objectif vise à améliorer la relation entre la santé et les facteurs d'environnement par le biais de la prévention. Cet objectif se traduit par des mesures relatives à la problématique de l'ozone ainsi qu'à la lutte contre les drogues et contre le tabagisme. C'est aussi dans ce cadre qu'il faut placer la poursuite de l'intensification de la lutte contre les hormones, de même que les mesures adéquates permettant d'endiguer les fraudes dans le commerce des viandes, ce qui suppose un renforcement des structures d'organismes comme l'IEV.

En outre, un pays comme la Belgique a un rôle important à jouer sur le plan international. A cet égard, soulignons les initiatives prises dans le contexte de l'OMS au sujet des médicaments offerts via internet ou la valorisation des missions déterminées par le Conseil des Ministres de la Santé de l'UE.

Les objectifs évoqués ci-avant ne pourront être atteints sans un processus approprié de prise de décision qui se fixe comme objectif un consensus maximal avec les acteurs sur le terrain, et ce grâce à l'optimisation de la concertation. Mais en fin de compte, la responsabilité finale des mesures nécessaires incombe à l'autorité politique, c'est-à-dire dans ce cas-ci la Santé publique.

II. POLITIQUE DE SANTE

A. DISPENSATEURS DE SOINS ET PATIENTS

1. Les droits et les devoirs des dispensateurs de soins et des patients

Le Conseil des ministres a chargé le Ministre de la Santé publique de mettre au point un projet arrêtant les droits des patients. Ce projet fera l'objet dans les prochains jours d'une concertation avec les Ministres des Affaires sociales et de la Justice. Il sera ensuite

volgens zal het met de sector besproken worden. In dit kader dient ook de organisatie van een internationaal congres, precies over deze patiëntenrechten in januari 1998 aangestipt te worden. Dit congres wordt georganiseerd door het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

In het voorontwerp wordt vertrokken van de idee om de patiëntenrechten in te schrijven in bestaande wetteksten (met name de wet op de ziekenhuizen en het KB 78) eerder dan een apart wetsontwerp op te stellen. Deze werkmethode garandeert een betere afdwingbaarheid van de hieronder vermelde patiëntenrechten.

De elementen van dit voorontwerp hebben betrekking op :

a) de informatieplicht

Hierbij dient de patiënt op een begrijpelijke wijze ingelicht te worden over alle aspecten van het onderzoek en de behandeling, inclusief de kostprijs. De patiënt kan wel een recht-op-niet-weten inroepen, dat echter niet geldt bij overdraagbare ziekten. Ook kan hij vragen dat al deze informatie niet aan hemzelf doch aan een door hem aangeduide vertrouwenspersoon wordt overgemaakt.

b) de toestemming van de patiënt voor een medische handeling

Deze is steeds vereist, doch wordt verondersteld te zijn gegeven, behalve voor ingrijpende therapeutische en diagnostische handelingen (dit zijn handelingen waaraan of onomkeerbare gevolgen, of significante risico's of nevenwerkingen, of algemene verdoving, of een verminderd bewustzijn verbonden zijn). De bewijslast voor de toestemming berust bij de zorgverstrekker.

Daarnaast werden specifieke procedures uitgewerkt voor minderjarigen en voor wils- en oordeelsonbekwamen.

c) het inzage- en afschriftrecht in en van het medisch dossier

De zorgverstrekkers moeten op vraag van de patiënt inzage in en afschrift van hun medisch dossier aan de patiënt of aan de aangewezen vertrouwenspersoon verstrekken.

d) waarneming door derden en waardigheid van patiënt

Deze bepalingen voorzien dat enkel mits toestemming van de patiënt personen die niet strikt noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van een medisch handeling aanwezig kunnen zijn bij het uitvoeren ervan.

Daarnaast dienen de zorgverstrekkers steeds te handelen met respect voor de menselijke waardigheid van iedere patiënt.

discuté avec le secteur concerné. Dans ce contexte, signalons aussi l'organisation par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement d'un congrès international sur les droits des patients en janvier 1998.

L'avant-projet part du principe de l'insertion des droits des patients dans les textes de loi existants (notamment la loi sur les hôpitaux et l'AR n°78), plutôt que de celui de la mise au point d'un projet de loi distinct. Cette méthode de travail permettra de mieux faire respecter les droits visés.

Cet avant-projet contient les éléments suivants :

a) le devoir d'information

Le patient doit être informé de manière claire et compréhensible de tous les aspects de l'examen et du traitement, en ce compris le coût. Le patient peut toutefois invoquer un « droit à ne pas savoir » qu'il ne peut faire valoir en cas de maladie transmissible. Il peut également demander que l'information soit transmise non pas à lui-même mais à une personne de confiance désignée par lui.

b) le consentement du patient à un traitement médical

Ce consentement est toujours requis mais est supposé avoir été donné, sauf pour des actes diagnostiques et thérapeutiques radicaux (ce sont des actes auxquels sont associés des conséquences irréversibles, des risques significatifs, des effets secondaires, une anesthésie totale ou encore une conscience atténuée). Il appartient au dispensateur de soins de faire la preuve du consentement.

De plus, des procédures spécifiques sont mises au point pour les mineurs d'âge et les personnes incapables d'exprimer leur volonté ou leur jugement.

c) le droit de regard et de copie du dossier médical

A la demande du patient, les dispensateurs de soins doivent accorder au patient ou à la personne de confiance désignée, un droit de regard et de copie de son dossier médical.

d) l'observation par des tiers et la dignité du patient

Ces dispositions signifient que des personnes dont la présence n'est pas strictement requise pour l'exécution d'un acte médical ne peuvent y assister qu'avec le consentement du patient.

En outre, les dispensateurs de soins doivent toujours agir dans le respect de la dignité humaine de chaque patient.

e) klachtenrecht / klachtenbemiddeling

Ten aanzien van de individuele zorgverstrekker kan de patiënt zich wenden tot een op te richten subcommissie van de provinciale Geneeskundige Commissies, die zal bestaan uit vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers en van de verdedigers van de belangen van patiënten. Deze subcommissie zal klachten kunnen onderzoeken, dienaangaande eventueel bemiddelen en de patiënt kunnen wijzen op bestaande beroepsmogelijkheden.

Aan de ziekenhuizen wordt opgelegd te voorzien in een interne klachtenprocedure (als erkenningsvoorwaarde), op nationaal vlak aangevuld met een klachtencommissie binnen het Bestuur voor Gezondheidszorg.

Deze nieuwe mogelijkheden sluiten echter in geen geval de bestaande rechterlijke toetsing uit, zodat het aanhangig maken van een klacht bij de rechterlijke macht steeds mogelijk blijft voor de patiënt.

2. Kwaliteit van de praktijk van de zorgverstrekkers — Pax Medica

2.1. Wetsontwerp Pax Medica

Het wetsontwerp met betrekking tot de Pax Medica werd na grondig overleg, in de Kamer ingediend, en reeds behandeld in de bevoegde commissie. Het staat momenteel aan de agenda van de plenaire vergadering van de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

De doelstellingen van dit wetsontwerp omvatten o.m. :

- de beheersing van het overaanbod aan zorgverstrekkers;
- de evaluatie en modernisering van de medische praktijk;
- de oprichting van de Hoge Raad voor de gezondheidsberoepen.

2.2. Algemeen Medische Dossier en Telematica

Het « algemeen medisch dossier » zal het centrale instrument zijn om de eerstelijnsgezondheidszorg op een kwalitatieve manier te ondersteunen.

De patiënt kan vrij een huisarts van zijn keuze aanduiden om zijn Algemeen Medisch Dossier te beheren. Het beheer hiervan door de huisarts en het doorgeven van de medische gegevens zijn in de nabije toekomst belangrijke activiteiten.

Op termijn kunnen de geanonimiseerde gegevens vanuit deze huisartsendossiers een belangrijke bron worden om de overheid te informeren over de gezondheidstoestand van de bevolking (epidemiologie) en de gezondheidsbehoeften. Ook de evaluatie van de kwaliteit van zorgen en het effect van beleidsbeslissingen op de effectieve zorgverlening zal op dit niveau gemeenten kunnen worden.

e) droit de plainte/traitement des plaintes

Pour agir à l'encontre d'un dispensateur de soins individuel, le patient peut s'adresser à une sous-commission encore à créer au sein des Commissions médicales provinciales et qui sera composée de représentants des dispensateurs de soins et de défenseurs des intérêts des patients. Cette sous-commission pourra examiner les plaintes, jouer éventuellement le rôle de médiateur à cet égard et informer le patient des voies de recours existantes.

Les hôpitaux sont chargés de prévoir une procédure interne en matière de plaintes (ce sera un critère d'agrément), complétée sur le plan national par une commission des plaintes instaurée au sein de l'Administration des soins de santé.

Ces nouvelles possibilités ne portent en aucune manière préjudice au rôle actuel du pouvoir judiciaire; en d'autres mots, le patient pourra toujours saisir le pouvoir judiciaire de sa plainte.

2. La qualité de la pratique des dispensateurs de soins — Pax Medica

2.1. Le Projet de loi Pax Medica

Après une concertation approfondie, le projet de loi relatif à la Pax Medica a été déposé sur le Bureau de la Chambre et a déjà été traité par la commission compétente. Il est actuellement à l'ordre du jour de l'assemblée plénière de la Chambre des Représentants.

Les objectifs de ce projet de loi comprennent :

- la maîtrise de l'offre excédentaire de dispensateurs de soins;
- l'évaluation et la modernisation de la pratique médicale;
- la création d'un Conseil supérieur des professions de santé.

2.2. Le Dossier médical général et la Télématic

Le « dossier médical général » sera l'instrument essentiel dans la mise en place d'un appui qualitatif aux soins de santé primaires.

Le patient pourra désigner un médecin généraliste de son choix qui sera chargé de gérer son dossier médical général. La gestion de ce dossier par le généraliste et la communication de données médicales pertinentes deviendront à l'avenir des activités importantes.

A terme, les données constituant ces dossiers tenus par les médecins généralistes — une fois rendues anonymes — deviendront une source intéressante d'informations permettant d'informer les pouvoirs publics sur l'état de santé de la population (épidémiologie) et sur les besoins dans le domaine de la santé. L'évaluation de la qualité des soins et l'impact des décisions politiques sur la dispensation effective de soins pourront également être mesurés à ce niveau.

Tenslotte kunnen via het Algemeen Medisch Dossier de diverse aanbevelingen voor de goede medische praktijk en de taakafspraken tussen huisartsen en specialisten op een gebruiksvriendelijke manier geïmplementeerd worden.

Het is duidelijk dat het geïnformatiseerde medisch dossier en de medische telematica hier nuttige en zelfs noodzakelijke hulpmiddelen zullen zijn voor het invoeren van al deze maatregelen.

Een werkgroep bestaande uit huisartsen van de wetenschappelijke verenigingen en de universitaire centra houdt zich bezig met precies die informatisering van het algemeen medische dossier.

Een tweede werkgroep, heeft betrekking op de telematica in de gezondheidszorg.

De modernisering van de medische praktijk, de invoering van het « algemeen medisch dossier », de associaties tussen ziekenhuizen waardoor verschillende campussen ontstaan, de inkorting van het ziekenhuisverblijf en het groeiend belang van de eerstelijns geneeskunde, evenals het toenemend belang van de multidisciplinaire benadering van de gezondheidsproblemen maken dat de communicatie tussen de diverse zorgverleners over de patiënt enorm toeneemt. De informatica kan hier een belangrijk hulpmiddel zijn, zowel voor het deskundig beheer van de patiëntgegevens zelf via het geïnformatiseerd medisch dossier als voor de onderlinge communicatie tussen de verschillende hulpverleners van één patiënt via de telematica.

Het blijkt dat voor de toepassing van deze technieken regelgeving door de overheid een belangrijke randvoorwaarde is. Deze regelgeving dient betrekking te hebben op de standaarden voor functioneel gebruik en voor uitwisseling van medische gegevens. Compatibiliteit tussen de diverse data is hierbij een belangrijk doel. Implementering van Europese standaarden (en wereldstandaarden) zal een prioriteit zijn.

Bij de ontwikkeling en implementatie van deze standaarden voor elektronische registratie en communicatie van medische gegevens van individuele patiënten zal rekening gehouden worden met de wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, waarbij zowel de rechten van patiënten als van hulpverleners en instellingen omschreven zullen worden.

Op dit ogenblik staan we zover dat een aantal standaarden via pilootprojecten en stimulerende maatregelen uitgetest kunnen worden. Ook de problematiek van het uniek patiëntnummer, teneinde bij de elektronische uitwisseling van gegevens geen fouten te maken dient hier bestudeerd te worden en liefst opgelost.

Enfin, ce Dossier médical général permettra de mettre en oeuvre d'une manière conviviale les différentes recommandations visant une bonne pratique médicale, ainsi que les arrangements convenus en matière de répartition des tâches entre les généralistes et les spécialistes.

Il est clair que dans ces domaines, le dossier médical informatisé et la télématique médicale seront des instruments utiles, voire même indispensables pour l'introduction de toutes ces mesures.

Un groupe de travail composé de médecins généralistes des associations scientifiques et des centres universitaires se penche précisément sur cette problématique de l'informatisation du dossier médical général.

Un second groupe de travail est chargé de la télématique dans le domaine des soins de santé.

La modernisation de la pratique médicale, l'introduction du « dossier médical général », les associations d'hôpitaux (ce qui a donné naissance à plusieurs campus), le raccourcissement de la durée d'hospitalisation et le rôle renforcé des soins de santé primaires, de même que l'importance croissante de l'approche pluridisciplinaire des problèmes de santé, se traduisent par une communication grandissante entre les différents dispensateurs de soins. L'informatique peut être un outil essentiel d'une part, dans la gestion experte des données relatives aux patients via le dossier médical informatisé; d'autre part, pour la communication télématique entre les différents professionnels s'occupant d'un même patient.

Il semble que l'application des ces techniques nécessite un encadrement réglementaire de la part des pouvoirs publics. Cette réglementation doit régler les standards d'utilisation fonctionnelle et d'échange des données médicales. La compatibilité entre les différentes données est un point essentiel à cet effet. La mise en œuvre de standards européens (et mondiaux) sera une priorité en la matière.

Le développement et la mise en œuvre de ces standards d'enregistrement électronique et de communication de données médicales relatives à des patients individuels, tiendra compte de la législation sur le respect de la vie privée en ce sens que tant les droits des patients que ceux des professionnels de la santé et des établissements devront être définis.

A l'heure actuelle, nous sommes arrivés au stade de la mise à l'essai d'une série de standards par le biais de projets-pilotes et de mesures d'encouragement. La problématique du numéro de patient unique, destiné à éviter les erreurs lors de l'échange électronique de données, doit également être étudiée et de préférence être résolue.

3. Aansprakelijkheid inzake therapeutische ongevallen

Vanuit de medische wereld wordt de aansprakelijkheid bij medische ongevallen steeds meer als een probleem ervaren, enerzijds omwille van de hoge frequentie aan juridische geschillen hierrond, anderzijds omwille van de stijgende verzekeringskost.

In dit verband wordt onderzocht of aan deze problematiek een wettelijk kader kan gegeven worden, zonder aan de basisrechten van de patiënt te tornen.

4. Verpleegkundigen

Op 22 en 23 oktober 1997 wordt een rondetafelconferentie voor de verpleegkunde georganiseerd. Deze moet de basis vormen van een nieuwe algemene beleidsvisie met betrekking tot de verpleegkunde en de vroedkunde. Verdere specifieke beslissingen kunnen dan op basis van dit algemeen kader uitgevoerd worden.

Zowel syndicaten, ziekenhuisorganisaties, beroeps- en belangenorganisaties, onderwijsinstellingen, verzorgingsinstellingen en de beroepsbeoefenaars zelf nemen deel aan de conferentie, samen met officiële adviesorganen, zoals de Nationale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde.

Deze rondetafelconferentie richt zich in het bijzonder op volgende vijf thema's :

- de verpleegkundige opdracht, aangepast aan de nieuwe ontwikkelingen binnen de verpleegkunde;
- de toegang tot het beroep van verpleegkundige en de voorbereiding hierop, via een erkenning van de beroepstitel;
- de werkorganisatie;
- inspraak en overleg binnen bestaande organen;
- de kwaliteit en de ethiek binnen de verpleegkunde.

5. Niet conventionele geneeskunde

Gezien het feit dat :

- de discussie over niet conventionele geneeskunde in ons land reeds jaren aansleept;
- in een hele reeks andere landen (inzonderheid binnen de Europese Unie) momenteel reeds regelgeving en erkenningsprocedures over dit onderwerp bestaan, en ook het Europees Parlement in een resolutie aandacht voor deze problematiek vroeg;

- een belangrijk aantal mensen zich tot deze geneeswijzen richt;
- werden de nodige initiatieven genomen om tot een oplossing te komen.

Vanuit het standpunt Volksgezondheid wordt getracht een maximale waaier van verantwoorde geneeswijzen ter beschikking te stellen van de bevolking. Tevens moet, ter bescherming van de

3. La responsabilité en matière d'accidents thérapeutiques

Le monde médical considère de plus en plus que la responsabilité dans le cas « d'accidents médicaux » est un vrai problème, d'une part en raison de la fréquence des litiges juridiques en la matière, d'autre part compte tenu du coût croissant des assurances.

A cet égard, il convient d'examiner si la problématique doit être coulée dans un cadre légal, sans porter atteinte aux droits essentiels des patients.

4. Le personnel infirmier

Une Table ronde sur la profession infirmière sera organisée les 22 et 23 octobre 1997. Elle devra jeter les bases d'une nouvelle vision politique de la profession infirmière et d'accoucheuse. Des décisions plus spécifiques pourront ensuite être prises sur la base du cadre général ainsi mis en place.

Les organisations syndicales, hospitalières et professionnelles, les établissements d'enseignement, les établissements de soins et les praticiens des professions visées participeront à la conférence, de même que les organes officiels à compétence d'avis comme le Conseil national de l'art infirmier et la Commission technique de l'art infirmier.

La Conférence ciblera ses discussions sur cinq thèmes :

- la mission infirmière adaptée aux nouveaux développements au sein de l'art infirmier;
- l'accès à la profession infirmière et la préparation de cet accès par l'entremise d'un agrément et d'un titre professionnel;
- l'organisation du travail;
- la participation et la concertation dans les organes existants;
- la qualité et l'éthique dans le contexte de l'art infirmier.

5. La médecine non conventionnelle

Etant donné :

- que la discussion sur les médecines non conventionnelles s'éternise dans notre pays;
- que toute une série d'autres pays (notamment au sein de l'Union européenne) ont déjà adopté des textes réglementaires et des procédures d'agrément sur ce sujet, et que le Parlement a demandé dans une résolution que l'attention requise soit accordée à cette matière;
- qu'un nombre important de personnes s'adressent à ces disciplines médicales,
- des initiatives ont été prises pour arriver à une solution.

Du point de vue de la santé publique, le but est de mettre à disposition de la population un éventail aussi large que possible de pratiques thérapeutiques. D'autre part, il faut que, dans la perspective de la

patiënt, een kwaliteitsvolle behandeling gegarandeerd worden binnen een wettelijk kader.

Daartoe werd de procedure van een Ronde Tafel opgezet waarbij de betrokken zorgverleners, de geneesheren en de leden van het parlement elk hun geëigende inbreng hebben.

Op basis van de conclusies van deze rondetafelconferentie zal een wettelijk kader opgesteld worden, kader dat moet uitmonden in de erkenning van bepaalde niet conventionele geneeswijzen als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan inzake vorming en opleiding.

6. Andere zorgverstrekkers

6.1. *Kinesithérapie*

Om het overaanbod aan kinesitherapeuten aan te pakken wordt in het voorontwerp van sociale programmawet voorzien in de verruiming van de opdracht van de Planningscommissie Medisch Aanbod, naar de sector van de kinesithérapie toe.

Bij wet werd daarenboven de overgangsperiode verlengd zowel voor wat betreft de eis dat een opleiding van kinesithérapie 4 jaar bedraagt, als voor de erkenning en registratie van de kinesitherapeuten door de Minister van Volksgezondheid.

Een KB zal kortelings gepubliceerd worden inzake de Nationale Raad voor de Kinesithérapie. Deze Raad zal advies over onder meer de definitie van de kinesithérapie, de bevoegdheden van de kinesitherapeut, de kwaliteitsbewaking, de deontologie, de bijzondere bekwaamheden en beroepstitels.

6.2. *Logistiek assistenten*

In het kader van de sociale Maribel werden aan de organisaties uit de welzijns- en gezondheidssector bijdrageverminderingen toegekend met het oog op de tewerkstelling van risicogroepen.

Voor de sectoren van de ziekenhuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen, werd in dit verband een project tot het aanwerven van logistiek assistenten uitgewerkt.

Dit project beoogt enerzijds comfortverhoging voor de patiënt teweeg te brengen, anderzijds te voorzien in tewerkstelling voor (ongeveer 2 000) structureel werklozen.

De instellingen krijgen op die manier een vermindering van de patronale bijdragen van 3 250 BEF per kwartaal en per werknemer, aangenomen op basis van 4/5e jobs. Pas na een aangepaste opleiding kunnen deze mensen in dienst treden.

Binnen ditzelfde kader zijn onderhandelingen aangevat met het oog op een gelijkaardig project in de sector van de RVT's en ROB's.

protection du patient, un traitement de qualité puisse être garanti dans un cadre légal.

A cet effet, la procédure d'une Table ronde a été lancée à laquelle participeront les dispensateurs de soins concernés, les médecins et des membres du Parlement.

Un cadre légal sera établi au départ des conclusions de la Table ronde; il devra déboucher sur la reconnaissance de certaines pratiques non conventionnelles, dans la mesure où des conditions bien précises sont remplies en matière de formation.

6. Autres dispensateurs de soins

6.1. *La kinésithérapie*

Afin de mieux maîtriser la pléthore de kinésithérapeutes dans notre pays, l'avant-projet de loi-programme sociale prévoit l'élargissement de la mission de la Commission de planification de l'offre médicale vers le secteur de la kinésithérapie.

Le projet prolonge, en outre, la période transitoire en ce qui concerne tant l'exigence selon laquelle une formation en kinésithérapie doit comporter 4 ans, que l'agrément et l'enregistrement obligatoires des kinésithérapeutes par le Ministre de la Santé publique.

Un A.R. sera publié prochainement au sujet du Conseil national de la kinésithérapie. Ce Conseil sera entre autres chargé de donner des avis sur la définition de la kinésithérapie, les compétences des kinésithérapeutes, le contrôle de la qualité, la déontologie, les qualifications particulières et les titres professionnels.

6.2. *Les assistants logistiques*

La loi sociale Maribel a accordé aux organisations du secteur des soins de santé et de l'aide sociale des réductions de cotisations sociales en cas de mise au travail de groupes à risque.

Un projet visant le recrutement d'assistants logistiques dans les secteurs des hôpitaux et des maisons de soins psychiatriques a été mis au point à cet égard.

Ce projet vise, d'une part, à offrir un confort accru aux patients et d'autre part, à mettre au travail environ 2 000 chômeurs structurels.

Les établissements bénéficient ainsi d'une diminution des cotisations patronales de 3 250 FB par trimestre et par travailleur, sur la base d'emplois 4/5. Les personnes visées ne peuvent entrer en service qu'après une formation adéquate.

Dans ce même contexte, des négociations ont été entamées dans le but de lancer un projet similaire dans le secteur des MRS et des maisons de repos pour personnes âgées.

6.3. *Diëtisten*

In het KB van 19/2/97 wordt de beroepstitel van diëtiste gekoppeld aan een aantal kwalificatievereisten en wordt de lijst van hun prestaties en handelingen omschreven waarmee de diëtist door een arts kan worden belast.

Op deze wijze geniet ook dit belangrijke paramedische beroep van een officiële erkenning, en dus bescherming van het beroep. Tegelijkertijd heeft de patiënt die zich tot een erkend diëtist wendt de noodzakelijke garanties inzake deskundig advies en opvolging.

B. VERZORGINGSINSTELLINGEN

1. Ziekenhuizen

1. Concept ziekenhuis

Het beeld van het ziekenhuis verandert snel en grondig. Een ziekenhuis wordt niet langer beschouwd als een aantal bedden binnen één gebouw, of een reeks van diensten, maar is geherdefinieerd als een organisatorisch geheel van behandelings- en zorgprogramma's.

De notie « programma » duidt een samenhangend en homogeen geheel van diagnostische activiteit en therapeutische en zorgprocedures aan.

Dit theoretische concept krijgt een uitvoerbare inhoud, door het omschrijven van specifieke programma's en de voorwaarden, waaraan deze programma's moeten voldoen.

Het gaat hierbij om kwalitatieve en organisatorische voorwaarden, die — per programma — rekening houden met de complexiteit van de pathologie en de intensiteit, complexiteit en inzet van technische middelen, die nodig zijn om een optimale diagnose te stellen en de gepaste behandeling te verstrekken.

Omwillen van die techniciteit en specificiteit, worden voor sommige programma's verschillende niveaus voorzien :

— het basisniveau of basisprogramma moet maximaal de diagnostische technieken kunnen hanteren, en de aandoening stabiliseren in functie van eventuele behandeling ter plaatse of verwijzing naar een terzake gespecialiseerd ziekenhuis. De meeste ziekenhuizen zullen dit basisprogramma verzekeren;

— één of meerdere niveaus voorzien meer specialistische, meer invasieve ingrepen, of vragen gespecialiseerde technieken en/of verfijnder technologie. De beschikbaarheid zal worden beperkt tot een gelimiteerd aantal ziekenhuizen, zowel in de programma's cardiologie, oncologie als nefrologie komen deze verschillende niveaus voor.

6.3. *Les diététicien(nes)*

L'A.R. du 19/2/1997 associe le titre professionnel de diététicien à une série d'exigences de qualité et décrit la liste des prestations et actes qu'un médecin peut confier aux diététiciens.

Cette importante profession paramédicale reçoit ainsi une reconnaissance officielle et peut compter sur la protection de la profession. En même temps, le patient qui s'adresse à un diététicien reconnu bénéficie des garanties nécessaires quant à l'expertise de l'avis et du suivi.

B. INSTITUTIONS DE SOINS

1. Les hôpitaux

1. Le concept de l'hôpital

L'image de l'hôpital change rapidement et radicalement. L'hôpital n'est plus considéré comme un nombre de lits installés dans un même bâtiment, ou comme une série de services. Il a été redéfini comme un ensemble organisationnel de programmes de traitements et de soins.

La notion « programme » désigne un ensemble cohérent et homogène d'activités diagnostiques et de procédures thérapeutiques et de soins.

Ce concept théorique est doté d'un contenu exécutoire par le biais de la description de programmes spécifiques et de conditions que ces programmes doivent remplir.

Il s'agit de conditions qualitatives et organisationnelles qui tiennent compte — par programme — de la complexité de la pathologie et de l'intensité, de la complexité et de la mise en œuvre des moyens techniques nécessaires pour poser un diagnostic optimal et donner le traitement adéquat.

Eu égard à la technicité et à la spécificité, il a fallu prévoir plusieurs niveaux pour certains programmes :

— le niveau de base ou programme de base doit pouvoir mettre en œuvre, de manière optimale, les techniques diagnostiques et stabiliser les affections en fonction d'un traitement éventuel sur place ou de l'orientation vers un établissement spécialisé. La plupart des hôpitaux assurent ce programme de base;

— un ou plusieurs niveaux qui requièrent des interventions plus spécialisées, voire plus invasives, ou des techniques spécialisées et/ou une technologie affinée. La disponibilité de ces niveaux sera limitée à un nombre restreint d'hôpitaux; ces différents programmes sont présents dans les programmes de cardiologie, d'oncologie et de néphrologie.

2. Kostenbeheersing

Financiering is niet alleen de basis voor het functioneren van de zorg, en uiteraard voor een gepaste verloning van alle zorgverstrekkers, het is ook een reguleringsmechanisme.

Het huidige mechanisme is niet langer bruikbaar voor een adequate verdeling van de werkingsmiddelen, biedt de instellingen onvoldoende zekerheid, en de patiënt onvoldoende duidelijkheid. Bovendien zijn er grote verschillen tussen de gehanteerde « ligdagprijzen ». De nog gehanteerde « historische basis » hangt te zeer samen met — ongelijk gespreide — verworven rechten.

Vanuit een oogpunt van kostenbeheersing wordt gewerkt aan een systeem dat niet langer tot overproductie en overconsumptie aanzet, en daarom quasi het geheel van het werkingsbudget van het ziekenhuis, en een deel van de honoraria en de kosten voor geneesmiddelen in een forfaitair budget voorziet. Het forfaitariseren van de antibioticaprofylaxis is, wat dit betreft, geen experiment maar een eerste stap.

Vanuit het oogpunt van adequate ondersteuning, moet de financiering nauw aansluiten bij de kwalitatieve vereisten, die worden gesteld aan omgeving, procedures en werkwijze in het kader van specifieke zorgprogramma's. De uitwerking van een meer forfaitaire financiering van bepaalde programma's zal zich niet beperken tot top-klinische zorg, doch voor alle ziekenhuizen op hetzelfde moment, en op gelijke wijze.

De financiering regelt — hoe dan ook — ook de toegang tot de zorg (overigens niet alleen in de ziekenhuizen). Voor het geheel van de zorg, en voor elk programma, dienen we het evenwicht te zoeken tussen consumptie mogelijk maken, en ondersteunen waar nodig, en consumptie afremmen. Omdat deze toegankelijkheid slechts op papier voor iedereen gelijk is, kunnen de financiële voorwaarden bepaalde risicogroepen een betere toegang verschaffen.

3. Idee van programmatie

Het verbeteren van de kwaliteit door het bepalen van kwalitatieve voorwaarden en modaliteiten, volstaat niet. Deze voorwaarden moeten haalbaar zijn, om te verhinderen, dat slechts enkele ziekenhuizen in staat zijn, eraan tegemoet te komen, en daardoor de beschikbaarheid te zeer zou beperken. Het aantal beperken, door zuiver kwalitatieve condities, heeft in het verleden niet gewerkt, omdat er dan een wedijver ontstond om aan die condities te beantwoorden.

Ook de techniek, een minimaal activiteitsniveau te eisen — uitgedrukt in aantal patiënten, behandelingen of prestaties — had een « pervers effect », omdat het resulteert in het verhogen van het aantal prestaties.

2. La maîtrise des dépenses

Le financement est non seulement la base du fonctionnement des soins, et bien entendu du paiement d'un salaire approprié à tous les membres du personnel; il joue en outre le rôle de mécanisme régulateur.

Le mécanisme actuel ne permet plus une répartition adéquate des moyens de fonctionnement, n'offre plus les garanties de sécurité nécessaires aux établissements et ne propose plus la clarté requise aux patients. De plus, les écarts entre les différents « prix de journée » appliqués sont considérables. La « base historique » mise en oeuvre est trop intimement liée aux droits acquis qui sont eux trop inégalement répartis.

Du point de vue de la maîtrise des dépenses, un système est mis au point qui ne générerait ni surproduction, ni surconsommation tout en prévoyant pratiquement l'ensemble du budget de fonctionnement de l'hôpital et une partie du coût des honoraires et des médicaments; il prend la forme d'un budget forfaitaire. La forfaitarisation de la prophylaxie des antibiotiques est un premier pas dans cette direction et non un projet lancé à titre expérimental.

Comme le but est de donner un appui adéquat au secteur visé, le financement doit être en concordance avec les exigences qualitatives imposées à l'environnement, aux procédures et aux méthodes de travail dans le cadre des programmes de soins spécifiques. Le développement d'un financement plus forfaitaire de certains programmes ne sera pas limité aux secteurs de pointe mais sera étendu à tous les hôpitaux, au même moment et de la même manière.

Le financement règle de toute manière l'accès aux soins (pas uniquement dans les hôpitaux d'ailleurs). Pour l'ensemble des soins et pour chaque programme, il nous appartient de trouver l'équilibre entre deux impératifs : permettre la consommation et la soutenir là où il le faut d'une part, freiner cette même consommation, d'autre part. Comme l'accessibilité n'est la même pour tous que sur papier, les modalités de financement peuvent faciliter l'accès pour certains groupes à risque.

3. L'idée de la programmation

Il ne suffit pas d'améliorer la qualité en déterminant des conditions et des modalités qualitatives. Ces conditions doivent être réalisables pour empêcher que seuls quelques hôpitaux soient en mesure de les remplir et que la disponibilité ne soit ainsi mise en péril. Limiter le nombre par des normes purement qualitatives n'a donné aucun résultats dans le passé en raison de la concurrence que se livraient les établissements pour remplir les conditions imposées.

La technique consistant à exiger un niveau minimum d'activité — exprimé en nombre de patients, de traitements ou de prestations — a eu un effet « pervers » parce qu'elle a engendré un accroissement du nombre de prestations.

Om tegelijk de kosten te beheersen, beschikbaarheid te realiseren en toch een optimale toegankelijkheid te garanderen, is een weloverwogen programmering nodig, uitgedrukt in geografische spreiding of à rato van de dichtheid van de bevolking. Het is in feite het « oude » concept van programmering, dat opnieuw wordt gehanteerd.

Het concentreren van complexe, intensieve en ook dure zorg in een beperkt aantal programma's zal worden uitgevoerd in de cardiologie, oncologie, medisch begeleide voortplanting, en dient onderzocht voor de nefrologie, intensieve neonatale zorg en intensieve zorg. Ook ten aanzien van de gespecialiseerde modules in de pediatrie dient een programmering onderzocht. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen werd met deze onderzoeken belast.

4. Taakverdeling

Ook al is het mogelijk en wenselijk, beleidsmatig in te grijpen ten aanzien van het aantal beschikbare diensten, toch verdient het aanbeveling, de ziekenhuizen op het terrein te responsabiliseren, door een zelfregulering op het vlak van de zogenaamde « topklinische zorg ».

Het gaat om hoog gespecialiseerde interventies, die slechts enkele tientallen keren per jaar per ziekenhuis voorkomen. Een minimale activiteit is echter nodig om ervaring en deskundigheid te verzekeren, vandaar dat concentratie ook vanuit een kwaliteitsoogpunt noodzakelijk is.

De rationalisatie — die zich opdringt — kan best worden gerealiseerd door onderlinge samenwerking en taakverdeling tussen de betrokken ziekenhuizen, waarbij er moet op gewezen worden, dat het niet tot universitaire ziekenhuizen kan worden beperkt.

De aanzet is gegeven tot taakverdeling inzake transplantaties (van lever, beenmerg, hart en nieren) en ook inzake kinderoncologie, -nefrologie en -cardiologie.

Deze taakverdeling wordt — zonder afbreuk te doen aan de beschikbaarheid — uiteraard ook buiten het veld van chirurgische ingrepen gestimuleerd.

5. Case- en datamanager

Er wordt t.a.v. de ziekenhuizen ook expliciet geïnvesteerd in de ontwikkeling en bevordering van zowel de efficiëntie als de kwaliteit. Vandaar het opstarten van de projecten « case-manager » en « kwaliteitscoördinator ».

De case-manager intervenieert ten aanzien van individuele patiënten. In een 25-tal ziekenhuizen met een G dienst of een Sp dienst loopt een experiment van case management. Deze case manager begeleidt in samenwerking met de thuiszorgorganisaties op intensieve wijze het ontslag van de patiënten

Si nous voulons à la fois maîtriser les coûts, réaliser la disponibilité tout en garantissant une accessibilité optimale, il nous faudra appliquer une programmation réfléchie exprimée en termes de répartition géographique ou en fonction de la densité de la population. En fait, il s'agit de « l'ancien » concept de programmation remis au goût du jour.

Le principe de la concentration de soins complexes, intensifs mais aussi coûteux, dans un nombre limité de programmes sera appliqué dans les domaines de la cardiologie, de l'oncologie et de la procréation médicalement assistée; il sera examiné pour la néphrologie, les soins néonataux intensifs et les soins intensifs. Une programmation doit également être envisagée pour les modules spécialisés de la pédiatrie. Le Conseil national des établissements hospitaliers a été chargé de ces recherches.

4. La répartition des tâches

Même s'il est possible et souhaitable d'agir au niveau politique à l'égard du nombre de services disponibles, il est toutefois recommandé de responsabiliser les hôpitaux sur le terrain, en les amenant à adopter une attitude d'autorégulation sur le plan des « soins dans les secteurs de pointe ».

Sont visées ici les interventions ultraspecialisées qui ne sont réalisées que quelques dizaines de fois par an et par hôpital. Il faut cependant une activité minimale pour garantir l'expérience et l'expertise nécessaires, ce qui justifie la concentration - concentration qui se défend aussi pour des raisons de garantie de la qualité.

Il est souhaitable de concrétiser la rationalisation qui s'impose par une collaboration et une répartition des tâches entre les hôpitaux concernés, en précisant que ce volet n'est pas limité aux hôpitaux universitaires.

Un premier pas dans le sens d'une répartition des tâches a été accompli dans le domaine des transplantations (greffes du foie, de la moëlle épinière, du cœur et du rein), de même que dans celui de l'oncologie, de la néphrologie et de la cardiologie infantiles.

Cette répartition des tâches est bien entendu également stimulée en dehors du champ des interventions chirurgicales, sans toutefois porter atteinte à la disponibilité.

5. Case-manager et coordinateur de qualité

Dans le secteur des hôpitaux, il faut également souligner les investissements considérables dans le développement et la promotion tant de l'efficacité que de la qualité. De là, le lancement des projets « case-manager » et « coordinateur de qualité ».

Les interventions du case-manager concernent les patients individuels. Une expérience de case-management est actuellement menée dans quelque 25 hôpitaux disposant d'un service G ou d'un service Sp. En collaboration avec les services de soins à domicile, le case-manager accompagne, de manière intensive,

die na de ziekenhuisopname nog meerdere en langdurige zorgen zullen nodig hebben. Eind van dit jaar zal het aantal ziekenhuizen dat aan dit experiment deelneemt verdubbeld worden.

Uit de eerste resultaten blijkt nu al, dat een goede ontslagvoorbereiding heropnames kan voorkomen en het ziekenhuisverblijf kan inkorten.

De kwaliteitscoördinator zal specifieke projecten uitwerken binnen het ziekenhuis. De ziekenhuizen hebben terzake projecten kunnen indienen, en de respons bleek groot : zowat de helft van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen is hierop ingegaan. In de opstart-fase zullen 10 projecten worden geselecteerd, doch dit aantal zou in 1998 reeds worden verdubbeld, om in een verdere toekomst in alle ziekenhuizen te worden gerealiseerd. Het ligt in de bedoeling, naast algemene ziekenhuizen ook de psychiatrische ziekenhuizen aan bod te laten komen.

De selectie van de projecten rond kwaliteit zal — onder meer — rekening houden met het multidisciplinaire karakter van het project, en met de mogelijkheden tot effectieve kwaliteitsverbetering in de praktijk van het functioneren van de betrokken instellingen.

6. Protocol met Gemeenschappen

Ondanks het ontbreken van een protocolakkoord tussen de Gemeenschappen, Gewesten en de betrokken Federale Ministers, werden de voorstellen, in overleg uitgewerkt in functie van een protocol, wel omgezet in formele maatregelen.

De besluiten met betrekking tot de associaties tussen ziekenhuizen — in feite tussen bepaalde functies of diensten van ziekenhuizen — en de gewijzigde condities voor het aangaan van fusies en groeperingen tussen ziekenhuizen, verschenen op 18 juni in het *Staatsblad*.

Schaalvergroting is hierbij niet het eerste of belangrijkste motief. De nadruk ligt op samenwerking en taakverdeling, en op het efficiënter inzetten van infrastructuur en middelen.

Wat associatie betreft : het is een formeel en duurzaam samenwerkingsverband tussen gelijkgerichte diensten van verschillende ziekenhuizen.

De voorwaarden voor de groepering werden verstrakt, zodat de deelnemende ziekenhuizen effectief complementair worden. De voorwaarden voor de fusie, daarentegen, werden versoepeld (zo valt de voorwaarde weg, dat de volledige activiteit op 1 campus moet worden geconcentreerd), teneinde deze samenwerkingsvorm te stimuleren.

Het is nu aan de sector, de mogelijkheden, die door deze regelgeving worden geboden, te overwegen en ten volle te benutten.

les patients qui nécessitent encore des soins pendant une longue période, après leur sortie de l'hôpital. A la fin de l'année, le nombre d'hôpitaux participant au projet sera doublé.

Il ressort dès à présent des premiers résultats qu'une sortie de l'hôpital bien encadrée peut, d'une part, éviter de nouvelles hospitalisations et, d'autre part, écourter la durée du séjour à l'hôpital.

Le coordinateur de qualité organisera des projets spécifiques à l'intérieur de l'hôpital. Les hôpitaux ont eu la possibilité d'introduire des projets à cet effet et les réactions ont été nombreuses : près de la moitié des hôpitaux généraux et psychiatriques ont répondu à l'appel. Dans la phase initiale, 10 projets seront sélectionnés; ce nombre pourrait être doublé en 1998 et, dans un avenir plus lointain, tous les hôpitaux pourraient être concernés. Le but est d'inclure dans l'expérience non seulement des hôpitaux généraux mais aussi des hôpitaux psychiatriques.

La sélection des projets sera opérée en tenant compte notamment du caractère pluridisciplinaire du projet et des possibilités d'amélioration effective de la qualité du fonctionnement pratique des établissements concernés.

6. Protocole avec les Communautés

En dépit de l'absence de protocole d'accord entre les Communautés, les Régions et les Ministres fédéraux concernés, les propositions — pourtant conçues en fonction d'un protocole — ont tout de même été transposées en mesures formelles.

Les arrêtés relatifs aux associations d'hôpitaux — en fait entre certaines fonctions ou certains services hospitaliers — et les conditions modifiées de constitution de fusions et de groupements, ont été publiés au *Moniteur* du 18 juin dernier.

