

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1983-1984**

11 JANVIER 1984

Projet de loi contenant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1984

Projet de loi ajustant le budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1983

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT PAR M. VANDERMEULEN

SOMMAIRE

	Pages
I. Exposé du Ministre des Affaires sociales	3
II. Exposé du Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement	21

Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres effectifs : MM. Cuvelier, président; Coppens, Mme Coorens, MM. De Baere, De Bremaeker, Mmes Delruelle-Ghobert, Hanquet, Herman-Michielsens, MM. J. Leclercq, Lowis, Mmes Remy-Oger, Smitt, MM. Sondag, Vandekerckhove, Vangeel, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze, Verbist et Vandermeulen, rapporteur.

Membres suppléants : MM. De Seranno, Gevenois et Smeers.

R. A 12874

Voir :

Document du Sénat :

5-XXI (1983-1984) : N° 1 + ann. : Projet de loi.

R. A 12875

Voir :

Document du Sénat :

6-XXI (1983-1984) : N° 1 : Projet de loi.

BELGISCHE SENAAAT**ZITTING 1983-1984**

11 JANUARI 1984

Ontwerp van wet houdende de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1984

Ontwerp van wet houdende aanpassing van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1983

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN HET LEEFMILIEU UITGEBRACHT DOOR DE HEER VANDERMEULEN

INHOUDSOPGAVE

	Bladz.
I. Uiteenzetting van de Minister van Sociale Zaken	3
II. Uiteenzetting van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu	21

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : de heren Cuvelier, voorzitter; Coppens, Mevr. Coorens, de heren De Baere, De Bremaeker, de dames Delruelle-Ghobert, Hanquet, Herman-Michielsens, de heren J. Leclercq, Lowis, de dames Remy-Oger, Smitt, de heren Sondag, Vandekerckhove, Vangeel, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze, Verbist en Vandermeulen, verslaggever.

Plaatsvervangers : de heren De Seranno, Gevenois en Smeers.

R. A 12874

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

5-XXI (1983-1984) : N° 1 + bijl. : Ontwerp van wet.

R. A 12875

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

6-XXI (1983-1984) : N° 1 : Ontwerp van wet.

	Pages		Bladz.
	—		—
III. Discussion générale	33	III. Algemene bespreking	33
A. Politique hospitalière	33	A. Ziekenhuisbeleid	33
1. Evolution des dépenses	33	1. Evolutie van de uitgaven	33
2. Conversion des hôpitaux en maisons de repos . .	34	2. Omschakeling van de ziekenhuizen naar rustoorden	34
3. Hôpitaux psychiatriques	38	3. De psychiatrische ziekenhuizen	38
4. Hôpitaux publics	40	4. De openbare ziekenhuizen	40
B. Convention médico-mutualiste	41	B. Conventie Artsen-Ziekenfondsen	41
C. Soins aux personnes âgées	41	C. Bejaardenzorg	41
D. Aide médicale urgente	43	D. Dringende geneeskundige hulpverlening	43
E. Profils médicaux	43	E. De medische profielen	43
F. Mode de remboursement des médicaments . . .	43	F. Terugbetalingsregeling geneesmiddelen	43
G. Laboratoires de biologie clinique	45	G. Laboratoria voor klinische biologie	45
H. C.P.A.S.	46	H. O.C.M.W.	46
I. Minimum de moyens d'existence	48	I. Bestaansminimum	48
J. Institut national des victimes de guerre	48	J. Nationaal Instituut voor Oorlogsslachtoffers . . .	48
K. Institut d'expertise vétérinaire	49	K. Instituut voor veterinaire keuring	49
L. Consommation de drogues — Tabac — Alcool — Antibiotiques	49	L. Druggebruik — Tabak — Alcohol — Antibiotica . .	49
IV. Discussion des articles	50	IV. Artikelsgewijze bespreking	50
V. Votes	52	V. Stemmingen	52
Annexes	53	Bijlagen	53

La Commission de la Santé publique et de l'Environnement a consacré ses réunions des 29 novembre, 7 et 14 décembre 1983 à l'examen du budget du Ministère de la Santé publique de 1984 et à l'ajustement du budget de 1983.

I. EXPOSE DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Introduction générale

Les crédits sont répartis en dépenses courantes et en dépenses de capital.