L'objectif principal qui a présidé à cette initiative n'est pas de travailler sur une grande échelle mais surtout de développer la collaboration et la répartition des tâches et de mettre en oeuvre les infrastructures et les moyens d'une manière plus efficace.

Pour ce qui est de l'association : il s'agit d'un lien de collaboration formel et durable entre des services à finalité analogue dans des hôpitaux différents.

Les conditions régissant le groupement ont été renforcées, ce qui fait que les hôpitaux y participant deviennent effectivement complémentaires. Les conditions applicables aux fusions ont, par contre, été assouplies (ainsi la condition selon laquelle toutes les activités doivent être concentrées sur un seul campus disparaît) dans le but de stimuler cette forme de collaboration.

Il appartient à présent au secteur d'étudier et de mettre à profit les possibilités offertes par ces textes législatifs.

De Gemeenschappen zullen hier waken over het nastreven van de concrete doelstellingen, en het optimaliseren van beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

7. Daghospitalisatie

De publicatie van de voorwaarden voor het exploiteren van een chirurgische daghospitalisatie is een eerste stap naar een versoepeling in het functioneren van de ziekenhuizen, ondersteund door de ontwikkeling van minder invasieve technieken. De formule voor daghospitalisatie zal ook worden gestimuleerd voor gemengde medisch-chirurgische activiteit, en t.a.v. oncologisch/hematologische activiteit.

Deze ontwikkeling dient niet alleen gestimuleerd met het oog op het verminderen van het aantal verblijfsdagen, maar vooral in functie van het comfort van de patiënt.

De waarde van deze functies binnen de zorgprogramma's staat theoretisch reeds vast, maar dient ook in de praktijk verder gevaloriseerd.

2. Relatie ziekenhuisbeheerders — ziekenhuispersoneel

De Minister van Volksgezondheid heeft de Nationale Paritaire Commissie betrokken bij de bespreking van een aanpassing van de relatie tussen ziekenhuisbeheer en ziekenhuisgeneesheren. Deze problematiek is inzonderheid van belang in het kader van een grotere forfaitarisering van de financiering van de ziekenhuizen, en heeft ondermeer betrekking op :

- de transparantie van de financiële stromen binnen de ziekenhuizen;
- de betrokkenheid van de diverse beroepsgroepen bij het beleid;
- de werking en representativiteit van de Medische Raad;
- de bestaande bemiddelingsprocedure tussen beheerder en Medische Raad;
- de centrale inning en de voorziene afdrachten op de honoraria;
- de experimenten aangaande de kwaliteitsmanager;
- het arbeidsrechtelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer.

De Minister van Volksgezondheid wenst bij deze gelegenheid tevens na te gaan in welke mate andere categorieën van personeelsleden kunnen betrokken worden bij de financiële stromen en de besluitvorming binnen het ziekenhuis.

3. Andere aspecten t.a.v. de verzorgingsinstellingen

3.1. Ouderenzorg

Tussen de federale en de gemeenschappen werd op 9 juni 1997 een « Protocol over het te voeren ouderen-

Les Communautés veilleront à la poursuite des objectifs concrets et à l'optimisation de la disponibilité et de l'accessibilité des soins.

7. L'hôpital de jour

La publication des conditions d'exploitation d'un hôpital de jour chirurgical est un premier pas sur la voie d'un assouplissement du fonctionnement des hôpitaux, étayé par le développement de techniques moins invasives. La formule de l'hôpital de jour sera également stimulée pour l'activité mixte médicale — chirurgicale et pour la combinaison activité oncologique — hématologique.

Ce développement doit non seulement être encouragé en perspective de la diminution du nombre de journées d'hospitalisation, mais aussi en fonction du confort du patient.

La valeur de ces fonctions au sein des programmes de soins est déjà affirmée en théorie; elle devra maintenant faire ses preuves sur le terrain.

2. La relation gestionnaires d'hôpitaux — personnel hospitalier

Le Ministre de la Santé publique a associé la Commission nationale paritaire à la discussion d'une adaptation de la relation entre la gestion des hôpitaux et les médecins hospitaliers. Cette problématique revêt une importance particulière dans le cadre d'une forfaitarisation accrue du financement des hôpitaux et concerne notamment :

- la transparence des flux financiers à l'intérieur des hôpitaux;
- la participation des différents groupes professionnels à la gestion;
- le fonctionnement et la représentativité du Conseil médical;
- la procédure de médiation existante entre le gestionnaire et le Conseil médical;
- la perception centralisée et les contributions prévues sur les honoraires;
- les expériences concernant le gestionnaire de qualité;
- le statut du médecin hospitalier dans le domaine du droit du travail.

A cette occasion, le Ministre de la Santé publique tient à s'assurer en permanence dans quelle mesure d'autres catégories du personnel pourraient participer aux flux financiers et à la prise de décision au sein des hôpitaux.

3. Autres aspects concernant les institutions de soins

3.1. Les soins aux personnes âgées

Un protocole concernant la politique à mener dans le domaine des soins aux personnes âgées a été con-

zorgbeleid » afgesloten, waarin overeengekomen wordt om :

1. de reglementering van de gemeenschappen en de federale overheid met betrekking tot programmering en erkenningsnormen van de voorzieningen te harmoniseren;
2. alternatieve verzorgingsvormen, zoals kortverblijf en dagopvang uit te bouwen;
3. het aantal rusthuisbedden per gemeenschap te blokkeren, in afwachting van een geïntegreerde programmering;
4. het aantal RVT bedden, bekomen uit reconversie van rusthuisbedden, met 25.000 eenheden te verhogen over een periode van 5 jaar.

In uitvoering van dit protocol werden werkgroepen opgericht om dit verder te concretiseren.

De erkenningsnormen van de rust- en verzorgingstehuizen worden herschreven, op basis van een advies van de werkgroep RVT binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Zowel betreffende de kwaliteitsbewaking, als voor de verhouding tussen de huisarten en de instelling en voor de klachtenbehandeling zal een duidelijker kader geschapen worden.

3.2. Psychiatrie

De psychiatrische zorg en de geestelijke gezondheidszorg ondergaan en ontwikkelen een belangrijke dynamiek.

De adviezen van de Werkgroep Psychiatrie van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de conclusies van de Interkabinettenwerkgroep en de evaluatie van experimenten en pilootprojecten zullen de basis vormen van afspraken tussen verschillende bevoegde overheden enerzijds, en het opmaken van nieuwe regelgeving anderzijds.

Door de reconversie (1990-1995) werd de psychiatrie opgenomen in de specialistische geneeskunde. Een tweede vernieuwingsfase zal de sector verder differentiëren en reorganiseren op basis van zorgprogramma's.

In functie van het realiseren van de specifieke zorgprogramma's, ten aanzien van welomschreven problematiek en doelgroepen, zoals door de Nationale Raad omschreven, is een geleidelijke maar grondige hervorming van de sector noodzakelijk :

- in de eerste plaats dienen de modaliteiten uitgewerkt, waardoor de overgang van bedden en diensten naar zorgprogramma's en functies wordt geregeld. Dit zal gepaard gaan met een reconversie en herschikking van voorzieningen;
- de financieringstechniek wordt aangepast aan het type van zorgverlening;
- bepaalde programma's zullen op forfaitaire wijze worden gefinancierd;
- besparingen, gerealiseerd door maatregelen als reconversie en afbouw van bedden, zullen opnieuw geïnvesteerd worden in de psychiatrische sector;

clu le 9 juin 1997 entre l'autorité fédérale et les Communautés. Il prévoit :

1. l'harmonisation de la réglementation des Communautés et du pouvoir fédéral au sujet de la programmation et des normes d'agrément des établissements;
2. le développement de formes de soins alternatifs comme le court séjour et l'hospitalisation de jour;
3. le blocage du nombre de lits des maisons de repos par Communauté, en attendant la programmation intégrée;
4. l'augmentation du nombre de lits MRS, obtenus au départ d'une reconversion des lits de maisons de repos (25.000 unités sur une période de 5 ans).

Des groupes de travail ont été créés en exécution de ce protocole et sont chargés de poursuivre sa concrétisation.

Les normes d'agrément des maisons de repos et de soins sont réécrites sur la base d'un avis du groupe de travail MRS au sein du Conseil national des établissements hospitaliers.

Un cadre plus précis sera mis en place en ce qui concerne tant le contrôle de la qualité des soins que la relation entre les généralistes et l'établissement et le traitement des plaintes.

3.2. La psychiatrie

Les soins psychiatriques et les soins de santé mentale sont en pleine évolution.

Les avis du Groupe Psychiatrie du Conseil national des Etablissements hospitaliers, les conclusions du Groupe de travail intercabineets et l'évaluation d'expériences et de projets-pilotes serviront de base aux accords à conclure entre les différentes autorités compétentes d'une part et à l'établissement de la nouvelle législation et réglementation d'autre part.

Suite à la reconversion (1990-1995), la psychiatrie a été intégrée dans la médecine spécialisée. Une nouvelle phase de transformations affinera davantage encore la différenciation du secteur et le réorganisera sur la base de programmes de soins.

Une réorganisation progressive mais en profondeur du secteur s'impose en fonction de la réalisation de programmes de soins spécifiques, axés sur des problématiques et des groupes cibles bien définis et tels que décrits par le Conseil national :

- en premier lieu, il faudra définir les modalités du passage du concept de lits et de services à la notion de programmes de soins et fonctions. Cette évolution s'accompagnera d'une reconversion et d'un réaménagement des équipements;
- la technique de financement devra être adaptée au type de soins dispensés;
- certains programmes seront financés sur une base forfaitaire;
- les économies réalisées grâce à des mesures comme la reconversion et la diminution du nombre de lits seront réinvesties dans le secteur psychiatrique;

— de middelen, die nu reeds aangewend worden voor onderzoek en piloot-projecten, worden verder ingezet voor het ondersteunen — op experimentele basis — van zorgvernieuwend initiatieven;

— in overleg met de sector, worden prioriteiten vastgelegd inzake nieuwe programma's en versterking van bestaande programma's en functies;

— aan de hand van systematisch opvolgen van indicatoren, ondermeer door de samenwerkingsplatforms, en informatie uit de Minimale Psychiatrische Gegevens, zal een evaluatie van behoeften worden opgemaakt, welke op alle vlakken beleidsondersteunend zal werken.

Ook in deze sector wijzigt de verhouding tussen zorgverstrekker en patiënt. De patiënt is niet alleen mondiger, zijn autonomie en actieve betrokkenheid bij zijn behandeling zijn primordiaal. Dit zal o.m. zijn weerslag vinden in de algemene en specifieke toepassing van patiëntenrechten.

De regelgeving inzake de bescherming van de persoon van de geesteszieke, inzake de internering en inzake het eventuele gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, dient aangepast aan de evoluties in praktijk, wetenschappelijke evaluatie en maatschappelijke bekommernissen.

Kinderpsychiatrie

De behandeling van kinderen en jongeren met psychische problemen heeft een specifiek karakter, en zal — voor wat de ziekenhuisgebonden zorg betreft — uitgevoerd worden in een als dusdanig herkenbare, aparte entiteit. Bij de organisatie van de zorgverlening zal rekening gehouden worden met de problematiek en de leeftijd.

Het geheel van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren dient zowel geografisch als cultureel voldoende bereikbaar en toegankelijk te zijn. Toegankelijkheid veronderstelt dat binnen een redelijke termijn een intake gesprek, een aanvang van behandeling en een planning wordt vooropgesteld. Bereikbaarheid en toegankelijkheid vereist inspanningen op het vlak van profilering, bekendheid via andere zorgverstrekkende instanties en hulpverlening, en het inrichten van voorzieningen met maximale beschikbaarheid (zoals crisisopvang).

Er dient door alle betrokken overheden geïnvesteerd, zowel op preventief als curatief vlak, zowel intra- als extramuraal.

Per provincie en/of regio zal minstens één netwerk van voorzieningen ervoor instaan, dat alle functies worden vervuld, waar nodig mits het uitbreiden van de capaciteit en/of het creëren van nieuwe voorzieningen op het vlak van kinder- en jeugdpsychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

— les moyens déjà affectés à des recherches et à des projets pilotes seront mis en oeuvre pour financer des initiatives novatrices, sur une base expérimentale;

— les priorités en matière de nouveaux programmes et de renforcement de fonctions et de programmes existants seront fixées après concertation avec le secteur;

— le suivi systématique des indicateurs, notamment par les plates-formes de coopération, et les données du Résumé psychiatrique minimum permettront de faire une évaluation des besoins qui étayera la prise de décision dans tous les domaines.

Dans le secteur de la psychiatrie aussi, la relation entre le dispensateur de soins et le patient est en pleine évolution. Le patient est plus assertif et plus autonome et sa participation active à son traitement est primordiale. Cette nouvelle situation aura un impact sur l'application générale et spécifique des droits des patients.

La législation relative à la protection de la personne du malade mental, à l'internement et au recours éventuel à des mesures privatives de liberté, doit être adaptée aux évolutions sur le terrain, à l'évaluation scientifique et aux préoccupations sociales.

La pédopsychiatrie

Le traitement d'enfants et de jeunes souffrant de troubles psychiques présente un caractère particulier et sera dispensé — dans le cas d'un traitement hospitalier — dans une entité distincte, reconnaissable en tant que telle. Les soins seront modulés en tenant compte de la problématique et de l'âge.

Les soins de santé mentale et les soins pédopsychiatriques doivent être organisés de manière à garantir leur accessibilité à la fois géographique et culturelle. L'accessibilité signifie qu'un entretien d'admission, un début de traitement et une planification de la prise en charge interviennent dans un délai raisonnable. L'accessibilité ne se conçoit pas sans consentir des efforts pour se profiler, pour se faire connaître auprès des autres instances de soins et d'aide et pour organiser une disponibilité maximale (comme l'accueil de crise par exemple).

Toutes les autorités concernées devront investir sur le plan tant préventif que curatif, dans le contexte intra- et extra-hospitalier.

Au moins un réseau de structures par province et/ou région veillera à ce que toutes les fonctions soient remplies là où il le faut, et ce par l'extension de la capacité existante et/ou par la création de nouvelles capacités dans le domaine de la pédopsychiatrie et des soins de santé mentale.

3.3. Dringende geneeskundige hulpverlening en ziekenvervoer

De programmawet die in het najaar bij het parlement wordt neergelegd voorziet in de uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening. Daar waar tot op heden enkel de ongevallen op de openbare weg onder deze wet vielen, wordt de wet aangepast aan de feitelijke situatie, aangezien de helft van de oproepen binnen dit systeem betrekking heeft op personen die thuis dringende medische hulp nodig hebben.

Daarnaast wordt de integratie van de mobiele urgentiegroepen (MUG's) binnen het systeem van dringende medische hulpverlening door deze wetswijziging mogelijk gemaakt.

Een reglementering betreffende deze mobiele urgentiegroepen wordt momenteel uitgewerkt. Voor eerst worden de programmatienormen, voorzien in het KB van 11 april 1995, aangepast, en dit met het oog op een betere garantie tot dekking van het hele grondgebied. De principes van deze aanpassing werden overgemaakt aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Hun advies wordt ingewacht begin oktober 1997.

Verder worden 4 KB's met betrekking tot de MUG's uitgewerkt. Ze worden eerstdaags aan de Ministerraad voorgelegd, en hebben betrekking op :

- de erkenningsnormen voor de MUG's;
- de nieuwe programmatiecriteria voor de MUG's;
- de noodzakelijke aanpassing van het KB van 2 april 1965 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening;
- de oprichting van de provinciale commissies dringende geneeskundige hulpverlening, die o.m. de zones zullen moeten aanduiden waarbinnen de MUG's actief zullen zijn.

Het koninklijk besluit over de opleiding van de ambulanciers werd voorgelegd aan en goedgekeurd door het comité C, en werd voor advies aan de Raad van State overgemaakt.

De krachtlijnen van een regeling inzake het niet dringend ziekenvervoer werden voorgelegd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Deze omhelzen o.m. de minimale eisen van de uitrusting, de opleiding van de ambulanciers, de organisatie op medisch en administratief vlak, en de verantwoordelijkheid van de arts die het transport voorschrijft.

De KB's met betrekking tot de erkenningsnormen voor de spoedgevallendiensten werden voor advies aan de Raad van State overgemaakt. Zij regelen enerzijds de normen waaraan een gespecialiseerde functie voor spoedgevallen moet voldoen, anderzijds de functie « eerste opvang van spoedgevallen » die in de andere ziekenhuizen dient uitgebouwd te worden.

3.3. *L'Aide médicale urgente et le transport des malades*

La loi-programme qui sera déposée sur le Bureau du Parlement en automne prévoit l'extension du champ d'activité de la loi sur l'aide médicale urgente. Si jusqu'à présent, seuls les accidents sur la voie publique relevaient de la loi visée, celle-ci sera adaptée à la situation de fait étant donné que la moitié des appels concernent des personnes qui ont besoin d'une aide médicale urgente à domicile.

De plus, ladite modification permet l'intégration des services mobiles d'urgence (SMUR) au sein du système d'aide médicale urgente.

Une réglementation relative à ces services mobiles d'urgence est mise au point actuellement. Tout d'abord, les normes de programmation prévues dans l'AR du 11 avril 1995 sont adaptées afin d'être mieux en mesure de couvrir l'ensemble du territoire. Les principes de cette adaptation ont été communiqués au Conseil national des établissements hospitaliers dont l'avis est attendu début novembre 1997.

En outre, 4 AR concernant les SMUR sont rédigés. Ils seront soumis prochainement au Conseil des ministres et ont trait :

- aux normes d'agrément des SMUR;
- aux nouveaux critères de programmation des SMUR;
- à l'indispensable adaptation de l'AR du 2 avril 1965 relatif à l'aide médicale urgente;
- à la création des commissions provinciales de l'aide médicale urgente qui doivent notamment désigner les zones au sein desquelles les SMUR seront actifs.

L'arrêté royal concernant la formation des ambulanciers a été soumis au Comité C et approuvé par ce dernier; il a été transmis pour avis au Conseil d'Etat.

Les lignes directrices d'un règlement du transport non urgent de malades ont été présentées au Conseil national des Etablissements hospitaliers. Elles comprennent notamment les exigences minimales pour l'équipement, la formation des ambulanciers, l'organisation sur le plan médical et administratif et la responsabilité du médecin qui prescrit le transport.

Le AR relatifs aux normes d'agrément des services des urgences ont été soumis à l'avis du Conseil d'Etat. Ils règlent notamment les normes auxquelles une fonction spécialisée en médecine d'urgence doit répondre et, d'autre part, la fonction « premiers soins d'urgence » qui doit être mise en œuvre dans les autres hôpitaux.

III. GEZONDHEIDSBESCHERMING

A. EETWAREN

Het beleid met betrekking tot de eetwaren wordt beheerst door volgende krachtlijnen :

1. Door bij twijfel omtrent mogelijke gebreken of gevaren van eetwaren en voedingsmiddelen steeds in het voordeel van de consument actie te ondernemen, werden het voorbije jaar diverse bewarende maatregelen ten aanzien van eetwaren genomen. Gezien mogelijk gevaar voor de Volksgezondheid werden, binnen het kader van de Consom Alert-opvolging, o.m. bewarende maatregelen genomen ten aanzien van mascarpone, bijtringen, pistachenoten, camembert en zuigdoppen.

2. Het inspectieinstrument betreffende eetwaren werd en wordt continue versterkt (aanwerving 40 extra controleurs, uitwerking vergunningsstelsel).

3. Een zo groot mogelijke conformiteit van het Belgische recht met de EG-richtlijnen.

De Minister van Volksgezondheid ondersteunt het wetsvoorstel in verband met een verbod op publiciteit voor tabak, zoals reeds gestemd door de Kamer. Dit voorstel wordt momenteel behandeld door de Senaat.

Tevens wenst de Minister van Volksgezondheid verdere Europese initiatieven op hetzelfde domein blijvend te stimuleren.

De KB's betreffende het verbod op affichage van tabaksproducten en de verkoop van pakjes met minder dan 20 sigaretten worden naar de Raad van State gezonden voor advies.

Een infobrochure over de schadelijkheid van het roken is uitgewerkt en zal onder de federale ambtenaren verspreid worden.

De Algemene Eetwareninspectie besteedde een aantal opdrachten uit waarvan de resultaten in 1998 verwacht worden. Het gaat met name over :

- toepassing van borstvoeding in materniteiten;
- voeding en voedingsgewoonten (senioren en de bevolking in het algemeen);
- opstelling van een allergie-databank;
- microbiologische criteria voor voedingsmiddelen;
- tabaksverbruik.

Tenslotte wenst de Minister van Volksgezondheid het probleem aan te kaarten met betrekking tot volksgezondheidsaangelegenheden die, omwille van procedures, de instemming van andere departementen noodzakken, wat vaak een belangrijk tijdsverlies oplevert.

B. INSTITUUT VOOR VETERINAIRE KEURING

Inzake veterinaire keuring moet, enerzijds de strijd tegen het gebruik van de hormonen onvermin-

III. PROTECTION DE LA SANTE

A. LES DENREES ALIMENTAIRES

La politique relative aux denrées alimentaires est articulée autour des lignes de force suivantes :

1. En agissant toujours en faveur du consommateur en cas de présomption de défaut ou danger, plusieurs mesures conservatoires ont été prises l'année dernière à l'égard de certaines denrées. Compte tenu d'un éventuel danger pour la santé publique, des mesures conservatoires ont ainsi été décidées dans le cadre du suivi de l'action « Consom Alert », à l'égard du mascarpone, des anneaux de dentition, des pistaches, du camembert et des tétines.

2. L'instrument de contrôle qu'est l'inspection a été et est encore renforcé de manière continue (recrutement de 40 contrôleurs supplémentaires, mise au point d'un système d'autorisation).

3. On veille à assurer une conformité maximale du droit belge avec les directives européennes.

Le Ministre appuie la proposition de loi relative à l'interdiction de la publicité pour le tabac, qui a déjà été votée par la Chambre. Elle est actuellement en discussion au Sénat.

Le Ministre est aussi décidé à continuer à stimuler des initiatives européennes dans le même domaine.

Les AR concernant l'interdiction de l'affichage des publicités pour les produits de tabac et de la vente de paquets de moins de 20 cigarettes ont été envoyés pour avis au Conseil d'Etat.

Une brochure d'information sur les méfaits du tabac a été mise au point et sera diffusée parmi les fonctionnaires fédéraux.

L'Inspection Générale des Denrées alimentaires a fait réaliser une série de missions dont les résultats sont attendus en 1998. Il s'agit notamment :

- de la pratique de l'allaitement dans les maternités;
- de l'alimentation et des habitudes alimentaires (personnes âgées, population en général);
- de l'établissement d'une banque de données concernant les allergies;
- des critères microbiologiques pour les denrées alimentaires;
- de la consommation de tabac.

Enfin, le Ministre de la Santé publique a l'intention de mettre sur la table le problème des thèmes de santé publique pour lesquels l'accord d'autres départements est requis en raison des procédures, ce qui constitue souvent une perte de temps considérable.

B. L'INSTITUT D'EXPERTISE VETERINAIRE

En matière d'expertise vétérinaire, il faut, d'une part, poursuivre continuellement la lutte contre l'uti-

derd verdergezet worden en anderzijds het Instituut voor Veterinaire Keuring uitgebouwd worden teneinde het opsporen en bestraffen van vleesfraude mechanismen in al zijn aspecten doeltreffend te kunnen maken.

1. Een slagkrachtig I.V.K. als spil in de aanpak van de vleesfraude

1.1. De gebeurtenissen van de laatste maanden in wat ondertussen het vleesfraudedossier wordt genoemd, hebben aangetoond dat er dringend werk moet gemaakt worden van zowel een versterking van de fraudepreventie beter gecoördineerde en interdepartementale actiemogelijkheden als van een verduidelijking van de Europese regelgeving.

1.2. Nadat de ministerraad van eind juli reeds een aantal principiële beslissingen had genomen (oprichting van een multidisciplinaire task-force, opvoering van de controles op het vleesvervoer, invoering van een zwarte lijst om te komen tot een beroepsverbod voor fraudes) heeft de ministerraad eind september op voorstel van de Minister van Volksgezondheid en op basis van een verslag van een interdepartementale werkgroep nog een aantal concrete maatregelen goedgekeurd.

Deze hebben betrekking op :

1. de oprichting van een interdepartementale task-force

Bij het IVK wordt een meldpunt voor de strijd tegen de vleesfraude opgericht. Tevens wordt een multidisciplinaire vleesfraudecel geïnstalleerd met vertegenwoordigers van Volksgezondheid, Landbouw, Justitie, Economische Zaken, Sociale Zaken, Financiën en Binnenlandse Zaken.

Aldus worden een continue informatiedoorstroming en gecoördineerde terreinacties mogelijk.

2. versterkte controle op het vleesvervoer.

In samenwerking met de Rijkswacht en Douane worden punctuele en onverwachte controles doorgevoerd zowel op de wegen als in de havens.

3. het versterken van de fraudepreventie door :

— het opleggen van een register van in- en uitgaand vlees;

— een boekhouding van het gebruik van etiketten met het gebruik van identificatiemerktken;

— het normeren van de certificatieprocedures door middel van representatieve staalnames;

— het waarborgen van de retraceerbaarheid van het vlees via een geïnformatiseerd systeem;

— het operationeel maken van een mobiele equipe die een controle zal kunnen doorvoeren op het terrein.

lisation des hormones et, d'autre part, développer l'Institut d'expertise vétérinaire, afin de pouvoir rendre plus efficace la détection et la sanction des mécanismes de fraude sous tous ses aspects dans le secteur de la viande.

1. Un IEV combatif comme plaque tournante dans l'approche de la fraude dans le secteur de la viande

1.1. Les événements de ces derniers mois ont montré, dans ce que l'on a appelé entretemps le dossier de la fraude dans le secteur de la viande, il fallait aussi bien organiser d'urgence une prévention accrue de la fraude et des actions mieux coordonnées au niveau interdépartemental qu'agir au niveau de la réglementation européenne.

1.2. Après que le Conseil des Ministres de la fin du mois de juillet ait pris un certain nombre de décisions fondamentales (création d'une task-force multidisciplinaire, augmentation des contrôles du transport des viandes, introduction d'une liste noire pour aboutir à une interdiction professionnelle en cas de fraude), le Conseil des Ministres a, sur proposition du Ministre de la Santé publique et sur base d'un rapport d'un groupe de travail interdépartemental, approuvé fin septembre un certain nombre de mesures concrètes.

Ces mesures se rapportent :

1. à la création d'une task-force interdépartementale

Au sein de l'IEV un point avertisseur relatif à la lutte contre la fraude dans le secteur de la viande est créé. En outre, une cellule multidisciplinaire contre la fraude dans le secteur de la viande a été installée comprenant des représentants de la Santé publique, de l'Agriculture, de la Justice, des Affaires économiques, des Affaires Sociales, des Finances et de l'Intérieur.

Ainsi, un flux d'information continu et des actions coordonnées sur le terrain seront possibles.

2. au contrôle renforcé du transport de la viande.

En collaboration avec la Gendarmerie et les Douanes des contrôles ponctuels et imprévus sont effectués tant sur les routes que dans les ports.

3. au renforcement de la prévention de la fraude en :

— imposant un registre de la viande qui entre et qui sort;

— mettant en place une comptabilité de l'utilisation des étiquettes avec les marques d'identification;

— prévoyant la normalisation des procédures de certification au moyen de prises d'échantillons représentatives;

— garantissant la traçabilité de la viande par un système informatisé;

— rendant opérationnelle une équipe mobile qui pourra effectuer les contrôles sur le terrain.

4. de herstructurering van de inspectiediensten :
a) het IVK zal hiertoe de reeds opgezette studie met het studiebureau ABC en prof. Bouckaert finaliseren teneinde de doelmatigheid van de veterinaire controle en het toezicht op deze controle te verbeteren;

b) een externe audit zal worden opgestart begeleid door een stuurgroep met vertegenwoordigers van Volksgezondheid, Landbouw, Economische Zaken en de Vice-Premiers, om voorstellen te formuleren met het oog op het uitbouwen van een geïntegreerde departementsoverschrijdende onafhankelijke inspectiedienst, die de in het belang van de consument de integrale voedselketen moet bewaken van de hoeve tot bij de consument.

5. de opstelling van een « zwarte lijst » van bedrijven die zich aan frauduleuze praktijken hebben schuldig gemaakt. Dit zal ook in aanmerking worden genomen bij de erkenning van de vleesbedrijven.

6. verzwaring van de sancties

Een reeks van zware sancties — administratief en strafrechtelijk — voor frauduleuze bedrijven en hun bestuurders beoogt een ontradingseffect en wil zo vleesfraudepraktijken in de toekomst voorkomen.

1.3. Bovendien werden een reeks structurele maatregelen die reeds vóór de vaststelling van de vleesfraude waren uitgewerkt en die een efficiëntere werking en controle van het IVK be?, versneld uitgevoerd.

Enkele van die maatregelen zijn :

- het organiseren binnen de kringen van een regelmatige rotatie van alle dierenartsen;
- collectief toezicht op de kringen via het oprichten van kringraden;
- het onderwerpen van alle contractuele dierenartsen aan een evaluatieprocedure;
- het uitbreiden van het bestaande vormingsprogramma van het IVK;
- het herschikken van de keurkringen;
- het organiseren van een interne audit;
- het inschrijven van een cumulbeperking...

1.4. Verder worden volop maatregelen ter versterking van de wetgeving en de regelgeving ter bestrijding van de vleesfraude genomen en/of voorbereid.

Wij denken hierbij aan :

- op vraag van de Europese instanties werd de mogelijkheid ingeschreven om de erkenning in te trekken ingeval van manifeste fraude (K.B. 19/8/1997)
- tevens werd de normale procedure (voornemen bekend maken, reactie afwachten 10 werkdagen, beslissing 30 werkdagen) niet toepasselijk verklaard ingeval van gevaar voor de volksgezondheid bedrog en fraude (K.B. 11/10/1997)

4. à la restructuration des services d'inspection :

a) à cet effet, l'IEV achèvera l'étude déjà mise en place en collaboration avec le bureau d'étude ABC et le Prof. Bouckaert, afin d'améliorer l'efficacité du contrôle vétérinaire et la surveillance de celui-ci;

b) un audit externe sera instauré grâce au concours d'une commission d'experts comportant des représentants de la Santé publique, de l'Agriculture, des Affaires économiques et des Vice-Premiers. Ils formuleront des propositions relatives au développement d'un service d'inspection indépendant et intégré qui dépasse les départements et qui doit surveiller toute la chaîne alimentaire, de la ferme au consommateur, et ce dans l'intérêt du consommateur.

5. à la création d'une « liste noire » des établissements qui se sont rendus coupables de pratiques frauduleuses. Ceci sera également pris en considération lors de la demande d'agrément des établissements.

6. au renforcement des sanctions :

Toute une série de sanctions sévères — administratives et pénales — pour les établissements frauduleux et leurs gestionnaires ont pour but d'avoir un effet de dissuasion et ainsi d'éviter dans le futur des pratiques de fraude dans le secteur de la viande.

1.3. De plus, une série de mesures structurelles, qui ont été élaborées avant la constatation de la fraude dans le secteur de la viande et qui avaient pour but de mettre en place un fonctionnement et un contrôle plus efficaces de l'IEV, ont été accélérées.

Un certain nombre de ces mesures sont :

- l'organisation au sein des cercles d'une rotation régulière de tous les vétérinaires;
- la surveillance collective des cercles à travers l'installation de conseils de cercles;
- la soumission de tous les vétérinaires contractuels à une procédure d'évaluation;
- l'élargissement du programme de formation existant à l'IEV;
- l'ajustement des cercles d'expertise;
- l'organisation d'un audit interne;
- l'inscription d'une limitation en matière de cumul...

1.4. En outre des mesures de renforcement de la législation et de la réglementation contre la fraude dans le secteur de la viande sont prises et/ou préparées.

Nous pensons e.a. aux faits suivants :

- sur demande des instances européennes, la possibilité de retrait de reconnaissance en cas de fraude manifeste a été inscrite (A.R. 19/8/1997)
- en outre la procédure normale (faire connaître l'intention, attendre réaction 10 jours ouvrables, décision 30 jours ouvrables) n'est pas applicable en cas de danger pour la santé publique et de fraude (A.R. 11/10/1997)

— een K.B. dat o.m. een voorwaardelijke erkenning mogelijk maakt werd overgemaakt aan de Raad van State voor dringend advies.

1.5. Een rapport ter attentie van de Europese instanties m.b.t. de vastgestelde leemten en de niet uniforme toepassing van de Europese regelgeving inzake de controle- en certificatiemechanismen in de vleessector.

Deze hebben o.m. betrekking op :

— het feit dat de Europese regelgeving niet voorziet in een « Shift-systeem » waarbij de volledige retraceerbaarheid van het vlees kan gegarandeerd worden;

— het feit dat wegsnijden van stempels op het vlees aangebracht in slachthuizen niet expliciet verboden is (wel expliciet verboden in België via het K.B. van 4 juli 1996);

— herverpakking is toegelaten, wat het mixen van vlees mogelijk maakt, maar de controleerbaarheid naar de herkomst van het vlees sterk bemoeilijkt.

Concluderend kan gesteld worden, dat het vleesfraude dossier een recent verschijnsel is waarop de diverse controlerende instanties en niveaus zich moeten aanpassen, dat het om een internationale verspreide fraude gaat die bijgevolg in de bestrijding een internationale samenwerking vereist.

2. De strijd tegen de illegale groeibevorderaars verderzetten

Niettegenstaande er een duidelijke dalende trend is in het aantal positieve analyses voor illegale groeibevorderaars bij gericht onderzoek op het slachthuisniveau (nl. van 3,7 % in 1996 naar 0,8 % voor het 1e semester van 1997) blijft waakzaamheid vereist. Immers zowel de gerichte onderzoeken, uitgevoerd door het IVK, op de landbouwbedrijven (van 6,4 % in 1996 naar 15 % positieve dieren voor het 1e semester van 1997) als de analyses, uitgevoerd door het departement Landbouw, op de landbouwbedrijven wijzen op verder toenemend gebruik.

Er moet bijgevolg werk gemaakt worden van de voorstellen geformuleerd door de Interdepartementale Cel Residuen (ICR) en de in functie hiervan genomen beslissingen van de Ministerraad van 20/6/1997.

Dit betreft achtereenvolgens maatregelen om :

1. feitenkennis over de illegale groeibevorderaars te verbeteren door o.a :

a) het uitwerken van een precursorenwetgeving die alle firma's verplicht hun transacties bij de overheid te melden;

b) het creëren van een databank op de Algemene Farmaceutische Inspectie;

c) het inventariseren van alle mogelijke leveranciers van materiaal voor het conditioneren van groeibevorderaars.

— un A.R. qui permet une reconnaissance conditionnelle a été transmis au Conseil d'Etat pour avis urgent.

1.5. Un rapport à l'attention des instances européennes relatif aux lacunes constatées et à l'application non uniforme de la réglementation européenne en matière de mécanismes de contrôle et de certification dans le secteur de la viande.

Ceux-ci ont e.a. trait :

— au fait que la réglementation européenne ne prévoit pas un « Système de shift » par lequel la retraceabilité complète de la viande peut être garantie;

— au fait que le découpage des cachets apposés par les abattoirs sur la viande n'est pas explicitement interdit (mais explicitement interdit en Belgique par l'A.R. du 4 juillet 1996);

— au fait que le réemballage est autorisé, ce qui permet le mixage de la viande, mais rend le contrôle de la provenance de la viande plus difficile.

Pour conclure on peut considérer que le dossier en matière de fraude dans le secteur de la viande se réfère à un phénomène récent auquel les différentes instances de contrôle doivent s'adapter, qu'il s'agit d'une fraude internationale qui dès lors exige une collaboration internationale dans la lutte contre cette fraude.

2. Poursuite de la lutte contre les promoteurs de croissance illégaux

Bien qu'il y ait une tendance décroissante évidente du nombre d'analyses positives en matière de promoteurs de croissance illégaux lors des analyses orientées au niveau des abattoirs (notamment de 3,7 % en 1996 à 0,8 % pour le premier semestre de 1997), il faut rester vigilant. En effet, tant les analyses orientées, effectuées par l'IEV dans les établissements agricoles (de 6,4 % en 1996 à 15 % d'animaux positifs pour le premier semestre de 1997), que les analyses effectuées par le département de l'Agriculture dans les établissements agricoles, indiquent que l'utilisation des promoteurs de croissance illégaux augmente.

Par conséquent, il faut développer les propositions émises par la cellule interdépartementale Résidus (CIR), ainsi que les décisions du Conseil des Ministres du 20/6/1997 prises en fonction de ces propositions.

Il s'agit respectivement des mesures concernant :

1. l'amélioration de la connaissance des promoteurs de croissance illégaux, notamment :

a) en élaborant une législation de précurseurs selon laquelle toutes les firmes sont obligées de communiquer leurs transactions aux autorités;

b) en créant une banque de données auprès de l'Inspection Pharmaceutique Générale;

c) en inventoriant tous les fournisseurs possibles des matériaux pour le conditionnement des promoteurs de croissance.

2. het opsporen van de illegale groeibevorderaars te vergemakkelijken door :

a) naar de laboratoria, toe alle niet erkende laboratoria in kaart te brengen en onder toezicht te houden, de accreditatie voor de erkende laboratoria verplichtend te maken en bepaalde analyses voor te behouden aan de nationale referentielaboratoria.

b) de bemonsterings- en vaststellingsprocedures te verfijnen en te harmoniseren.

c) de opvolging van het veebestand in België en in Europa te verbeteren door een waterdicht systeem voor recuperatie van gebruikte oormerken te voorzien en het Europees opvolgingssysteem van verplaatsingen van runderen (ANIMO-systeem) eindelijk praktisch bruikbaar te maken.

3. de opsporing en justitiële opvolging te coördineren

Dit veronderstelt :

— het versneld voeren van het nieuwe datamodel van de Nationale Hormonencel;

— een meldingsplicht naar de bijstandsmagistraat voor alle onderzoeken die verband houden met het gebruik van illegale groeibevorderaars;

— het uitwerken van anti-corruptiestrategieën;

— specifieke vormingscycli voor de magistraten;

— het versterken van de strafuitvoering.

4. een interdepartementale samenwerking tot stand te brengen.

Hiertoe werd (1.10.1997) de nationale hormonencel bij het Centraal Bureau der Opsporingen van de Rijkswacht omgevormd tot een Multidisciplinaire Hormonencel.

5. het Europees beleid te versterken en te harmoniseren.

6. het wetenschappelijk beleid te oriënteren naar biologische indicatoren en analysemethoden.

7. te voorzien in de noodzakelijke behoeften aan personeel en financiële middelen.

Dit impliceert dat er op korte termijn een aangepast vergoedingssysteem wordt uitgewerkt teneinde over een controle-apparaat te beschikken dat dag en nacht en ook tijdens de weekends beschikbaar is.

Diverse werkgroepen zijn belast met de « concrete » uitvoering van deze voorstellen.

De interdepartementale cel Residuen zal om de zes maand (eerste maal 1/1/1998) een stand van zaken opmaken.

C. GENEESMIDDELEN

1. Geneesmiddelenregistratie

Op 13.12.96 werd het KB tot wijziging van het KB van 3.7.69 betreffende de registratie van geneesmiddelen ondertekend. Dit KB verhoogt de bijdragen die door de farmaceutische industrie betaald worden om een registratiedossier voor onderzoek voor te leggen.

2. le fait de faciliter la détection des promoteurs de croissance illégaux :

a) en dressant la situation de tous les laboratoires non agréés et en les surveillant, en rendant obligatoire l'accréditation des laboratoires agréés et en réservant certaines analyses pour les laboratoires de référence nationaux;

b) en raffinant et en harmonisant les procédures d'échantillonnage et de constatation;

c) en améliorant le suivi du cheptel en Belgique et en Europe par un système infaillible pour la récupération des marques auriculaires utilisées et par la mise en pratique du système européen de suivi des déplacements de bovins (système ANIMO).

3. la coordination de la détection et du suivi en justice :

Ceci implique :

— l'introduction rapide du nouveau modèle des données de la Cellule « Hormones » nationale;

— l'obligation de communiquer au magistrat spécialisé toutes les enquêtes qui se rapportent à l'utilisation des promoteurs de croissance illégaux;

— l'élaboration des stratégies anti-corruption;

— un cycle de formation spécifique pour les magistrats;

— le renforcement de l'exécution des sanctions.

4. la collaboration interdépartementale :

A cet effet, la cellule « Hormones » nationale du Bureau central des recherches de la Gendarmerie a été transformée en une cellule « Hormones » multidisciplinaire (1.10.1997).

5. le renforcement et l'harmonisation de la politique européenne.

6. l'orientation de la politique scientifique vers des indicateurs et des méthodes d'analyse biologiques.

7. les besoins indispensables en personnel et en moyens financiers :

Ceci implique qu'il faut à court terme élaborer un système d'indemnisation adapté, afin de disposer d'un appareil de contrôle qui soit disponible le jour et la nuit ainsi que durant les weekends.

Divers groupes de travail sont chargés de la réalisation concrète de ces propositions.

La cellule « Résidus » interdépartementale dressera un rapport de l'état des choses tous les 6 mois (la première fois le 1.1.1998).

C. LES MEDICAMENTS

1. L'enregistrement des médicaments

L'AR modifiant l'AR du 3.7.1969 relatif à l'enregistrement des médicaments a été signé le 13.12.1996. Il augmente les redevances qu'est tenue de payer l'industrie pharmaceutique lors de la présentation d'un dossier d'enregistrement. Ces redevances majo-

Met deze verhoogde bijdragen werd in de daaropvolgende maanden het bijkomend personeel aangeworven.

Dit personeel is ingezet bij de geneesmiddelencommissie teneinde binnen de wettelijk vooropgestelde termijnen de nodige wetenschappelijke evaluaties te kunnen doen. De nieuwe equipe bestaat uit veeartsen, artsen, apothekers, administratief en technisch ondersteunend personeel. De veeartsen, artsen en apothekers, nemen het onderzoek van de dossiers als interne experts op zich. Voorheen werd dit onderzoek gedaan door externe experts, die niet rechtstreeks verbonden waren aan de farmaceutische inspectie. Het administratief en technisch personeel is er ter ondersteuning van de geneesmiddelencommissie, haar secretariaat en de interne experts.

Een KB dat de nieuwe werking van de geneesmiddelencommissie vastlegt is voor advies naar de Raad van State gestuurd, advies dat binnenkort wordt verwacht. De publicatie van dit KB zal met zich meebrengen dat de twee Kamers — deze voor geneesmiddelen voor humaan gebruik en deze voor de geneesmiddelen voor veterinaire gebruik — zullen geïnstalleerd worden en dat de nieuwe structuur gefinaliseerd wordt.

Deze nieuwe werkwijze heeft tot doel om de erkenningsprocedures af te handelen binnen de voorzien EU-termijnen.

2. Doorzichtigheidscommissie

Een ontwerp van wet herdefinieert de taken van de Doorzichtigheidscommissie en verduidelijkt de opdrachten van deze commissie. Ze stelt eveneens een Doorzichtigheidscommissie op voor de geneesmiddelen voor veterinaire gebruik. Deze wet is voor advies bij de Raad van State, samen met een ontwerp-KB dat daarbij aansluit.

3. Een wetsontwerp tot wijziging van de wet van 1964 op het geneesmiddel, werd bij de Raad van State ingediend. Hierdoor zal de omzetting van een aantal Europese richtlijnen in Belgische wetgeving, onder meer met betrekking tot het medisch materiaal en de definitie van het geneesmiddel, sneller mogelijk worden.

Daarnaast voorziet dit wetsontwerp nadrukkelijk dat een geneesmiddel conform moet zijn met de Europese Farmacopee, en wordt een verplichte melding van ongewenste neveneffecten van een geneesmiddel opgelegd aan alle actoren betrokken bij de aanwending van geneesmiddelen (zowel zorgverstrekkers als farmaceutische industrie).

4. De controle op correct geneesmiddelengebruik en de controle op producten met het karakter van een geneesmiddel, die op de markt gebracht worden zonder de registratieprocedure gevolgd te hebben,

reës ont permis d'engager du personnel supplémentaire.

Ce personnel a été affecté à la Commission des Médicaments afin que les évaluations scientifiques requises puissent être réalisées dans les délais légaux prévus à cet effet. La nouvelle équipe comprend des vétérinaires, des médecins, des pharmaciens, du personnel logistique administratif et technique. Les vétérinaires, médecins et pharmaciens prennent à leur compte l'examen des dossiers en tant qu'experts internes. Par le passé, ces missions étaient confiées à des experts externes qui ne dépendaient pas directement de l'Inspection de la Pharmacie. Le personnel administratif et technique est chargé d'apporter un soutien logistique à la Commission des Médicaments, à son secrétariat et à ses experts.

Un AR qui arrête le nouveau fonctionnement de la Commission des Médicaments est soumis à l'avis du Conseil d'Etat — cet avis est attendu dans un proche avenir. La publication de cet arrêté aura pour effet que les deux chambres — celle pour les médicaments à usage humain et celle pour les médicaments à usage vétérinaire — seront installées et que la nouvelle structure pourra être finalisée.

Les nouvelles modalités de fonctionnement devraient permettre de traiter les procédures d'agrément dans les délais prévus par l'UE.

2. La Commission de transparence

Un projet de loi redéfinit les missions de la Commission de transparence et précise les missions de ladite commission. Il crée aussi une Commission de transparence pour les médicaments à usage vétérinaire. Le projet est soumis à l'avis du Conseil d'Etat en même temps qu'un projet d'AR qui s'y rattache.

3. Un projet de loi modifiant la loi de 1964 sur les médicaments a été soumis au Conseil d'Etat. Il permettra d'accélérer la transposition en droit belge d'une série de directives européennes, notamment celles relatives au matériel médical et à la définition du médicament.

Le projet stipule aussi expressément qu'un médicament doit être conforme à la Pharmacopée européenne; de plus, une communication obligatoire des effets secondaires indésirables d'un médicament est imposée à tous les acteurs participant à la mise en oeuvre des médicaments (tant les dispensateurs de soins que l'industrie pharmaceutique).

4. Le contrôle de l'utilisation correcte des médicaments et le contrôle des produits à caractère de médicament mis sur le marché sans avoir suivi la procédure d'enregistrement sont notamment concrétisés

wordt o.m. geconcretiseerd door het plantenbesluit dat overgemaakt is aan de Raad van State voor advies (zie III.D.)

De Raad van State heeft zich uitgesproken over het ontwerp-KB dat het Regentbesluit van 6.2.46 houdende het reglement op het bewaren en het verkopen van gifstoffen wijzigt.

Dit ontwerp-KB behoudt de detailverkoop en de aflevering van amyl-, propyl- en butylnitriet, gebruikt voor de « poppers », voor aan officina-apothekers.

5. Een MB werd gepubliceerd dat de aflevering van flunitrazepam (probleem van mogelijke verslaving aan rohypnol) regelt; er werd een beperking van de aflevering opgelegd tot 1mg per dosis.

6. De wet die het mogelijk maakt om bepaalde magistrale bereidingen, inzonderheid vermageringscocktails, te verbieden, zowel op het niveau van het voorschrijven ervan door de geneesheer als het aanmaken ervan door de apotheker, werd gepubliceerd.

7. Met het oog op het optimaliseren van de kwaliteit van de magistrale bereidingen werd een initiatief genomen om samen met de beroepsverenigingen van apothekers een Federaal Medisch Galenisch formularium op te stellen. Dit bevat 'guidelines' voor een goed voorschrijven en bereiden van magistrale bereidingen.

Een KB regelt de controle op de kwaliteit en de identiteit van de grondstoffen. De fabrikanten en invoerders leveren gecontroleerde en conform verklaarde grondstoffen aan de officina-apothekers. Dit KB zal binnenkort gepubliceerd worden.

8. In uitvoering van de wet houdende sociale bepalingen van april 1996, die aan de Minister van Volksgezondheid de bevoegdheid geeft om de informatie over de geneesmiddelen, verstrekt door het Ministerie en door erkende organisaties, te regelen en te coördineren, werd als eerste aanzet een optimale samenwerking (het op elkaar afstemmen en vermijden van overlappingsen) tussen de bevoegde instanties (Doorzichtigheidscommissie en Belgisch Centrum voor Pharmacotherapeutische Informatie - BCPI) op punt gesteld. Er wordt onderzocht hoe de informatie afkomstig van deze organisaties via moderne telecommunicatiemiddelen, zoals CD-ROM en Internet, kan verspreid worden.

Voor 1998 werd het budget voorzien voor de objectieve informatie met 20 miljoen verhoogd, en zal een eerste concrete stap kunnen ondernomen worden inzake objectieve informatie verspreid bij de lokale geneesherenkringen door hiertoe opgeleide specialisten.

Bovendien zal deze nieuwe dienst ook kunnen gebruik maken van de Farmanetgegevens die via het RIZIV, in uitvoering van artikel 179 van de wet

par l'arrêté concernant les plantes. Celui-ci a été transmis pour avis au Conseil d'Etat (voir III.D.).

Le Conseil d'Etat s'est prononcé sur le projet d'AR modifiant l'Arrêté du Régent du 6.2.1946 portant règlement de la conservation et de la vente des substances vénéneuses.

Ce projet réserve aux pharmaciens d'officine la vente au détail et la délivrance de nitrite d'amyl, de propyl et de butyl utilisés pour la fabrication des « poppers ».

5. Un A.M. vient d'être publié qui règle la délivrance du flunitrazépam (problème de l'accoutumance éventuelle au Rohypnol); la délivrance a été limitée à 1mg/dose.

6. La loi qui permet d'interdire certaines préparations magistrales, en particulier les cocktails amalgamés, en ce qui concerne tant la prescription par le médecin que la préparation par le pharmacien, a été publiée.

7. En vue de l'optimisation de la qualité des préparations magistrales, une initiative a été prise visant à constituer, en collaboration avec les associations professionnelles des pharmaciens, un « formulaire médical galénique » fédéral. Ce dernier comporterait des directives concernant les bonnes pratiques de prescription et de préparation des préparations magistrales.

Un AR régit le contrôle de la qualité et de l'identité des matières premières. Les fabricants et les importateurs fournissent aux pharmaciens d'officine des matières premières contrôlées et déclarées conformes. Cet AR sera publié prochainement.

8. En exécution de la loi portant des dispositions sociales d'avril 1996, qui charge le Ministre de la Santé publique de régler et de coordonner les informations sur les médicaments fournies par le Ministère et par les organismes agréés, une première initiative a été prise sous la forme de l'organisation d'une collaboration optimale (harmonisation et prévention des chevauchements) entre les instances compétentes (Commission de transparence et Centre belge d'information pharmacothérapeutique CBIP). On examine actuellement comment diffuser les informations provenant de ces organisations par les moyens de télécommunication modernes comme le CD-ROM et Internet.

Le budget prévu pour 1998 pour l'information objective a été majoré de 20 millions et une première étape concrète consistera à faire diffuser des informations objectives dans les cercles locaux de médecins par des spécialistes ayant reçu la formation requise à cet effet.

En outre, ce nouveau service disposera aussi des données de Farmanet mises à la disposition du département de la Santé publique par l'INAMI, en

houdende sociale bepalingen van april 1996, doorgevoerd worden aan het departement volksgezondheid.

In uitvoering van diezelfde wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen werd het « Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie » uitgebreid met een diergeneeskundige afdeling met als doelstelling een gecommentarieerd repertorium voor geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik op te stellen zodat dit ter beschikking kan worden gesteld van de dierenartsen en de apothekers.

9. Ziekenhuisapotheek

Een KB, in uitvoering van de EMU-wet, tot wijziging van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, voorziet erin om aan de ziekenhuisapotheker de toelating te geven om geneesmiddelen af te leveren aan de personen die gehuisvest zijn in rust- en verzorgingstehuizen, in psychiatrische verzorgingstehuizen en in beschutte woningen. Dit KB werd recent gepubliceerd.

Een ontwerp-KB dat de aflevering van geneesmiddelen toelaat aan patienten die de verzorgingsinstelling verlaten, gedurende de daaropvolgende periode van 3 dagen, teneinde moeilijkheden in de bevoorrading te vermijden, werd voor advies aan de Raad van State overgemaakt.

In het *Belgisch Staatsblad* van 17.12.96 werd het KB van 28.10.96 tot wijziging van het KB van 4.3.91 houdende vaststelling van de normen waaraan de ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend gepubliceerd. Dit KB kwam er in uitvoering van een Europese richtlijn. Het legt minimumvoorwaarden op voor de opleiding van de ziekenhuisapotheker.

10. In het ontwerp van wet houdende sociale bepalingen werd een wijziging opgenomen van de wet betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica. Deze wijziging voorziet in een bijdrage vanwege de farmaceutische industrie, om de opdracht van de Farmaceutische Inspectie — het toezicht op de wettelijke handel in verdovende middelen, psychotrope stoffen en hun precursoren, stoffen met hormonale, antihormonale of antibiotische werking — te financieren.

11. Actieve implanteerbare medische hulpmiddelen

Het KB dat, in omzetting van de richtlijn 90/385, voorziet in de controle van de hulpmiddelen vooraleer ze op de markt gebracht worden, is klaar voor publikatie.

Het KB betreffende de medische hulpmiddelen, opgesteld in samenwerking met de Dienst der Ioniserende Straling, de Farmaceutische Inspectie, het Ministerie van Arbeid en Tewerkstelling en het Ministerie van Economische Zaken, voorziet in een

exécution de l'article 179 de la loi portant des dispositions sociales d'avril 1996.

En exécution de cette même loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, le « Centre belge d'information pharmaco-thérapeutique » a été complété par une section vétérinaire chargée d'établir un répertoire commenté des médicaments à usage vétérinaire qui pourrait être mis à la disposition des vétérinaires et des pharmaciens.

9. Les officines hospitalières

Un AR pris en exécution de la loi sur l'UME, modifiant la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, prévoit la possibilité d'autoriser le pharmacien hospitalier à délivrer des médicaments aux personnes qui séjournent dans des maisons de repos et de soins, dans des maisons de soins psychiatriques et dans des formules d'habitation protégée. Cet AR a été publié récemment.

Un projet d'AR autorisant la délivrance de médicaments aux patients qui quittent un établissement de soins, pendant une période de 3 jours suivant leur sortie, afin de leur éviter les difficultés d'approvisionnement, a été transmis pour avis au Conseil d'Etat.

L'AR du 28.10.1996 modifiant l'AR du 4.3.1991 relatif aux normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée, a été publié au *Moniteur belge* du 17.12.1996. Cet arrêté transpose une directive européenne et impose des conditions minimales pour la formation et l'expérience du pharmacien hospitalier.

10. Le projet de loi portant des dispositions sociales contient une modification de la loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, désinfectantes ou antiseptiques. Cette modification impose une redevance à l'industrie pharmaceutique destinée à financer la mission de l'Inspection de la Pharmacie consistant à contrôler le commerce légal des stupéfiants, des psychotropes et de leurs précurseurs, des substances à action hormonale, anti-hormonale ou antibiotique.

11. Dispositifs médicaux implantables actifs

L'AR transposant la Directive 90/385 qui prévoit le contrôle des dispositifs avant leur mise sur le marché, est prêt à être publié.

L'AR sur les dispositifs médicaux, établi en collaboration avec le Service de Protection contre les radiations ionisantes, l'Inspection de la Pharmacie, le Ministère de l'Emploi et Travail et le Ministère des Affaires économiques, prévoit le contrôle de ces dis-

controle van deze hulpmiddelen vooraleer ze op de markt komen. Binnenkort zal het KB voor advies naar de Raad van State gestuurd worden.

12. Een aantal besluiten werden opgesteld in uitvoering van de wet op de geneesmiddelen en rekening houdend met de Europese richtlijnen terzake. Het betreft het op punt stellen van een doorzichtig en efficiënt systeem voor het invoeren, het in bezit hebben, de distributie, het afleveren, en het voorschrijven van geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik door de apotheker en/of de dierenarts. Naast deze besluiten die werden opgesteld in samenspraak met het departement landbouw werden twee besluiten opgesteld in uitvoering van de wet op de uitoefening van de diergeneeskunde, die de opspoorbaarheid van residuen bij nutsdieren verhogen en die de verantwoordelijkheden van de dierenarts en van de verantwoordelijke van de dieren in het kader van de bedrijfsbegeleiding vastleggen. Al deze besluiten werden via notificatie door de Ministerraad aan de Raad van State gestuurd.

13. Bepaalde wijzigingen van de wet op de uitoefening van de diergeneeskunde werden opgemaakt in samenspraak met het departement landbouw en zullen opgenomen worden in de programmawet. Deze wijzigingen strekken ertoe een betere controle op het voorschrijven en het verschaffen van geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik mogelijk te maken en aldus de misbruiken in de sector efficiënter te kunnen bestrijden.

Daartoe werden in het bijzonder de straffen die toegepast worden ten opzichte van een dierenarts die overtredingen begaat verhoogd en op hetzelfde niveau gebracht als deze die in uitoefening van de wet op de geneesmiddelen toegepast worden ten aanzien van de apotheker die overtredingen begaat op vergelijkbare bepalingen. Tevens werd voor de dierenarts de mogelijkheid om magistrale bereidingen te maken afgeschaft.

Daarnaast voorziet de programmawet ook in de mogelijkheid om een wetenschappelijke raad op te richten die de regels voor goede diergeneeskundige praktijkuitoefening inzake het voorschrijven en het verschaffen van geneesmiddelen zal bepalen. Deze multidisciplinaire raad zal twee gewestelijke commissies ter beschikking hebben die de toepassing van deze regels zullen toetsen.

Opdat de leden van deze commissies over alle nuttige informatie zouden beschikken, wordt tevens voorzien dat ambtenaren van hetzij het Ministerie van Landbouw, hetzij van het Ministerie van Volksgezondheid de inbreuken die zij vaststellen in de uitoefening van hun ambt kunnen meedelen aan deze commissies zodat deze kunnen overgaan tot het opstellen van een proces-verbaal.

14. Een ontwerp-KB dat de voorwaarden bepaalt voor het beheer van een geneesmiddelendepot bij dierenartsen en dat er ondermeer toe strekt om in

positifs avant leur commercialisation. L'arrêté sera soumis prochainement pour avis au Conseil d'Etat.

12. Une série d'arrêtés ont été pris en exécution de la loi sur les médicaments et tenant compte des Directives européennes en la matière. Ils visent la mise au point d'un système transparent et efficace pour l'importation, la détention, la distribution, la délivrance et la prescription de médicaments à usage vétérinaire par le pharmacien et/ou le vétérinaire. Outre ces arrêtés qui ont été rédigés en concertation avec le département de l'Agriculture, deux arrêtés ont été établis en exécution de la loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire, dans le but d'améliorer le dépistage des résidus chez les animaux d'élevage; ils fixent la responsabilité du vétérinaire et du responsable des animaux dans le cadre de l'encadrement de l'entreprise. Ces arrêtés ont été transmis au Conseil d'Etat via notification par le Conseil des ministres.

13. Certaines modifications de la loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire ont été proposées en collaboration avec le département de l'Agriculture et seront insérées dans la loi-programme. Ces modifications visent un meilleur contrôle de la prescription et de la délivrance de médicaments à usage vétérinaire, ainsi qu'une lutte plus efficace contre les abus dans le secteur.

A cet effet, les peines prévues à l'encontre des vétérinaires qui commettent des infractions ont été rendues plus sévères et ont été portées au niveau de celles prévues par la loi sur les médicaments à l'encontre des pharmaciens qui enfreignent des dispositions similaires. De plus, la possibilité dont disposait le vétérinaire de préparer des préparations magistrales est supprimée.

La loi-programme prévoit également la possibilité de créer un conseil scientifique qui déterminera les règles de bonne pratique vétérinaire en ce qui concerne la prescription et la délivrance de médicaments. Ce conseil multidisciplinaire disposera de deux commissions régionales qui surveilleront l'application de ces règles.

Afin que les membres de ces commissions disposent de toutes les informations nécessaires, il est aussi prévu que des fonctionnaires soit du Ministère de l'Agriculture, soit du Ministère de la Santé publique puissent communiquer les infractions constatées dans l'exercice de leurs fonctions à ces commissions afin de permettre à ces dernières de dresser procès-verbal.

14. Un projet d'AR a été rédigé qui détermine les conditions de gestion d'un dépôt de médicaments tenu par des vétérinaires et qui vise notamment à ce

een geneesmiddelenassociatie één dierenarts aan te duiden voor het beheer ervan, werd opgesteld.

Een ontwerp-KB inzake de voorwaarden waaronder monsters voor geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik kunnen verdeeld worden, wordt voorbereid.

D. PLANTENBESLUIT

Het KB betreffende de fabricage van en in de handel brengen van voedingsmiddelen die uit plantenbereidingen samengesteld zijn of deze bevatten, definieert de grens tussen voedingssupplement en geneesmiddel.

De op te richten gemengde commissie voor de plantenbereidingen zal nauw toezicht kunnen houden om een correcte gang van zaken te garanderen. Een constante evaluatie van de plantenlijsten, rekening houdend met de wetenschappelijke vooruitgang, behoort tot de hoofdpodochten van deze commissie.

In het kader van de bescherming van de consument vormt het een werkmiddel om cocktails met mogelijk schadelijke gevolgen van de markt te kunnen halen.

Tenslotte vormt het plantenbesluit de basis om de wetgeving rond therapeutische claims en ongeoorloofde publiciteit verder uit te werken.

IV. GEZONDHEID EN LEEFMILIEU

In juni 1997 maakte de Wereldgezondheidsorganisatie haar rapport bekend over gezondheid en milieu, en voor een duurzame ontwikkeling. Dit document zal als basis dienen voor nationale actieplannen over gezondheidsproblemen die te maken hebben met het milieu.

Ter voorbereiding van de Conferentie over « Milieu en Gezondheid : partnerschap voor de 21^e eeuw — praktische uitwerking », die in 1999 in Londen zal worden gehouden, heeft het Europees Comité voor Milieu en Gezondheid (ECMG — gemengd comité WGO/Economische Commissie) alle Lidstaten verzocht een nationaal programma inzake gezondheid en milieu op te stellen.

Hiertoe heeft het federaal Departement van Volksgezondheid een technische groep opgericht, waarin alle betrokkenen van alle beleidsniveaus zitting hebben. Deze groep is ermee belast :

— alle bestaande informatie te vergaren over de relatie tussen gezondheid en milieu in ons land;

— na te gaan in hoeverre een Belgisch plan Gezondheid-Milieu uitvoerbaar is;

— de prioriteiten van de acties in dit kader precies aan te wijzen.

Een veertigtal experts inzake gezondheid (huisartsen, kankerspecialisten, ...) en milieu (water, voe-

que dans une association de médicaments, un vétérinaire soit désigné pour assurer la gestion. Un projet d'AR fixant les conditions de distribution des échantillons de médicaments à usage vétérinaire est en préparation.

D. L'ARRETE SUR LES PLANTES

L'AR relatif à la fabrication et au commerce de denrées alimentaires composées ou contenant des plantes ou des préparations de plantes définit la différence entre un supplément alimentaire et un médicament.

La commission mixte, qui est à constituer et qui traitera des préparations de plantes exercera une surveillance très stricte de ce secteur afin de garantir le bon déroulement des opérations. Une évaluation constante des listes de plantes en fonction des progrès scientifiques, est l'une des principales missions de cette commission.

Dans le contexte de la protection du consommateur, il s'agit d'un instrument grâce auquel il devrait être possible de retirer du marché des cocktails dont les conséquences peuvent être nocives.

Enfin, cet arrêté constitue aussi une base qui devrait permettre de développer la législation relative aux allégations thérapeutiques et à l'interdiction de la publicité.

IV. RELATIONS SANTE — ENVIRONNEMENT

L'Organisation mondiale de la santé a publié en juin 1997 le « Rapport sur la santé et l'environnement pour le développement durable ». Ce document servira de base à l'élaboration de plans d'action nationaux en matière de problèmes de santé liés à l'environnement.

En préparation à la Conférence « Environnement et santé : le partenariat du 21^e siècle — mise en œuvre pratique », qui aura lieu à Londres en 1999, le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES — comité mixte OMS/Commission économique) a par ailleurs demandé à tous les Etats membres de produire un programme national santé-environnement.

Pour réaliser ce but, le département fédéral de la Santé publique a ainsi mis en place un groupe technique regroupant tous les acteurs concernés — tout niveau de pouvoir confondu. Ce groupe est chargé de :

— rassembler l'information existante en ce qui concerne les liens santé-environnement dans notre pays;

— examiner la faisabilité d'un plan belge santé-environnement;

— cibler les priorités d'actions à inscrire dans ce cadre.

Une quarantaine d'experts de la santé (généralistes, cancérologues, ...) et de l'environnement (spécia-

dingsmiddelen, gevaarlijke produkten, ...) hebben vooraf een balans opgemaakt van de ziekten die verband houden met milieuhinder en een wegingsmethodologie opgesteld om de belangrijkste problemen te kunnen blootleggen.

Op grond van die gegevens is de groep thans bezig met :

- het opstellen van een globaal plan gezondheid-milieu dat beantwoordt aan de aanbevelingen van het ECMG en toch de klemtoon legt op de oorspronkelijke methode die werd ontwikkeld voor het vaststellen van de prioriteiten alsook op de feiten zoals die zich in ons land op het gebied van de milieugezondheid voordoen;

- het onderzoeken van een reeks praktische toepassingen met betrekking tot het beperken van luchtvervuilende stoffen (ozon, benzeen, ...) (zie de hiernavolgende punten).

Het globaal plan « gezondheid-milieu » zal ter goedkeuring aan de verruimde Interministeriële Conferentie Gezondheid-Milieu worden voorgelegd.

A. BESTRIJDING VAN TROPOSFERISCHE OZON

Voor de zomermaanden werd uitgaande van de ervaringen van vorig jaar door de NMBS in overleg met Volksgezondheid een hernieuwde inspanning in het kader van de strijd tegen de hoge ozonconcentraties geleverd. Tijdens deze maanden werd de 10 voor 6 rittenkaart (dus 40 % korting) aangeboden. Maar ook tijdens de overige maanden wordt de inspanning verder gezet via de ozonkaart 10 voor 8 (20 % korting). Van de 10 voor 6 ozonkaart werden er deze zomer in totaal 82 672 verkocht.

Voor de eerste keer hebben ook de regionale vervoersmaatschappijen deelgenomen aan de zomeractie tegen ozon. In deze periode was een dagpas van De Lijn, de MIVB of de TEC ook de daaropvolgende dag geldig. In vergelijking met vorig jaar werd er een duidelijke stijging van de verkoop waargenomen : De Lijn 5 938 ('96) en 8 652 ('97), de TEC 6 530 ('96) en 10 453 ('97). Voor de MIVB kon dergelijke vergelijking niet gemaakt worden omdat het huidige systeem van dagpassen slechts sinds februari '97 bestaat. Vergelijken we het trimester juli-september met april-juni dan valt wel een stijging met 29% te noteren.

In verband met de andere ozon-maatregelen van de ministerraad van 28 maart 1997 wordt hieronder de stand van zaken weergegeven :

1. Voorspellingsmodellen :

Binnen het onderzoeksprogramma « Global Change » werd in juli '96 een oproep tot het indienen van voorstellen met betrekking tot de ozonproblematiek gedaan. 6 onderzoeksvoorstellen werden ingediend waarvan er 3 na evaluatie door buitenlandse exper-

listes de l'eau, des denrées alimentaires, des produits dangereux, ...) ont au préalable développé un bilan des pathologies liées aux nuisances environnementales ainsi qu'une méthodologie de pondération afin de dégager les problèmes les plus importants.

A partir de ces données, le groupe technique est actuellement en train de :

- élaborer un plan global santé-environnement qui répond aux recommandations du CEES, tout en mettant l'accent sur la méthode originale qui a été développée pour fixer les priorités ainsi que sur les réalités rencontrées dans notre pays en matière de santé environnementale;

- examiner une série d'applications pratiques concernant la limitation des polluants atmosphériques (ozone, benzène, ...) (cf. mesures concrètes décrites ci-dessous)

Le plan global « santé-environnement » sera soumis, pour approbation, à la Conférence interministérielle élargie Santé - Environnement.

A. LUTTE CONTRE L'OZONE TROPOSPHERIQUE

Se basant sur l'expérience acquise l'année dernière, la SNCB a décidé de fournir pendant les mois d'été un nouvel effort dans la lutte contre l'ozone, en collaboration avec la Santé publique. Pendant les mois visés, elle a proposé au public des Cartes 10 pour 6 (40% de réduction donc). Mais cette fois, l'effort est poursuivi pendant les autres mois de l'année, par l'entremise de la Carte Ozone 10 pour 8 (20% de réduction). Pas moins de 82 672 Cartes 10 pour 6 ont été vendues cet été.

Pour la première fois, les sociétés régionales de transport en commun ont également participé à l'action. Pendant les vacances d'été, le TEC, la STIB et De Lijn ont proposé une carte journalière qui restait valable le jour suivant. Par comparaison avec l'année dernière, la vente de cartes journalières a sensiblement augmenté : De Lijn 5 938 ('96) et 8 652 ('97), le TEC 6 530 ('96) et 10.453 ('97). Pour la SNCB, une telle comparaison ne peut être faite parce que le système des cartes journalières n'existe que depuis février 1997. Si nous comparons le trimestre juillet-septembre avec avril-juin, on peut noter une augmentation de 29%.

Pour ce qui est des autres mesures de lutte contre l'ozone, décidées par le Conseil des ministres du 28 mars 1997, la situation se présente comme suit :

1. Modèles prédictifs :

Dans le cadre du programme « Global Change », un appel a été lancé en juillet 1996 en vue de l'introduction de propositions relatives à la problématique de l'ozone. Six projets de recherche ont été introduits dont 3 ont été retenus après évaluation par des ex-

ten werden weerhouden voor een totaal bedrag van 109 miljoen BEF over 4 jaar.

Begin 1998 volgt een tweede oproep.

2. Beperking van producten die vluchtige solventen bevatten

Het wetsontwerp productnormen is reeds door de Ministerraad behandeld geworden maar voor een aantal correcties naar een werkgroep verwezen. Van zodra het wetsontwerp is goedgekeurd zullen de nodige uitvoeringsbesluiten worden getroffen om de producten die vluchtige solventen bevatten te normeren.

3. Beperking van dampverliezen van benzine

De EG-richtlijn 94/63 (ook stage-one richtlijn genoemd) beoogt de beperking van de dampverliezen van de stockage van benzines in de raffinaderijen, de opslagplaatsen en de benzinestations evenals de verdeling van benzine met lichters, tankwagons en tankwagens, tussen de hierboven vermelde opslagplaatsen. De gewesten hebben het gedeelte dat tot hun bevoegdheden behoort (milieu) omgezet in 1996. De bepalingen met betrekking tot het weg-, spoor- en waterwegvervoer moeten nog omgezet worden.

Een ontwerp richtlijn stage two blijkt op Europees vlak zeer moeilijk tot stand te komen. Ze beoogt het uitrusten van ofwel de benzinevoertuigen met een systeem dat alle benzinedampen recupereert ofwel van de servicestations met een damprecuperatiesysteem. De industrie heeft echter het recuperatiesysteem op de wagens categoriek verworpen. De gewesten blijken echter wel bereid te zijn om niet op de Europese Commissie te wachten en om reeds, op vrijwillige basis, de introductie van het damprecuperatiesysteem in de servicestations in te voeren.

De maximaal toegelaten dampspanning van benzine in de zomer werd door een recent besluit verlaagd van 95 naar 80 kPa.

4. Programma betreffende grote stookinstallaties

De richtlijn 88/609 werd omgezet door de 3 Gewesten. De Commissievergaderingen met betrekking tot de herziening van de richtlijn worden gevolgd door de gewesten.

5. Technische controle op uitlaatgassen (diesel- en benzinewagens)

De meting van de uitlaatgassen van in het verkeer gebrachte voertuigen wordt geregeld via de EG richt-

perts étrangers, pour un montant total de 109 millions de FB sur 4 ans.

Un second appel sera lancé début 1998.

2. Limitation des produits contenant des solvants volatils

Le projet de loi sur les normes de produit a déjà été traité par le Conseil des ministres; il a été renvoyé en groupe de travail pour quelques corrections. Dès qu'il aura été approuvé, les arrêtés d'exécution requis seront pris permettant d'imposer des normes pour les produits contenant des solvants volatils.

3. Limitation des pertes d'essence par évaporation

La Directive 94/63 (dénommée aussi Directive « phase I ») vise la limitation des pertes d'essence par évaporation dans les installations de stockage des raffineries, dans les réservoirs de stockage et dans les stations-services, ainsi qu'au cours du transport d'essence par allèges, wagons-citernes et camions-citernes entre les sites de stockage énoncés ci-avant. Les Régions ont transposé en 1996 la partie qui relève de leurs compétences (environnement). Les dispositions concernant le transport par route, par rail et par voie navigable doivent encore être transposées.

Un projet de Directive « phase II » semble difficile à réaliser au niveau européen. Une telle Directive vise l'équipement des véhicules à essence d'un système récupérant toutes les vapeurs d'essence ou l'installation d'un système de récupération des vapeurs d'essence dans les stations-services. L'industrie a, en effet, rejeté catégoriquement l'idée d'un système de récupération installé sur les véhicules. Les Régions semblent toutefois décidées à ne pas attendre la Commission européenne et à introduire, sur une base volontaire, le système de récupération des vapeurs dans les stations-services.

La tension de vapeur maximale admissible dans l'essence en été vient d'être abaissée de 95 à 80 kPa.

4. Programme concernant les grandes installations de combustion

La Directive 88/609 a été transposée par les 3 Régions qui suivent les réunions de la Commission relatives à la révision de la Directive.

5. Contrôle technique des gaz d'échappement (voitures diesel et essence)

La mesure des gaz d'échappement des véhicules mis en circulation est régie par la Directive CE 92/55.

lijn 92/55. De procedure houdende toepassing van bovenvermelde richtlijn is afgerond, zodat betreffend KB op korte termijn zal gepubliceerd worden.

Op dat ogenblik zal de werking van catalysatoren (lambda-sonde) en uiteraard de hoeveelheid CO, CO₂, NO_x en HC gecontroleerd worden bij voertuigen met benzine, LPG en NGV (aardgas) motoren.

Wat de particeldichtheid (hoeveelheid deeltjes) in de uitlaatgassen van dieselmotoren betreft voorziet het ontwerp-KB in een overgangsfase die aanvat bij de publicatie en waardoor zal gestart worden met de metingen. Er zal op relatief korte termijn (bv. 2 jaar) overgegaan worden tot de keuring van alle onderworpen voertuigen.

6. Internationale protocollen

Inzake het protocol van Sofia betreffende de bestrijding van de emissies van stikstofoxyden (NO_x) is het zo dat België de doelstelling, namelijk de stabilisatie van de NO_x-emissies in 1994 t.o.v. 1987 niet bereikt heeft, maar wel vanaf 1995.

België was oorspronkelijk niet van plan het protocol van 1988 te ratificeren, maar wel het nieuwe protocol dat in voorbereiding is (beslissing van de Interministeriële Conferentie Leefmilieu van 1994). Omdat nu blijkt dat het nieuwe protocol niet het oude zal vervangen maar eerder zal aanvullen is het de bedoeling om dat oude protocol alsnog te ratificeren. Er zal dan een verklaring worden afgelegd dat België de doelstelling slechts bereikt vanaf 1995.

Inzake het protocol van Genève betreffende de beheersing van de emissies van Vluchtige Organische stoffen (VOC) is de ratificatieprocedure lopende in elk der 3 Gewesten. De fase van de eerste lezing is in elk Gewest reeds voorbij.

7. Auto-oil maatregelen

Op de Milieuraad van juni 1997 werd de volgende kalender ter reductie van atmosferische verontreiniging door auto's aanvaard (alle waarden zijn uitgedrukt in g/km) :

	CO	HC	Nox	HC + Nox	PM ⁽¹⁾
Nu :					
Benzine	2,7	0,341	0,252	—	—
Diesel	1	—	0,63	0,71	0,08
Directe injectie	—	—	0,81	0,91	0,1
2000 (bindend)					
Benzine	2,3	0,2	0,15	—	—
Diesel	0,64	—	0,5	0,56	0,05
2005 (indicatief)					
Benzine	1	0,1	0,08	—	—
Diesel	0,5	—	0,25	0,3	0,025

⁽¹⁾ Verklaring van de scheikundige symbolen : CO : koolstofmonoxide; HC : koolwaterstoffen; NO_x : stikstofoxiden; PM : particeldichtheid.

La procédure appliquant ladite directive a été finalisée et l'AR correspondant sera publié incessamment.

A partir de là, le fonctionnement des catalyseurs (sonde Lambda) et, bien entendu, les quantités de CO, CO₂, NO_x et HC seront contrôlés sur les véhicules à essence, LPG et NGV (gaz naturel).

En ce qui concerne la densité des particules (quantité de particules) dans les gaz d'échappement des moteurs diesel, le projet d'AR prévoit une phase transitoire qui prendra cours à la date de publication et qui verra le démarrage des mesures. Tous les véhicules soumis à cette réglementation seront contrôlés dans un délai relativement bref (p.ex. 2 ans).

6. Protocoles internationaux

Au sujet du Protocole de Sofia concernant la lutte contre les émissions d'oxydes d'azote (NO_x), signalons que la Belgique n'a pas atteint l'objectif fixé, qui était la stabilisation des émissions de NO_x en 1994 par rapport à 1987, mais qu'elle l'a atteint en 1995.

A l'origine, la Belgique n'avait pas l'intention de ratifier le Protocole de 1988 mais bien le nouveau Protocole en préparation (décision de la Conférence interministérielle Environnement de 1994). Comme il apparaît à présent que le nouveau Protocole ne remplacera pas l'ancien mais le complétera plutôt, le but est de ratifier encore l'ancien Protocole. Une déclaration sera faite précisant que la Belgique n'a atteint l'objectif qu'à partir de 1995.

Quant au Protocole de Genève concernant la maîtrise des émissions de composés organiques volatils (COV), la procédure de ratification est en cours dans les trois Régions. La phase de première lecture est dépassée dans chaque Région.

7. Mesures Auto-oil

Lors du Conseil Environnement de juin 1997, le calendrier suivant a été retenu pour la réduction de la pollution atmosphérique due aux véhicules automobiles (toutes les valeurs sont exprimées en g/km) :

	CO	HC	Nox	HC + Nox	PM ¹
A présent :					
Essence	2,7	0,341	0,252	—	—
Diesel	1	—	0,63	0,71	0,08
Injection directe	—	—	0,81	0,91	0,1
2000 (impératif)					
Essence	2,3	0,2	0,15	—	—
Diesel	0,64	—	0,5	0,56	0,05
2005 (indicatif)					
Essence	1	0,1	0,08	—	—
Diesel	0,5	—	0,25	0,3	0,025

⁽¹⁾ Explication des symboles chimiques : CO : monoxyde de carbone; HC : hydrocarbures; NO_x : oxydes d'azote; PM : densité des particules.

8. Fiscale stimuli voor « low emission » voertuigen

De diensten van Financiën zullen een evaluatie maken van de verschillende rapporten die door de verschillende administraties en werkgroepen over dit onderwerp werden gemaakt.

9. Algemeen reductieplan Ozon

De diensten van het Wetenschapsbeleid werden gevraagd om het algemeen reductieplan OZON te laten evalueren op (1) hun efficiëntie, d.w.z. hun graad van impact op de ozongehaltes; (2) de tijd nodig om ze te implementeren; (3) hun kostprijs.

B. HORMOONONTREGELAARS

In België, zoals in de meeste Westerse landen, is bijna de ganse bevolking blootgesteld aan stoffen die de hormonenhuishouding van de mens beïnvloeden zodat effecten op voortplanting en ontwikkeling — zij het mogelijk van subtiele aard — biologisch plausibel zijn.

De hormonenontregelende effecten die in de wetenschappelijke literatuur zijn vermeld worden toegeschreven aan stoffen en groepen stoffen zoals : bestrijdingsmiddelen (o.a. lindaan, dieldrin, etc...), polychloorbifenylen (PCB's), dioxinen, ftalaten, alkylfenol – polyethoxylaten, polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's), fyto-oestrogenen, farmaceutica. Naast resultaten uit proefdieronderzoek en in vitro-onderzoek in cellen en orgaansystemen, zijn andere aanwijzingen voor een mogelijke invloed van hormoonontregelaars op de voortplanting en ontwikkeling van de mens verkregen uit epidemiologisch onderzoek. Een moeilijkheid bij het interpreteren van deze aanwijzingen hangt samen met de aanwezigheid van andere factoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van afwijkingen bij voortplanting en ontwikkeling, zoals genetische factoren, ziekten, straling en het gebruik van genotmiddelen.

Andere effecten op de gezondheid veroorzaakt door hormonenontregelaars werden in specifieke gevallen vastgesteld. Twee voorbeelden : (1) het gebruik van DES (diëthylstilbestrol) vanaf de jaren '40 tot de jaren '70 ter voorkoming van een miskraam en van complicaties tijdens de zwangerschap leidde tot clear-cell-carcinomen in baarmoederhals en vagina bij vrouwelijke nakomelingen van de blootgestelde moeders; (2) bij baby's zijn aan de blootstelling van dioxinen en PCB's effecten op de neurologische en psychomotorische ontwikkeling gevonden. Er is dus reden om de blootstelling aan hormoonontregelaars oplettend te volgen.

Voor wat de blootstelling van hormonenontregelaars in voedingsstoffen betreft worden op regelmati-

8. Incitants fiscaux pour les véhicules « low emission »

Les services des Finances évalueront les différents rapports consacrés à ce thème par plusieurs administrations et groupes de travail.

9. Plan général de réduction de l'ozone

Les services de la Politique scientifique ont été chargés de faire évaluer le plan général de réduction de l'ozone en ce qui concerne : (1) son efficacité, c-à-d. l'importance de son impact sur les concentrations d'ozone; (2) le temps requis pour l'implémenter; (3) son coût.

B. DEREGULATEURS DU SYSTEME HORMONAL

En Belgique, tout comme la plupart des pays occidentaux, la population dans son ensemble est exposée à des substances qui ont un impact sur le système hormonal de l'être humain, ce qui fait que des effets — même subtils — sur la procréation et le développement sont biologiquement plausibles.

Les effets dérégulateurs du système hormonal mentionnés dans la littérature sont attribués à des substances ou des groupes de substances comme : les pesticides (notamment lindane, dieldrine, etc...), les polychlorobiphényles (PCB), les dioxines, les phtalates, les alkyle-phénol – polyéthoxylates, les hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA), les phyto-oestrogènes, les produits pharmaceutiques. Outre les résultats des expériences réalisées sur des animaux et des essais in vitro sur des cellules et systèmes organiques, d'autres indications d'une influence possible des dérégulateurs du système hormonal sur la procréation et le développement de l'homme ont été obtenues grâce aux recherches épidémiologiques. La difficulté de l'interprétation de ces indications réside dans la présence d'autres facteurs susceptibles de générer des anomalies dans la procréation et le développement; songeons à cet égard aux facteurs génétiques, aux maladies, aux radiations et à l'utilisation de stimulants.