A. Dépenses courantes (Titre I)

Les crédits se rapportant aux dépenses courantes du département pour 1984 s'élèvent à 38 005,1 millions de francs.

Le crédit voté pour 1983 est de 34 667,2 millions de francs et le crédit ajusté de 1983 s'élève à 33 155,2 millions de francs.

Par rapport au budget initial de 1983, l'augmentation est de 9,63 p.c. ou de 14,63 p.c. par rapport au budget ajusté de 1983.

Pour 1983, la part du département de la Santé publique et de la Famille, dans les dépenses courantes globales de l'Etat s'élève à 2,27 p.c. En 1984, ce pourcentage sera de 2,34 p.c. (total des dépenses courantes de l'Etat : 1 625 402,0 millions de francs).

Les principaux crédits du Titre I sont résumés au tableau ci-après. Ils représentent 94 p.c. du total du titre I.

De Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu heeft haar vergaderingen van 29 november, 7 en 14 december 1983 gewijd aan de bespreking van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid 1984 en de aanpassing van de begroting 1983.

I. UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

Algemene inleiding

De kredieten zijn verdeeld over lopende uitgaven en kapitaaluitgaven.

A. Lopende uitgaven (Titel I)

De kredieten betreffende de lopende uitgaven van het departement voor 1984 belopen 38 005,1 miljoen frank.

Het goedgekeurde krediet van 1983 bedraagt 34 667,2 miljoen frank en het aangepast krediet van 1983 bedraagt 33 155,2 miljoen frank.

Vergeleken met de goedgekeurde begroting 1983 bedraagt de vermeerdering 9,63 pct. of 14,63 pct. vergeleken met de aangepaste begroting 1983.

Voor 1983 bedroeg het aandeel van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin in de totale lopende Rijksuitgaven 2,27 pct. Voor 1984 is dit percentage 2,34 pct. (totaal van de lopende Rijksuitgaven : 1 625 402,0 miljoen frank).

De belangrijkste kredieten van Titel I zijn samengevat in de onderstaande tabel. Zij vertegenwoordigen 94 pct. van het totaal van Titel I.

	1984	1983 (ajusté) 1983 (aangepast)	Différence en p.c. Verschil in pct.
(1)	(2)	(3)	(4)
A. Gestion des hôpitaux. — Ziekenhuisbeheer :			
— Prix de la journée d'hospitalisation. - Intervention de l'Etat (Section 31, art. 33.36) — Verpleegdagprijs. - Rijkstegemoetkoming (Sectie 31, art. 33.36)	19 288,0	17 319,6	+11,37
— Intervention dans le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux universitaires (Section 34, art. 33.51). — Tegemoetkoming in de verpleegdagprijs van de universitaire ziekenhuizen (Sectie 34, art. 33.51)	1 079,8	1 340,6	—19,45
— Intervention dans les charges d'intérêt des emprunts contractés par les pouvoirs publics pour couvrir les déficits des hôpitaux des C.P.A.S. (Section 31, art. 43.24). — Tegemoetkoming in de rentelasten van de door de openbare besturen aange-gane leningen tot dekking van de tekorten van de ziekenhuizen van de O.C.M.W.'s (Sectie 31, art. 43.24)	137,7	180,8	—23,84
Total A. — Totaal A	20 505,5	18 841,0	+8,83
B. Aide sociale. — Sociale bijstand :			
— Droit au minimum socio-vital (Section 31, art. 33.16). — Recht op bestaansmi-nimum (Sectie 31, art. 33.16)	1 627,3	1 423,8	+14,29
— Secours aux indigents et réfugiés (Section 31, art. 33.23 et 33.25). — Hulp aan behoeftigen en vluchtelingen (Sectie 31, art. 33.23 en 33.25)	541,0	563,4	—3,98
— Œuvre nationale de l'Enfance (Section 31, art. 41.22). — Nationaal werk voor Kinderwelzijn (Sectie 31, art. 41.22)	1 857,6	1 715,1	+8,31
Total B. — Totaal B	4 025,9	3 702,3	+8,74

	1984	1983 (ajusté) 1983 (aangepast)	Différence en p.c. — Verschil in pct.
(1)	(2)	(3)	(4)
C. Œuvres de guerre. — Oorlogswerken :			
— Subsidies à l'Institut national et au Conseil supérieur des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre (Section 31, art. 41.35 et 41.36). — <i>Toelagen aan het Nationaal Instituut en aan de Hoge Raad voor oorlogsinvaliden, oudstrijders en oorlogsslachtoffers (Sectie 31, art. 41.35 en 41.36) . . .</i>	3 768,4	3 455,1	+9,07
Total C. — Totaal C . . .	3 768,4	3 455,1	+9,07
D. Politique scientifique. — Wetenschapsbeleid :			
(Sections 34 et 36 : tous les articles à l'exception de l'article 33.51 - voir A 2). — <i>(Secties 34 en 36 : alle artikelen met uitzondering van artikel 33.51 - zie A 2) . . .</i>	1 396,9	1 329,8	+5,05
Total D. — Totaal D . . .	1 396,9	1 329,8	+5,05
E. Charges du passé. — Lasten van vorige dienstjaren :			
Charges d'intérêts relatives aux matières transférées dans le cadre de la réforme des institutions (Section 51). — <i>Interestlasten met betrekking tot materies overgedragen tengevolge van de hervorming der instellingen (Sectie 51) . . .</i>	4 578,4	2 597,9	+76,23
Total E. — Totaal E . . .	4 578,4	2 597,9	+76,23
F. Crédits destinés aux institutions bicommunautaires à Bruxelles capitale (Section 61). — Kredieten voor de bicommunautaire instellingen gevestigd in Brussel-Hoofdstad (Sectie 61) . . .			
Total F. — Totaal F . . .	1 342,4	1 201,8	+11,70
Total général. — Algemeen totaal . . .	35 617,3	31 127,9	+14,42

Le solde des dépenses courantes (2 387,8 millions de francs) représente essentiellement des charges de fonctionnement à l'exception de la cotisation à l'O.M.S., soit 6,2 p.c. du budget en dépenses courantes.

L'on peut constater que le plus gros poste est constitué par les dépenses hospitalières : 20,5 milliards (54 p.c.). Il ne représente toutefois pas l'ensemble de la charge d'hospitalisation puisque 75 p.c. des dépenses figurent au budget de l'I.N.A.M.I. (57,1 milliards). La charge d'hospitalisation s'élève dès lors à 77,6 milliards.

B. Dépenses de capital

Le Titre II afférent aux dépenses de capital comporte des autorisations d'engagement pour un montant de 3 248 millions dont les postes les plus importants sont les grands travaux hydrauliques d'intérêt national (2 milliards) pour lesquels un programme a reçu l'assentiment des régions (arrêté royal du 8 novembre 1983) et un crédit de « désinvestissement » relatif à la fermeture des hôpitaux (1 milliard).

Les crédits de paiement s'élèvent à 4 270,9 millions dont 3 008,9 millions sont des crédits non dissociés et 1 262,0 millions des crédits d'ordonnancement.

Het saldo van de lopende uitgaven (2 387,8 miljoen frank) vertegenwoordigt in hoofdzaak de werkingskosten met uitzondering van de bijdrage aan de W.G.D. hetzij 6,2 pct. van de begroting in lopende uitgaven.

Men kan vaststellen dat de ziekenhuisuitgaven de grootste last zijn : 20,5 miljard (54 pct.). Dit is echter niet heel de last van de ziekenhuisverpleging vermits 75 pct. van de uitgaven op de begroting staan van het R.I.Z.I.V. (57,1 miljard). De last van de ziekenhuisverpleging bedraagt dus 77,6 miljard.

B. Kapitaaluitgaven

Titel II die betrekking heeft op de kapitaaluitgaven, omvat toelatingen tot verbintenissen voor 3 248 miljoen waarvan de belangrijkste posten betrekking hebben op de waterwerken van nationaal belang (2 miljard) waarvan het programma door de gewesten werd goedgekeurd (koninklijk besluit van 8 november 1983) en een « desinvesteringkrediet » met betrekking tot de sluiting van de ziekenhuizen (1 miljard).

De betalingskredieten bedragen 4 270,9 miljoen waarvan 3 008,9 miljoen niet gesplitst zijn en 1 262,0 miljoen ordonnanceringskredieten zijn.