D'autres effets sur la santé des dérégulateurs hormonaux ont été constatés dans des cas spécifiques. Deux exemples : (1) l'utilisation de DES (diéthylstilbestrol) des années 40 aux années 70 pour prévenir les fausses couches et les complications pendant la grossesse a provoqué des carcinomes à cellules claires au niveau du col de l'utérus et du vagin de la descendance féminine des mères exposées; (2) des troubles du développement neurologique et psychomoteur ont été constatés chez des bébés exposés aux dioxines et aux PCB. Il y a donc de bonnes raisons de suivre de près l'exposition aux dérégulateurs du système hormonal.

Pour ce qui est de l'exposition à ce type de substances présentes dans les denrées alimentaires, des ana-

ge basis analyses van dioxinen in melk verricht. Ook steekproeven van dioxinen in vis werden uitgevoerd. Deze resultaten tonen aan dat alleen de dioxinegehalten in hoefmelk tot waakzaamheid nopen. Een onderzoek van het wetenschappelijk comité voor voedingswaren van de EEG naar de kontaminatie van babymelkpoeder door ftalaten wijst uit dat de vastgestelde waarden ver onder de internationale normen liggen. De vervuiling van het leefmilieu door ftalaten dient evenwel nauw opgevolgd te worden. Deze blijkt immers veel hoger dan de vastgestelde niveau's in Eetwaren.

Om een adequaat beleid te kunnen voeren werd aan een interuniversitaire groep gevraagd een inventaris van de bronnen van hormoonontregelaars in België en de reeds waargenomen effecten op de gezondheid op te stellen.

C. BENZEEN

De Hoge Gezondheidsraad heeft een advies uitgebracht over de gevaren van benzeen. De Raad besluit dat de blootstelling van de bevolking aan benzeen tot een minimum moet beperkt worden, en één der belangrijkste middelen daartoe is het verlagen van het benzeengehalte in de benzine. Mede op initiatief van België werd daarom onlangs beslist om het benzeengehalte in benzine in de EU te verlagen tot 1 % tegen het jaar 2000.

V. ONDERZOEK — INFORMATIE — EVALUATIE

A. REGISTRATIE IN HET ZIEKENHUIS

De komende jaren zullen een aantal initiatieven worden genomen, die gemeenschappelijk zijn t.a.v. de minimale klinische, verpleegkundige en psychiatrische gegevens, met eigen accenten naargelang het type van gegevensverzameling.

Door het toepassen van een unieke patiëntencode, en door zgn. « encryptie » van deze code, die terug identificeren onmogelijk maakt, kan de huidige registratie per opname verlaten worden. Dit laat dan toe, de verschillende opnamen van één patiënt aan elkaar te koppelen, en ook voor één patiënt de MKG, MVG en eventuele MPG met elkaar te verbinden. De epidemiologische en beleidsondersteunende waarde van de minimale gegevens zal hierdoor sterk toenemen, zonder dat de privacy van de patiënt in het gedrang komt.

Een verdere informatisering — ook via telematica — zal de opvraging en verwerking betrouwbaarder en sneller doen verlopen, en ook de feedback efficiënter maken. Deze feedback betreft zowel de gegevens van de instelling zelf, als een nationale

lyses de dépistage de dioxine dans le lait sont effectuées régulièrement. Des échantillons sont également prélevés dans le poisson afin de détecter la présence de dioxines. Les résultats indiquent que la vigilance est de mise en ce qui concerne les dioxines dans le lait de vache. Une enquête au sujet de la contamination du lait en poudre pour nourrissons par les phtalates, réalisée par le Comité scientifique de l'alimentation de la CEE, a démontré que les valeurs mesurées sont largement inférieures aux normes internationales. La pollution de l'environnement par les phtalates doit toutefois être suivie de près. Celle-ci semble d'ailleurs atteindre des valeurs largement supérieures à celles mesurées dans les aliments.

Afin de pouvoir mener une politique vraiment adéquate, un groupe universitaire a été chargé de dresser l'inventaire des sources de dérégulateurs du système hormonal en Belgique et des effets sur la santé qui ont déjà été constatés.

C. LE BENZENE

Le Conseil supérieur d'hygiène a émis un avis sur les dangers du benzène. Il a décidé que l'exposition de la population au benzène devait être limitée au maximum, et que l'un des moyens pour y parvenir était de diminuer la teneur en benzène de l'essence. A l'initiative notamment de la Belgique, une décision est également intervenue récemment au niveau européen, visant à réduire la teneur en benzène de l'essence à 1% pour l'an 2000.

V. RECHERCHE — INFORMATION — ENREGISTREMENT

A. ENREGISTREMENT HOSPITALIER

Au cours des prochaines années, une série d'initiatives communes seront prises à l'égard des résumés cliniques, infirmiers et psychiatriques minimums, avec des accents différents selon le type de données collectées.

Grâce à l'application d'un code-patient unique et au « cryptage » de ce code, qui empêche toute réidentification, l'enregistrement actuel par admission pourra être abandonné. Il sera ainsi possible de lier les différentes admissions d'un patient et également d'associer, pour un même patient, le RCM, le RIM et éventuellement le RPM. La valeur épidémiologique des résumés minimums et leur intérêt comme facteur étayant la prise de décision politique augmenteront considérablement, sans pour autant mettre en péril le respect de la vie privée du patient.

La poursuite de l'informatisation — également par le biais de la télématique — permettra une collecte et un traitement plus rapides et plus fiables et un feedback plus efficace. Ce feedback a trait tant aux données de l'établissement lui-même qu'à leur globa-

globalisering ervan, en moeten het ziekenhuis toelaten zichzelf te situeren én hiermee het interne beleid te ondersteunen. In het algemeen moet het belang van deze registratie(s) als beleidsinstrument worden benadrukt.

Eerstdaags start een externe audit, vanuit het Departement, welke de verzamelde gegevens op juistheid en betrouwbaarheid moeten toetsen. Dit geldt vooral de MKG en MVG, maar ook de werking van het MPG-systeem zal aan een analyse en evaluatie worden onderworpen. Deze evaluatie zal bijdragen tot een « actualisering » van deze registratie.

Nu reeds is duidelijk dat de drie registratietechnieken een actualisering vergen :

— voor de MVG, teneinde beter aan te sluiten bij de toegenomen specialisatie in de verpleegkunde;

— voor de MKG, ter verificatie en eventuele aanpassing van het gebruik van V-codes;

— voor de MPG, met het oog op een herziening, onder meer op basis van commentaren en een eerste evaluatie.

De registratiesystemen moeten hun bruikbaarheid bewijzen als kwaliteitsinstrument, en kunnen — onder meer — een bijdrage leveren tot de ontwikkeling van de « peer review » in verschillende domeinen van de medische, verpleegkundige en sociale dienstverlening.

Gevalideerde databestanden zijn een onschatbare bron voor wetenschappelijk — o.m. epidemiologisch — onderzoek; via informatisering moet optimaal gebruik door overheids- en wetenschappelijke instellingen mogelijk gemaakt worden. De informatie dient ook benut te worden voor het optimaliseren van gericht onderzoek, bvb. naar besmettelijke ziekten.

Tenslotte zijn een aantal ontwikkelingen eigen aan een specifiek type van registratie :

— de koppeling van MKG aan het medisch dossier in het ziekenhuis en — op termijn — aan het Algemeen Medisch Dossier bij de huisarts;

— de exploitatie van MVG als « staffingsinstrument » in het ziekenhuis, ter ondersteuning van het personeelsbeleid;

— het gebruik van MPG, na uitbreiding van de toepassing ervan tot beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen, als instrument voor de analyse en opvolging van de zorgvernieuwing in de psychiatrie.

B. NET VAN GEZONDHEIDSSCHOLEN EN -CENTRA

De verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking vereist het opvolgen van de evolutie van het wetenschappelijk onderzoek terzake.

Op basis van een overeenkomst tussen het Ministerie van Volksgezondheid en de Universiteit Gent werd in 1996 een databank opgestart, waarin alle studies en cijfergegevens van alle Belgische scholen

lisatie; l'hôpital pourra ainsi se situer et appuyer la politique interne. D'une manière générale, il convient de souligner l'importance de cet(ces) enregistrement(s) comme instrument de prise de décision.

Un audit externe réalisé par le département démarrera très prochainement; il a pour but de vérifier l'exactitude et la fiabilité des données. Cela vaut surtout pour les RCM et RIM, mais le fonctionnement du RPM sera, à son tour, soumis à analyse et évaluation. Cette évaluation contribuera à l'actualisation de l'enregistrement.

Il est dès à présent évident que l'actualisation s'impose pour ces trois techniques d'enregistrement :

— pour le RIM, afin de le rendre plus conforme à la spécialisation croissante de la profession infirmière;

— pour le RCM, en vue de vérifier et éventuellement d'adapter l'utilisation des codes V;

— pour le RPM, en vue d'une révision, notamment sur la base des commentaires et d'une première évaluation.

Les systèmes d'enregistrement doivent faire la preuve de leur utilité comme instrument de promotion de la qualité et peuvent — notamment — contribuer au développement de l'évaluation par les pairs dans les différents domaines qui constituent le secteur médical, infirmier et social.

Des banques de données validées sont une source d'informations inépuisable pour la recherche scientifique — entre autres épidémiologique; l'informatisation doit permettre une utilisation optimale de ces informations par les organismes publics et les établissements scientifiques. L'information ainsi disponible doit dès lors être utilisée dans le but d'optimiser la recherche ciblée, p.ex. sur les maladies transmissibles.

Enfin, une série de développements sont propres à un type précis d'enregistrement :

— la liaison du RCM au dossier médical au sein de l'hôpital et — à terme — au Dossier médical général tenu par le généraliste;

— l'exploitation du RIM comme instrument de gestion du personnel à l'intérieur de l'hôpital, pour étayer la politique des ressources humaines;

— la mise en œuvre du RPM après extension de son application aux formules d'habitation protégée et aux maisons de soins psychiatriques, comme instrument de l'analyse et du suivi dans l'évolution des soins en psychiatrie.

B. RESEAU D'ECOLES ET CENTRES DE SANTE

L'amélioration de l'état de santé de la population exige un suivi de l'évolution de la recherche dans ce domaine.

Sur base d'une convention entre le ministère de la Santé publique et l'Université de Gand, une banque de données qui reprend toutes les études et informations chiffrées rassemblées par les écoles et centres

en centra voor volksgezondheid worden opgenomen. Hierdoor zal het mogelijk zijn overlappingen inzake onderzoek te vermijden en zal men snel over gestructureerde informatie inzake specifieke gezondheidsproblemen kunnen beschikken.

Er werd reeds :

- een inventaris opgemaakt van het onderzoek dat tussen 1985 en 1995 in het Nederlandstalige landsgedeelte werd uitgevoerd en eenzelfde initiatief voor de Franstalige instituten werd genomen;

- een methodologie ontwikkeld om deze onderzoeken in te delen volgens de doelstellingen die door de WGO werden vooropgezet in « Gezondheid voor iedereen : programma voor het jaar 2000 »;

- een lijst opgemaakt van de onderzoeksdomeinen die ruim vertegenwoordigd zijn (infectieziekten, gezondheid op het werk, kwaliteit van de zorg, ...) alsook van de nog bestaande lacunes (gezondheidsbeleid,...).

Er worden thans verschillende wegen onderzocht om op termijn het reeds uitgevoerde werk op te nemen in een globaal netwerk van gegevens over volksgezondheid.

C. MORTALITEIT EN MORBIDITEIT

1. Mortaliteitsregistratie

Tot op heden wordt in België een overlijdensformulier gebruikt dat niet aan de normen van de Wereldgezondheidsorganisatie aangepast is. Hierdoor is de informatie die uit het Belgische overlijdensformulier gehaald wordt niet steeds even accuraat.

In de loop van 1997 werd, in nauw overleg met de gemeenschappen en de gewesten, in invoering van het gestandaardiseerde overlijdensformulier van de W.G.O. opgestart. Door de initiëren van dit formulier zal de kwaliteit van de overlijdensstatistiek gevoelig verhogen. Daarenboven zal de codering, die in de gemeenschappen en de gewesten gebeurt, zodanig zijn dat een globale endegelijke Belgische statistiek kan verschijnen die binnen de kortst mogelijke termijn een overzicht biedt van de sterfte-oorzaken in België.

2. Morbiditeitsregistratie

Er bestaat geen officiële globale Belgische morbiditeitsstatistiek. Daar staat tegenover dat tal van organisaties zelf een eigen beperkte registratie uitbouwen. Door het ontbreken van uniformiteit binnen de opzet van de registratiesystemen zijn ze echter niet vergelijkbaar. Tenslotte is het moeilijk een wetenschappelijk gefundeerde vertaling van dergelijke registraties naar het beleid toe te maken.

Omdat het opzetten van een efficiënt morbiditeitsregistratienetwerk slechts werkzaam is indien een wetenschappelijke consensus bestaat tussen de verschillende deelnemers werd een initiatief tot samenwerking genomen tussen de Hoge Gezondheidsraad

de santé de Belgique a démarré en 1996. Cet outil permettra d'éviter les doubles emplois en matière de recherche et de disposer d'une information rapide et structurée sur des problèmes de santé spécifiques.

Jusqu'à présent, on a :

- dressé un inventaire des études réalisées entre 1985 et 1995 dans la partie néerlandophone et entamé la même recherche auprès des institutions francophones;

- développé une méthodologie afin de classer ces études selon les buts définis par l'OMS dans « La Santé pour tous, programme pour l'an 2000 »;

- dégagé des domaines de recherche majoritairement représentés (maladies infectieuses, santé au travail, qualité des soins, ...) ainsi que des lacunes (politiques de santé, ...).

Plusieurs pistes sont maintenant envisagées pour inscrire, à terme, le travail réalisé dans le cadre d'un réseau global d'informations en matière de santé publique.

C. MORTALITE ET MORBIDITE

1. Enregistrement de la mortalité

Le formulaire utilisé jusqu'à présent en Belgique pour constater les décès n'est pas conforme aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé. L'information déduite des données figurant sur ce formulaire n'est dès lors pas toujours précise.

L'introduction du formulaire standardisé de l'OMS est intervenue dans le courant de 1997 et est le résultat d'une collaboration étroite avec les Communautés et les Régions. L'utilisation de ce formulaire améliorera sensiblement la qualité des statistiques des décès. De plus, la codification qui est confiée aux Communautés et aux Régions sera réalisée de telle manière que les statistiques globales et précises qui seront obtenues rapidement permettront de donner un aperçu des causes de mortalité en Belgique.

2. Enregistrement de la morbidité

Il n'y a pas de statistiques officielles de morbidité en Belgique. De nombreuses organisations établissent toutefois elles-mêmes leur propre enregistrement, qui est bien entendu partiel. L'absence d'uniformité des systèmes d'enregistrement fait que les chiffres obtenus ne sont pas comparables. Enfin, de tels enregistrements ne se prêtent pas à des conclusions susceptibles de fournir un instrument scientifiquement fondé aux autorités compétentes.

Etant donné qu'un réseau efficace d'enregistrement de la morbidité n'est réalisable que sur la base d'un consensus entre les participants, une initiative de coopération entre le Conseil supérieur d'Hygiène (section indicateurs de santé) et l'Institut scientifi-

(sectie gezondheidsindicatoren) en het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (het voormalig I.H.E.).

D. WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID — LOUIS PASTEUR

Het W.I.V.-L.P., dat voortvloeit uit de fusie van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie en het Louis Pasteurinstituut, werd opgericht bij Koninklijk Besluit van 17 oktober 1996. In het verlengde hiervan heeft een administratieve werkgroep een voorstel van een nieuw organigram uitgewerkt, met nieuwe afdelingen zoals bioveiligheid en kwaliteitszorg.

Dit voorstel werd voor advies voorgelegd aan de Interministeriële Commissie Wetenschapsbeleid (I.C.W.B.).

VI. INTERNATIONAAL EN EUROPEES BELEID

A. EUROPESE EN INTERNATIONALE DIMENSIE VAN HET VOLKSGEZONDHEIDSBELEID

België moet een actieve rol vervullen in de Europese en/of mondiale benadering van de volksgezondheid;

— om de gezondheid opnieuw een centrale plaats te geven naast de economische en politieke belangen van de talloze Europese en internationale organisaties (cf. het duidelijke geval van de crisis met de gekke-koeienziekte);

— omdat de gezondheidsproblematiek en de weerslag ervan op alle bevolkingsgroepen (kinderen, jongeren, vrouwen, bejaarden, ...) multifactorieel (psychologische, sociale, culturele en economische elementen) en grensoverschrijdend is;

— omwille van de toegenomen mobiliteits- en communicatiemogelijkheden, waardoor zowel in de ontwikkelingslanden als in de ontwikkelde landen moet worden ingegrepen.

In dit kader voert het Departement van Volksgezondheid een reeks concrete acties om van de gezondheid en de kwaliteit van het leven opnieuw fundamentele waarden te maken, zowel binnen Europa als op wereldvlak.

1. Opvolging van het Strategisch plan 1996-2000 van de WGO voor het bestrijden en toezicht houden op de nieuw opduikende ziekten en andere overdraagbare aandoeningen

— Op voorstel van de Minister van Volksgezondheid heeft de Ministerraad van 14/3/97 beslist een interdisciplinaire werkgroep op te richten, belast met het opstellen van een modelplan voor ingrijpen in geval van een epidemiologisch alarm, o.m. op basis

que de la Santé publique (l'ancien I.H.E.) a été lancée.

D. L'INSTITUT SCIENTIFIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE — LOUIS PASTEUR

L'I.S.S.P.-L.P. qui est le résultat de la fusion entre l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie et l'Institut Louis Pasteur, a été créé par l'arrêté royal du 17 octobre 1996. Un groupe de travail administratif a ensuite établi une proposition d'organigramme comprenant de nouveaux départements comme la biosécurité et l'assurance de la qualité.

Cette proposition a été soumise à l'avis de la Commission interministérielle de la Politique scientifique (C.I.P.S.).

VI. POLITIQUE INTERNATIONALE ET EUROPEENNE

A. DIMENSION EUROPEENNE ET INTERNATIONALE

La Belgique doit remplir un rôle actif dans l'approche européenne et/ou mondiale de la santé publique, et ce pour plusieurs raisons :

— la nécessité de redonner une place centrale à la santé, à côté d'intérêts économiques et politiques des nombreuses organisations européennes et internationales (cf. cas explicite de la crise de la vache folle);

— le caractère multifactoriel (éléments psychologiques, sociaux, culturels et économiques) et transfrontière de la santé et les impacts sur tous les groupes de population (enfants, jeunes, femmes, personnes âgées, ...);

— le développement des moyens de mobilité et de communication, ce qui nécessite une action tant au niveau des pays en développement que dans les pays industrialisés.

Dans ce cadre, le département de la Santé publique mène une série d'actions concrètes visant à refaire de la santé et de la qualité de vie des valeurs primordiales, à l'échelon européen et international.

1. Suivi du « Plan stratégique 1996-2000 de l'OMS pour la surveillance et la lutte contre les maladies émergentes et autres maladies transmissibles » :

— Sur proposition du ministre de la Santé publique, le Conseil des ministres du 14/3/97 a approuvé la mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire chargé d'élaborer un plan d'intervention type en cas d'alerte épidémiologique, sur base entre

van standaardfiches betreffende ziekten als polio, hepatitis, griep, ...

— De WGO heeft trouwens het uitgewerkte plan voor de griep (zie VII.B.) overgenomen als model op internationaal vlak;

— De Raad van Minister van de Europese Unie heeft in de loop van 1997, op aandringen van België, de ontwikkeling van een Europees net voor epidemiologische bewaking goedgekeurd, evenals de oprichting van een Task Force Verenigde Staten/Europa, met als doel het opzetten van een systeem voor het uitwisselen van vergelijkbare gegevens op het vlak van de bestrijding van de overdraagbare ziekten en van de alarmnetwerken en communautaire acties (sluiting van de havens, controle op de luchthavens, ...) bij noodsituaties (pest in India, Ebola, meningitis, ...).

2. Onderzoek naar bepaalde groepen van ziektes

— Tropische ziekten : binnen het kader van de Aids-campagne, op initiatief van UNAIDS in juni 1997 opgestart, en ter gelegenheid van de Wereld-Aids-dag in december, zal de Minister van Volksgezondheid in een specifieke financiële tegemoetkoming voorzien, ten behoeve van een onderzoek naar de medische middelen die dienen te worden ontwikkeld tegen de overdracht van het virus van moeder op kind, alsook van de organisatie van een symposium met experts van over de gehele wereld om een stand van zaken op te maken. Beide initiatieven worden gecoördineerd door het Instituut voor Tropische Geneeskunde van Antwerpen.

— Chronische ziekten (diabetes, kanker, ...) waarvoor een speciaal programma voor geïntegreerd optreden werd ontwikkeld (WGO-rapporten 1996 en 1997 over Gezondheid in de Wereld, met name de hoofdstukken gewijd aan het verlengen van de levensverwachting ingevolge een verandering van de levenswijzen) en waarvan het Ministerie van Volksgezondheid de impact in België wil bestuderen : weerslag op de gezondheid en de systemen voor gezondheidszorg, sociaal-economische ontwikkelingen in termen van nieuwe groepen (b.v. verzorging van bejaarden).

— Zeldzame ziekten : in het kader van een specifiek Europees actieprogramma voor zeldzame ziekten, heeft de Minister van Volksgezondheid een parallelle bespreking over aangeboren ziekten en het probleem van de « orphan drugs » voorgesteld.

— Ziekte van Alzheimer (zie VII.F.).

Daarnaast heeft het Departement bijgedragen tot de publikatie van een speciaal nummer van de gezondheidswetgeving van de WGO, waarin de belangrijkste aspecten worden opgesomd waarmee voor de komende jaren rekening moet worden gehouden (zoals het opnieuw opduiken van bepaalde ziekten, gelijke toegang tot de zorgverlening en de rechten van

autres de l'élaboration de fiches standard concernant des maladies telles que la poliomyélite, l'hépatite, la grippe, ...

— Au vu de l'originalité du travail réalisé, l'OMS a repris le plan belge concernant la grippe (cf. point VII.B) pour servir de modèle pour un plan international.

— Dans le courant 1997, sur insistance de la Belgique, le Conseil des ministres européens de la Santé a approuvé le développement d'un réseau européen de surveillance épidémiologique ainsi que la mise en place d'une Task force Etats Unis/Union européenne dont le but est de mettre en place un système d'échange de données comparables dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles ainsi que des réseaux d'alerte et des actions communautaires (fermeture des ports, contrôles des aéroports, ...) dans le cas de situations d'urgence (peste d'Inde, Ebola, méningite, ...).

2. Examen de certains groupes de maladies :

— Maladies tropicales : dans le cadre de la campagne Sida, lancée en juin 1997 à l'initiative d'Onusida, et à l'occasion de la Journée mondiale du Sida en décembre, le ministre de la Santé publique apportera un soutien financier destiné à mener à bien une étude concernant les moyens médicaux à développer contre la transmission du virus mère-enfant ainsi que l'organisation d'un symposium réunissant des experts du monde entier. Ces activités seront coordonnées par les experts de l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers.

— Maladies chroniques (diabète, cancers, ...) : dans le cadre des Rapports OMS 1996 et 1997 sur la Santé dans le monde, en particulier les chapitres consacrés à l'allongement de l'espérance de vie associé à la transformation complète des modes de vie, le département de la Santé publique envisage de mener une étude concernant les impacts de ce type de maladie en Belgique : répercussions en terme de santé et de systèmes de soins de santé, développements socio-économiques en terme de nouveaux métiers (ex. encadrement des personnes âgées).

— Maladies rares : dans le cadre de l'examen d'un programme européen sur les « maladies rares » (maladies génétiques, ...), le ministre de la Santé publique a proposé une discussion parallèle concernant les maladies congénitales et la problématique des médicaments orphelins.

— Maladie d'Alzheimer (cf. point VII.F.)

Ajoutons à cela que le département apporte un soutien spécifique à l'édition d'un numéro spécial de la législation sanitaire de l'OMS. On y reprend un listing des aspects les plus importants à prendre en compte pour les années à venir (ex. réémergence de certaines maladies, équité et accès aux soins, droits des patients). En parallèle, un symposium sur les

patiënten). In verband hiermee zal samen met de WGO, de Raad van Europa en de Europese Unie, in januari 1998 in Brussel een symposium over patiëntenrechten worden gehouden.

3. Ondertekening van een resolutie over de verkoop van geneesmiddelen op het Internet

Op voorstel van België, heeft de 50e Algemene Vergadering van de WGO een resolutie goedgekeurd tot beperking van de reclame voor en het verkopen van geneesmiddelen op het Internet. Dit verzoek was ingegeven door de bezorgdheid voor de bescherming van de consument/patiënt. Door via deze elektronische weg produkten te verkopen waarvoor normaal een voorschrift is vereist, onttrekken de betrokken verkopers zich immers aan elke controle op de betrouwbaarheid, onschadelijkheid, kwaliteit en doeltreffendheid.

Ingevolge deze resolutie werd een WGO-werkgroep opgericht, bestaande uit internationale experts op het gebied van geneesmiddelen en van ethische en juridische vraagstukken. Deze werkgroep is voor de eerste maal in september 1997 samenkomen om aanbevelingen te formuleren ter bestrijding van de uitwassen. De resultaten van deze werkzaamheden zullen op de volgende vergadering van de Algemene Vergadering in 1998 worden voorgesteld.

4. Oprichting van een Europees Centrum voor de analyse van het gezondheidsbeleid

Op voorstel van België, heeft het Regionaal Bureau van de WGO in Kopenhagen zijn akkoord betuigd met de oprichting van een Europees Centrum, met als doel de beleidslijnen inzake gezondheidszorg te analyseren, deze te ontwikkelen of aan te passen, en opleidingen in de volksgezondheid te organiseren.

De oprichting van dit centrum in Brussel is om verschillende redenen van belang :

- een grotere samenwerking tussen België en de WGO;
- steunverlening aan de activiteiten van de gezondheidscentra van ons land (Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid – Louis Pasteur, universiteiten, ...);
- band met andere door het Departement van Volksgezondheid ontwikkelde programma's (b.v. het EACH-programma, zie VII.F.);
- ontwikkelen van internationale activiteiten in België en mogelijkheden voor nieuwe partners.

5. Acties via partnerschap

Het Departement van Volksgezondheid onderzoekt momenteel verschillende projecten voor bilaterale acties, onder meer met :

droits des patients sera organisé à Bruxelles en janvier 1998, avec les partenaires de l'OMS, du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne.

3. Approbation d'une résolution sur la vente de médicaments sur Internet :

Sur la proposition de la Belgique, la 50e Assemblée générale de l'OMS a approuvé une résolution visant à limiter la publicité, la promotion et la vente de médicaments sur Internet. Cette demande est guidée par un souci de protection du consommateur/patient. En vendant, via le réseau électronique, des produits, pour lesquels une prescription est normalement nécessaire, les sociétés concernées échappent en effet à tout contrôle pour ce qui est de la fiabilité, de l'innocuité, de la qualité et de l'efficacité.

A la suite de cette résolution, un groupe de travail OMS, composé d'experts internationaux en matière de médicaments, de questions éthiques et juridiques, a été constitué. Ceux-ci se sont réunis, pour la première fois, en septembre 1997 pour formuler les recommandations nécessaires pour limiter les abus. Le résultat des travaux sera présenté lors de la prochaine Assemblée mondiale, en mai 1998.

4. Création d'un centre européen pour l'analyse des politiques de santé :

Sur proposition de la Belgique, le bureau régional de l'OMS, à Copenhague, a marqué son accord sur la création d'un centre européen dont le but serait l'analyse des politiques de santé, la consultation et la capacité de créer et de réadapter ces politiques ainsi que l'organisation de formations en santé publique.

L'importance de la création de ce centre à Bruxelles est multiple :

- intensification de la collaboration entre la Belgique et l'OMS;
- soutien aux activités des centres de santé de notre pays (ISSP — Louis Pasteur, universités, ...);
- connexion avec d'autres programmes développés par le département de la Santé publique (ex. programme EACH, cf. point Alzheimer);
- développement des activités internationales en Belgique et opportunités pour de nouveaux partenariats.

5. Actions de partenariat :

Plusieurs projets d'action bilatérale sont actuellement à l'examen au sein du département de la Santé publique. Citons entre autres :

- Zuid-Afrika : organisatie van de bevoorrading met en het beheer en de verdeling van basisgeneesmiddelen;
- Rwanda : opzetten van multidisciplinaire teams (algemeen geneeskundigen, psychologen) voor de geestelijke gezondheidszorg;
- Slowakije : samenwerkingsakkoord, getekend op 28.7.1997 met betrekking tot volksgezondheid;
- Rusland : samenwerkingsakkoord, te ondertekenen in december 1997, met betrekking tot de volksgezondheid.

B. ARTIKEL 129 EG-VERDRAG

Tijdens de Intergouvernementale Conferentie werden alle lidstaten het op basis van een Belgisch voorstel eens over een uitbreiding van de Europese bevoegdheden inzake volksgezondheid, wat tot uitdrukking komt in het Verdrag van Amsterdam.

In tegenstelling tot huidig artikel 129 EG-verdrag biedt het gewijzigde artikel in welbepaalde domeinen de mogelijkheid tot het opleggen van eenvormige normen. Dit geldt in de eerste plaats voor organen en stoffen van menselijke oorsprong, evenals bloed en bloederivaten waarvoor (na aanvaarding van het Verdrag in alle lidstaten) hoge, algemeen geldende kwaliteits- en veiligheidseisen kunnen worden vastgesteld. Daarnaast is er de zeer belangrijke innovatie die maatregelen mogelijk maakt op veterinair en fytosanitair gebied, op voorwaarde dat deze rechtstreeks gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid.

België heeft, als initiatiefnemer tot versterking van artikel 129 EG-verdrag, blijvend op de discussie gewogen. De geboekte vooruitgang, hoe partieel zij ook mag zijn, is een stap in de richting van een gecoördineerd Europees gezondheidsbeleid.

VII. DIVERSEN

A. DIABETES

In de begroting van het departement Volksgezondheid werd 25 miljoen BEF voorzien — over te maken aan het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek — om het onderzoek inzake diabetes te sturen en te bevorderen.

Bijzondere aandacht zal worden besteed aan de problematiek van mogelijke sociale discriminatie waarmee diabetici worden geconfronteerd inzake tewerkstelling, onderwijs, rijbewijzen en levensverzekeringen. Een wetenschappelijke consensusconferentie zal begin 1998 aan deze problematiek gewijd worden.

Daarnaast dienen verbeteringen aangebracht te worden aan de regelgeving inzake de bijzondere vereisten voor bepaalde overheidsbetrekkingen zodat beter rekening gehouden wordt met de evoluties in de behandeling van diabetes, die een a priori uitslui-

- Afrique du Sud : organisation de l'approvisionnement, de la gestion et de la distribution des médicaments essentiels;
- Rwanda : mise en place d'équipes pluridisciplinaires (généralistes, psychologues) dans le cadre de la santé mentale;
- Slovaquie : accord de coopération signé le 28/7/97 concernant la Santé publique;
- Russie : signature, en décembre 97, d'un accord de coopération concernant la Santé publique.

B. L'ARTICLE 129 DU TRAITE CE

Au cours de la Conférence intergouvernementale, tous les Etats membres, à l'initiative de la Belgique, se sont mis d'accord sur une proposition visant l'extension des compétences européennes en matière de santé publique, ce qui s'est traduit dans le Traité d'Amsterdam.

Contrairement à l'actuel article 129 du Traité CE, l'article modifié permet, dans certains cas, d'imposer des normes uniformes. Cela se vérifie en premier lieu pour les organes et substances d'origine humaine, ainsi que pour le sang et les dérivés du sang pour lesquels des exigences de qualité et de sécurité élevées et généralement applicables pourront être imposées (après acceptation du Traité par tous les Etats membres). Ajoutons-y une autre innovation importante qui permet de prendre des mesures sur le plan vétérinaire et phytosanitaire, pour autant qu'elles soient axées directement sur la protection du consommateur.

En prenant l'initiative de ce renforcement de l'article 129 du Traité CE, la Belgique a pesé en permanence sur les discussions. Les progrès accomplis, quelque partiels qu'ils soient, sont un pas dans la direction d'une politique de santé européenne coordonnée.

VII. DIVERS

A. LE DIABETE

Le budget du Ministère de la Santé publique prévoit 25 millions — à transférer au Fonds national de la Recherche scientifique — pour stimuler et orienter la recherche sur le diabète.

Une attention particulière sera accordée à la problématique de la discrimination éventuelle des diabétiques dans le domaine de l'emploi, de l'enseignement, des permis de conduire et des assurances sur la vie. Une conférence de consensus scientifique sera consacrée à cette problématique, début 1998.

De plus, des améliorations devront être apportées à la législation portant sur les exigences de qualification particulière imposées pour certains emplois dans le secteur public; ces modifications devront permettre de mieux tenir compte des évolutions dans le

ting voor een aantal beroepen niet langer rechtvaardigen.

B. GRIEP

De monitoring van de jaarlijkse griep epidemieën (Influenza-A-virus) wordt in België onder meer uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur.

Bovendien vereist het opduiken van een door alle deskundigen ter zake voorspeld pandemisch griepvirus (onbekend virus en optreden van de ziekte in opeenvolgende golven over heel de wereld), speciale controle- en monitoringmaatregelen.

In dit kader heeft de Ministerraad op voorstel van de Minister van Volksgezondheid, op 14 maart 1997 de oprichting goedgekeurd van een interdisciplinaire werkgroep (vertegenwoordigers van de verschillende bevoegde administraties - Volksgezondheid, Sociale Zaken, Binnenlandse Zaken, ..., van de medische wereld, farmaceutische bedrijven, universiteiten, ...) belast met het uitwerken van een « Belgisch plan voor optreden bij een griep pandemie ».

Dit plan heeft ten doel :

— alle mogelijke scenario's en maatregelen uit te werken die moeten worden getroffen om de impact van een dergelijke pandemie (aantal zieken, afwezigheid op het werk, kosten voor verzorging, ...) tot een minimum te beperken;

— als « model » te dienen in het raam van een gezondheidsplan inzake infectieziekten (cf. punt VI.A.).

C. BIO-ETHIEK

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, pluridisciplinair samengesteld uit experts met betrekking tot bio-medische en ethische vraagstukken, bracht haar eerste belangrijke adviezen uit.

In verband met euthanasie (advies gegeven op vraag van de Voorzitters van Kamer en Senaat) werd in mei 1997 een advies uitgebracht dat 4 mogelijke pistes vooropstelt teneinde deze problematiek op een menswaardige en adequate manier aan te pakken.

Daarnaast adviseerde het Comité de ministers van Volksgezondheid en Justitie in juli over de « Conventie met betrekking tot de rechten van de mens en de bio-geneeskunde », conventie die werd uitgewerkt binnen de Raad van Europa. Uit dit advies blijkt duidelijk dat de voorgestelde conventie zeker niet op eensgezinde goedkeuring kan rekenen, daar een mogelijke ondertekening negatieve gevolgen kan hebben voor het wetenschappelijk onderzoek en de kwaliteit van de geneeskunde en de bio-medische wetenschap in ons land. Deze negatieve gevolgen kunnen opgevangen worden door op Belgisch regelgeving op te stellen met betrekking tot de betwiste punten (inzonderheid betreffende wetenschappelijk

traitement du diabète qui ne justifient plus une exclusion a priori des diabétiques d'un certain nombre de professions.

B. LA GRIPPE

La surveillance des épidémies annuelles de grippe (virus Influenza A) est entre autres assurée, en Belgique, par l'Institut scientifique de la Santé publique-Louis Pasteur.

A côté de cela, l'apparition d'un virus grippal de type pandémique (virus inconnu et manifestation de la maladie par vagues successives, à travers le monde entier), reconnue comme imminente par tous les experts en la matière, nécessite des mesures de contrôle et de surveillance particulières.

Dans ce cadre, le 14 mars 1997, le Conseil des Ministres, sur proposition du ministre de la Santé publique, a approuvé la mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire (représentants des différentes administrations compétentes (Santé publique, Affaires sociales, Intérieur, ...), du monde médical, des firmes pharmaceutiques, des universités, ...) chargé de préparer le « Plan belge d'intervention en cas de pandémie grippale ».

Ce plan a pour but de :

— envisager tous les scénarios possibles et les mesures à prévoir afin de réduire au maximum l'impact d'une telle pandémie (nombre de malades, absentéisme professionnel, coûts des soins, ...);

— servir de « modèle », dans le cadre du plan sanitaire concernant les maladies infectieuses (cf. point VI. A.).

C. LA BIOETHIQUE

Le Comité consultatif de bioéthique, composé d'experts des problèmes éthiques et bioéthiques choisis dans un souci de pluralisme, a émis ses premiers avis importants.

Un avis a été rendu en mai 1997 sur l'euthanasie (à la demande des Présidents de la Chambre et du Sénat) qui proposait quatre pistes permettant d'aborder cette problématique d'une manière adéquate et conforme à la dignité humaine.

De plus, le Comité a donné en juillet un avis aux Ministres de la Santé publique et de la Justice sur la « Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine », convention mise au point par le Conseil de l'Europe. Cet avis a fait apparaître que la Convention proposée ne peut certainement pas compter sur une approbation unanime étant donné que sa signature pourrait avoir des conséquences négatives pour la recherche scientifique et la qualité de la médecine et des sciences biomédicales dans notre pays. Il est possible de pallier ces conséquences négatives en adoptant une législation nationale sur les points contestés (surtout au sujet de la recherche scientifique sur les embryons), ce qui permettrait

onderzoek op embryo's), die toelaat de conventie, met voorbehoud bij bepaalde artikels te aanvaarden.

Momenteel werkt het Comité nog aan adviezen met betrekking tot :

- de geslachtskeuze (« gender clinics »);
- de wettelijke bescherming van biotechnologische uitvindingen;
- de problematiek van de clandestiene bevallingen;
- het jaarlijks verslag van de plaatselijke ethische comités;
- de IVF-centra;
- het klonen van levende (menselijke) wezens;
- toegang tot de gezondheidszorg.

De noodzakelijke omkadering voor een ideale werking, via de uitbouw van het Secretariaat werd afgerond, en de diverse functies binnen dit Secretariaat werden door het Comité zelf ingevuld.

D. BLOED EN BLOEDDERIVATEN

Op verzoek van de Minister stelde de Nationale Raad van het bloed, begin september jl., een rapport op met als doelstelling een optimaal en veilig gebruik van bloedproducten. De epidemiologie wijst op de noodzaak van een strengere controle van het bloed. Dit dient overal te gebeuren waar bloed en bloedderivaten worden gebruikt, gaande van de selectie van donoren over de keuze van de veiligste produkten. Het principe van de vrijwillige donatie wordt opnieuw sterk onderlijnd.

De resultaten van dit rapport zullen door de diverse actoren, zoals de Nationale Raad van het bloed, de administratie en het Kabinet van Volksgezondheid, alsook experten, worden geëvalueerd met het oog op de uitvoering ervan.

E. DRUGS

Op dit vlak worden zowel de verdere uitvoering opgevolgd van het 10-punten-Actieplan van de Regering, als een aantal initiatieven genomen, die ingaan op de aanbevelingen van de Parlementaire Werkgroep, die deze materie onderzocht.

Het WIV-LP, dat nu reeds belast is met het samenvoegen van de gegevens, kan deze opdracht optimaliseren, en een referentiepunt vormen voor epidemiologische informatie, voor informatie over de trends inzake gebruik, en ook voor de evolutie van specifieke gezondheidsrisico's, die het gevolg zijn van druggebruik. Zowel in een internationaal kader, als in overleg met Gemeenschappen en Gewesten, is het verzamelen van de epidemiologische informatie essentieel, en een snel te realiseren opdracht.

Een Monitoring « task force » met experten van het WIV-LP, de pharmaceutische inspectie en de eetwareninspectie, zal informatie verzamelen over produkten op de markt, hun samenstelling (en variatie ervan) en de risico's verbonden aan hun gebruik.

d'accepter la convention en faisant des réserves sur certains articles.

A l'heure actuelle, le Comité prépare des avis sur :

- le choix du sexe (« gender clinics »);
- la protection légale des découvertes biotechnologiques;
- la problématique des accouchements clandestins;
- le rapport annuel des comités locaux d'éthique;
- les centres de FIV;
- le clonage des êtres vivants (humains);
- l'accès aux soins de santé.

L'organisation de l'encadrement requis pour garantir un fonctionnement idéal — possible en étoffant le secrétariat — a été finalisée et les différentes fonctions au sein du secrétariat ont été remplies par le Comité lui-même.

D. LE SANG ET LES DERIVES DU SANG

A la demande du Ministre, le Conseil national du sang a consacré, début septembre dernier, un rapport à une utilisation optimale et sûre du sang. L'épidémiologie souligne la nécessité d'un contrôle plus sévère du sang, allant de la sélection des donneurs jusqu'au choix des produits les plus sûrs. Le principe du don volontaire de sang est à nouveau souligné.

Les résultats de ce rapport seront évalués par les différents acteurs comme le Conseil national du sang, l'administration et le cabinet de la Santé publique ainsi que par des experts, et ce en vue de leur mise en pratique.

E. LA DROGUE

Dans le domaine de la lutte contre la drogue, signalons la poursuite du suivi du Plan d'action en 10 points du Gouvernement, ainsi qu'un certain nombre d'initiatives qui ont été prises pour concrétiser les recommandations du Groupe de travail parlementaire chargé de traiter cette matière.

L'ISSP-LP qui assure déjà la fusion des données pourrait optimiser cette mission et devenir un centre de référence pour ce qui est de l'information épidémiologique, de l'information sur les tendances en matière d'usage de drogues et de l'évolution des risques spécifiques de la toxicomanie pour la santé. Tant au niveau international que dans la concertation avec les Communautés et les Régions, la collecte de données épidémiologiques est essentielle et constitue une mission urgente.