La politique hospitalière

I. Points de départ

Le contexte social s'est profondément modifié depuis 1963. Le monde hospitalier, tel qu'il a été conçu en 1963, a dû être adapté sous cette influence afin de répondre aux nouvelles exigences. Pour une bonne compréhension, il me paraît nécessaire d'expliquer brièvement les motifs de cette nouvelle politique de santé.

1. Le monde hospitalier a connu une énorme expansion depuis 1963. Le nombre de lits des services aigus et gériatriques a constamment augmenté. En 1961, notre pays disposait d'environ 40 000 lits dans ce secteur. La capacité actuelle est de $\pm$ 70 000 lits, soit une augmentation de 30 000 unités. Les critères de programmation ont été largement dépassés.

Notre pays a, en effet, un surplus de 11 000 lits par rapport à la programmation. En tenant compte du nombre de lits en construction ou pour lesquels un accord de principe a été accordé, ce surplus s'élève à quelques 20 000 lits. On constate ce dépassement tant en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Ce surplus se constate, en outre, dans tous les services aigus. Il faut signaler aussi que dans les hôpitaux universitaires le nombre de lits a augmenté de 2 000 unités au cours des dix dernières années. Nous disposons actuellement de 7 237 lits universitaires pour tout le pays.

A cette explosion s'ajoute l'augmentation des journées d'hospitalisation qui, de 10 millions en 1962, est passée à 24,5 millions actuellement.

2. L'augmentation du nombre de lits n'est pas restée sans conséquences pour l'assurance maladie. En 1970, les frais d'hospitalisation s'élevaient à 7,1 milliards, soit 17,22 p.c. des dépenses totales de l'I.N.A.M.I. En 1982, ces frais s'élevaient à 46,5 milliards, soit à 6,5 fois plus qu'en 1970 ou à 28,9 p.c. des dépenses totales pour soins de santé.

A cela s'ajoute encore 25 p.c. du prix de la journée à charge du département de la Santé publique, de sorte que les dépenses d'hospitalisation ont augmenté de près de 62 milliards en 1982 par rapport aux 9,4 milliards en 1970.

Remarquons que les dépenses pour les hôpitaux universitaires ont augmenté de près de deux fois plus que pour les autres hôpitaux.

L'évolution des dépenses pour prestations techniques dont une grande partie se situe dans les hôpitaux, est importante aussi. Quelques exemples illustrent cette évolution. Les dépenses en radiologie sont passées de 218 millions en 1970 à 1 063 millions en 1982 (secteur travailleurs) c'est-à-dire qu'elles ont quintuplé. Les dépenses en biologie clinique sont actuellement sept fois supérieures à celles de 1970, soit 1 871 millions contre 250 millions. L'augmentation des dépenses s'est poursuivie en 1982, en biologie clinique

Het ziekenhuisbeleid

I. Uitgangspunten

Het maatschappelijk beeld is sinds 1963 grondig gewijzigd geworden. Het ziekenhuiswezen zoals dat in 1963 werd geconcipieerd, diende onder invloed hiervan te worden aangepast om te beantwoorden aan de nieuwe noodwendigheden. Om dit goed te begrijpen lijkt het mij noodzakelijk in het kort de motieven uit te leggen die aan de grondslag liggen van het vernieuwde gezondheidsbeleid.

1. Het ziekenhuiswezen heeft sinds 1963 een enorme ontwikkeling gekend. Het aantal ziekenhuisbedden in de acute en geriatrische ziekenhuisdiensten groeide op een gestadige wijze aan. In 1961 beschikte ons land in deze sector over $\pm$ 40 000 bedden. Thans heeft het land een capaciteit van $\pm$ 70 000 bedden. Dit is dus een aangroei met 30 000 bedden. De programmatiecriteria werden ruim overschreden.

Ons land heeft, inderdaad, ten aanzien van de programmatie een overschot van 11 000 bedden. Indien men rekening houdt met het aantal bedden in opbouw of waarvoor een principieel akkoord werd verleend, dan staat men voor een overschot van $\pm$ 20 000 bedden. Deze overschrijding doet zich voor zowel in Vlaanderen, in Wallonië als in Brussel. Dit overschot is bovendien terug te vinden in alle acute diensten. Vermeldenswaard is ook dat het aantal bedden in universitaire ziekenhuizen de jongste tien jaren met 2 000 is toegenomen. Thans beschikken we voor gans het land over 7 237 universitaire bedden.