Une « Monitoring Task Force » comprenant des experts de l'ISSP, de l'Inspection de la pharmacie et de l'Inspection des denrées alimentaires rassemblera des données sur les produits présents sur le marché, sur leur composition (et la variation de cette dernière).

Dit wordt regelmatig gecommuniceerd aan huisartsen, apothekers en hulpverlenende instanties, alsook aan justitie. In hetzelfde kader wordt het oneigenlijk gebruik van geneesmiddelen en precursoren opgevolgd. Internationaal is er een engagement, deze opvolging binnen de Benelux en de Europese Unie te systematiseren en de informatie uit te wisselen.

De wetgeving inzake het verstrekken van steriele injectienaalden, die aan de Kamer werd voorgelegd, alsook de amendering van het wetsvoorstel Lallemand inzake de verstrekking van vervangmiddelen bij de behandeling van toxicomanen, dienen dringend verder behandeld, en vooral uitgevoerd te worden. Dit biedt overigens de mogelijkheid de ontwikkelingen op het terrein van nabij op te volgen.

Tenslotte dient de hulpverlening beter gestroomlijnd : de gespecialiseerde hulpverlening kan en mag niet uit het kader van het gezondheidsbeleid treden, of zich daarbuiten ontwikkelen. Dit geldt zowel t.a.v. de somatische, als de geestelijke gezondheidszorg.

F. ALZHEIMER

1. Europese initiatieven

Sinds twee jaar speelt België een voorname rol in het EACH project (European Alzheimer Clearing House) van de Europese Unie. Dit project onder leiding van het Belgische Clearing House, ontwikkelde een Europees netwerk waarin naast academische centra, ook informele en professionele verzorgers vertegenwoordigd zijn. Het project richt zich voornamelijk op het beter gebruik maken van bestaande informatie en het selecteren van « goede voorbeelden van zorg ». De voornaamste thema's die hierbij aanbod komen zijn opleiding en training van vrijwilligers, kwalificatievereisten en training van professionele verzorgers, socio-economische aspecten van de zorg voor de dementen, projecten ter ondersteuning van de zorg, « substance counselling » (dit is advies betreffende positieve of negatieve invloeden van stoffen en producten), en ethische aspecten van zorg voor dementerenden.

Gedurende het volgend jaar zal het Belgische Ministerie van Volksgezondheid dit netwerk verder blijven ondersteunen, maar zal er meer aandacht gegeven worden aan het verspreiden van deze « geclearde » informatie, zowel via traditionele communicatiekanalen als via nieuwe media. Dit alles in samenwerking met de Europese Unie.

2. Belgische initiatieven

In 1994 werd, binnen het departement Volksgezondheid het Belgian Alzheimer Clearing House (BACH) opgericht. Dit project heeft als voornaamste objectieven het actief zoeken, beschikbaar stellen en

re) et sur les risques liés à leur usage. Ces informations seront régulièrement communiquées aux médecins généralistes, aux pharmaciens et aux organisations d'aide, ainsi qu'à la justice. Dans ce même contexte, l'utilisation impropre de médicaments et de précurseurs est suivie de très près. Au niveau international, l'engagement a été pris de systématiser la collecte et l'échange d'informations au sein du Benelux et de l'Union européenne.

Le traitement des textes législatifs sur la distribution de seringues stériles proposés à la Chambre, ainsi que les amendements à la proposition de loi Lallemand sur la distribution de produits de substitution dans le traitement des toxicomanes, doivent être poursuivis et accélérés, mais surtout, ces initiatives doivent être concrétisées. Leur mise en œuvre donnera d'ailleurs la possibilité de suivre les développements sur le terrain.

Enfin, l'aide doit être rationalisée : l'aide spécialisée ne doit pas et ne peut pas quitter le cadre de la politique de santé ou se développer en dehors de celle-ci. Cela vaut à l'égard des soins somatiques mais aussi dans le domaine de la santé mentale.

F. ALZHEIMER

1. Initiatives européennes

Depuis deux ans, la Belgique joue un rôle important dans le projet EACH (European Alzheimer Clearing House) de l'Union européenne. Ce projet placé sous la direction du Clearing House belge, a développé un réseau européen dans lequel sont représentés non seulement des centres universitaires mais aussi des professionnels et des non-professionnels qui soignent des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le projet est surtout ciblé sur une meilleure utilisation de l'information disponible ainsi que sur une sélection de « bons exemples de soins ». Les thèmes principaux abordés sont la formation de volontaires, les exigences de qualification et la formation des professionnels, les aspects socio-économiques des soins aux patients déments, les projets destinés à encadrer les soins, les « substance counselling » (avis au sujet d'influences négatives ou positives de substances et de produits) et les aspects éthiques des soins aux personnes démentes.

Dans le courant de l'année prochaine, le Ministère belge de la Santé publique continuera à appuyer ce réseau mais accordera surtout davantage d'attention à la diffusion des informations, tant via les canaux de communication traditionnels que par les nouveaux médias. Tout cela se fera en collaboration avec l'Union européenne.

2. Initiatives belges

Le Belgian Alzheimer Clearing House (BACH) a été créé en 1994 au sein du département de la Santé publique. Ce projet a comme objectif principal la recherche active, la mise à disposition et le traite-

verwerken van bestaande informatie in verband met de ziekte van Alzheimer en aanverwante aandoeningen. Tevens worden van goede voorbeelden in verband met zorg en verzorging van Alzheimer patiënten en hun familie geselecteerd. In dit kader zijn een aantal basisdossiers in voorbereiding die de meest voorkomende problemen toelichten en oplossingen suggeren zowel voor professionele als informele verzorgers. BACH heeft tevens een overzicht van wat er in België gebeurt rond dementie en is daarom een belangrijke informatiebron voor zowel beleidsverantwoordelijken, de media als het grote publiek.

Tenslotte is BACH de motor van het European Alzheimer Clearing House (zie hierboven), waardoor een nauwe samenwerking gegarandeerd wordt met zowel de Europese Unie als met andere Europese centra.

De Alzheimer telefoon werd eveneens in 1994 opgestart. De hiertoe opgeleide psychologen en maatschappelijk werkers die de beide telefoonlijnen bemannen geven antwoord op vaak zeer concrete vragen of problemen van personen bij de verzorging van gedementeerden (zowel professionelen als informele verzorgers). Er worden een duizendtal vragen per jaar behandeld.

Een wetenschappelijke verwerking van de vraagstelling van de Alzheimer telefoon biedt belangrijke informatie over de lacunes in de zorg en verzorging.

G. TRANSPLANTATIE

Eurotransplant is een internationale stichting bedoeld voor uitwisseling en toewijzing van organen waaraan transplantatiecentra uit Benelux, Duitsland en Oostenrijk deelnemen.

In het verleden was er een zeer sterke negatieve balans voor België. Op aandringen van Volksgezondheid heeft Eurotransplant zijn werkwijze aangepast en sinds het WUJCIAK-model is ingevoerd, is het onevenwicht tussen de verschillende deelnemende landen sterk verminderd. Het aantal gepreleveerde nieren in België bedroeg in 1994, 1995 en 1996 respectievelijk 420, 375 en 402. Het aantal niertransplantaties in 1994, 1995 en 1996 bedroeg daarentegen 374, 322 en 411.

Een Koninklijk Besluit, dat kortelings wordt gepubliceerd, regelt het wegnemen en toewijzen van organen in België. Dit besluit is van algemene aard maar regelt in het bijzonder de niertransplantaties. Daartoe wordt een transplantatieraad opgericht die o.a. een advies geeft over de erkenning van het toewijzings-organisme van organen (op dit ogenblik is dit dus EUROTRANSPLANT) en de wijze van samenwerken met de Belgische transplantatiecentra. Om in aanmerking te komen voor erkenning neemt het toewijzingsorganisme voor organen een aantal regels in acht o.a. wat betreft de samenstelling van de wachtlijst (persoon met een Belgische nationaliteit,

ment de l'information existante au sujet de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes. Il sélectionne, en outre, de « bons exemples » de soins aux patients et leur famille. Dans ce contexte, une série de dossiers de base sont en voie de constitution qui commentent les problèmes les plus fréquemment rencontrés et suggèrent des solutions, tant pour les professionnels que pour les non-professionnels qui soignent des patients atteints de cette maladie. Le BACH a ainsi un aperçu de ce qui se passe en Belgique dans le domaine de la prise en charge de la démence et est devenu une source d'information très utile pour les responsables politiques, les médias et le grand public. Enfin, le BACH est également le moteur du Clearing House européen (voir ci-avant), ce qui garantit une collaboration étroite tant avec l'Union européenne qu'avec les autres centres.

Le Téléphone Alzheimer a également été lancé en 1994. Les psychologues et travailleurs sociaux qui ont la charge des deux lignes téléphoniques répondent aux questions ou problèmes parfois très concrets des personnes impliquées dans les soins aux personnes démentes (professionnels ou non). Ils traitent quelque mille questions par an.

Le traitement scientifique des questions posées donne des informations très intéressantes sur les lacunes dans le secteur des soins et de la prise en charge.

G. LES TRANSPLANTATIONS

Eurotransplant est une fondation internationale active dans le domaine de l'échange et de l'attribution d'organes à laquelle participent des centres de transplantation situés au Benelux, en Allemagne et en Autriche.

Dans le passé, le bilan de cette coopération était très négatif pour la Belgique. Suite à l'insistance de la Santé publique, Eurotransplant a adapté sa façon de procéder et depuis que le modèle WUJCIAK a été introduit, le déséquilibre entre les pays participants s'est nettement atténué. Le nombre de reins prélevés en Belgique atteignait en 1994, 1995 et 1996 respectivement : 420, 375 et 402. Le nombre de greffes pour les mêmes années se présentait comme suit : 374, 322 et 411.

Un arrêté royal qui sera publié prochainement règle le prélèvement et l'attribution d'organes en Belgique. Cet arrêté présente un caractère général mais règle en particulier les greffes de rein. A cet effet, un conseil des transplantations est créé qui donnera notamment des avis sur la reconnaissance de l'organisme d'attribution des organes (actuellement EUROTRANSPLANT) pour ce qui est du volet de ses activités avec les centres de transplantation belges. Pour être reconnu, l'organisme d'attribution des organes doit en effet observer une série de règles, par exemple en ce qui concerne la composition de la liste d'attente (personne de nationalité belge, ayant

met een vaste woonplaats in België of de nationaliteit bezittend van één der deelnemende landen) enerzijds, en voor wat betreft compatibiliteitseisen, eisen van medische urgentie, etc. anderzijds.

De erkenning van de Belgische transplantatiecentra geschiedt in toepassing van de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987.

III. — BELEIDSNOTA VAN DE STAATSSECRETARIS VOOR VEILIGHEID, MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE EN LEEFMILIEU

HOOFDSTUK I

Maatschappelijke Integratie

Gehandicaptenbeleid

Inleiding

Overeenkomstig de wet van 8 augustus 1980 werd het gehandicaptenbeleid, als persoonsgebonden aan gelegenheid, aan de Gemeenschappen opgedragen. Een belangrijk deel blijft echter op federaal niveau beheerd, voornamelijk de tegemoetkomingen aan gehandicapten.

Wat de materies betreft waarvoor de federale overheid bevoegd is gebleven, is de Bestuursdirectie van de Uitkeringen aan Gehandicapten bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu op verschillende fronten actief om personen met een handicap bij te staan.

Het is in dit kader dat de Staatssecretaris wenst te benadrukken dat het gehandicaptenbeleid, wat de federale bevoegdheden betreft, niet enkel begrepen mag worden binnen het kader van de stelsels der tegemoetkomingen aan gehandicapten; het moet gesitueerd worden in een ruimer geheel. Vandaar dat er in de nabije toekomst heel wat aandacht blijft gaan naar kwalitatieve verbeteringen, zowel binnen als buiten het stelsel der tegemoetkomingen.

A. DE TEGEMOETKOMINGEN AAN DE GEHANDICAPTEN

Uiteraard spelen de tegemoetkomingen aan de gehandicapten op budgettair vlak de voornaamste rol.

Het doel van het stelsel van de tegemoetkomingen aan gehandicapten is : enerzijds de vervanging van het inkomen van de gehandicapte persoon die niet in staat is, wegens zijn of haar handicap, een voldoende inkomen te verwerven, anderzijds een aanvulling van dit inkomen indien de gehandicapte een verminderde zelfredzaamheid vertoont.

un domicile fixe en Belgique ou possédant la nationalité de l'un des pays participants) d'une part, et les exigences de compatibilité et d'urgence médicale, etc..., d'autre part.

La reconnaissance des centres de transplantation belges est accordée en exécution de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

III. — NOTE DE POLITIQUE GENERALE DU SECRETAIRE D'ETAT A LA SECURITE, A L'INTEGRATION SOCIALE ET A L'ENVIRONNEMENT

CHAPITRE I

Maatschappelijke Integratie

Gehandicaptenbeleid

Introduction

Conformément à la loi du 8 août 1980, la politique des handicapés a été transférée aux Communautés, en tant que matière personnalisable. Toutefois, une composante importante est encore toujours gérée au niveau fédéral, à savoir principalement les allocations aux handicapés.

En ce qui concerne les matières qui sont restées de la compétence des autorités fédérales, la Direction d'Administration des Prestations aux Handicapés du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement s'active dans différents domaines à aider les personnes handicapées.

C'est dans ce cadre que le Secrétaire d'Etat voudrait souligner qu'en ce qui concerne les compétences fédérales, la politique des handicapés ne se limite pas aux régimes des allocations aux handicapés; elle doit s'apprécier dans un contexte plus large. Dès lors, les améliorations qualitatives, tant au sein qu'en dehors du régime des allocations, feront à l'avenir encore toujours l'objet d'une attention particulière.

A. LES ALLOCATIONS AUX HANDICAPES

D'un point de vue budgétaire, les allocations aux handicapés restent évidemment prépondérantes.

Le but du régime des allocations aux handicapés sont, d'une part, de suppléer au revenu que la personne handicapée n'est pas en mesure de se procurer en raison de son handicap et, d'autre part, d'octroyer un complément à ce revenu lorsque l'autonomie du handicapé est réduite.

Evolutie van het stelsel

De jongste jaren is de activiteit van de Dienst der Tegemoetkomingen aan Gehandicapten aanzienlijk toegenomen. Enkele cijfers volstaan om deze evolutie aan te tonen.

Ondanks de forse stijgingen eind de jaren '80, blijven volgende indicatoren een stijgende tendens vertonen tijdens de periode 1991-1996 :

- het aantal aanvragen (per jaar) is gestegen van 88 039 in 1991 tot 93 538 in 1996,
- het aantal rechthebbenden op een tegemoetkoming is geklommen van 178 969 in het jaar 1991 naar 203 249 eind 1996.

De uitgaven van de tegemoetkomingen blijven evenwel binnen de perken : van 31,2 miljard F in 1991 naar 35,4 miljard in 1996.

De meest recente gegevens wijzen erop dat er een zekere stabilisatie is ingetreden inzake de aantallen rechthebbenden : zo is tussen december 1996 en augustus 1997 het aantal uitkeringsgerechtigden niet meer gestegen. Vergeten we hierbij niet dat de toekenning van een tegemoetkoming niet enkel van medische voorwaarden, doch ook van administratieve voorwaarden afhankelijk is : de inkomsten spelen een grote rol. Het stelsel blijft immers behoren tot de sociale bijstand.

De medische onderzoeken

Een van de essentiële grondvesten van het stelsel van tegemoetkomingen aan gehandicapten is de medische beoordeling. De Staatssecretaris hecht dan ook bijzonder veel belang aan het vlot en goed verloop van het medisch onderzoek.

Wat de afhandelingstermijnen betreft, werden bepaalde achterstanden bij de medische dienst in de loop van 1996 reeds bijgehaald : de gemiddelde medische onderzoekstermijn, die eind 1993 op 5,9 maand lag, kon tegen eind 1996 tot op 2,5 maand worden teruggebracht (2,4 maand bij de Franstaligen en 2,6 bij de Nederlandstaligen).

Ook op het kwalitatieve vlak wordt de aanpak verder bijgestuurd. De voorbereidingen hiertoe die in 1998 hun volle uitwerking moeten hebben, zijn reeds aan de gang.

Zo bv. wordt de opmaak van een folder gepland die uitleg moet geven over de taak van de controlerend geneesheer. Deze folder, die bij de oproepingsbrief zal worden meegestuurd, zal in bevattelijke taal meer uitleg geven bij de criteria die deze geneesheer hanteert en bij het verloop van de medische procedure. Deze folder kan heel wat klachten en misverstanden voorkomen.

Zo ook wordt thans overwogen of bepaalde medische formulieren niet op een wat eenvoudiger manier kunnen worden ingevuld, al dan niet door de gehandicapte persoon zelf.

Evolution du régime

L'activité du Service des allocations aux handicapés s'est fortement développée ces dernières années. Quelques chiffres suffisent pour se faire une idée de cette évolution.

Ainsi, au cours de la période 1991-1996 et malgré les fortes augmentations de la fin des années '80, les indicateurs suivants continuent à présenter une tendance à la hausse :

- le nombre de demandes (par année) est passé de 88 039 en 1991 à 93 538 en 1996;
- le nombre de bénéficiaires d'une allocation est passé de 178 969 en 1991 à 203 249 fin 1996.

Les dépenses en matière d'allocations ne connaissent cependant pas une croissance démesurée : elles passent de 31,2 milliards de F en 1991 à 35,4 milliards de F en 1996.

Les données les plus récentes indiquent une certaine stabilisation du nombre de handicapés : ainsi, le nombre de bénéficiaires d'allocation n'a plus augmenté entre décembre 1996 et août 1997. Il faut garder à l'esprit que l'octroi d'une allocation est non seulement lié à des conditions médicales mais aussi à des exigences d'ordre administratif, parmi lesquelles les revenus sont un élément important. Le régime fait en effet partie de l'assistance sociale.

Les examens médicaux

Un des fondements essentiels du régime des allocations aux handicapés est l'évaluation médicale. Le Secrétaire d'Etat accorde dès lors une attention particulière au bon déroulement de l'expertise médicale.

En ce qui concerne les délais de traitement, certains retards au sein du service médical ont déjà été résorbés au cours de l'année 1996 : fin 1993, le délai moyen pour l'examen médical était de 5,9 mois et a été ramené à deux mois et demi fin 1996 (2,4 mois pour les francophones et 2,6 mois pour les néerlandophones).

Une plus grande attention pourra dès lors être portée à l'aspect qualitatif. Des préparatifs sont déjà en cours en vue d'améliorations qualitatives au service médical, lesquelles devraient produire leurs effets en 1998.

Ainsi, un dépliant est prévu, dans lequel la tâche du médecin de contrôle sera exposée. Ce dépliant, qui sera envoyé en même temps que la lettre de convocation, précisera en langage clair les critères utilisés par ce médecin et le déroulement de la procédure médicale. Ce dépliant devrait pouvoir éviter bon nombre de plaintes et de malentendus.

Par ailleurs, la possibilité de remplir certains formulaires médicaux d'une manière plus simple, par la personne handicapée ou par une autre personne, est actuellement examinée.

Het past hier tevens om aan te halen dat de decentralisering van de medische dienst op zijn einde loopt. Deze decentralisatie is van essentieel belang : zij brengt de administratie niet alleen dicht bij de burger en waarborgt voor iedereen de toegang tot een passende onthaalstructuur, dicht bij zijn woonplaats, maar zij zorgt ook voor een hogere productiviteit doordat de geneesheren ontlast worden van het administratieve werk en zich dus volledig kunnen toewijden op de deskundige onderzoeken. Hierdoor — alsook door deelname van de geneesheren aan congressen, seminaries en colloquia — kan meer medische expertise en ervaring worden doorgegeven. Dit komt de uniformiteit bij het treffen van medische beslissingen ten goede.

De reeds operationele regionale centra zijn gelegen te Antwerpen, Brugge, Charleroi, Gent, Luik, Namen. Voor Hasselt en Brussel/Bruxelles wordt de opening gepland tegen eind 1997. Een bijzondere inspanning wordt gedaan ten einde deze decentralisering te kunnen afronden met de opening van een centrum in Bergen.

Verbetering van de administratieve procedures

Het handvest van de sociaal verzekerde en het handvest van de gebruiker van de openbare diensten indachtig, blijft het een grote bekommernis van de Staatssecretaris na te gaan hoe de administratieve procedures verder kunnen worden verbeterd.

De Bestuursdirectie van de Uitkeringen aan Gehandicapten heeft in de voorbije jaren reeds heel wat initiatieven ontplooid ter verbetering van de administratieve procedures. Sommige formulieren werden — met behulp van het Adviesbureau voor Leesbaarheid (van het Opleidingsinstituut van de Federale Overheid) en/of in samenwerking met het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding — reeds herschreven; zo bv. die met de vragen naar inkomsten, bepaalde formulieren met vragen om aanvullende inlichtingen, Deze formulieren kregen hiermee een meer overzichtelijke structuur, waardoor ze duidelijker en vlotter leesbaar zijn geworden.

De administratie blijft echter niet stilzitten en zet zijn inspanningen voor meer doorzichtige en gemakkelijker te begrijpen administratieve teksten voort. Deze verbeteringen moeten, zowel de burger die een beroep doet op de administratie om zijn rechten te laten gelden, ten goede komen, als de administratie, die over de nodige inlichtingen moet beschikken om de rechten van de burger te bepalen.

Inmiddels werden de nodige maatregelen getroffen opdat de gerechtigden op een tegemoetkoming ook zouden kunnen genieten van het voorkeurtarief van het WIGW-statuut.

Andere initiatieven vertoeven momenteel in de ontwerpfase van aanpassing in de reglementering. Zo bv. zal voor de gerechtigden op de bijkomende bijslag in het kader van de gezinsbijslagregeling in

Il convient également de signaler que la déconcentration du service médical touche à sa fin. Cette déconcentration revêt une importance capitale : non seulement elle permet de rapprocher l'administration du citoyen et de garantir à tous l'accès à une structure d'accueil adéquate, proche de son domicile, mais elle engendre également une meilleure productivité étant donné que les médecins sont déchargés du travail administratif et peuvent dès lors se consacrer entièrement aux expertises. Les connaissances et l'expérience en matière d'expertises médicales peuvent aussi être mises en commun, notamment par la participation des médecins à des congrès, des séminaires et des colloques. L'uniformité dans la prise de décisions n'en sera qu'améliorée.

Les centres régionaux déjà opérationnels se situent à Anvers, Bruges, Charleroi, Gand, Liège et Namur. Pour Hasselt et Bruxelles/Brussel, l'ouverture du centre est prévue pour la fin de l'année 1997. Un effort particulier sera fourni afin que cette déconcentration puisse se clôturer par l'ouverture d'un centre de Mons.

L'amélioration des procédures administratives

En ayant la charte de l'assuré social et la charte de l'utilisateur des services publics à l'esprit, le souci majeur du Secrétaire d'Etat est de rechercher la manière dont les procédures administratives peuvent encore être améliorées.

Par le passé, la Direction d'Administration des Prestations aux Handicapés a déjà développé bon nombre d'initiatives en vue d'améliorer les procédures administratives. En faisant notamment appel au Bureau de Conseil en Lisibilité (de l'Institut de Formation de l'Administration fédérale) et/ou au Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, certains formulaires ont déjà été remaniés, par exemple le formulaire contenant les questions relatives aux revenus, certains formulaires pour obtenir des renseignements supplémentaires, ...

Ces formulaires ont ainsi une structure plus claire, de sorte qu'ils sont devenus plus lisibles.

L'administration n'en reste pas là et poursuit ses efforts afin d'obtenir des textes administratifs plus clairs et plus compréhensibles. Le fonctionnement du régime doit s'en trouver amélioré, tant du point de vue du citoyen qui fait appel à l'administration pour faire valoir ses droits, que sous l'angle de l'administration qui doit être en possession des informations nécessaires en vue d'établir les droits du citoyen.

Les mesures nécessaires ont été prises entre-temps afin que les bénéficiaires d'une allocation puissent, également obtenir le tarif préférentiel du statut VIPO.

D'autres initiatives d'adaptation de la réglementation n'en sont qu'au stade de projets. Ainsi, les bénéficiaires d'allocations familiales supplémentaires pourront dans certains cas se voir octroyer rétroacti-

bepaalde gevallen terugwerkende kracht worden verleend bij de toekenning van het recht op een tegemoetkoming als volwassen gehandicapte (m.n. op de leeftijd van 21 jaar), ...

Voor 1998 werd inmiddels ook een dossier ingediend tot verderzetting van de operatie « overschrijving op rekening ». Bij deze operatie, die in 1996 werd aangevat, zullen de gehandicapten die nog per assignatie worden betaald, er verder toe worden uitgenodigd om, indien zij dit wensen, hun tegemoetkoming via overschrijving op rekening te laten geschieden. Deze rechthebbenden worden erop attent gemaakt dat een overschrijving meerdere voordelen biedt : vooral de aspecten veiligheid (minder risico voor diefstal of verlies) en zekerheid (op de vastgestelde maandelijks vervaldag staat het bedrag stevast op de financiële rekening, ook als de rechthebbende die dag niet thuis is, of bv. indien hij of zij pas verhuisd is) spelen hierbij een belangrijke rol. Eind juni 1997 werden reeds 43 procent van de rechthebbenden uitbetaald via overschrijving op hun financiële rekening. Ter informatie : bij het begin van deze operatie bedroeg dit aantal slechts 30 %.

Ten slotte dient aangestipt te worden dat dankzij het elektronisch netwerk waarop de verschillende sociale-zekerheidsinstellingen zijn aangesloten, de Kruispuntbank ons toelaat informatie te gebruiken die een persoon aan andere administraties heeft medegedeeld; hiermee wordt vermeden dat dezelfde inlichtingen meerdere keren moeten worden verstrekt (althans wat de daar voorziene negen wettelijke gegevens betreft). De exploitatie van deze mutaties is inmiddels volledig operationeel geworden.

De onderzoekstermijnen

Wetend dat het jaar 1996 een onovertroffen resultaat biedt inzake de onderzoekstermijnen, blijft het natuurlijk één van de prioriteiten van de Staatssecretaris om een zo kort mogelijke termijn voor het onderzoeken van de dossiers te bewerkstelligen. Inderdaad, de globale gemiddelde onderzoekstermijnen eind 1996 lagen vast op 4,2 maanden (9,6 maanden in 1992), alle tegemoetkomingen samen.

Voor het correcte begrip van de vermelde globale onderzoekstermijn dient vermeld te worden dat die het medisch onderzoek én het onderzoek naar het inkomen omvat (waarbij voor laatstgenoemd onderzoek vaak informatie moet worden ingewonnen bij andere besturen en instellingen, en soms ook bij de gehandicapte zelf).

Uitgesplitst naar taalrol en naar tegemoetkoming treft u in bijlage de resultaten voor de 5 laatste jaren.

Het spreekt voor zich dat er altijd een onderzoekstermijn van enkele maanden zal blijven bestaan. Overigens beschouwt de Nationale Hoge Raad voor Gehandicapten een onderzoekstermijn van 6 maand als aanvaardbaar.

Aldus is het niet alleen de dwingende bedoeling om de gemiddelde onderzoekstermijn in 1998 (voor

vement le droit à une allocation de handicapé adulte (à savoir à l'âge de 21 ans), ...

Un dossier a été introduit afin de poursuivre en 1998 l'opération « virement sur compte ». Dans le cadre de cette opération, qui a démarré en 1996, les handicapés qui sont encore payés par assignation continueront à être invités à recevoir le paiement de leur allocation par virement sur un compte, s'ils le souhaitent. L'attention de ces bénéficiaires est attirée sur les divers avantages qu'offre un virement : l'accent est mis sur les aspects sécurité (moins de risque de vol ou de perte) et certitude (à date fixe du mois, le montant se trouve à coup sûr sur le compte financier, même si le bénéficiaire n'est pas à la maison ce jour là ou par exemple s'il vient de déménager). Fin juin 1997, déjà 43 % des bénéficiaires recevaient leur allocation par virement sur leur compte financier. A titre d'information, ce pourcentage n'était que de 30 % au début de l'opération.

Signalons enfin que grâce au réseau électronique auquel les différentes institutions de sécurité sociales sont raccordées, la Banque-carrefour nous permet d'utiliser des informations qu'une personne a communiquées à d'autres administrations; les mêmes informations ne doivent ainsi plus être fournies plusieurs fois (du moins en ce qui concerne les neuf données légales prévues). L'exploitation de ces mutations est devenue totalement opérationnelle.

Les délais d'instruction

Outre le fait que l'année 1996 a produit un résultat inégalé en ce qui concerne les délais d'instruction, une des priorités du Secrétaire d'Etat reste naturellement le souci d'un délai d'instruction des dossiers aussi court que possible. Fin 1996, le délai d'instruction global moyen s'élevait à 4,2 mois (9,6 mois en 1992), toutes allocations confondues.

Pour une bonne compréhension de la notion précitée de délai d'instruction global, il est à signaler que l'instruction d'un dossier comprend un examen médical et une enquête sur les revenus (pour cette dernière, des informations doivent souvent être demandées auprès d'autres administrations ou institutions, et parfois même au handicapé lui-même).

Par rôle linguistique et par allocation, vous trouverez en annexe les résultats enregistrés pour les 5 dernières années.

Un délai d'instruction de quelques mois est naturellement inévitable. Le Conseil supérieur national des handicapés estime par ailleurs qu'un délai d'instruction de 6 mois est acceptable.

Ainsi, il s'agit non seulement de maintenir en 1998 le délai d'instruction moyen impérativement en des-

alle tegemoetkomingen samen) beneden de 6 maanden te behouden, maar vooral zal worden beoogd om de verschillen inzake de afhandelingstermijnen tussen de individuele dossiers onderling verder weg te werken. Hiervoor zal een verdere optimalisering van het werk worden betracht, waarbij de nadruk gelegd zal worden op een verdere kwalitatieve verbetering van de administratieve procedures.

Het kort houden van de onderzoekstermijn is in eerste instantie zeer van belang voor de gehandicapte personen, maar heeft ook zijn belang voor de overheid omwille van de budgettaire impact van de wet van 25 juli 1994, die een snelle afwerking van de dossiers beoogt en verwijlinteressen toekent aan de rechthebbende bij laattijdige betaling. De Staatssecretaris staat erop dat het doel van deze wet strikt wordt geëerbiedigd, met andere woorden dat elk dossier in beginsel binnen een termijn van zes maanden een beslissing zal kennen.

Tenslotte zullen de informatiseringsprocedures permanent getoetst blijven aan nieuwe evoluties en inzichten. Dit alles moet uiteindelijk leiden tot een sneller onderzoek van de dossiers. Het is vanuit deze invalshoek dat de twee hiernavermelde projecten werden opgestart.

De informatica-projecten

Het project COHAN werd — uit noodzaak — opgezet ten behoeve van de betaaldiensten van de Bestuursdirectie van de Uitkeringen aan de Gehandicapten. De belangrijkste activiteit van de betaaldiensten bestaat voornamelijk in het financieel beheer dat voortvloeit uit de toekenning van de tegemoetkomingen aan gehandicapten.

Het financieel beheer omvat niet enkel het uitbetalen van de maandelijkse termijnen en van de achterstallen, maar ook het onderzoek van de rechten op achterstallen-overlijden, het onderzoek en de eventuele terugbetaling aan OCMW's van voorschotten welke aan de gehandicapten werden verleend, het verwerken van de terugvorderingen van niet-verschuldigde bedragen, het adressenbeheer en het berekenen en betalen van wettelijke en gerechtelijke intresten.

Daarnaast zijn er de activiteiten van de twee Rekenplichtigen der Ontvangsten die in 1996 werden aangesteld; zij boeken de ontvangsten (invorderingen, teruggekomen bedragen, ...) en storten deze door aan de Schatkist.

Het project COHAN beoogt in de eerste plaats een nieuw informatica-systeem van opvolging. Dit project opent de weg naar een performant financieel beheer, waarbij de aandacht zich vooral toespitst op :

- de organisatie van de operationele en de beheersopdrachten;
- de noodzakelijke communicatie om deze activiteiten op te starten en te ondersteunen;
- de indeling van de verantwoordelijkheden;
- de verdere rationalisering en optimalisering van de financiële verrichtingen;

sous de 6 mois (toutes allocations confondues), mais surtout de faire disparaître les différences entre les dossiers individuels en ce qui concerne les délais d'instruction. Pour atteindre cet objectif, une organisation optimale du travail sera recherchée en mettant l'accent sur la poursuite de l'amélioration qualitative des procédures administratives.

Le raccourcissement des délais d'instruction importe d'abord pour les personnes handicapées mais se révèle aussi primordial en raison de l'impact budgétaire de la loi du 25 juillet 1994, laquelle a pour but d'accélérer le traitement des dossiers en prévoyant le paiement d'intérêts de retard au bénéficiaire en cas de mise en paiement tardive. Le Secrétaire d'Etat souhaite que l'objectif de cette loi soit strictement respecté, en d'autres termes qu'une décision soit en principe prise dans un délai de six mois pour tout dossier.

Enfin, les procédures informatiques seront évaluées en permanence compte tenu des nouvelles évolutions et approches. En définitive, il doit en résulter un traitement accéléré des dossiers. C'est dans cette perspective que les deux projets décrits ci-dessous ont été développés.

Les projets informatiques

Le projet COHAN a été mis sur pied — par nécessité — pour les services des paiements de la Direction d'Administration des Prestations aux Handicapés. L'activité principale des services des paiements est la gestion des opérations financières qui découlent de l'octroi des allocations aux handicapés.

Cette gestion n'inclut pas seulement le paiement des mensualités et des arriérés, mais aussi l'examen des droits aux arrérages-décès, l'examen et le remboursement éventuel aux CPAS d'avances octroyées aux handicapés, le traitement des récupérations d'indus, la gestion des adresses ainsi que le calcul et le paiement des intérêts légaux et judiciaires.

Signalons également les activités des deux Comptables des Recettes, désignés en 1996 : ils enregistrent les recettes (recouvrements, montants renvoyés, ...) et les versent au Trésor.

Le projet COHAN a pour objectif premier la mise en place d'un nouveau système informatique pour le suivi des dossiers. Ce projet permet d'arriver à une gestion financière performante et est axé sur :

- l'organisation des activités opérationnelles et de gestion;
- la communication nécessaire pour démarrer et soutenir ces activités;
- la répartition des responsabilités;
- la poursuite de la rationalisation et de l'optimisation des opérations financières;

— de integratie van het informatisch betalingsstelsel bij de invoering van de Euro.

Dit project geniet een absolute prioriteit; immers, het aantal rechthebbenden heeft een zodanige omvang genomen dat zonder een verfijning van de financiële informatica-toepassingen de tijdige betalingen aan de gehandicapten niet meer kunnen worden gewaarborgd. Daarnaast moet het Bestuur klaar staan om op 1 januari 1999 de integratie van de Euro in de informatische applicaties vlot te laten verlopen.

Het TETRA-project van zijn kant is een grootschalig project dat meerdere jaren in beslag zal nemen. Inderdaad, het bestaande informatica-stelsel is een amalgaam van bestaande applicaties, die in de loop der jaren geleidelijk zijn opgestart en meegegroeid met de evolutie van de wetgeving, de organisatie van de taken en de doorstroming der dossiers, de evolutie op het vlak van de informatica en de gewenste functionaliteiten. Omwille van deze historische redenen voor de groei van het stelsel heeft de automatisatie van de werkzaamheden geleid tot vele informatica-eilandjes, waardoor het bestaande stelsel nog moeilijk als een stabiele basis voor de toekomst beschouwd kan worden. Daarom is de verwezenlijking van een nieuw geïntegreerd stelsel voor registratie van de aanvragen en voor de berekening van de tegemoetkomingen een absolute noodzaak geworden.

Dit nieuwe stelsel beoogt vooral de flexibiliteit, de localisatie en het hergebruik van de informatie en de verwerkingen. Het moet een efficiënte basis opleveren voor een herstructurering van de dagelijkse activiteiten van de ambtenaren. Het moet tevens een gestructureerde en gecontroleerde communicatie mogelijk maken met andere instellingen (wat de financiële transacties betreft), en moet aldus uiteindelijk de arbeidskost beperken, zowel bij de Bestuursdirectie der Uitkeringen aan de Gehandicapten zelf als bij andere instellingen (zoals bv. het Ministerie van Financiën, de Rijksdienst voor Pensioenen, de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, ...).

Dit project, waarvan de verwezenlijking meerdere jaren in beslag zal nemen, werd opgestart in 1996, en omvat ook de problematiek die de omschakeling van de programma's naar het jaar 2000 zal teweegbrengen.

Budget voor de tegemoetkomingen

Voor de basisallocatie « 34.06 — Uitbetaling van de tegemoetkomingen aan gehandicapten » wordt voor 1998 een krediet van 37 792,9 miljoen F voorgesteld. Dit voorstel houdt rekening met de actuele hypothesen inzake inflatie, met de verwerkingscapaciteit van de Dienst der Tegemoetkomingen, met de evolutie van het aantal uitkeringsgerechtigden, met het gemiddeld bedrag van de tegemoetkomingen, alsmede met de impact van de maatregel die bij de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden (met ingang van 1 juli 1997) een nieuwe categorie IV heeft ingesteld.

— l'intégration du système de paiement informatique lors de l'instauration de l'Euro.

Ce projet bénéficie d'une priorité absolue; en effet, le nombre de bénéficiaires a pris une ampleur telle que les paiements aux handicapés dans les délais prescrits ne peuvent plus être garantis sans l'ajustement des applications informatiques financières. En outre, l'Administration doit pouvoir intégrer sans difficultés l'Euro dans les applications informatiques au 1^{er} janvier 1999.

Le projet TETRA est un projet de grande envergure, dont la réalisation s'étalera sur plusieurs années. En effet, le système informatique actuel est un ensemble hétérogène d'applications, qui a progressivement évolué au cours des années suivant les évolutions de la législation, de l'organisation des tâches et de la transmission des dossiers, compte tenu des progrès informatiques et des fonctionnalités souhaitées. Les raisons historiques de la croissance du système ont fait que l'automatisation a créé de nombreux îlots informatiques, de sorte que le système informatique actuel ne peut plus être considéré comme une base stable pour le futur. La réalisation d'un nouveau système d'enregistrement des demandes et du paiement de l'allocation est devenue une nécessité absolue.

Ce nouveau système vise principalement la flexibilité, la localisation et la réutilisation des informations et des traitements. Il doit fournir une base efficace pour une restructuration des activités journalières des agents. Il doit également permettre une communication structurée et contrôlée avec les autres organismes (en ce qui concerne les transactions financières), et doit donc, à son terme, diminuer le coût du travail tant de la Direction d'Administration des Prestations aux handicapés elle-même que des organismes associés (par ex. Ministère des Finances, Office national des Pensions, Centres publics d'Aide sociale, ...).

L'analyse de ce projet, dont la réalisation s'étalera sur plusieurs années, a démarré en 1996. Ce projet inclut également la problématique de l'adaptation des programmes à l'an 2000.

Le budget destiné aux allocations

Pour l'allocation de base « 34.06 — Paiement des allocations aux handicapés » un crédit de 37 792,9 millions de F est proposé pour 1998. Cette proposition tient compte des hypothèses actuelles en matière d'inflation, de la capacité de traitement du service Allocations aux Handicapés, de l'évolution du nombre de bénéficiaires, du montant moyen des allocations et de l'incidence de l'instauration d'une nouvelle catégorie IV pour les allocations d'aide aux personnes âgées (au 1^{er} juillet 1997).

B. INFORMATIE

Het verzamelen van statistische gegevens over gehandicapten blijft één van de prioritaire doelstellingen van de Staatssecretaris. Deze gegevens moet toelaten de doeltreffendheid van het gehandicaptenbeleid na te gaan. Dankzij deze gegevens kunnen ook boordtabellen ontwikkeld worden, is een strikte budgettaire opvolging mogelijk en kunnen budgettaire simulaties en vergelijkende studies gemaakt worden.

Het jaarverslag 1996 van de Bestuursdirectie der Uitkeringen aan de Gehandicapten, bevat terzake opnieuw interessante informatie. De lezer vindt er de meest typerende gegevens in verband met de tegemoetkomingen aan gehandicapten in terug. In een statistische bijlage worden de meest relevante cijfers uit 1996 weergegeven, alsmede verscheidene meerjarenevoluties. De separate opgave van al deze cijfers maakt het eigenlijke jaarverslag vlot leesbaar. Ik ben ervan overtuigd dat jaarverslag vlot leesbaar. (Ik ben ervan overtuigd dat het de lezer een grote voldoening zal schenken).

Dit jaarverslag is niet enkel een bron van interessante informatie over het reilen en zeilen van de Bestuursdirectie, doch ook een kostbaar werkinstrument voor al wie het gehandicaptenbeleid medebepaalt of daarvoor belangstelling heeft.

Complementair hieraan ligt ook de informatieverstrekking naar de gehandicapte personen toe de Staatssecretaris nauw aan het hart.

Een Handigids, waarvan een bijgewerkte uitgave wordt gepland voor 1998, blijft beschikbaar voor de bevolking.

Deze Handigids wordt, mede dank zij de medewerking van de VZW « Différences », zeer binnenkort ook verkrijgbaar op informatica-diskette. Dit moet de gids toegankelijk maken voor blinde personen die over de adequate uitrusting beschikken. De Handigids op diskette zal gratis kunnen verkregen worden op aanvraag, gericht tot de dienst Gehandicaptenbeleid van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

De Bestuursdirectie van de Uitkeringen aan Gehandicapten blijft eveneens instaan voor de verzorgde opmaak van enkele vernieuwde informatiefolders omtrent de tegemoetkomingen aan gehandicapten. Een handige folder die de onderscheiden diensten van de Bestuursdirectie beknopt beschrijft, een folder die de meest in het oog springende statistieken van deze directie weergeeft, alsmede een folder betreffende de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming werden inmiddels reeds uitgegeven. Een vergelijkbare folder betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden is in voorbereiding.