Gepaard gaande met de beddenexplosie is het aantal verpleegdagen van 10 miljoen in 1962 gestegen naar thans 24,5 miljoen.

2. De aangroei van het beddenbestand is niet zonder gevolgen gebleven voor de ziekteverzekering. In 1970 bedroegen de kosten voor ziekenhuisopneming 7,1 miljard frank of 17,22 pct. van de totale R.I.Z.I.V.-uitgaven. In 1982 bedroegen zij 46,5 miljard frank, zijnde 6,5 maal meer dan in 1970, of 28,9 pct. van de totale uitgaven voor gezondheidszorg.

Daarbij komt nog 25 pct. van de verpleegdagprijs ten laste van Volksgezondheid, zodat de uitgaven voor ziekenhuisopneming in 1982 gestegen zijn tot om en bij de 62 miljard frank, tegenover 9,4 miljard in 1970.

Opmerkelijk hierbij is dat de uitgaven voor de universitaire ziekenhuizen nagenoeg tweemaal zo sterk gestegen zijn als voor de niet-universitaire ziekenhuizen.

Niet onbelangrijk is ook de evolutie van de uitgaven voor technische prestaties, waarvan een groot gedeelte in de ziekenhuizen moet worden gesitueerd. Enkele voorbeelden illustreren deze evolutie. De uitgaven voor radiologie stegen van 218 miljoen in 1970 naar 1 063 miljoen in 1982 (sector werknemers), of vijf maal meer. De uitgaven voor klinische biologie liggen thans zevenmaal hoger dan in 1970, nl. 1 871 miljoen tegenover 250 miljoen. De uitgavenstijging heeft zich in 1982 doorgetrokken : klinische biologie

+ 16,9 p.c., en radiologie + 12,7 p.c., en médecine nucléaire + 19,8 p.c. Les derniers renseignements révèlent que pour l'hospitalisation comme pour les prestations techniques médicales, les dépenses augmenteront encore fortement en 1983.

Cette explosion des dépenses doit être coûte que coûte maîtrisée, sinon les hôpitaux deviendront les victimes de leur propre expansion. Il faut prendre les mesures indispensables si l'on veut préserver l'acquis.

3. Une troisième raison fondamentale de cette nouvelle politique de santé est la mutation de notre population.

La population a augmenté de 4 p.c. au cours des vingt dernières années. Au cours des prochaines années, elle augmentera de 50 000 personnes (jusqu'à 9 898 325 habitants dans les années 1980) et de 75 000 unités dans les années 1990 (jusqu'à 9 974 235 habitants), soit une augmentation de 1 p.c. et de 1,5 p.c. respectivement.

Les glissements qui se produiront à cette occasion sont également importants. Le groupe de population des moins de 15 ans a diminué de 10 p.c. au cours des dernières années (de 2 190 416 en 1960 à 1 972 483 en 1980). Cette tendance se poursuivra au cours des années 1980. On s'attend en effet à une diminution de 7 à 8 p.c. dans ce groupe (jusqu'à 1 823 104) (ce n'est que vers l'an 2 000 que ce groupe augmentera légèrement).

Ceci est la conséquence de la dénatalité : en 1964, il y eut 160 000 naissances, leur nombre s'élève à 125 000 actuellement, soit une baisse de 35 000 unités. Remarquons encore que le nombre de naissances par femme a diminué, tout comme le pourcentage de fécondité. En outre, notre population vieillit.

Actuellement 14,22 p.c. de la population est âgé de plus de 65 ans contre 12,22 p.c. en 1960. On s'attend à ce que ce chiffre augmentera encore au cours des prochaines années pour atteindre 15 p.c. en l'an 2 000.

C'est surtout le nombre de personnes de grand âge qui sera en augmentation. En 1990, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans aura augmenté de 50 000 par rapport à 1980. C'est précisément dans ce groupe que le taux d'invalidité est le plus élevé. Remarquons encore que les V.I.P.O. qui ne constituent que 23 p.c. des bénéficiaires A.M.I., sont à l'origine de 50 p.c. des dépenses pour soins de santé. Pour le secteur de l'hospitalisation, ce groupe représente même 61,55 p.c. des dépenses. C'est sur cette base qu'il convient de mener une politique tenant compte de la poursuite de la diminution du groupe des moins de 15 ans et de la forte hausse du nombre de personnes âgées nécessitant des soins.