Om meer bekendheid te geven aan de rechten van de gehandicapte personen zal het bestuur ook verder blijven deelnemen aan verschillende beurzen en manifestaties.

B. L'INFORMATION

La collecte de données statistiques relatives aux handicapés demeure un des objectifs prioritaires du Secrétaire d'Etat. Ces données doivent permettre d'apprécier l'efficacité de la politique en faveur des handicapés. Ces données permettent également de développer des tableaux de bord, d'établir un suivi budgétaire strict et de réaliser des simulations budgétaires et des études comparatives.

Le rapport annuel 1996 de la Direction d'Administration des Prestations aux Handicapés contient à ce propos des informations intéressantes. Le lecteur y retrouve les données les plus caractéristiques au sujet des allocations aux handicapés. Une annexe statistique reprend les chiffres les plus significatifs de 1996 ainsi que plusieurs évolutions pluriannuelles. Une présentation distincte de tous ces chiffres améliore la lisibilité du rapport annuel proprement dit. (Je suis persuadé qu'il donnera pleine satisfaction au lecteur).

Ce rapport annuel n'est pas uniquement une source d'informations intéressantes relatives aux activités de la Direction d'Administration mais il constitue aussi un outil de travail précieux pour toute personne participant à l'élaboration de la politique en faveur des handicapés ou intéressée par celle-ci.

En complément de ce qui précède, le Secrétaire d'Etat accorde également une grande importance à la communication d'informations aux personnes handicapées.

Un Guide de la personne handicapée, dont la mise à jour est prévue pour 1998, reste disponible pour le public.

Ce Guide sera également tout prochainement disponible sur disquette informatique, grâce à la collaboration de l'A.S.B.L. « Différences », ce qui permettra de le rendre accessible aux aveugles qui disposent de l'équipement adéquat. Le Guide sur disquette pourra être obtenu gratuitement sur demande adressée au Service Politique des Handicapés du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

La Direction d'Administration des Prestations aux Handicapés prend également soin de publier quelques dépliants actualisés concernant les allocations aux handicapés. Un dépliant pratique présentant brièvement les différents services de la Direction d'Administration, un dépliant présentant les statistiques les plus pertinentes relatives à cette même Direction et un dépliant portant sur l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration ont déjà été publiés. Un dépliant similaire pour l'allocation d'aide aux personnes âgées est en préparation.

L'administration continuera aussi de participer à diverses bourses et manifestations afin de mieux faire connaître les droits des personnes handicapées.

Het aantal zitdagen in de provincies van de maatschappelijk assistenten wordt verder opgetrokken. Op deze gemeentelijke zitdagen staan de maatschappelijk assistenten van het Departement ter beschikking van de bevolking. Hierdoor komt het bestuur dicht bij de burger te staan. Zonder rekening te houden met hun permanente aanwezigheid op het Hoofdbestuur, hebben de maatschappelijk assistenten in de gemeenten spreekuren gehouden voor een equivalent van 449 werkdagen in 1996. Gemiddeld bezochten ze 76 gemeenten per maand, waar ze, over heel het jaar, zowat 20 000 bezoekers mondeling hebben bijgestaan. Het is de vaste bedoeling om deze dienstverlening nog verder uit te breiden.

Met dezelfde bedoeling blijft Handitel functioneren : een automatisch antwoordsysteem waar de burger 24 uur op 24, 7 dagen op 7, algemene of persoonlijke informatie (telefonisch) kan opvragen.

C. VERBETERING VAN DE KOOPIKRACHT

Teneinde de koopkracht van de zwaarst zorgbehoevende bejaarden te verbeteren, werd het stelsel van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden inmiddels verfijnd. Sinds 1 juli 1997 werd in dit stelsel een nieuwe categorie 4 toegevoegd. De meest zorgbehoevende bejaarden van de vroegere (ruime) categorie 3, vallen sindsdien in de nieuwe categorie 4; ze krijgen van rechtswege een verhoging van hun tegemoetkoming met 3 000 frank per maand.

Met deze verhoogde tegemoetkoming zullen de zwaarst zorgbehoevende bejaarden beter financieel tegemoet kunnen komen aan hun talrijke medische, paramedische en farmaceutische uitgaven, evenals aan hun kosten voor thuiszorg en bejaardenhulp.

Deze verfijning van het stelsel van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden beoogt mede te vermijden dat mensen omwille van financiële redenen zouden beknibben op de kwaliteit van hun leven in het algemeen of de kwaliteit van hun verzorging in het bijzonder.

Eerder werd reeds vermeld dat de rechthebbenden op een tegemoetkoming hun financiële toestand verbeterd zien door hen de voordelen van het WIGW-statuut toe te kennen.

Met de bedrijven voor de levering van elektriciteit en gas werden onderhandelingen aangevat met als doel een performanter systeem uit te denken teneinde de gehandicapten die er recht op hebben, automatisch van het sociaal gas- en elektriciteitsstarief te laten genieten.

D. DE AFLEVERING VAN GETUIGSCHRIFTEN

Naast de bovenvermelde taken in verband met de tegemoetkomingen aan gehandicapten vervult de Bestuursdirectie van de Uitkeringen aan de Gehandicapten nog andere opdrachten.

Le nombre de permanences en province des assistants sociaux sera encore augmenté. Lors de ces permanences communales, les assistants sociaux du département sont à la disposition de la population. L'administration se rapproche ainsi du citoyen. Sans tenir compte de leur présence constante à l'administration centrale, les assistants sociaux ont organisé en 1996 des permanences dans les communes pendant l'équivalent de 449 jours ouvrables. Ils ont visité en moyenne 76 communes par mois, où ils se sont entretenus avec près de 20 000 visiteurs sur toute l'année. Nous avons la ferme intention d'encore élargir ce service.

Handitel continuera à fonctionner dans le même ordre d'idées : ce répondeur automatique permet au citoyen d'obtenir (par téléphone) des informations générales ou personnelles, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

C. L'AMELIORATION DU POUVOIR D'ACHAT

En vue d'accroître le pouvoir d'achat des personnes âgées les plus dépendantes, le régime des allocations pour l'aide aux personnes âgées a été affiné. Depuis le 01/07/97, on a ajouté à ce régime une nouvelle catégorie (la catégorie 4) : les personnes âgées les plus dépendantes de l'ancienne (large) catégorie 3 voient leur allocation majorée de 3 000 F par mois.

Cette allocation majorée permettra aux personnes âgées les plus dépendantes de mieux faire face à leurs nombreuses dépenses médicales, paramédicales et pharmaceutiques, ainsi qu'aux frais pour leurs soins à domicile et pour l'aide seniors.

Cette amélioration du régime des allocations pour l'aide aux personnes âgées vise entre autres à éviter que des raisons financières portent préjudice à la qualité de leur vie en général ou à la qualité des soins qu'ils reçoivent en particulier.

Il a déjà été signalé que la situation financière des bénéficiaires d'une allocation s'améliore par le fait qu'ils ont à présent droit aux avantages du statut VIPO.

Des négociations ont été entamées avec les compagnies d'approvisionnement en gaz et électricité en vue de mettre en oeuvre un système plus performant afin d'octroyer automatiquement le tarif social pour le gaz et l'électricité aux handicapés qui y ont droit.

D. LA DELIVRANCE D'ATTESTATIONS

Outres les tâches liées aux allocations aux handicapées, d'autres missions incombent à la Direction d'Administration des Prestations aux Handicapés.

Zo staat het ook in voor de aflevering — binnen het respect van de medische voorschriften — van allerlei getuigschriften tot verkrijging van verscheidene sociale en/of fiscale voordelen.

In 1996 werden er 13 878 medische getuigschriften afgeleverd (door tussenkomst van de medische dienst), naast 7 114 administratieve getuigschriften — dit zijn getuigschriften die het bedrag van een toegekende tegemoetkoming vermelden —, 35 729 speciale parkeerkaarten en 1.279 verminderskaarten op het openbaar vervoer (door tussenkomst van de administratieve diensten). Voor 1998 wordt geen verandering van deze aantallen verwacht.

Inmiddels is de in 1996 ingestelde beroepsprocedure tegen medische beslissingen inzake getuigschriften volop in werking. In 1996 werden 851 zogenaamde « minnelijke beroepen » ingesteld: in 14 % van de aanvragen leidde dit tot een wijziging van de oorspronkelijke beslissing, wat zeker een aanvaardbaar resultaat genoemd mag worden. Hiermee is aangetoond dat ook dit initiatief in goede banen kon worden geleid, en aldus zal worden voortgezet.

E. DE VERHOOGDE KINDERBIJSLAG

De Bestuursdirectie der Uitkeringen aan gehandicapten is evenzeer bevoegd voor het uitvoeren van medische onderzoeken voor het vaststellen van de ongeschiktheid met het oog op de toekenning van het recht op bijkomende kinderbijslag en/of van een medisch getuigschrift in dit kader.

In samenspraak met deskundigen en hun verenigingen werden inmiddels nieuwe en aangepaste evaluatievormen op punt gesteld.

Ook hier wordt er, zoals bij de tegemoetkomingen aan volwassen gehandicapten, op toegezien dat de onderzoekstermijnen kort blijven, en worden de formulieren stapsgewijs aan een nauwgezet onderzoek naar de leesbaarheid onderworpen. Tevens wordt er gewerkt aan een informatiefolder die bij elke oproeping voor een medisch onderzoek zal worden bijgevoegd.

BESLUIT

Tot besluit stelt de Staatssecretaris dat hij de weg van een strikt beheer van het stelsel der tegemoetkomingen aan gehandicapten verder blijft volgen, dit ten voordele van de doeltreffendheid van het stelsel. Het kwalitatieve aspect speelt hierbij een voorname rol. Bij de voorgestelde wijzigingen in de procedures en reglementering zal de grootste aandacht uitgaan naar de sociale doelstellingen die aan de basis liggen van het stelsel.

Ainsi, elle délivre diverses attestations pour l'obtention d'avantages sociaux et/ou fiscaux, dans le respect des conditions médicales.

En 1996, 13 878 attestations médicales ont été délivrées (par l'entremise du service médical) ainsi que 7 114 attestations administratives, à savoir les attestations qui mentionnent le montant de l'allocation octroyée, 35 729 cartes spéciales de stationnement et 1.279 cartes de réduction pour les transports en commun (par les services administratifs). Pour 1998, on ne s'attend pas à un changement de ces chiffres.

La procédure de recours contre les décisions médicales en matière d'attestations, instaurée en 1996, a atteint sa vitesse de croisière: 851 « recours gracieux » ont été introduits en 1996. 14 % des demandes ont donné lieu à une modification de la décision originale. Cette initiative a donc pu être mise en oeuvre avec succès, de sorte qu'elle sera poursuivie.

E. LES ALLOCATIONS FAMILIALES MAJOREES

La Direction d'Administration des Prestations aux Handicapés est également compétente pour effectuer les examens médicaux afin de déterminer l'incapacité en vue de l'octroi du droit aux allocations familiales supplémentaires et/ou d'une attestation médicale dans ce cadre.

En accord avec les experts et leurs associations, de nouveaux modes d'évaluation adaptés ont été mis au point.

Ici également, comme pour les allocations destinées aux handicapés adultes, il s'agit d'obtenir les délais d'instruction les plus courts possibles et les formulaires ont progressivement été soumis à un examen minutieux en ce qui concerne leur lisibilité. Par ailleurs, un dépliant d'information qui sera joint à chaque convocation pour un examen médical est en préparation.

CONCLUSION

En conclusion, le Secrétaire d'Etat affirme qu'il poursuivra la gestion stricte du régime des allocations aux handicapés, afin de préserver l'efficacité du régime. L'aspect qualitatif occupe à ce sujet une place prépondérante. Dans les propositions de modification des procédures et de la réglementation, la plus grande attention devra être accordée aux objectifs sociaux qui constituent le fondement du régime.

Bijlage

Gemiddelde onderzoekstermijnen

Uitgesplitst naar taalstelsel en naar tegemoetkoming werden volgende resultaten geboekt voor de laatste 5 jaren (toestanden in december)

Nederlandstalige dossiers

	IVT/IT	THAB	IVT/IT +THAB
1992	9,0	15,0	12,0
1993	10,3	12,8	11,7
1994	5,8	8,6	7,3
1995	4,3	6,1	5,3
1996	3,3	4,4	3,9

Franstalige dossiers

	IVT/IT	THAB	IVT/IT +THAB
1992	7,8	9,6	8,4
1993	6,8	7,3	7,0
1994	3,9	4,5	4,1
1995	4,0	5,8	4,5
1996	4,4	5,0	4,6

Annexe

Délais moyens d'instructions

Par rôle linguistique et par allocation, les résultats suivants ont été enregistrés pour les dernières années (situations en décembre)

Dossies néerlandophones

	ARR/AI	APA	ARR/AI +APA
1992	9,0	15,0	12,0
1993	10,3	12,8	11,7
1994	5,8	8,6	7,3
1995	4,3	6,1	5,3
1996	3,3	4,4	3,9

Dossiers francophones

	ARR/AI	APA	ARR/AI +APA
1992	7,8	9,6	8,4
1993	6,8	7,3	7,0
1994	3,9	4,5	4,1
1995	4,0	5,8	4,5
1996	4,4	5,0	4,6

HOOFDSTUK II

Maatschappelijke integratie**I. — UITVOERING VAN HET ALGEMEEN
VERSLAG OVER DE ARMOEDE**

De uitvoering van het Algemeen Verslag over de armoede blijft natuurlijk een prioriteit voor de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie, die verder zal instaan voor de coördinatie van de Interministeriële Conferentie Maatschappelijke Integratie in dialoog met de partnerverenigingen van het Algemeen Verslag en met het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding.

1. Twee jaar gecoördineerde inspanning om de uitsluiting terug te dringen

Vanaf het begin van de legislatuur heeft de Interministeriële Conferentie voor Maatschappelijke Integratie het mogelijk gemaakt een reeks maatregelen te stimuleren op de diverse domeinen die door het Algemeen Verslag over de Armoede zijn aangepakt. De uitvoering van de voorstellen van de Interministeriële Conferenties van 30 november '95, 26 maart 1996 en 9 oktober 1996 worden door het kabinet van de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie, via regelmatige interkabinetten-vergaderingen, opgevolgd en jaarlijks in een vooruitgangsverslag geëvalueerd. De federale Regering hield op 30 april 1997 tevens een thematische ministerraad rond armoede-bestrijding waarin beslist werd dat de regering in het resterende deel van de legislatuur prioriteit zal leggen op de versnelde uitvoering van de maatregelen in het kader van haar armoedebelief.

1.1. *Recht op een Gezin*

Eén van de prioritaire eisen van de verenigingen van armen heeft te maken met het recht op een normaal gezinsleven, wat meer bepaald inhoudt dat de kinderen niet langer bij de ouders weggehaald kunnen worden omwille van de levensomstandigheden die hen door de armoede zijn opgedrongen.

De vorige algemene beleidsnota (herfst 1996) kondigde de oprichting aan van een werkgroep, belast met het onderzoeken van de wenselijkheid om de wet van 1987 inzake verlatenverklaring op te heffen.

De besprekingen hebben tot een vrijwel unaniem advies tot opheffing geleid en de Minister van Justitie heeft een wetsontwerp in die zin ingediend.

Er werd tevens aan de Gemeenschappen gevraagd de toepassing te beoordelen van de decreten inzake Bijzondere Jeugdzorg op het vlak van het respect voor de band van geplaatste kinderen met hun ouders. In navolging van de « J-O Lijn » die door de Vlaamse gemeenschap werd geïnstalleerd (klachtenlijn voor jongeren en voor ouders), werd er bij de

CHAPITRE II

L'intégration sociale**I. — EXECUTION DU RAPPORT GENERAL
SUR LA PAUVRETE**

L'exécution du Rapport Général sur la pauvreté reste bien entendu une priorité pour le Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale, qui continue à assurer la coordination de la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale en dialogue avec les associations partenaires du Rapport et le Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.

1. Deux années d'efforts coordonnés pour faire reculer l'exclusion

Depuis le début de la législature, la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale a permis d'impulser toute une série de mesures dans les différents domaines abordés par le Rapport Général sur la Pauvreté. L'exécution des propositions des Conférences interministérielles du 30 novembre 1995, du 26 mars 1996 et du 9 octobre 1996 est suivie par le Cabinet du Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale au sein de réunions intercabinets régulières et évaluée dans un rapport d'avancement annuel. Le Gouvernement fédéral s'est également réuni le 30 avril 1997 en conseil des ministres thématique relatif à la lutte contre la pauvreté. Il a été décidé lors de ce conseil des ministres que le gouvernement donnerait avant la fin de sa législature la priorité à l'exécution accélérée des mesures dans le cadre de sa politique de pauvreté.

1.1. *Le Droit à la Famille*

Une des revendications prioritaires des associations de pauvres porte sur le droit à mener une vie de famille normale, ce qui suppose notamment que les enfants ne puissent plus être retirés à leurs parents uniquement en raison des conditions dans lesquelles la pauvreté les contraint à vivre.

La note de politique générale précédente (automne 1996) faisait état de la mise en place d'un groupe de travail chargé d'envisager la suppression de la loi de 1987 relative à la déclaration d'abandon des enfants délaissés par leurs parents.

Les discussions ont abouti à un avis assez unanime en faveur de l'abrogation, et un projet de loi allant dans ce sens a été déposé par le Ministre de la Justice.

Il a également été demandé aux Communautés d'évaluer l'application des décrets sur l'aide à la jeunesse sous l'angle du respect du lien entre les enfants placés et leurs parents. Dans la lignée de la « J-O Lijn » inaugurée par la Communauté flamande (ligne téléphonique parents-enfants), un groupe de travail a été constitué au niveau de la Communauté françai-

Franse Gemeenschap een werkgroep opgericht voor de evaluatie van de toepassing van het decreet van 1991 betreffende de jeudbijstand.

1.2. *Het recht op hulp*

Maatschappelijke integratie vraagt een grotere toegankelijkheid van het administratief maatschappelijk kaderwerk en een betere toegang tot de fundamentele rechten van het individu. Het is uiterst belangrijk dat de armen duidelijk geïnformeerd worden over hun rechten en de over de manier om deze uit te oefenen.

In die optiek, wordt de vereenvoudiging van administratieve documenten voortgezet en gecoördineerd door het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding. Een stand van zaken hieromtrent wordt uiteengezet tijdens elke Interministeriële Conferentie.

1.3. *Het Recht op een behoorlijk inkomen*

Naar aanleiding van de Interministeriële Conferentie voor Maatschappelijke integratie, zijn een reeks wetsontwerpen gemaakt ter voorkoming van overkreditering. Overmatige schuldenlast kan immers zowel oorzaak als gevolg van armoede zijn.

Een wetsontwerp betreffende de collectieve schuldenregeling werd door de Minister van Economische zaken neergelegd in de Kamer, terwijl een ontwerp van Koninklijk Besluit de omvorming voorstelt van de centrale voor kredieten aan particulieren tot een register waarin eveneens de regelmatig afgekorte leningen zouden zijn opgenomen. Dit zou aan de kredietinstellingen de mogelijkheid geven de reeds bestaande leninglast van hun cliënten te kennen, om zo te vermijden dat zij bij de wie de boog reeds gespannen staat, totaal in schulden verzinken.

Niet alleen moet iedereen over een behoorlijk inkomen kunnen beschikken, het is ook belangrijk dit rationeel te kunnen beheren, o.m. via een bankrekening. Vanuit dit standpunt houdt de recente ondertekening van het handvest van de banken de garantie in voor iedereen om een rekening te kunnen openen. Zo zullen de armen niet langer verplicht zijn hun geld bij zich of in hun woning te houden. Belangrijker is echter dat zij bankopdrachten kunnen geven voor hun prioritaire betalingen zoals huur, alimentatie-geld of afkortingen van leningen, en zo wanbetaling met de vaak nare gevolgen vanden vermijden.

1.4. *Het Recht op gezondheid*

De Rondetafel « OCMW en gezondheidszorg » die in de vorige beleidsnota was aangekondigd, heeft plaats gehad op 18 december 1996. Werkgroepen onderzoeken nu verder de haalbaarheid van een reeks voorstellen die de gezondheidspreventie en/of de toegang tot de gezondheidszorg zouden kunnen verbeteren. Het gaat er meer bepaald om lokale

se pour évaluer l'application du décret de 1991 relatif à l'aide à la jeunesse.

1.2. *Le Droit à l'Assistance*

L'intégration sociale passe par un abaissement des seuils d'accès aux rouages administratifs de la société et aux droits fondamentaux des individus. Il est capital pour les plus démunis qu'ils soient clairement informés de leurs droits et de la façon de les exercer.

Dans cette optique, les travaux de simplification des documents administratifs se poursuivent sous la coordination du Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, et un état de la question est présenté à chaque Conférence interministérielle.

1.3. *Le Droit à un Revenu décent*

Suite à la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale, plusieurs projets ont vu le jour dans le domaine de la prévention du surendettement, lequel peut être à la fois cause ou conséquence de la pauvreté.

Le projet de loi concernant le règlement collectif des dettes a été déposé à la Chambre par le Ministre des Affaires économiques, tandis qu'un projet d'arrêté royal envisage la transformation de la centrale des crédits aux particuliers en un registre qui reprendrait également les prêts remboursés de manière régulière. Cela permettrait aux organismes prêteurs de connaître les charges d'emprunt auxquelles leurs clients doivent déjà faire face, évitant ainsi à ceux qui sont sur la corde raide de basculer dans le surendettement.

Si chacun doit pouvoir disposer d'un revenu décent, il importe aussi de pouvoir le gérer de façon rationnelle grâce à un compte en banque. Dans cette optique, la signature récente de la charte des banques garantit à chacun le droit d'ouvrir un compte. Ainsi, les plus pauvres ne seront plus obligés de conserver des liquidités sur eux ou dans leur logement, mais surtout ils pourront effectuer par domiciliation bancaire tous les paiements prioritaires tels que loyer, remboursement de dettes ou pensions alimentaires, évitant ainsi les oublis et les conséquences souvent lourdes qu'ils entraînent.

1.4. *Le Droit à la Santé*

Par ailleurs, la table ronde « CPAS et soins de santé » annoncée dans la note de politique générale précédente a eu lieu le 18 décembre 1996, et des groupes de travail étudient la faisabilité d'une série de solutions susceptibles d'améliorer la prévention santé et/ou l'accès aux soins. Il s'agit notamment de créer et de soutenir des réseaux santé locaux, d'améliorer la

gezondheidsnetwerken op te richten en te ondersteunen, de samenwerking te verbeteren tussen de OCMW's en de verzekeringsinstellingen in het belang van de niet verzekerden, de preventie-inspanningen te verhogen in de kansarme wijken, de preventie en de opsporing van « sociale ziekten » te verbeteren, modules gezondheidsopvoeding in te voeren in de bestaande initiatieven voor socio-professionele integratie, sport- en vakantiemogelijkheden aanbieden die voor iedereen toegankelijk zijn. Deze voorstellen kunnen enkel uitgevoerd worden in overleg met de gemeenschappen.

Reeds op de Interministeriële Conferentie van 13 november 1995 werd gepleit voor de uitbreiding van het WIGW-statuuut en de verbetering van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorgen. Sinds 1 juli 1997, verleent het Koninklijk besluit houdende maatregelen om de toegang tot de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen, in het bijzonder van de sociaal-economisch achtergestelde groepen, dat is uitgewerkt door de Minister van Sociale zaken ter uitvoering van artikel 11, 2° van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, het W.I.G.W.-voorkeursstatuuut aan een hele reeks sociale categorieën : de bestaansminimumgerechtigden en diegenen die een andere vorm van financiële hulp van het OCMW krijgen omdat zij wegens hun nationaliteit geen aanspraak op het bestaansminimum kunnen maken, de gehandicapten die een vervangingsinkomen hebben, de begunstigten van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, alsook de personen met verhoogde kinderbijlagen voor gehandicapte kinderen.

Al die personen betalen voortaan minder remgeld, terwijl ook degenen die minstens een jaar werkloos zijn, lager remgeld betalen maar enkel bij opname in een ziekenhuis.

België heeft nog steeds een relatief hoog aantal personen die geen ziekteverzekering hebben, omdat ze niet tijdig een volledige bijdragebon hebben ingediend, omdat ze hun persoonlijke bijdrage niet hebben betaald, of omdat ze bij hun verzekeringsinstelling de bewijsstukken niet hebben ingediend. Vooraleer ze opnieuw kunnen genieten van tussenkomsten, moeten die personen minstens zes maanden in het bevolkingsregister zijn ingeschreven, dan nog een wachttijd van zes maanden doorlopen en een toetredingsrecht betalen dat overeenkomt met de verschuldigde persoonlijke bijdragen voor een periode die tot vijf jaar kan oplopen. Een niet ingeschreven dakloze bijvoorbeeld, moet een jaar wachten tussen het moment dat hij zijn aanvraag tot inschrijving bij de verzekeringsinstelling indient en het moment waarop hij een tussenkomst in ziektekosten kan ontvangen. En als toetredingsrecht kan de verzekering tot 140 000 frank aan achterstallige bijdragen vragen.

collaboration entre CPAS et organismes assureurs dans l'intérêt des personnes non assurées, de renforcer la prévention dans les quartiers les plus défavorisés, d'améliorer l'identification et la prévention des maladies dites sociales, d'introduire des modules d'éducation à la santé dans les programmes de formation professionnelle existants, de développer des possibilités de sport et de vacances accessibles au public cible. Ces propositions ne peuvent être mises en œuvre qu'en concertation avec les communautés.

Lors de la Conférence interministérielle du 13 novembre 1995, on avait déjà plaidé en faveur de l'extension du statut-VIPO et de l'amélioration de l'accès aux soins de santé. Depuis le 1^{er} juillet 1997, l'arrêté royal portant des mesures de généralisation et d'assouplissement de l'accès au régime d'assurance en matière de soins de santé en particulier pour les groupes socialement défavorisés, élaboré par la Ministre des Affaires sociales en exécution de l'article 11, 2°, de la loi du 26 juillet 1996 de modernisation de la sécurité sociale et de garantie de la viabilité des régimes légaux de pension, accorde le statut de V.I.P.O. avec régime préférentiel à toute une série de catégories sociales : les bénéficiaires du minimum de moyens d'existence et les personnes qui, ne pouvant prétendre au minimum de moyens d'existence du fait de leur nationalité, bénéficient d'une autre forme d'aide sociale financière, les personnes handicapées bénéficiaires d'une allocation de remplacement de revenus, les bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées, ainsi que les personnes percevant des allocations familiales majorées pour enfants handicapés.

Toutes ces personnes payent désormais un ticket modérateur moins élevé, tandis que les personnes au chômage depuis un an au moins payent des tickets modérateurs moins élevés pour leurs frais d'hospitalisation.

La Belgique compte encore un nombre relativement élevé de personnes qui ne sont pas assurées pour les soins de santé, faute d'avoir introduit dans les délais auprès de leur organisme assureur un document de cotisation d'une valeur suffisante, d'avoir payé leur cotisation personnelle, ou d'avoir introduit auprès de leur organisme assureur les documents de preuve. Avant de pouvoir être assurées à nouveau, ces personnes doivent être inscrites au registre de la population depuis six mois, effectuer un stage d'attente de six mois et payer un droit d'affiliation correspondant aux cotisations personnelles dues pour une période pouvant remonter jusqu'à cinq ans. Un sans-abri non-assuré, par exemple, doit attendre un an entre le moment où il introduit sa demande d'inscription auprès de l'organisme assureur et le moment où il perçoit le premier remboursement de soins. Et le droit d'entrée auprès de l'assurance peut atteindre 140 000 francs en arriérés de cotisations.

Het Koninklijk besluit houdende maatregelen om de toegang tot de regeling inzake verzekering van geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen heft die toestand en verplichtingen op. Vanaf 1 januari 1998, zal het algemeen stelsel toegankelijk zijn voor alle personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen. Door die maatregel wordt de verplichting om zes maanden in het bevolkingsregister te zijn ingeschreven, opgeheven. Bovendien zal het volstaan een eerste maandelijkse bijdrage te betalen om de sociale identiteitskaart te bekomen, die gedurende een jaar het recht geeft op tussenkomst in ziektekosten en geneesmiddelen.

Voor de bestaansminimumstrekkers en de bejaarden met het gewaarborgd inkomen, was deze bijdrage reeds vastgesteld op 0 frank. Voortaan zullen ook de gehandicapten met een vervangingsinkomen en de nog niet beschermden met een inkomen dat lager ligt dan de W.I.G.W-grens (456 082 frank) eveneens een bijdrage van nul frank moeten betalen. De stage van zes maanden en het toetredingsrecht zijn eveneens opgeheven, terwijl de invoering van een sociale identiteitskaart het mogelijk zal maken de personen te identificeren die moeilijkheden ondervinden met de toegang tot de gezondheidszorg.

1.5. *Het Recht op Werk*

Werk blijft de beste bescherming tegen armoede en is bij uitstek een hefboom naar maatschappelijke integratie. Een reeks maatregelen die kunnen bijdragen tot het vergroten van de tewerkstellingskansen voor de armen zijn opgenomen in het ontwerp van wet houdende sociale bepalingen.

Zo zullen de rechthebbenden op het bestaansminimum toegang hebben tot een aantal tewerkstellingsmaatregelen en kan in een aantal gevallen het bestaansminimum geactiveerd worden als onderdeel van het loon. De wetgeving met betrekking tot de stage en de inschakeling van jongeren in het arbeidsproces is aangepast zodat jonge BM-gerechtigden toegang krijgen tot de Eerste Werkervaringscontracten (EWE). In geval van een halftijds EWE-contract kan een deel van het bestaansminimum bijdragen tot het salaris. Ook de tewerkstelling in doorstromingscontracten van mensen die één jaar bestaansminimumgerechtigd zijn, wordt aantrekkelijk omdat het bestaansminimum als tussenkomst in het loon gebruikt mag worden en de bestaansminimumgerechtigde een deel van het bestaansminimum mag cumuleren met het inkomen uit het doorstromingscontract. OCMW-steuntrekkers die geen recht hebben op een bestaansminimum, maar die wel ingeschreven zijn in het bevolkingsregister, krijgen in de toekomst toegang tot de federale tewerkstellingsprogramma's onder dezelfde voorwaarden als de bestaansminimumgerechtigden. Om de bestaansminimumtrekkers en de gerechtigden op financiële steun van het OCMW te stimuleren werk te zoeken, is er een vrijstelling voorzien van een deel van hun

L'arrêté royal portant des mesures de généralisation et d'assouplissement de l'accès au régime d'assurance supprime cette situation et ces obligations. A partir du 1^{er} janvier 1998, le régime général sera accessible à toutes les personnes inscrites au registre national des personnes physiques. Par cette mesure, l'obligation d'être inscrit au registre depuis six mois est supprimée. En outre, il suffira de payer une première cotisation mensuelle pour obtenir la carte d'identité sociale relative à l'assurance soins de santé, qui donne droit pendant un an à l'indemnisation des soins et des médicaments.

Pour les bénéficiaires du minimum de moyens d'existence ou du revenu garanti aux personnes âgées, cette cotisation était déjà de zéro francs. Dorénavant, les personnes handicapées percevant une allocation de remplacement de revenus et les personnes non encore protégées dont le revenu est inférieur à la limite V.I.P.O. (456 082 francs) ne devront plus payer de cotisation. Le stage de six mois et le droit d'entrée sont également supprimés, tandis que l'introduction d'une carte d'identité sociale permettra l'identification des personnes dont l'accès aux soins pose problème.

1.5. *Le Droit au Travail*

Le travail reste la meilleure protection contre la pauvreté et constitue le levier par excellence de l'intégration sociale. Une série de projets qui peuvent contribuer à augmenter les possibilités de travail pour les pauvres sont repris dans le projet de loi relatif aux dispositions sociales.

Ainsi, les bénéficiaires du minimum de moyens d'existence auront accès à un certain nombre de mesures pour l'emploi et dans certains cas le minimex pourra constituer une partie du salaire. La législation relative au stage et à l'insertion des jeunes dans le processus du travail a été adaptée permettant ainsi aux jeunes bénéficiaires du minimex d'avoir accès aux contrats de Première Expérience Professionnelle (PEP). En cas de contrat PEP mi-temps, une partie du minimum de moyens d'existence pourra contribuer au salaire. L'emploi, dans le cadre de contrats de transition, de personnes qui bénéficient du minimum de moyens d'existence depuis un an est également rendue attrayant par la possibilité d'utiliser le minimum de moyens d'existence comme intervention dans le salaire et par la possibilité pour le bénéficiaire du minimex de cumuler le minimex avec le revenu provenant du contrat de transition. Les bénéficiaires d'aide du CPAS qui ne peuvent prétendre au minimum de moyens d'existence mais qui sont inscrits au registre de la population, auront à l'avenir accès aux programmes fédéraux pour l'emploi dans les mêmes conditions que les bénéficiaires du minimum de moyens d'existence. Afin de stimuler les bénéficiaires du minimex et de l'aide sociale du CPAS dans leur recherche de travail, une partie des reve-

inkomen uit werk of beroepsopleiding bij de berekening van de bestaansmiddelen. Deze vrijstelling zal niet langer degressief zijn maar gedurende drie jaar behouden blijven op 6 000 fr per maand. Ze zal in het vervolg ook gelden voor degenen die zelf een job vinden.

Ook de gerechtigden op financiële steun die, enkel omwille van nationaliteit geen recht hebben op het bestaansminimum zullen toegang krijgen tot de federale programma's ter vermindering van de werkloosheid (PWA, Voordeelbanenplan, Plus 1-Plan, doorstromingsprogramma's, vervanging van werknemers met vrijwillige loopbaan-onderbreking of met vrijwillig brugpensioen). De Gewestministers bevoegd voor tewerkstelling hebben zich bereid verklaard ook hun tewerkstellingsprogramma's open te stellen voor die steungerechtigden.

Ook de mogelijkheden tot tewerkstelling in het kader van art 60§7 en 61 van de organieke wet van 8 juli 1976 op de OCMW's werden en worden verder uitgebreid en gestimuleerd. Daarop komen we verder terug in deel II.

1.6. *Het Recht op Huisvesting*

De drie Gewesten hebben dit jaar hun wetgeving op de huisvesting hervormd.

In het kader van de Interministeriële Conferentie voor Maatschappelijke Integratie hebben de drie voor huisvesting bevoegde ministers overleg gepleegd over de te bereiken doelstellingen, uitgaande van de aanbevelingen die door arme gezinnen zijn geformuleerd in het Algemeen Verslag over de Armoede.

Op gewestelijk niveau werden ook reeds op meerdere domeinen oplossingen uitgewerkt :

- verbeteringen aan het systeem van huurtoelagen voor mensen met een laag inkomen
- nieuwe reglementering op gemeubelde kamers en kleine woongelegenheden,
- gegarandeerde minimumlevering van gas, elektriciteit en water
- projecten ter begeleiding en herhuisvesting van permanente campingbewoners.

Op federaal niveau is een wetsontwerp betreffende de uithuiszetting tot stand gekomen als gevolg van de voorstellen van de Interministeriële Conferentie. Dit ontwerp van de Minister van Justitie stelt dat het OCMW onmiddellijk door het vrederecht moet worden ingelicht over elke vraag tot uithuiszetting (behalve bij verzet van de huurder), dat de uithuiszetting slechts een maand na de betekenis van het vonnis kan worden uitgevoerd (met mogelijkheid van de rechter om die periode in te korten of te verlengen), en dat de bewaring van de meubelen in

nus provenant de leur travail ou d'une formation professionnelle est immunisée lors du calcul des ressources. Cette immunisation ne sera plus dégressive. Elle sera maintenue à 6 000 F par mois durant trois ans. Elle sera dorénavant également applicable aux personnes qui trouvent un emploi par leurs propres moyens.

Les bénéficiaires de l'aide sociale qui, nationalité exceptée, sont dans les conditions pour pouvoir bénéficier du minimum de moyens d'existence auront accès aux programmes fédéraux de résorption du chômage (ALE, Plan Avantage à l'Embauche, Plan Plus Un, Programmes de Transition Professionnelle, remplacements de travailleurs en interruption volontaire de carrière ou en prépension volontaire), et les ministres régionaux de l'emploi ont également accepté d'envisager l'ouverture des programmes régionaux de résorption du chômage à ces bénéficiaires d'aide sociale.

De plus, les possibilités d'emploi dans le cadre des articles 60, §7, et 61 de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS ont été et seront encore élargies et encouragées. Nous y reviendrons dans la partie II.

1.6. *Le Droit au Logement*

Les trois Régions ont entrepris cette année une réforme de leur législation en matière de logement.

La Conférence interministérielle de l'intégration sociale a pleinement joué son rôle en la matière, en permettant aux trois ministres compétents en matière de logement de se concerter quant aux objectifs à cibler, dans le respect des recommandations formulées dans le Rapport Général sur la Pauvreté par les familles défavorisées.

Des solutions ont ainsi été développées au niveau régional dans toute une série de domaines :

- amélioration du système des allocations accordées aux locataires à bas revenus
- nouvelle réglementation sur les chambres meublées et les petits logements,...
- fourniture minimale garantie de gaz, d'électricité et d'eau
- projets d'encadrement et de relogement des personnes qui résident en permanence dans des campings.

Au niveau fédéral, un projet de loi relatif aux expulsions a vu le jour suite aux propositions de la Conférence interministérielle. Ce projet du Ministre de la Justice prévoit que le CPAS soit immédiatement informé par la justice de paix de toute demande d'expulsion (sauf opposition du locataire), que l'expulsion ne puisse être exécutée qu'un mois après la signification du jugement (avec possibilité pour le juge de réduire ou d'allonger ce délai), et que la garde des meubles en dépôt communal soit assurée avec plus de respect (délai plus long, possibilité d'obtenir

de gemeentelijke opslagplaats met meer zorg moet gebeuren (langere periode, mogelijkheid een uittreksel van het register te bekomen, kosteloze teruggave levensnoodzakelijke goederen).

Een Koninklijk besluit tot vaststelling van de minimale voorwaarden die moeten worden vervuld opdat een onroerend goed dat wordt verhuurd conform zou zijn met de elementaire vereisten van veiligheid, gezondheid en woonbaarheid, is eveneens in werking getreden (8 juli 1997). Op de themaministeraad « Armoede » werd tevens beslist dat de door de gewesten uitgekeerde verhuis-, installatie- en huurtoelagen niet langer in aanmerking zullen worden genomen voor de berekening van het BM.

In navolging van wat was aangekondigd in de vorige nota, werden diverse maatregelen getroffen ten gunste van de daklozen :

— sinds 1 januari 1997 (Koninklijk Besluit van 12 december 1996), hebben alle daklozen die bestaansminimumgerechtigd zijn éénmaal in hun leven het recht op een « installatiepremie » Deze komt overeen met het bedrag van één maand bestaansminimum voor echtparen (d.i. momenteel 27 341 frank);

— daklozen kunnen in het register van de gemeente worden ingeschreven op een zgn. referentieadres bij een privé-persoon. Dit adres maakt het mogelijk post en administratieve documenten en eventuele uitkeringen te ontvangen. O.a. om misbruiken door particulieren te voorkomen (verkoop van referentieadressen) werd het vanaf 16 maart 1997 mogelijk gemaakt het OCMW als referentieadres te kiezen (K.B. van 21 februari 1997).

De reglementering betreffende de opeising van leegstaande woningen in het raam van het « urgentieprogramma voor een meer solidaire maatschappij » werd geëvalueerd door de Koning Boudewijnstichting. Deze evaluatie leidde tot een ontwerp-KB ter versoepeling van de bestaande procedure, waarbij de voorafgaandelijke voorwaarde om een inventaris op te stellen van de verlaten gebouwen wegvalt. De procedure kan voortaan opgestart worden ook al heeft het OCMW of de gemeente nog bepaalde verlaten gebouwen in bezit, wat vroeger niet het geval was.

1.7. *Het Recht op Cultuur en Onderwijs*

De Interministeriële Conferentie heeft de aandacht van de bevoegde gemeenschapsministers gevestigd op de eisen die door de armen werden geformuleerd omtrent cultuur en participatie, en op diverse niveaus zijn enkele inspanningen geleverd om de drempel tot het cultuurleven te verlagen.

De Vlaamse Gemeenschap (werkgroep *Cultuur en Kansarmoede*) heeft een actieprogramma opgesteld met twee luiken :

— een inventaris opmaken van lopende initiatieven om sociale uitsluiting op cultureel vlak te bestrijden;

un extrait du registre, restitution sans frais des biens de première nécessité).

Un arrêté royal déterminant les conditions minimales à remplir pour qu'un bien immobilier donné en location à titre de résidence principale soit conforme aux exigences élémentaires de sécurité, de salubrité et d'habitabilité est également entré en vigueur (8 juillet 1997). Lors du Conseil des Ministres ayant comme thème « la Pauvreté », la décision fut prise de ne plus tenir compte pour le calcul des moyens d'existence minimum, des allocations régionales en matière de déménagement, d'installation et de loyer.

Conformément à ce qui était annoncé dans la note précédente, diverses mesures ont été prises en faveur des sans-abri :

— depuis le 1^{er} janvier 1997 (arrêté royal du 12 décembre 1996), tous les sans-abri ayant droit au minimum de moyens d'existence ont également droit une fois dans leur vie à une « prime d'installation » équivalant à un mois du minimum de moyens d'existence tel qu'il est accordé aux couples (soit actuellement 27 341 francs);

— les sans-abri peuvent être inscrits dans le registre communal sur la base d'une adresse de référence chez une personne privée. Cette adresse de référence permet de recevoir du courrier et des documents administratifs et éventuellement des paiements. Depuis le 16 mars 1997 il est possible d'élire domicile à l'adresse du CPAS (arrêté royal du 21 février 1997), ce afin d'éviter d'éventuels abus des particuliers (vente d'adresses de référence);

La réglementation concernant la réquisition des immeubles abandonnés dans le cadre du « programme d'urgence pour une société plus solidaire » a été évaluée par la Fondation Roi Baudouin, et cette évaluation a abouti au dépôt d'un projet d'arrêté royal visant à assouplir la procédure existante en supprimant la condition préalable de dresser un inventaire des immeubles abandonnés. Dorénavant, la procédure pourra être entamée même si le CPAS ou la commune possèdent encore certains immeubles abandonnés, ce qui n'était pas le cas auparavant.

1.7. *Le Droit à la Culture et à l'Enseignement*

La Conférence interministérielle a attiré l'attention des ministres communautaires compétents sur les revendications formulées par les plus pauvres en matière de culture et de participation, et quelques efforts sont fournis à différents niveaux en vue d'abaisser les seuils d'accès à la vie culturelle.

La Communauté flamande (groupe de travail *Cultuur en Kansarmoede*) a mis sur pied un programme d'action à deux volets :

— dresser un inventaire des initiatives en cours en vue de lutter contre l'exclusion sociale sur le plan culturel;

— de elementen identificeren die, op het niveau van de regelgevingen, de deelname aan cultuur en sport verhinderen.

De Franse Gemeenschap stelt vast dat het gratis aanbod niet volstaat om de doelgroep te bereiken, en verkiest de steun aan organisaties voor sociaal-culturele promotie die als schakel kunnen optreden.

In de Duitstalige Gemeenschap probeert men het doelpubliek naar het cultuuraanbod te brengen door een doeltreffend beleid op het gebied van onderwijs en vorming, maar er worden ook meer gerichte initiatieven genomen, zoals de organisatie van een zeer hoogstaand Kerstconcert dat zich specifiek richtte tot personen met een laag inkomen.

Het cultuurcheque-initiatief van het Brussels Gewest werd geëvalueerd en het systeem werd verder gezet.

De absolute kosteloosheid van het basisonderwijs en zijn ruimere openstelling voor de cultuur van de ouders zijn eveneens fundamentele eisen van de armsten.

Hoewel de ministers van onderwijs van de drie gemeenschappen die doelstellingen tot de hunne hebben gemaakt, is het duidelijk dat er verder inspanningen op het terrein moeten worden geleverd om de kosteloosheid en het onderling begrip tot een realiteit te maken.

In deze strikt communautaire aangelegenheden, beperkt de rol van de Interministeriële Conferentie zich voornamelijk tot het formuleren van de aanbevelingen die zijn opgenomen in het Algemeen Verslag over de Armoede. Maar de voorbereidende groepen, waarin kabinetten en externe deskundigen samenwerken, kunnen eveneens een plaats bieden voor uitwisseling van ervaringen en uitmonden in originele beleidslijnen die zijn opgebouwd in dialoog met de betrokkenen.

2. Conclusies en vooruitzichten

Om de uitvoering van de aanbevelingen van het Algemeen Verslag over de Armoede en de deelname van de armen aan het beleid dat op hen van toepassing is, wettelijk te garanderen, heeft de Minister-raad de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie opgedragen de totstandkoming te coördineren van een samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat, de Gemeenschappen en Gewesten.

Dit akkoord moet de oprichting mogelijk maken van een permanent Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, dat geregeld verslag moet uitbrengen over de evolutie van de toestand op dit gebied en concrete aanbevelingen en voorstellen doen om die te verbeteren.

De Interministeriële Conferentie voor Maatschappelijke Integratie zal haar rol verder vervullen door het stimuleren van beslissingen, die de ongelijkheden, waarvan de armen het slachtoffer zijn, ongedaan maken.

a) In het verlengde van de Rondetafel « OCMW en Gezondheidszorg » van 18 december 1996 (zie hierbo-

— relever les différents éléments qui, au niveau des législations, font obstacle à la participation culturelle.

La Communauté française observe que la gratuité de l'offre ne suffit pas à atteindre le public cible, et privilégie le soutien d'organisations de promotion socioculturelle pouvant assurer l'interface.

En Communauté germanophone, on cherche plutôt à élever le public cible vers l'offre culturelle par une politique efficace en matière d'enseignement et de formation, mais des initiatives plus ponctuelles sont également prises, comme l'organisation d'un concert de Noël de très haut niveau s'adressant spécifiquement aux personnes à bas revenus.

L'initiative des chèques-culture de la Région bruxelloise a été évaluée et l'initiative se poursuit.

La gratuité absolue de l'enseignement fondamental et son ouverture plus large à la culture des parents constituent également une revendication primordiale des plus pauvres.

Cependant, si les ministres communautaires de l'enseignement ont fait leurs ces objectifs, des efforts doivent encore être menés pour que sur le terrain la gratuité et la compréhension mutuelle deviennent une réalité.

Dans ces matières strictement communautaires, le rôle de la Conférence interministérielle se limite essentiellement à relayer auprès des autorités compétentes les recommandations formulées dans le Rapport Général sur la Pauvreté. Mais les groupes préparatoires, associant cabinets et experts extérieurs, peuvent également servir de lieux d'échange d'expériences, et déboucher sur l'élaboration de politiques originales construites en dialogue avec les personnes concernées.

2. Conclusions et perspectives

Afin de garantir légalement la poursuite de la mise en oeuvre des recommandations du Rapport Général sur la Pauvreté et la participation des plus pauvres à la politique les concernant, le Conseil des Ministres a chargé le Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale de coordonner l'élaboration d'un accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions.

Cet accord devrait permettre la création d'un Centre permanent de lutte contre la pauvreté, chargé d'établir régulièrement un rapport sur l'évolution de la situation dans ce domaine et de formuler des recommandations et des propositions visant à l'améliorer.

La Conférence interministérielle de l'Intégration sociale continuera à jouer son rôle en stimulant des décisions de nature à réduire les inégalités dont sont victimes les plus pauvres.

a) Dans le prolongement des conclusions de la table ronde « CPAS et soins de santé » du 18 décem-

ven), zal aan de Gemeenschappen worden gevraagd de armoededimensie te integreren in hun gezondheidsbeleid. Zo nodig kan, in het kader van de Interministeriële Conferentie, een samenwerkingsakkoord in dit verband tussen de talrijke bij de gezondheidszorg betrokken ministers en staatssecretarissen worden uitgewerkt.

b) Inzake huisvesting zal op een volgende Conferentie een voorstel voorgelegd worden om de procedure voor het aanvragen van Gewesttoelagen en — subsidies die worden toegekend om de hoge huurkosten op te vangen, volledige kosteloos te maken. Bij die aanvragen moet immers een attest gevoegd worden afgeleverd door de administratie van registratie en domeinen. Op dit attest moeten fiscale zegels worden geplakt, een kost die voor mensen die reeds tussenkomst in de huur moeten vragen niet verwaarloosbaar is.

c) Tevens zal onderzocht worden of een andere oplossing kan worden gevonden om, in geval van gedwongen openbare verkoop van goederen, het aanplakken van affiches buiten op de plaats van een inbeslagname te vervangen. Deze werkwijze van de deurwaarder wordt immers door de met schulden belaste personen ervaren als een bijkomende vernerding.

Nog andere voorstellen zullen hieraan worden toegevoegd naar gelang van de prioriteiten van de partnerverenigingen van het Algemeen Verslag over de Armoede en de suggesties van andere organisaties of personen die betrokken zijn bij de bestrijding van de sociale uitsluiting.

II. — DE OCMW'S, BEVOORRECHTE PARTNERS BIJ HET BELEID VOOR DE ARMOEDEBESTRIJDING

Parallel met zijn acties in het raam van de Interministeriële Conferentie, wenst de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie eveneens de armoede te bestrijden binnen de bevoegdheden die hij heeft op het vlak van de maatschappelijke integratie.

In die context worden een aantal belangrijke krachtlijnen gevolgd. Om een blijvende afhankelijkheid van het bestaansminimum of andere vormen van financiële steun te voorkomen, vooral voor de jongeren, zijn maatregelen op het vlak van tewerkstelling de absolute prioriteit.

We moeten immers vaststellen, dat de 49 479 gerechtigden van het bestaansminimum in januari 1990, zijn opgelopen tot 79 894 gerechtigden in januari 1997, wat een toename met 61,5% betekent.

De -25 jarigen die in januari 1991 slechts 9,2 % uitmaakten van de gerechtigden, vormen nu 26 % van het totaal. Die toename kan niet alleen worden verklaard door de verlaging van de meerderjarigheid.

bre 1996 (voir plus haut), il sera demandé aux Communautés d'intégrer la dimension pauvreté dans leur politique de prévention en matière de santé. Si nécessaire, la Conférence interministérielle pourra être le lieu où s'élaborera un accord de coopération entre les nombreux ministres et secrétaires d'état concernés par la santé.

b) En matière de logement, une proposition visant à permettre d'atteindre la gratuité absolue de la procédure de demande des allocations et subsides octroyés par les Régions pour faire face au coût des loyers sera soumise lors d'une prochaine Conférence. Actuellement, cette demande suppose la délivrance, par l'administration de l'enregistrement et domaines, d'une attestation sur laquelle doivent être apposés des timbres fiscaux, des frais non négligeables pour des personnes qui doivent déjà demander une intervention dans leur loyer.

c) On examinera également la possibilité de trouver une alternative aux affiches apposées à l'extérieur du lieu de la saisie en cas de vente publique de biens. En effet, cette pratique des huissiers est perçue comme une humiliation supplémentaire par les personnes endettées.

D'autres propositions viendront s'ajouter à celles-ci en fonction des priorités avancées par les associations partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté et des suggestions formulées par d'autres organisations ou personnes intéressées à la lutte contre l'exclusion sociale.

II. — LES CPAS, PARTENAIRES PRIVILEGES DANS LA POLITIQUE RELATIVE A LA PAUVRETE

Parallèlement à son action dans le cadre de la Conférence interministérielle, le Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale entend également lutter contre la pauvreté au niveau des compétences qui lui sont conférées en matière d'intégration sociale.

Un certain nombre de lignes directrices importantes sont suivies dans ce cadre. Afin de prévenir la dépendance à l'égard du minimum de moyens d'existence ou d'autres formes d'aide sociale, l'adoption de mesures sur le plan de l'emploi, en particulier en ce qui concerne les jeunes, constitue une priorité absolue.

On observe en effet que, de 49 479 bénéficiaires du minimum de moyens d'existence en janvier 1990, on est passé pour janvier 1997 à 79 894 bénéficiaires, soit une augmentation de 61,5%.

Les moins de 25 ans qui, en janvier 1991, constituaient 9,2 % des bénéficiaires, représentent aujourd'hui 26 % du total. Une augmentation que l'abaissement de l'âge de la majorité ne suffit pas à expliquer.

1. De OCMW's en de tewerkstelling

In aansluiting op de reeds in het voorgaande deel vermelde initiatieven en maatregelen om het recht op arbeid ook voor de armen te realiseren, zal tijdens de komende twee jaar voorrang worden verleend aan de ontwikkeling van mogelijkheden voor de reïntegratie op de arbeidsmarkt van bestaansminimumgerechtigden en andere sociale steungerechtigden, voornamelijk voor de jongeren onder hen.

De nieuwe bepalingen betreffende de toepassing van artikel 60, § 7, van de organieke wet op de OCMW's, die in de vorige algemene beleidsnota werden voorgesteld, (vrijstelling patronale bijdragen, tewerkstelling bij sommige derden) hebben geleid tot een gevoelige toename van het aantal in dit raam tewerkgestelde personen alsook tot een verruiming van de waaier van aangeboden betrekkingen.

In het kader van een overeenkomst, krijgen vijftien OCMW's extra federale middelen om een sociaal werker specifiek te belasten met de sociale begeleiding en het zoeken naar arbeidsplaatsen voor de tewerkgestelde in toepassing van art. 60, § 7. Het Hoger Instituut Voor de Arbeid (KUL) maakt een analyse van de lopende experimenten, zodat ze de OCMW's een nuttige handleiding voor de inschakeling op de arbeidsmarkt kan bieden.

De Staatssecretaris wenst bovendien het lopende experiment voort te zetten en te verruimen naar meer landelijke gebieden waar samenwerking tussen verschillende kleine OCMW's op het vlak van tewerkstelling zal gestimuleerd worden. In diezelfde optiek heeft de Staatssecretaris dit instituut belast met de organisatie in december 1997 van een colloquium « OCMW en Tewerkstelling » waarop alle deskundigen en sociale werkers aanwezig zullen zijn om hun ervaringen uit te wisselen en hun beleid bij te stellen.

Op niveau van de wetgeving komen er in dit kader ook nieuwe stimuli. Het ontwerp van wet houdende sociale bepalingen voorziet een vrijstelling van de werkgeversbijdragen voor alle arbeidsovereenkomsten die in het raam van artikel 60, § 7 zijn gesloten (niet enkel de nieuwe). De volledige vrijstelling zal ook toepasbaar gemaakt worden voor rechthebbenden op financiële maatschappelijke dienstverlening die ingeschreven zijn in het bevolkingsregister. De supplementaire middelen die beschikbaar komen door de bijdragevrijstelling zullen door de OCMW's integraal moeten aangewend worden voor hun tewerkstellingsbeleid: uitbouw art. 60, § 7, stimulering van art. 61 van de organieke wet, omkadering, opleiding...

In de wet van 22 december 1995 houdende maatregelen ter uitvoering van het meerjarenplan voor de werkgelegenheid, werd voorzien dat de OCMW's tewerkgestelden, in toepassing van art. 60, § 7, ter beschikking kunnen stellen van vzw's met een sociaal of cultureel doel. Deze mogelijkheid zal nu ook worden uitgebreid tot soortgelijke initiatieven die

1. Les CPAS et l'emploi

Dans le prolongement des nouvelles initiatives et dispositions exposées plus haut en matière de droit au travail pour les pauvres, priorité sera accordée au cours des deux années à venir au développement des possibilités de (ré)insertion professionnelle des bénéficiaires du minimum de moyens d'existence et de l'aide sociale, en particulier des plus jeunes.

Les nouvelles dispositions relatives à l'application de l'article 60, § 7, de la loi organique des CPAS, présentées dans la note de politique générale précédente (exonération des cotisations patronales, mis au travail auprès de certains tiers), ont engendré un accroissement sensible du nombre de personnes mises au travail dans ce cadre ainsi qu'un élargissement de l'éventail des emplois offerts.

Grâce à une convention, quinze CPAS percevront des moyens financiers supplémentaires de l'autorité fédérale en vue d'affecter un travailleur spécifiquement à l'accompagnement social et à la recherche d'emplois pour les personnes mises au travail en application de l'art. 60, § 7. L'HIVA (l'institut supérieur du travail de la KUL) analyse les expériences en cours, de façon à fournir aux CPAS un outil pratique et performant en matière d'insertion sur le marché de l'emploi.

Le Secrétaire d'Etat souhaite en outre prolonger l'expérience pilote en cours et l'étendre aux régions plus rurales où la collaboration entre différents petits CPAS sera stimulée sur le plan de l'emploi. Dans la même optique, cet institut a également été chargé par le Secrétaire d'Etat d'organiser en décembre 1997 un colloque « CPAS et Emploi » qui réunira experts et travailleurs sociaux, afin de pouvoir échanger les pratiques et affiner les politiques.

Des encouragements sont également prévus au niveau légal. Le projet de loi relatif aux dispositions sociales prévoit une exonération des cotisations patronales à l'ONSS-APL pour tous les emplois dans le cadre de l'article 60, § 7 (et pas uniquement pour les nouveaux emplois). L'exonération complète sera également rendue applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale qui ne peuvent prétendre au minimum de moyens d'existence. Les moyens supplémentaires libérés par l'exonération des cotisations patronales devront être affectés intégralement par les CPAS à leur politique de l'emploi : exploitation de l'art. 60, § 7, stimulation de l'art. 61 de la loi organique, encadrement, formation,...

La loi du 22 décembre 1995 relative aux mesures en vue de l'exécution du plan pluriannuel pour l'emploi prévoit que les personnes mises au travail par les CPAS dans le cadre de l'art. 60, § 7, peuvent être mises à la disposition des a.s.b.l. ayant un objectif social et culturel. Cette possibilité sera également élargie à des initiatives similaires qui n'ont pas le

geen vzw-statuuat hebben maar zijn opgericht in intercommunaal verband, bv. in de vorm van een coöperatieve vereniging en tot de vennootschappen met een sociaal oogmerk. Ter bevordering van de inschakeling in de privé-sector in het raam van artikel 61, wordt ook een federale toelage voorzien ter financiering van de (omkaderings)kosten die het OCMW of de werkgever daarbij heeft). Tenslotte zal het bestaansminimum, naar analogie met de werkloosheidsuitkeringen, geactiveerd worden voor tewerkstelling in privé-bedrijven van personen die reeds meer dan 3 jaar BM-gerechtigd zijn (of meer dan 2 jaar indien ze hoogstens een diploma lager secundair onderwijs hebben).

2. De OCMW's en de jongeren

Voor het uitstippelen van een beleid ten aanzien van de jongeren zal de Staatssecretaris zich onder meer steunen op de conclusies van de onderzoeken, die op zijn verzoek werden verricht door de Koning Boudewijnstichting, door de UFSIA en door het Straathoekwerk (VLASTROV en de « Fédération des Travailleurs de Rue »). Hij zal ook rekening houden met de bedenkingen die volgden uit de Rondetafel ter gelegenheid van de twintigste verjaardag van de OCMW's.

Volgens de Koning Boudewijnstichting die verschillende aspecten van het « urgentie-programma » in de grote steden heeft geëvalueerd is het « geïndividualiseerd project voor sociale integratie » (artikel 6, § 2 van de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum), een bijzonder nuttig middel voor beroepsinschakeling van jongeren gebleken. Dit werd door de jongeren zelf bevestigd tijdens de ontmoeting van 15 april 11. in aanwezigheid van zijne majesteit de Koning. De doeltreffendheid van het middel hangt wel sterk af van de manier waarop het wordt gebruikt.

Positieve voorbeelden ontbreken geenszins, maar hun veralgemening vergt enerzijds ervaringsuitwisselingen tussen de sociale werkers en, anderzijds, een verlichting van het administratief werk dat hen wordt opgelegd, zodat ze meer tijd kunnen vrijmaken voor een echte persoonlijke opvolging van de betrokken jongeren.

Het Centrum voor Sociaal Beleid (UFSIA) heeft een onderzoek verricht naar het toenemend aantal jongeren die het bestaansminimum genieten. Dit is niet enkel een gevolg van de verlaging van de meerderjarigheid en van de algemene toename van de BM-gerechtigden, maar moet toegeschreven worden aan andere oorzaken. Er blijkt een sterk verband tussen de bijstandsafhankelijkheid en de verminderde tewerkstellingskansen voor jongeren. Ook het aantal alleenwonende en ongehuwd-samenwonende -25 jarigen is gestegen. Deze verminderde gezinsstabiliteit en het toegenomen risico van werkloosheid heeft een grotere financiële kwetsbaarheid als gevolg. Er zijn ook een aantal ontwikkelingen geweest in het beleid die de stijging van jonge bestaans-

statut d'a.s.b.l. mais qui ont été mises sur pied dans un cadre intercommunal, p.ex. sous la forme d'association coopérative, ainsi qu'aux sociétés à but social. On envisage également une subvention fédérale pour financer les frais (d'encadrement) encourus par le CPAS ou l'employeur et ce en vue de promouvoir l'insertion dans le secteur privé dans le cadre de l'article 61. Enfin, le minimum de moyens d'existence sera activé, par analogie avec les allocations de chômage, pour la mise au travail dans les entreprises privées de personnes qui bénéficient du minimex depuis plus de 3 ans (ou plus de 2 ans si elles ont au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur).

2. Les CPAS et les jeunes

La politique concernant les jeunes s'appuiera notamment sur les conclusions de recherches menées à la demande du Secrétaire d'Etat par la Fondation Roi Baudouin, par l'UFSIA, par VLASTROV et la Fédération des Travailleurs de Rue en Communauté Française, ainsi que sur les réflexions menées en table ronde à l'occasion des vingt ans des CPAS.

Selon la Fondation Roi Baudouin, qui a évalué différents aspects du « programme d'urgence » dans les grandes villes, le « projet individualisé d'intégration sociale » (article 6, § 2, de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence) se révèle être un outil particulièrement intéressant pour l'insertion professionnelle des jeunes, ce qu'ont confirmé des jeunes eux-mêmes lors de la rencontre organisée le 15 avril dernier en présence de Sa Majesté le Roi. L'efficacité de cet outil dépend cependant très fort de la façon dont il est utilisé.

Les exemples positifs ne manquent pas, mais leur généralisation requiert, d'une part, des échanges d'expérience entre travailleurs sociaux et, d'autre part, un allègement de la charge de travail administratif imposée à ces derniers de façon à leur permettre de dégager plus de temps pour un suivi réellement personnalisé des jeunes concernés.

Le Centrum voor Sociaal Beleid (UFSIA) a effectué une étude relative au nombre croissant de jeunes bénéficiaires du minimum de moyens d'existence. Ce phénomène n'est pas uniquement lié à l'abaissement de l'âge de la majorité et à l'accroissement général du nombre des bénéficiaires des bénéficiaires du minimex, mais s'explique également par d'autres causes. Il existe un lien évident entre la dépendance à l'aide sociale et la diminution des possibilités d'emploi pour les jeunes. De plus, le nombre de personnes isolées et de cohabitants célibataires de moins de 25 ans a augmenté. Cette modification de la stabilité familiale et le risque accru de chômage se traduisent par une plus grande vulnérabilité financière. Certaines options politiques ont également favorisé l'augmenta-

minimumgerechtigden hebben in de hand gewerkt. Enerzijds heeft de reeds genoemde verlaging van de meerderjarigheid sedert 1990, de afschaffing van de minimale verblijfsduur en de invoering van de integratiecontracten in 1993, (die bijkomende mogelijkheden creëert om studies gelijk te stellen met de werkbereidheidseis), de toegang voor de jongeren tot het bestaansminimum gemakkelijker gemaakt. Anderzijds is door verschillende ingrepen o.a. verlenging van de wachttijd, verhoging van het vereiste aantal gewerkte dagen, enz., ook de werkloosheidsreglementering verstrengd. Vergelijkingen met het buitenland relativeren dit alles wel. Het aantal bijstandsafhankelijke jongeren is in ons land niet groter dan in de omringende landen, als we rekening houden met alle vormen van de inkomensvervangende steun aan jongeren (werkloosheidsvergoedingen, studiebeurzen,...) en de bijstand is niet genereuzer. Voor studerende worden in sommige landen niet enkel de studiekosten maar ook de kosten van huisvesting en levensonderhoud gedragen door studiebeurzen of gemakkelijk terugbetaalbare leningen. De verantwoordelijkheid voor de armere studenten mag in elk geval niet afgewenteld worden op de OCMW's en op het bestaansminimum. Daarom zal de Staatssecretaris de dialoog met de gemeenschapsministers bevoegd voor onderwijs verder voeren in het kader van de Interministeriële Conferentie Maatschappelijke Integratie, met het oog op goede afspraken daaromtrent.

Wat de langdurige afhankelijkheid van het bestaansminimum van een groeiend aantal jonge mensen in het algemeen betreft is het totaal onaanvaardbaar dat dit als een « normale » situatie zou beschouwd worden. Daarom moet het activeringsbeleid gericht op tewerkstelling op de reguliere arbeidsmarkt verder gezet en versterkt worden. De OCMW's moeten gestimuleerd worden om de hiervoor beschreven mogelijkheden (openstelling van de tewerkstellingsprogramma's, activering van het bedrag van het bestaansminimum, cumul met een beperkt arbeidsinkomen, tewerkstelling via art. 60, § 7 en art. 61,...) maximaal toe te passen, speciaal voor de jongeren.

De onderzoeken die worden verricht door VLASTROV en de « Fédération des Travailleurs de Rue » zijn nog niet beëindigd. Zij beschrijven de verschillende legale en illegale manieren waarop de straatjongeren, die officieel geen inkomen hebben, overleven. Een van belangrijke vragen daarbij is waarom die jongeren zich niet tot het OCMW richten en wat de gevolgen zijn.

3. De OCMW's en de informatie aan de burger

Als laagdrempelige dienst in iedere gemeente is het OCMW het best geplaatst om de burgers goed en verstaanbaar te informeren over hun rechten en over de manieren waarop ze deze kunnen waarmaken. Dit moeten ze natuurlijk in de eerste plaats doen over de rechten die ze zelf moeten waarmaken nl. het recht

tion du nombre de jeunes bénéficiaires du minimex : l'abaissement précité de l'âge de la majorité depuis 1990, la suppression de la durée minimale de résidence et l'introduction des contrats d'intégration en 1993, qui offrent des possibilités supplémentaires d'assimilation des études à l'exigence de disponibilité au travail d'une part ; d'autre part, différentes mesures, notamment la prolongation du stage d'attente, l'augmentation du nombre exigé de journées de travail, etc., ont rendu plus stricte la réglementation sur le chômage. Des comparaisons avec l'étranger relativisent ce phénomène. La proportion de jeunes émergeant à l'aide sociale n'est pas plus élevée dans notre pays que dans les pays voisins, compte tenu de toutes les formes de revenus de remplacement destinés aux jeunes (allocations de chômage, bourses d'études,...), et l'aide sociale accordée n'est pas plus généreuse. Les bourses d'études ou les prêts à taux réduits accordés dans certains pays permettent de couvrir non seulement les frais d'études mais également les frais de logement et d'entretien des étudiants. La responsabilité de la prise en charge des étudiants pauvres ne peut certainement pas être rejetée sur les CPAS et sur le minimex qu'ils accordent. Aussi, le Secrétaire d'Etat poursuivra-t-il dans le cadre de la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale le dialogue entamé avec les ministres communautaires compétents au niveau de l'enseignement en vue d'arriver en la matière à des accords satisfaisants.

Quant à la dépendance de longue durée au minimex à laquelle sont confrontés un nombre croissant de jeunes en général, ils est tout à fait inadmissible de considérer cette situation comme un phénomène « normal ». Aussi, la politique d'activation axée sur la mise au travail dans le marché régulier de l'emploi doit-elle être poursuivie et renforcée. Les CPAS doivent être encouragés à exploiter au maximum, et principalement à l'intention des jeunes, toutes les possibilités précitées (ouverture des programmes pour l'emploi, activation du montant du minimex, cumul avec un revenu professionnel limité, mise au travail selon l'art. 60, § 7, et art. 61,...).

Quant aux recherches menées par VLASTROV et par la Fédération des Travailleurs de Rue en Communauté Française, elles sont encore en cours et portent sur la façon dont se débrouillent les jeunes de la rue, officiellement sans revenus. Une des questions importantes sera de savoir pour quelles raisons ces jeunes ne sollicitent pas l'aide sociale et quelles en sont les conséquences.

3. Les CPAS et l'information du citoyen

En tant que service facilement accessible dans la commune, le CPAS est le mieux placé pour informer clairement et simplement les citoyens au sujet de leurs droits et de la manière de les faire valoir. Les CPAS doivent bien évidemment en premier lieu donner des informations sur les droits qu'ils ont pour

op maatschappelijke dienstverlening en het recht op een bestaansminimum.

Gelet op de talrijke verbeteringen die de laatste jaren zijn aangebracht aan de wetten die de sociale dienstverlening regelen, meer bepaald de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's, de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de commissies van openbare onderstand en de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum, zullen een reeks nieuwe informatiebrochures worden uitgegeven, bestemd voor het grote publiek.

Ook worden de voordelen en mogelijkheden onderzocht van de aansluiting van de OCMW's bij het netwerk van de Kruispuntbank. Dit zou een handig instrument zijn voor de maatschappelijk werkers en tijd besparen bij het opstellen van hun dossier.

In april 1997 werd, zoals voorzien, de informatiebrochure over de gerechtsdeurwaarder gepubliceerd. Ook deze kan door de maatschappelijk werkers goed worden gebruikt om een vrij complexe materie aan de mensen die met deze problemen geconfronteerd worden duidelijk te maken en hen zo te helpen voor hun rechten op te komen.

De « Gids voor de daklozen », die is opgesteld door het Gemeenschappelijk Daklozenfront met de steun van de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie, werd eind december 1996 gepubliceerd. Hij geeft zeer duidelijk de verschillende mogelijkheden van het recht op sociale hulpverlening en van het recht op het bestaansminimum aan.

Aangezien de eerste editie goed werd onthaald, zal hij worden bijgewerkt en binnenkort eveneens beschikbaar zijn in de politiekantoren en de urgentiediensten van de ziekenhuizen.

HOOFDSTUK III

HET VLUCHTELINGENBELEID

1. Opdracht en wetgeving

De Bestuursafdeling van het Maatschappelijk Welzijn staat in voor de organisatie van de centrale asielzoekersopvang in het Klein Kasteeltje (beslissing Ministerraad van 12 november 1986) en te Florennes (Ministerraad 18 december 1992). Op 19 juli 1996 werd door de Ministerraad beslist om drie nieuwe federale centra op te richten, m.n. te Kapellen, te Rixensart en Florennes (uitbreiding van het bestaande centrum).

Daarnaast wordt de centrale asielzoekersopvang eveneens georganiseerd via een conventie met het Belgische Rode Kruis (overeenkomst + jaarlijks financieringsbesluit) en eventueel via andere organisaties (jaarlijks KB voor noodopvang).

mission d'appliquer, à savoir le droit à l'aide sociale et au minimex.

Etant données les nombreuses améliorations apportées au cours de ces dernières années aux différentes lois régissant l'aide sociale, notamment la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale et la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence, une série de nouvelles brochures, destinées au grand public, vont être éditées.

Les avantages et les possibilités d'une affiliation au réseau de la Banque Carrefour sont également en cours d'examen. Cette démarche pourrait constituer un outil de travail utile pour les travailleurs sociaux et permettre un gain de temps lors de la rédaction de leur dossier.

En outre, la brochure d'information concernant l'huissier de justice a été comme prévu publiée en avril 1997. Celle-ci peut également constituer un bon outil pour les travailleurs sociaux qui sont amenés à expliquer une matière relativement complexe aux personnes confrontées à ce genre de problèmes en vue de leur permettre de faire valoir leurs droits.

Le « Guide des sans-abri », rédigé par le Front Commun SDF avec le soutien du Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale, a été publié fin décembre 1996. Il indique très clairement les différentes possibilités du droit à l'aide sociale et du droit au minimex.

Cette première édition ayant été largement appréciée, le Guide fera l'objet d'une mise à jour, et sera également disponible dans les bureaux de police et les services d'urgence des hôpitaux.

CHAPITRE III

LA POLITIQUE DES RÉFUGIÉS

1. Mission et législation

La Direction d'Administration de l'Aide sociale assure l'organisation de l'accueil central des demandeurs d'asile au Petit Château (décision du Conseil des Ministres du 12 novembre 1986) et à Florennes (Conseil des Ministres du 18 décembre 1992). Le 19 juillet 1996, le Conseil des Ministres a décidé de créer trois nouveaux centres fédéraux, à savoir à Kapellen, Rixensart et Florennes (extension du centre existant).

Outre ces centres, l'accueil central des demandeurs d'asile est également organisé dans le cadre d'une convention avec la Croix-Rouge (convention + arrêté de financement annuel) et éventuellement par d'autres organisations (AR annuel pour l'accueil d'urgence).

De decentrale opvang van asielzoekers gebeurt via de O.C.M.W.'s. De kosten worden ten laste genomen door de Staat op basis van de wet van 2 april 1965.

Voor de opvang van 200 inwoners uit het voormalige Joegoslavië worden de kosten terugbetaald aan « Causes Communes » en aan « het Belgisch Comité voor Hulp aan Vluchtelingen » (Ministerraad van 20 november 1992 + jaarlijkse overeenkomst).

Tevens worden de kosten van de vrijwillige repatriëring van buitenlandse behoeftigen, veelal uitgeprocedeerde asielzoekers, terugbetaald aan de « Internationale Organisatie voor Migratie » (overeenkomst + jaarlijks financieringsbesluit).

Voor de personen afkomstig uit Bosnië-Herzegovina die zich in België bevinden en aan wie het statuut van ontheemde werd toegekend, start in het najaar 1997 een bijzonder vrijwillig terugkeerprogramma uitgewerkt in samenwerking met de Internationale Organisatie voor Migratie, waarbij een beroep wordt gedaan op de bemiddeling van de plaatselijke bureau's in Bosnië-Herzegovina van deze organisatie. Dit programma zal lopen tot eind 1998. In de loop van het jaar wordt een evaluatie voorzien met het oog op de noodzaak van een eventuele verlenging.

2. Beschrijving huidige toestand en statistieken

2.1. De vraag naar opvang : instroom van asielzoekers en de duur van de asielprocedure

Het aantal asielaanvragen evolueerde als volgt :

Asielaanvragen per jaar

1989 :	8 112
1990 :	12 964
1991 :	15 173
1992 :	17 647
1993 :	26 882
1994 :	14 363
1995 :	11 420
1996 :	12 433

Het aantal dossiers asielzoekers voor de eerste helft van 1997 bedroeg 5 660, d.i. 943 dossiers per maand. Omdat kinderen niet als afzonderlijke dossiers worden geteld, moet het aantal personen geraamd worden op ongeveer 6 600. Van deze instroom werden er 531 personen in het centrum T127 te Melsbroek opgevangen en 397 werden in detentie geplaatst in RC127bis te Steenokkerzeel. Daarvan kregen 38 een positieve beslissing, 232 werden gerepatriëerd of teruggedreven, 92 kregen toegang tot het territorium met het bevel het grondgebied te verlaten.

In het kader van het Schengenakkoord vroeg DVZ tijdens het eerste half jaar voor 1 040 van de 5 660 dossiers een terugname door een ander Schen-

L'accueil décentralisé des demandeurs d'asile s'effectue par les CPAS. Les frais qui résultent de cet accueil sont pris en charge par l'Etat sur base de la loi du 2 avril 1965.

Les frais résultant de l'accueil de 200 ressortissants de l'ex-Yougoslavie sont remboursés à « Causes Communes » et au « Comité belge d'Aide aux Réfugiés » (Conseil des Ministres du 20 novembre 1992 + convention annuelle).

En outre, les frais découlant du rapatriement volontaire d'indigents étrangers, pour la plupart des demandeurs d'asile déboutés, sont remboursés à « l'Organisation internationale pour la Migration » (convention + arrêté de financement annuel).

Un programme spécial de rapatriement volontaire, élaboré en collaboration avec l'Organisation internationale pour la Migration et avec le soutien des bureaux locaux de cette organisation en Bosnie-Herzegovine, sera mis en oeuvre en automne 1997 pour les personnes originaires de Bosnie-Herzegovine qui séjournent en Belgique avec un statut d'apatride. Ce programme se terminera fin 1998. Une évaluation est prévue dans le courant de l'année en vue de déterminer la nécessité d'une prolongation éventuelle.

2. Description de la situation actuelle et statistiques

2.1. La demande : arrivée de demandeurs d'asile et la durée de la procédure d'asile

Le nombre de demandes d'asile a évolué comme suit :

Demandes d'asile par an

1989 :	8 112
1990 :	12 964
1991 :	15 173
1992 :	17 647
1993 :	26 882
1994 :	14 363
1995 :	11 420
1996 :	12 433

Le nombre de dossiers de demandeurs d'asile s'élevait pour la première moitié de 1997 à 5 660 dossiers, c-à-d. 943 dossiers par mois. Les enfants ne faisant pas l'objet de dossiers séparés, le nombre de personnes doit être évalué à 6 600 environ.

531 personnes de l'ensemble des arrivants ont été accueillies au centre T127 à Melsbroek et 397 ont été placées en détention dans le RC127bis de Steenokkerzeel. 38 personnes ont fait l'objet d'une décision positive, 232 ont été rapatriées ou refoulées, 92 ont eu accès au territoire avec l'ordre de quitter le territoire.

Durant la première moitié de l'année, l'O.E. a demandé dans le cadre de l'Accord de Schengen, la reprise de 1 040 des 5 660 dossiers par un autre pays

genland. In 675 gevallen kwam er een effectief terugname-akkoord. Omgekeerd was er een Belgisch fiat voor terugname op vraag van een ander land voor 241 gevallen op 293 aanvragen.

De zogenaamde dispatchingcel deed in de eerste zes maanden van 1997 een toewijzing aan een open onthaalcentrum voor 5 207 personen, 2 686 personen hebben in deze periode daadwerkelijk een beroep gedaan op de opvang in een centrum.

2.2. *Het aanbod : het onthaalnetwerk*

Nieuw toekomende asielzoekers worden sinds 20 januari 1997 toegewezen aan een open onthaalcentrum van het Rode Kruis of van de Staat tijdens de eerste fase van de asielprocedure (de zgn. ontvankelijkheidsfase). Ze zijn niet verplicht om in deze centra te verblijven (het gaat niet om gesloten centra), maar ze hebben nergens anders recht op maatschappelijke dienstverlening en kunnen dus m.a.w. op dat ogenblik geen beroep doen op de steun van een O.C.M.W.

Tot op heden zijn alle nieuw toekomende asielzoekers, die voldoen aan de voorwaarden daartoe, toegewezen aan een onthaalcentrum. De capaciteit van de onthaalcentra is toereikend. Deze benodigde capaciteit is ten eerste afhankelijk van de duur van het onderzoek van de ontvankelijkheid van de asielaanvraag (met inbegrip van de duur van een mogelijk onderzoek op basis van de Schengen-overeenkomst dat resulteert in een negatief resultaat).

Asielzoekers die op het ogenblik van hun aanvraag toegelaten waren tot vestiging of tot een verblijf van meer dan drie maanden en asielzoekers die tot de tweede fase van de procedure overgaan, kunnen beroep doen op de steun van een O.C.M.W. Voor deze asielzoekers is het spreidingsplan van toepassing.

2.2.1. Onthaalcentra beheerd door de Bestuursdirectie van het Maatschappelijk Welzijn

De Bestuursdirectie beheert vier eigen centra waar de eerstelijnsopvang gebeurt : Klein Kasteeltje, Florennes, Rixensart en Kapellen. De vier federale opvangcentra plannen een totale capaciteit van maximaal 1.390 bedden. Het Klein Kasteeltje organiseert, zoals vroeger, 500 bedden. De nieuwe centra te Kapellen (350) en Rixensart (120) zijn sinds de lente 1997 operationeel. Te Florennes wordt de infrastructuur, nodig voor de uitbreiding, momenteel verbeterd. Dit centrum zal volledig operationeel zijn tegen begin 1998. Het herbergt momenteel ongeveer 200 asielzoekers.

2.2.2. In geval van nood of in specifieke situaties heeft het Klein Kasteeltje de mogelijkheid om beroep te doen op andere organisaties (lid van A.M.A., Thuislozenzorg Vlaanderen of Belgisch Comité voor Hulp aan Vluchtelingen) die tegen de vergoeding van een bestaansminimum opvangplaatsen organiseren.

Schengen. Un accord de reprise effectif a été conclu dans 675 cas. Inversément, la Belgique a donné un accord de reprise pour 241 des 293 demandes effectuées par un autre pays.

Au cours des six premiers mois de l'année 1997, la cellule dispatching a désigné un centre d'accueil ouvert pour 5 027 personnes. Au cours de cette période, 2 686 personnes ont effectivement demandé à être accueillies dans un centre.

2.2. *L'offre : le réseau d'accueil*

Les demandeurs d'asile nouvellement arrivés sont adressés depuis le 20 janvier 1997 à un centre d'accueil ouvert de la Croix-Rouge ou de l'Etat durant la première phase de la procédure d'asile (la phase dite de recevabilité). Ils ne sont pas obligés de résider dans ces centres (il ne s'agit pas de centres fermés), mais ils n'ont droit à une aide sociale nulle part ailleurs et ne peuvent donc pas, en d'autres termes, solliciter l'aide d'un CPAS.

Jusqu'à ce jour, un centre d'accueil est désigné pour tous les nouveaux demandeurs d'asile qui remplissent les conditions à cet effet. La capacité des centres d'accueil est suffisante. Cette capacité nécessaire dépend très fortement de la durée de l'examen de la recevabilité de la demande d'asile (en ce compris la durée d'un examen éventuel sur la base de l'accord de Schengen qui débouche sur un résultat négatif).

Les demandeurs d'asile qui au moment de leur demande étaient admis à s'établir ou à séjourner pendant plus de trois mois et les demandeurs d'asile qui entament la deuxième phase de la procédure peuvent solliciter l'aide du CPAS. Le plan de répartition est applicable pour ces demandeurs d'asile.

2.2.1. Centres d'accueil gérés par la Direction d'Administration de l'Aide sociale

La Direction d'Administration gère quatre centres propres dans lesquels s'effectue l'accueil de première ligne : le Petit Château, Florennes, Rixensart et Kapellen. Les quatre centres d'accueil fédéraux totalisent une capacité d'accueil de 1.390 lits maximum. Le Petit Château organise comme auparavant 500 lits. Les nouveaux centres de Kapellen (350) et Rixensart (120) sont opérationnels depuis le printemps 1997. A Florennes, l'infrastructure nécessaire à l'extension est actuellement améliorée. Ce centre sera entièrement opérationnel début 1998. Il héberge actuellement 200 demandeurs d'asile.

2.2.2. En cas d'urgence ou dans des situations spécifiques, le Petit Château a la possibilité de faire appel à d'autres organisations (membre de AMA, Thuislozenzorg Vlaanderen ou le Comité belge d'Aide aux Réfugiés) qui organisent des places d'accueil contre une indemnité équivalente au minimex.

Het programma voor noodopvang is zeer sterk afgebouwd omdat de georganiseerde opvang volstaat.

Door middel van hetzelfde budgettaire artikel worden eveneens de centra die slachtoffers van mensenhandel opvangen, vergoed.

2.2.3. De centra van het Rode Kruis : de nieuwe conventie met het Belgische Rode Kruis, die inging vanaf 1 januari 1997, voorziet in de organisatie van 1 200 opvangplaatsen voor asielzoekers. Sinds de heropening van de Foyer Selah te Brussel, bereikt het Rode Kruis voormelde capaciteit.

De bezetting in het hele opvangnetwerk is momenteel 95 %, wat overeenstemt met onze budgettaire planning.

De opvang van alleenstaande minderjarige asielzoekers blijft onze bijzondere bekommernis vragen. Naast het jongerencentrum te Deinze, wordt ook in de andere opvangcentra bijzondere aandacht besteed aan deze specifieke groep asielzoekers en, in de mate van het mogelijke, worden voor hun problemen passende oplossingen gezocht. In dit kader zal de Staatssecretaris er ook naar streven om een alternatief te vinden voor het zeer spijtige teloorgaan van het kleinschalige opvangtehuis van de v.z.w. l'Escale; onderhandelingen hiertoe zijn reeds aan de gang.

2.2.4. De O.C.M.W.'s (wet van 2 april 1965 en ministerieel besluit van 30 januari 1995 tot uitvoering van art. 11, § 2, van de wet van 2 april 1965).

Ontvankelijk verklaarde asielzoekers stromen, vanuit de centrale opvangcentra, door naar de gemeenten en O.C.M.W.'s en dit volgens de regels van het spreidingsplan (K.B. van 23.12.1994 tot vaststelling van de criteria voor een harmonieuze verdeling van asielzoekers over de gemeenten).

Het bedrag van de steun die door de O.C.M.W.'s wordt uitgekeerd, wordt door de Staat ten laste genomen aan 100% of aan 50%, afhankelijk van het feit of de asielzoeker daadwerkelijk op het grondgebied van de gemeente, waaraan hij toegewezen is, woont of niet en of het O.C.M.W. een woning heeft aangeboden of niet.

Behalve de steun aan asielzoekers, wordt er op dit budgettaire artikel nog terugbetaling gedaan voor 11 andere categorieën behoeftigen, waaronder erkende vluchtelingen, staatlozen, vreemdelingen op doorreis, vreemdelingen ingeschreven in het bevolkingsregister en Belgen zonder onderstandsdomicilie. Deze groep steeg geleidelijk in voorgaande jaren.

Evolutie van het aantal begunstigden, andere dan asielzoekers, waarvoor de Staat tussenkomt in de kosten van de steun :

01/92 :	3 647
01/93 :	4 482
01/94 :	6 157
01/95 :	7 884
01/96 :	8 003

Le programme d'urgence a été très fortement réduit, l'accueil organisé étant suffisant.

Le même article budgétaire indemnise également les centres qui accueillent les victimes de la traite des êtres humains.

2.2.3. Les centres de la Croix-Rouge : la convention avec la Croix-Rouge, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1997, prévoit l'organisation de 1 200 places d'accueil pour les demandeurs d'asile. Depuis la réouverture du Foyer Selah à Bruxelles, la Croix-Rouge atteint la capacité prérapplée.

Le taux d'occupation de l'ensemble du réseau d'accueil est actuellement de 95 %, ce qui correspond à notre estimation budgétaire.

L'accueil des demandeurs d'asile mineurs non accompagnés reste une de nos préoccupations majeures. Outre le centre pour jeunes de Deinze, les autres centres d'accueil accordent une attention toute particulière à ce groupe spécifique de demandeurs d'asile et recherchent dans la mesure du possible des solutions adéquates à leurs problèmes. Le Secrétaire d'Etat s'efforcera, dans ce cadre, de trouver une alternative à la fermeture regrettable de la petite maison d'accueil de l'a.s.b.l. l'Escale. Des négociations sont déjà en cours à cet effet.

2.2.4. Les CPAS (loi du 2 avril 1965 et l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 portant exécution de l'art.11, §2, de la loi du 2 avril 1965).

Les demandeurs d'asile déclarés recevables sont orientés des centres d'accueil centraux vers les communes et les CPAS et ce, selon les règles du plan de répartition (AR du 23.12.1994 fixant les critères pour une répartition harmonieuse des demandeurs d'asile entre les communes).

Le montant de l'aide accordée par les CPAS, est pris en charge par l'Etat à concurrence de 100% ou de 50%, selon que le demandeur d'asile réside ou non de manière effective sur le territoire de la commune qui lui a été attribuée et selon que le CPAS a offert ou non un logement.

Outre l'aide aux demandeurs d'asile, des remboursements sont également effectués sur cet article budgétaire pour 11 autres catégories d'indigents, dont les réfugiés reconnus, les apatrides, les étrangers en transit, les étrangers inscrits dans le registre de la population et les Belges sans domicile de secours. Ce groupe s'est progressivement amplifié au cours des années.

Evolution du nombre de bénéficiaires autres que les demandeurs d'asile, pour lesquels l'Etat intervient dans les frais d'aide sociale :

01/92 :	3 647
01/93 :	4 482
01/94 :	6 157
01/95 :	7 884
01/96 :	8 003

Evolutie van het aantal begunstigden met het statuut van asielzoeker, waarvoor de Staat tussenkomt in de kosten van de steun :

01/92	8 172
01/93	12 849
01/94	16 288
01/95	14 159
01/96	13 239

3. Oplossen van knelpunten inzake de opvang van asielzoekers

3.1. De verdere uitbouw van een geïntegreerd onthaalnetwerk

Het onthaal in de centra van de Staat en van het Rode Kruis voorkomt dat asielzoekers met een kort tijdsperspectief in België beroep zouden doen op de dienstverlening van lokale O.C.M.W.'s; deze vraag is omwille van die korte verblijfsduur door de OCMW's moeilijk op een adequate manier te beantwoorden. Het geeft ook de mogelijkheid om in de centra alle nodige medische en sociale screening en begeleiding te bieden. O.C.M.W.'s kunnen door onvoldoende know how, tolken, gespecialiseerd personeel deze omkadering veelal niet bieden. De nieuwe onthaalstructuur moet toelaten aan alle asielzoekers een kwalitatieve opvang aan te bieden.

Bovendien kan in deze gestructureerde opvang bijzondere aandacht geboden worden aan het voorkomen van misbruiken die kunnen gemaakt worden van deze zwakke groep (zwartwerk, verhuur van ongezonde woningen, prostitutie, ...).

In samenwerking met de Staatssecretaris voor ontwikkelingssamenwerking zal de Staatssecretaris in de herfst van 1997 ook enkele pilootprojecten opstarten inzake het verstrekken van bepaalde opleidingen (kennisoverdracht en aanleren van praktische vaardigheden) aan de asielzoekers-residenten in de onthaalcentra. Deze pilootprojecten zullen in 1998 op hun verdiensten beoordeeld worden.

Gelet op het gegeven dat asielzoekers die in een onthaalcentrum verblijven geen steun ontvangen van het O.C.M.W., moet de nieuwe reglementering op termijn leiden tot een ontlasting van de O.C.M.W.'s inzake de te behandelen dossiers en tot een daling van het budget voor de terugbetaling van steun aan O.C.M.W.'s.

3.2. De doorstroming van de ontvankelijk verklaarde asielzoekers verbeteren

De ontvankelijk verklaarde asielzoekers stromen vanuit de opvangcentra door naar gemeenten en OCMW's, volgens de principes van het spreidingsplan. Deze doorstroming verloopt, zowel in het belang van de asielzoekers als in dat van de opvangcentra en de OCMW's, het best op een begeleide wijze. Daartoe zal permanent geëvalueerd worden op welke

Evolution du nombre de bénéficiaires ayant le statut de demandeur d'asile, pour lesquels l'Etat intervient dans les frais d'aide sociale :

01/92	8 172
01/93	12 849
01/94	16 288
01/95	14 159
01/96	13 239

3. Résolution de points problématiques en matière d'accueil des demandeurs d'asile

3.1. Expansion d'un réseau d'accueil intégré

L'accueil dans les centres de l'Etat et de la Croix-Rouge permet d'éviter que les demandeurs d'asile dont les perspectives de séjour dans notre pays sont limitées dans le temps, ne s'adressent aux CPAS locaux qui, vu la brièveté du séjour, peuvent difficilement répondre de manière adéquate à cette demande. Cette démarche offre également la possibilité de mettre en place dans les centres la surveillance et l'accompagnement médico-social nécessaires. Les CPAS n'ont en général pas les moyens de fournir cet encadrement par manque de savoir-faire, d'interprètes et de personnel spécialisé. La nouvelle structure d'accueil doit permettre d'offrir un accueil qualitatif à tous les demandeurs d'asile.

De plus, un tel accueil structuré permet de porter une attention toute particulière à la prévention d'abus dont peut être victime ce groupe vulnérable (travail au noir, location de logements insalubres, prostitution...).

A l'automne 1997, le Secrétaire d'Etat mettra sur pied, en collaboration avec le Secrétaire d'Etat à la Coopération et au Développement, quelques projets pilotes ayant pour objet de dispenser certaines formations (transfert de connaissance et apprentissage d'aptitudes pratiques) aux demandeurs d'asile qui résident dans les centres d'accueil. Ces projets pilotes seront évalués en 1998.

Etant donné que les demandeurs d'asile qui résident dans un centre d'accueil ne perçoivent pas d'aide du CPAS, la nouvelle réglementation doit mener, à terme, à un allègement de la tâche des CPAS quant au nombre de dossiers à traiter et de là, à une diminution du budget consacré au remboursement de l'aide accordée par les CPAS.

3.2. Améliorer l'orientation des demandeurs d'asile déclarés recevables

Les demandeurs d'asile déclarés recevables sont orientés des centres d'accueil vers les communes et les CPAS, selon les principes du plan de répartition. Dans l'intérêt tant des demandeurs d'asile que dans celui des centres d'accueil et des CPAS, il est souhaitable que cette orientation se fasse de manière encadrée. La manière d'optimiser cet encadrement sera

wijze deze begeleiding het best kan gebeuren. De huidige samenwerking met NGO's en andere actoren, evenals de beschikbare stimuli vanwege de federale overheid t.a.v. de OCMW's, zullen in functie van deze doorstroming herbekeken en eventueel verfijnd worden.

3.3. Het informeren en controleren van de OCMW's is een blijvend aandachtspunt

Om de correcte toepassing van de wetgeving mogelijk te maken, moeten de OCMW's beschikken over actuele gegevens betreffende de asielzoekers : Welk OCMW is bevoegd? Welke steun kan worden toegekend? In welke fase van de procedure bevindt de asielzoeker zich?

Een nieuwe brochure inzake het onthaal van asielzoekers moet ook bijdragen tot de kennis van de betrokken reglementering. Daarnaast zal de bestuursafdeling natuurlijk blijven deelnemen aan informatievergaderingen die door verschillende geïnteresseerde organisaties georganiseerd worden.

Om tot een goede informatie-uitwisseling te komen, moet de samenwerking tussen de Dienst Vreemdelingenzaken, het wachtregister, de dispatchingcel van de centra, de bestuursafdeling van het maatschappelijk welzijn en de OCMW's worden verbeterd.

Tenslotte zal door de Inspectiedienst van de Bestuursafdeling van het Maatschappelijk Welzijn, bij de controles ter plaatse bij de OCMW's, meer aandacht worden besteed aan de dossiers van de asielzoekers.

HOOFDSTUK IV

DRINGENDE GENEESKUNDIGE HULPVERLENING

Het doel van de dringende geneeskundige hulpverlening (dienst 100) is niet alleen een snelle, doch eveneens een kwalitatief zo hoogstaand mogelijke hulpverlening te bieden aan de bevolking waar nodig. De drempel tot de hulpverlening moet zo laag mogelijk zijn en alle schakels van de hulpverlening moeten gedefinieerd en op elkaar afgestemd worden. De toepassingssfeer van de Wet van 8 juli 1964 dient te worden verruimd zodat alle burgers in nood de garantie van een kwalitatief hoogstaande medische hulpverlening krijgen, ook op die plaatsen die actueel binnen de huidige wetgeving tot nu toe niet voorzien werden. De basisstructuur van deze wet wordt hierbij behouden en alle uitvoeringen van het beleid van de Staatssecretaris worden in samenwerking met de Minister van Volksgezondheid genomen.

Gezien hun noodzakelijkheid voor de verdere vlottere werking van de diensten voor dringende medische hulpverlening zullen de voorliggende koninklijke en ministeriële besluiten na advies van de Raad van State ten uitvoer gebracht worden. Zij betreffen essentieel de normen en erkenningsvoorwaarden van

évaluée en permanence. La collaboration actuelle avec les ONG et d'autres acteurs ainsi que les stimuli dont dispose l'autorité fédérale à l'égard des CPAS, seront revus et éventuellement affinés en fonction de cette orientation.

3.3. L'information et le contrôle des CPAS reste un point important

Afin de permettre une application correcte de la législation, les CPAS doivent disposer de données actuelles relatives aux demandeurs d'asile : Quel est le CPAS compétent? Quelle aide peut être accordée? Dans quelle phase de la procédure se situe le demandeur d'asile?

Une nouvelle brochure relative à l'accueil des demandeurs d'asile doit également contribuer à diffuser la réglementation concernée. De plus, la direction d'administration continuera bien entendu à participer aux réunions d'information organisées par les différentes organisations concernées.

Afin d'arriver à un échange d'information optimal, il y a lieu d'améliorer la collaboration entre l'Office des Etrangers, le registre d'attente, la cellule de dispatching des centres, la direction d'administration de l'aide sociale et les CPAS.

Enfin, le Service inspection de la Direction d'Administration de l'Aide Sociale accordera plus d'attention aux dossiers des demandeurs d'asile lors des contrôles qu'il effectue dans les CPAS.

CHAPITRE IV

SECOURS MÉDICAUX D'URGENCE

Le but de l'aide médicale urgente (service 100) ne consiste pas uniquement à dispenser à la population qui le requiert une aide aussi rapide et efficace que possible. Il s'agit également de rendre cette aide accessible au maximum ainsi que d'en définir et d'en harmoniser toutes les composantes. Il convient d'élargir le champ d'application de la loi du 8 juillet 1964 de manière à garantir des secours médicaux de qualité à tous les citoyens qui en ont besoin, également sur les lieux qui ne sont pas encore mentionnés dans la législation actuelle. La structure de base de cette loi est maintenue et les options de la politique à suivre du Secrétaire d'Etat sont prises en concertation avec le Ministre de la Santé publique.

Etant donné qu'ils sont indispensables pour assurer le bon fonctionnement ultérieur des services d'aide médicale urgente, les arrêtés royaux et ministériels à venir doivent pouvoir, après avis du Conseil d'Etat, être mis à exécution. Ils concernent essentiellement les normes et les conditions de reconnaissance

de Mobiele Urgentiegroepen (MUG) en de spoedgevallendiensten, de oprichting van Provinciale Commissies voor Dringende Medische Hulpverlening en de opleidings- en vervolmakingscentra voor hulpverleners-ambulanciers. In deze ambulancierssscholen zullen niet alleen de ambulanciers, maar ook zij waarmee ze dienen samen te werken, als zij die hen onderwijzen, elkaar kunnen terugvinden in een gemeenschappelijk vormingsprogramma, dat nauw aansluit bij de dagdagelijkse dringende geneeskundige hulpverlening. Teneinde het vormingsprogramma te uniformiseren, werd door het Ministerie in samenwerking met de wetenschappelijke wereld de syllabus « Handboek voor de Hulpverlener-ambulance » ontworpen. Door deze nationale consensus, is er een gevoelige verhoging van de basiskennis gerealiseerd, en vanaf heden vormt dit de standaard voor de opleiding. Het spreekt voor zich dat dit slechts een eerste stap is in de continue opvolging van de basisopleiding, en dat er in de toekomst nog noodzakelijke aanvullingen dienen te gebeuren. De aldus gecreëerde vorming tot de beroepsopleiding zal deel moeten uitmaken van een globaal wettelijk statuut voor deze ambulanciers.

Binnen de keten van de dringende hulp dient er verder onderzocht te worden op welke wijze geïnnoveerde technieken aangeleerd moeten worden en ambulanciers kunnen bijdragen tot een daling van de mortaliteit na levensbedreigende incidenten of ziektoestanden. De toegestane handelingen dienen hierbij duidelijk omkaderd en vastgelegd te worden.

De aangestelden, die binnen het eenvormig systeem 100 de oproepen beantwoorden, vormen de toegangspoort voor de burger in nood. Onder toezicht van de Overheid werden hiervoor reeds de eerste stappen gezet onder de vorm van een wetenschappelijk verantwoord regulatiesysteem, dat de bedoeling heeft de aangestelde optimaal te vormen. De geleverde inspanningen dienen een permanent karakter te krijgen.

In het systeem van de dringende hulpverlening werd de functie MUG ontwikkeld als een mogelijkheid tot snelle medische interventie ter plaatse voor personen in levensbedreigende omstandigheden. De aandacht dient hierbij vooral te gaan naar een kwalitatief hoogstaande zorgverlening, bereikbaar voor de ganse bevolking. De spoedgevallendiensten, als ingang tot de medische hulpverlening, dienen verder gestalte te krijgen, rekening houdend met de intrinsieke opvang- en behandelingsmogelijkheden van de individuele ziekenhuizen, met de evolutie binnen het eenvormig systeem 100, en met hun competentie in hun pre-murale hulpverleningsstructuur. Zowel de functie MUG als de spoedgevallendiensten worden geregeld via de wet op de ziekenhuizen en vallen bijgevolg onder de bevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid, maar zij vormen een essentiële schakel in de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening.

ce des services mobiles d'urgence (SMUR) et des services des urgences, l'institution de Commissions provinciales pour l'aide médicale urgente et les centres de formation et de perfectionnement pour secouristes-ambulanciers. Dans ces écoles pour ambulanciers, il n'y aura pas que les ambulanciers mais aussi les personnes avec qui ils collaborent ou qui leur dispensent la formation, qui se rencontreront dans le cadre d'un programme commun de formation qui est étroitement liée au fonctionnement quotidien des secours médicaux d'urgence. Afin d'uniformiser le programme de formation, le Ministère a conçu le syllabus « Manuel pour le secouriste-ambulance » en étroite collaboration avec les milieux scientifiques. Ce consensus national, qui préconise un renforcement sensible des connaissances de base, servira désormais de référence en matière de formation. Il va de soi qu'il s'agit seulement d'une première étape dans la voie d'une adaptation permanente de la formation de base à consolider dans le futur. La formation professionnelle ainsi établie devra s'inscrire dans le cadre global du statut légal de ces ambulanciers.

Dans le contexte de l'aide médicale urgente, il faut rechercher la manière d'assimiler de nouvelles techniques et les ambulanciers peuvent apporter leurs concours à une diminution de la mortalité consécutive à des accidents ou maladies graves. Il y a lieu de définir et de fixer avec précision les actes autorisés.

Les préposés, qui répondent aux appels dans le cadre du système unifié 100, sont les interlocuteurs privilégiés des citoyens nécessitant des secours. Sous l'égide des pouvoirs publics, des mesures ont déjà été prises par le biais de l'instauration d'un système de régulation scientifiquement éprouvé visant à former le mieux possible les préposés. Les efforts fournis doivent l'être à titre permanent.

Dans le système de l'aide médicale urgente, la fonction SMUR a été conçue comme une possibilité supplémentaire d'intervention médicale rapide au bénéfice des personnes en danger de mort. L'attention doit surtout être consacrée à la dispensation de soins à la fois de qualité et accessibles à l'ensemble de la population. Les services des urgences, en tant qu'accès aux secours médicaux, doivent acquérir une dimension supérieure qui tienne compte des possibilités intrinsèques d'accueil et de traitement de l'hôpital, de l'évolution au sein du système unifié 100, et de leur compétence au niveau de leur structure de secours préhospitalisation. Tant la fonction SMUR que les services de secours sont régis par la loi sur les hôpitaux, mais ils forment un élément essentiel dans l'organisation de l'aide médicale urgente et ressortissent, par conséquent, à la compétence du Ministre de la Santé publique.

Het project NATINUL (nationaal informaticanetwerk voor de hulpdiensten), cruciaal voor een nog vlottere werking van de hulpverlening, dient effectief geconcretiseerd via verdere interdisciplinaire samenwerking. De controlerende rol van de overheid dient hierin gestalte te krijgen. Dit systeem kan tevens perfect ingepast worden in een globale ambulancepolitiek, waarin technisch rendement gekoppeld wordt aan medisch rendement, in al zijn facetten.

Naast de zorg voor de individuele patiënt worden ook inspanningen geleverd op het terrein van de rampenbestrijding. Vooral de opdracht van Directeur Medische Hulp, als coördinator van de medische diensten op het rampterrein, dient verder omschreven te worden in een duidelijk functieprofiel. Omwille van het multi-disciplinaire karakter worden de andere beleidsopties inzake rampenbestrijding van het Staatssecretariaat voor de Veiligheid in overleg met de Minister van Binnenlandse Zaken genomen, gezien zijn coördinerende rol in de rampenplanning. De integratie van de wet van 1963 op de civiele bescherming en van 1964 op de dringende geneeskundige hulpverlening tot één rampenwet vergt meer voorbereidend werk dan voorzien. Binnen de medische discipline zal er voor de psycho-sociale opvang en begeleiding van alle betrokkenen naar een permanent karakter gezocht worden.

Gezien de geografische ligging van ons land dient verder aandacht geschonken te worden aan de grensoverschrijdende hulpverlening, zowel op dagelijkse basis, als in situaties van bijzondere omvang. Dit Europese kader dient verder onderzocht en wettelijk omschreven te worden. Deelname aan internationale initiatieven die het Belgisch model kenbaar maken, zijn hiervoor een uitstekend hulpmiddel.

HOOFDSTUK V

LEEFMILIEU

INLEIDING

In zijn beleidsbrieven heeft de Staatssecretaris voor Leefmilieu reeds meermaals aangegeven dat het federale beleid inzake leefmilieu een onderdeel vormt van het streven naar een duurzame ontwikkeling van ons land. Uit de realisaties van de voorgaande jaren blijkt dat deze integrale aanpak de rode draad vormt doorheen zijn beleid.

BELEIDSPRIORITEITEN

1. Duurzame ontwikkeling

Als een van de resultaten van het beleid van de Staatssecretaris voor Leefmilieu werd op 5 mei 1997 de wet betreffende de coördinatie van het federale

Le projet RINSIS (Réseau informatique national pour les services d'incendie et de secours), crucial pour une mise en oeuvre encore plus rapide des secours, doit dans les faits se concrétiser par une collaboration entre les différentes disciplines. Le contrôle par l'autorité doit pour cela prendre forme. Ce système peut également s'appliquer à une politique globale des ambulances, où un rendement technique est lié, dans toutes ses facettes, à un rendement médical.

A côté du souci pour le patient individuel, des efforts sont aussi réalisés dans le domaine de la lutte contre les calamités. Avant tout, il y a lieu de définir, selon un profil précis de la fonction, le rôle du Directeur de l'Aide Médicale comme coordinateur des services médicaux en cas de catastrophe. En dépit de la multitude d'aspects qui entrent en ligne de compte, les autres options de politique du Secrétaire d'Etat à la Sécurité en matière de lutte contre les calamités sont prises en concertation avec le Ministre de l'Intérieur, vu son rôle de coordinateur dans la planification d'urgence. La fusion de la loi de 1963 relative à la protection civile et de 1964 sur l'aide médicale urgente en une seule « loi de catastrophe » exige davantage de travaux préparatoires. Au niveau de la discipline médicale, on cherchera à donner un caractère permanent à l'accueil et à l'accompagnement psycho-social des intéressés.

Vu la situation géographique de notre pays, davantage d'attention doit être accordée aux secours à l'extérieur des frontières, tant sur une base journalière que dans des situations d'une ampleur particulière. Ce cadre européen doit être examiné et précisé légalement. La participation à des initiatives internationales qui font connaître le modèle belge est un excellent moyen d'y parvenir.

CHAPITRE V

ENVIRONNEMENT

INTRODUCTION

Dans ses notes politiques antérieures, le Secrétaire d'Etat à l'Environnement a souligné que la politique fédérale de l'environnement constitue une partie importante des efforts déployés en vue d'un développement durable dans notre pays. Il peut être conclu des réalisations des années antérieures que cette approche intégrale constitue le fil rouge de sa politique.

PRIORITES

1. Développement durable

Un des résultats de la politique du Secrétaire d'Etat à l'Environnement est incontestablement la loi concernant la coordination de la politique fédérale

beleid inzake duurzame ontwikkeling door de Koning ondertekend (*Belgisch Staatsblad* van 18 juni 1997).

Met deze wet wil de Staatssecretaris drie doelstellingen bereiken.

Vooreerst wil hij het begrip duurzame ontwikkeling verankeren in de harde departementen, zoals energie, verkeer, financiën en landbouw, en het zo uit het « verdomhoekje » van de federale Diensten van het Leefmilieu halen.

Vervolgens is de wet in het bijzonder gericht op de organisatie en de coördinatie van het federale beleid inzake duurzame ontwikkeling. Het is de bedoeling een vierjaarlijks federaal plan voor duurzame ontwikkeling voor te bereiden in overleg met de gewesten en gemeenschappen. Die taak is toevertrouwd aan het Federaal Planbureau. De basis voor het federaal plan wordt gelegd in een tweejaarlijks federaal rapport. Het eerste rapport verschijnt reeds op het einde van 1998, het eerste plan moet zijn vastgesteld op het einde van 1999.

Het Federaal Planbureau dat reeds jaren ervaring heeft op het vlak van sociaal-economische en budgettaire planning, krijgt met deze wet nu ook de verantwoordelijkheid om zich te oriënteren op de « groene » planning, zijnde de sociaal-ecologische planning.

De werkzaamheden van het Federaal Planbureau zullen worden georiënteerd door de Interdepartementale Commissie Duurzame Ontwikkeling.

Tenslotte wil de wet een betere logistieke en wetenschappelijke ondersteuning van de Federale Raad voor Duurzame Ontwikkeling, die als adviesorgaan zal optreden en waarin de betrokken maatschappelijke groepen vertegenwoordigd zijn, aanreiken. Inmiddels werden de eerste uitvoeringsbesluiten gepubliceerd, met name betreffende de aanduiding van de leden van de Federale Raad en de Interdepartementale Commissie. De eerste vergaderingen hebben reeds plaatsgevonden.

Zoals reeds in vroegere beleidsbrieven aangegeven, wordt de problematiek inzake indicatoren van duurzame ontwikkeling (IDO's) ten behoeve van de besluitvorming zowel internationaal als nationaal opgevolgd.

België heeft zich met name ingeschakeld in het werkprogramma van de V.N.-Commissie inzake Duurzame Ontwikkeling. Na de organisatie van een 2^{de} internationale workshop (20-22 november 1996), werkt België verder aan het testprogramma van de V.N. in deze materie.

De internationale aanwezigheid van België werd verder eveneens versterkt door de aanstelling van een reizend Ambassadeur Internationale Leefmilieuproblemen en Duurzame Ontwikkeling. Deze aanstelling moet garant staan voor een continu buitenlandse beleid.

en matière de développement durable, signée par le Roi le 5 mai 1997 (*Moniteur belge* du 18 juin 1997).

Par le biais de cette loi, le Secrétaire d'Etat à l'Environnement poursuit trois buts.

En premier lieu, le Secrétaire d'Etat à l'Environnement souhaite ancrer le concept du développement durable dans les départements importants tels que l'énergie, les transports, les finances et l'agriculture. Le concept du développement durable sera ainsi sorti de l'ornière dans laquelle l'avaient laissé les services fédéraux de l'Environnement.

En deuxième lieu, la loi vise à coordonner et organiser la politique fédérale de développement durable. Un plan fédéral quadriennal de développement durable sera élaboré en concertation avec les communautés et les régions. Cette tâche a été confiée au Bureau Fédéral du Plan. Un rapport fédéral biennal constitue la base de ce plan fédéral. Le premier rapport paraîtra déjà fin de l'année 1998, le premier plan doit être finalisé fin de l'année 1999.

Le Bureau Fédéral du Plan, qui compte des années d'expérience dans le domaine du planning socio-économique et budgétaire, se voit, de par cette loi, endosser la responsabilité de l'élaboration d'un plan « vert » socio-écologique.

Les travaux du Bureau Fédéral du Plan seront orientés par la Commission Interdépartementale de Développement Durable.

Finalement, la loi assure un meilleur soutien logistique et scientifique du Conseil Fédéral pour le Développement Durable qui agira en tant qu'organe consultatif et au sein duquel sont représentés les groupes sociaux concernés. Entre-temps, les arrêtés d'exécution concernant notamment la désignation des membres du Conseil Fédéral et de la Commission Interdépartementale ont été publiés. Les premières réunions en la matière ont déjà eu lieu.

Les notes politiques précédentes ont déjà soulevé la problématique au sujet des indicateurs de développement durable (IDD) qui est, pour ce qui concerne le processus décisionnel, poursuivie tant au niveau international que national.

Ainsi, la Belgique s'est intégrée au programme de travail de la Commission de Développement Durable des Nations unies. Après l'organisation d'un 2^e séminaire international (20-22 novembre 1996), la Belgique collabore aussi au programme test des Nations unies en cette matière.

La présence internationale de la Belgique fut confortée par la désignation d'un Ambassadeur itinérant pour les problèmes liés à l'Environnement et au Développement Durable. Cette désignation sera la garantie d'une politique étrangère continue.

2. Productie- en consumptiepatronen

Het voeren van een actief milieugericht productbeleid ter aanmoediging van duurzame productie- en consumptiepatronen is een belangrijke prioriteit van het hoofdstuk leefmilieu van het regeerakkoord. Voor een dergelijk beleid is een nieuw wettelijk kader vereist. Daarom werd op de Ministerraad van 30 mei 1997 een voorontwerp van wet betreffende productnormen ter bevordering van duurzame productie- en consumptiepatronen en ter bescherming van het leefmilieu en de volksgezondheid neergelegd. De Regering zal zich hierover zo snel mogelijk uitspreken en het ontwerp indienen bij het Parlement.

Naast de productnormen, vormt ook de uitvoering van de wet van 1994 betreffende de Europese milieukeur een aspect van het productbeleid. Het comité voor de toekenning van dit ecolabel zal in 1998 worden geïnstalleerd.

In 1997 heeft België de onderhandelingen in het kader van UNEP en FAO rond een wereldverdrag ter reglementering van de internationale handel in milieugevaarlijke chemische produkten verder actief gevolgd. Dit verdrag, dat uitvoering zal geven aan het « prior informed consent » (PIC)-principe, zal begin 1998 op een diplomatieke conferentie in Rotterdam worden aangenomen en voor ondertekening geopend.

In 1998 zullen, ook binnen het kader van UNEP, nieuwe onderhandelingen worden opgestart voor een wereldverdrag voor het uitbannen van een aantal persistente organische pollutanten (POPs). Hoewel België, om redenen van coherentie en efficiëntie binnen UNEP gepleit heeft voor een geïntegreerd kaderverdrag inzake gevaarlijke stoffen, in plaats van aparte verdragen over PIC en POPs, kon over een geïntegreerde aanpak geen consensus worden bereikt. Hoe dan ook zal de federale overheid meewerken aan de totstandkoming van het POPs-verdrag en, parallel hiermee, ook op intern vlak, in samenwerking met de gewesten, aandacht besteden aan de POPs-problematiek.

3. Recht van de mens op een gezond leefmilieu

De internationale erkenning van het recht van de mens op een gezond leefmilieu, zoals ingeschreven in de Belgische grondwet, werd door België in 1997 in twee internationale fora aan de orde gesteld. Hoewel het Belgische voorstel aan de IGC om dit recht in het verdrag van Amsterdam op te nemen onvoldoende bijval kreeg, zijn er bij de onderhandeling van het Pan-Europees verdrag inzake inspraak en toegang tot milieu-informatie, dat in juni 1998 op de ministeriële milieuconferentie in Aarhus zou moeten worden aangenomen, betere vooruitzichten op een positief resultaat.

2. Modes de consommation et de production

Mener une politique active en faveur de modes de production et de consommation durables est une des priorités du chapitre « environnement » de l'accord gouvernemental. Une telle politique nécessite un nouveau cadre légal. C'est la raison pour laquelle un avant-projet de loi relative aux normes de produits ayant pour but la promotion de modes de production et de consommation durables et la protection de l'environnement et de la santé a été introduit au Conseil des Ministres du 30 mai 1997. Le Gouvernement se prononcera dans le plus bref délai et présentera le projet au Parlement.

Un des aspects d'une politique des produits, en dehors des normes de produits, consiste en l'exécution de la loi de 1994 sur le label écologique européen. Le comité d'attribution de ce label écologique sera installé en 1998.

En 1997, la Belgique a participé activement aux négociations dans le cadre du PNEU et de la FAO concernant une convention mondiale réglementant le commerce international des substances chimiques dangereuses. Cette convention, qui vise à appliquer le principe de la « prior informed consent-PIC » (« procédure d'information préalable »), sera adoptée en 1998 lors d'une conférence diplomatique à Rotterdam et proposée à la signature.

Dans le cadre du PNUE, de nouvelles négociations débiteront en l'année 1998 dans le but de conclure un traité mondial pour l'interdiction d'une série de polluants organiques persistants (POP). Bien que la Belgique avait plaidé, au sein du PNUE, en faveur d'un traité cadre intégré en matière de substances dangereuses au lieu de traités séparés sur les PIC et les POP, et ceci pour des raisons de cohérence et d'efficacité, aucun consensus ne put être trouvé pour une approche intégrée. Toutefois les autorités fédérales focaliseront au niveau interne, en collaboration avec les régions, leur attention sur la problématique des POP.

3. Droit de l'homme à un environnement sain

La reconnaissance internationale du droit de l'homme à un environnement sain, tel que repris dans la constitution belge, fut mis à l'ordre du jour de deux fora internationaux en 1997 par la Belgique. Malgré l'appui insuffisant au sein de la CIG pour la proposition belge de reprendre ce droit dans le traité d'Amsterdam, les négociations de la Convention Pan-Européenne concernant la participation du public et l'accès aux informations concernant l'environnement, devant aboutir à un accord à la Conférence ministérielle à Aarhus en juin 1998, semblent en meilleure voie pour l'obtention d'un résultat satisfaisant.

4. Bescherming van het mariene milieu

In 1998 zal prioriteit worden gegeven aan de uitvoering van de wet ter bescherming van het mariene milieu in de zeegebieden onder de rechtsbevoegdheid van België. Dit voorontwerp werd op 25 juli 1997 door de ministerraad goedgekeurd, en ligt momenteel voor advies bij de Raad van State.

Krachtens bovenvermelde wet zullen natuurreservaten in de zeegebieden onder de Belgische rechtsbevoegdheid worden opgericht. Een beheerscomité zal worden ingesteld dat het beheer van de gerichte mariene gebieden zal waarnemen.

Vervolgens zullen uitvoeringsbesluiten worden uitgevaardigd die tot doel hebben bepaalde dier- en plantensoorten te beschermen, overeenkomstig de geldende internationale en Europese reglementeringen.

Tenslotte zal uitvoering worden gegeven aan de wetsbepalingen die de verontreiniging van de zeegebieden onder Belgische bevoegdheid aan banden legt.

Het OSPAR werkjaar zal haar hoogtepunt kennen met het Ministerieel segment van de Commissievergadering. Deze gebeurtenis zal doorgaan tijdens de wereldtentoonstelling over oceanen ter gelegenheid van het « VN-jaar van de oceanen ». Om het van kracht worden van het OSPAR-verdrag te benadrukken, zullen een reeks documenten ter ondertekening of goedkeuring aan de Ministers worden voorgelegd, met als belangrijkste thema's de gevaarlijke en radio-actieve stoffen, nutriënten en species en habitats.

5. Bescherming van de atmosfeer

Inzake de bescherming van de atmosfeer heeft de Staatssecretaris voor Leefmilieu in het voorbije jaar zijn beleid gericht op de klimaatsverandering, de aantasting van de ozonlaag en de vorming van troposferische ozon.

Een proces van coördinatie heeft geleid tot de opmaak van de 1^{ste} en de 2^{de} Nationale Mededeling inzake Klimaatsverandering. Beide documenten werden ingediend bij het secretariaat van het Klimaatverdrag.

Verder wordt een permanente opvolging verzekerd van de uitvoering van het Nationaal Belgisch Programma inzake de Vermindering van de Uitstoot van Broeikasgassen.

België bereidt zich intensief voor op de 3^{de} Conferentie van de Partijen in Kyoto (Japan), waar belangrijke internationale onderhandelingen zullen plaatshebben om de gewenste reductiedoelstellingen nog scherper te stellen.

Daarbij zal een belangrijk element van de discussie de operationalisering van het concept « milieugebruiksruimte » met de daaraan gekoppelde gelijke lastenverdeling (« burden sharing ») zijn. Dit concept werd trouwens reeds vroeger door de Staatssecretaris voor Leefmilieu geïntroduceerd in het Parlement.

4. Protection du milieu marin

En 1998, la priorité sera accordée à l'exécution du projet de loi visant la protection du milieu marin dans les espaces marins sous juridiction de la Belgique. Cet avant-projet fut ratifié par le conseil ministériel du 25 juillet 1997 et est soumis actuellement pour avis au Conseil d'Etat.

Cette loi prévoit la création de réserves naturelles dans les espaces marins sous juridiction belge. Un comité de gestion sera installé et il se chargera de leur gestion.

Des arrêtés d'exécution régleront la protection des espèces animales et des plantes, conformément aux réglementations européennes et internationales en vigueur.

Enfin, des dispositions légales à l'encontre de la pollution des espaces marins sous juridiction belge seront élaborées.

Le segment ministériel de la réunion de la Commission formera le point d'orgue de l'année de travail de l'OSPAR. Cet événement se déroulera lors de l'exposition mondiale sur les océans à l'occasion de « l'Année des Nations unies des Océans ». Pour mettre l'accent sur la ratification du traité OSPAR, une série de documents seront présentés à l'approbation ou à la signature des Ministres, avec comme thèmes principaux les substances dangereuses et radioactives, les nutriments, les espèces et habitats.

5. Protection de l'atmosphère

En matière de protection de l'atmosphère, le Secrétaire d'Etat à l'Environnement a orienté durant l'année 1997, sa politique sur les changements climatiques, l'appauvrissement de la couche d'ozone et la formation d'ozone troposphérique.

Un processus de coordination a abouti à l'élaboration des 1^{ère} et 2^e Communications Nationales en matière de changements climatiques. Les deux documents furent transmis au secrétariat du Traité Climatique.

De plus, un suivi permanent est assuré en matière de l'exécution du Programme National belge de réduction des émissions de Gaz à effet de serre.

La Belgique se prépare de façon intensive à la 3^e Conférence des Parties à Kyoto (Japon) où auront lieu d'importantes négociations internationales pour renforcer davantage les objectifs de réduction.

Un élément important de la discussion sera la mise en place du concept « espace écologique » liée au partage équitable des charges (« burden sharing »). Ce concept fut d'ailleurs déjà introduit au Parlement par le Secrétaire d'Etat à l'Environnement.

Inzake de aantasting van de ozonlaag ondersteunt de Staatssecretaris voor Leefmilieu een strenge aanpak voor betreffende de productie en de consumptie van ozonafbrekende stoffen (waaronder methylbromide), zoals in september 11. beslist op de Conferentie van de Partijen van het Protocol van Montreal. Rekening houdende met de onderhandelingen op internationaal vlak wordt steeds het voorzorgsbeginsel gehanteerd bij het aanwenden van de eigen beleidsinstrumenten zoals het afleveren van vergunningen voor « speciaal erkend gebruiker ».

Betreffende de vorming van troposferische ozon werd door de regering reeds in juni 1996 een ozonbeleidsplan vastgesteld. Na de evaluatie van dit plan in het voorjaar van 1997 werden aanvullende maatregelen beslist.

6. Integrale milieuzorg

Het pilootproject van een integrale milieuzorgsysteem gericht op duurzaamheid, werd bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu afgerond.

De milieucoördinator, vorig jaar aangesteld op het Ministerie, staat garant voor een permanente opvolging.

Op dit ogenblik is de aansluitende tweede fase gestart, waarin de opgedane kennis en know-how aan de andere Ministeries wordt aangeboden. Zoals vroeger reeds aangegeven zal ook daar een milieucoördinator per Ministerie moeten worden aangesteld.

En ce qui concerne l'appauvrissement de la couche d'ozone, le Secrétaire d'Etat à l'Environnement préconise un contrôle sévère de la production et de la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (dont le bromure de méthyle), conformément aux décisions prises, au mois de septembre dernier, lors de la Conférence des Parties du Protocole de Montréal. Tenant compte des négociations internationales, le principe de précaution sera appliqué lors de l'utilisation des propres instruments politiques tels que la délivrance d'autorisations pour « utilisateurs spécialement agréés ».

En ce qui concerne la formation d'ozone troposphérique, le Gouvernement a élaboré un plan relatif à la politique d'ozone durant le mois de juin 1996. Après l'évaluation de ce plan au printemps 1997, des mesures complémentaires ont été prises.

6. Système intégré de gestion de l'environnement

Le projet pilote d'un système intégré de gestion de l'environnement axé sur la durabilité a été élaboré par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.

Le coordinateur en matière d'environnement, désigné l'année dernière par le Ministère, se porte garant du suivi permanent.

La deuxième phase de ce projet est entamée par laquelle les connaissances acquises et le « know-how » sont proposés aux autres Ministères. Comme indiqué auparavant, il est indispensable de désigner un coordinateur en matière d'environnement par Ministère.