4. Enfin l'attribution de compétences aux deux grandes Communautés est un quatrième facteur qui a donné lieu à une modification de la loi sur les hôpitaux. Ces Commu-

+ 16,9 pct., radiologie + 12,7 pct., nucleaire geneeskunde + 19,8 pct. Recente berichten wijzen uit dat de uitgaven zowel voor de ziekenhuisopneming als voor de technisch geneeskundige prestaties ook in 1983 nog sterk zullen toenemen.

Deze uitgavenexplosie moet ten allen prijze worden beheerst, zoniet zullen de ziekenhuizen zelf het slachtoffer worden van hun eigen expansie. Indien men het verworvene wil veilig stellen moeten ook de onontbeerlijke maatregelen worden getroffen.

3. Een derde en fundamentele reden die aan de basis ligt van het vernieuwde gezondheidsbeleid, is de verandering die zich in onze bevolking voordoet.

De bevolking is de jongste twintig jaar met 4 pct. toegenomen. In de komende jaren zal onze bevolking nog aangroeien met 50 000 personen in de jaren tachtig (tot 9 898 325 inwoners), en met 75 000 in de jaren negentig (tot 9 974 235) of resp. 1 pct. en 1,5 pct.

Belangrijk zijn de verschuivingen die zich hierbij voordoen. De bevolkingsgroep jonger dan 15 jaar is de jongste jaren met 10 pct. afgenomen (2 190 416 in 1960, naar 1 972 483 in 1980). Deze trend zal zich in de jaren tachtig voortzetten; er wordt een verdere daling van deze groep verwacht met 7 à 8 pct. (tot 1 823 104). Pas tegen het jaar 2 000 zou deze groep terug licht toenemen.

Eén en ander is duidelijk het gevolg van het dalend geboortecijfer : in 1964 waren er 160 000 geboorten per jaar, tegenover thans 125 000, dit is een daling van 35 000. Opmerkelijk hierbij is dat het aantal geboorten per vrouw verminderd is evenals het vruchtbaarheidspercentage. Anderzijds is er de opvallende veroudering van onze bevolking.

Op dit ogenblik is 14,22 pct. van de bevolking ouder dan 65 jaar, tegenover 12,22 pct. in 1960. Voor de komende jaren verwacht men dat dit cijfer nog verder zal oplopen om in het jaar 2 000 15 pct. te bereiken.

Voor al het aantal hoogbejaarden zal toenemen. In 1990 zullen de 65 plussers 50 000 personen meer tellen dan in 1980. Precies in die groep is de graad van invaliditeit vrij hoog. Hierbij zij nog opgemerkt dat de W.I.G.W. die slechts 23 pct. van de Z.I.V.-gerechtigden vormen, 50 pct. van de uitgaven voor geneeskundige verzorging voor hun rekening nemen. In de sector hospitalisatie vertegenwoordigt deze groep zelfs 61,55 pct. van de uitgaven. Tegen deze achtergrond moet een beleid worden gevoerd dat rekening houdt met de verdere daling van de groep jonger dan 15 jaar enerzijds en met de sterke stijging van het aantal zorgenbehovende bejaarden anderzijds.

4. Ten slotte is er een vierde factor, die aanleiding heeft gegeven tot een wijziging van de ziekenhuiswet. Dit is namelijk de toewijzing van bevoegdheden aan de twee grote

nautés se sont vu attribuer chacune des compétences dans le domaine des soins de santé, sauf pour les matières ayant une incidence sur l'assurance-maladie.

Le but de la communautérisation est clair; les deux communautés doivent pouvoir mener une politique de santé qui leur est propre et qui répond aux besoins de leur communauté.

II. Buts de la politique renouvelée de santé

Vu le changement du contexte social, il est indispensable d'adapter la politique. Et je tiens à proposer ici les buts suivants :

1. Mon premier souci est d'adapter aux nécessités changeantes le réseau actuel d'infrastructures.

Un certain nombre de maladies ont, heureusement régressé. Le nombre de tuberculeux par exemple a très fortement diminué; la mortalité des nourissons a diminué de 4 800 à 1 600 par an et les espérances de vie sont bien plus grandes.

Il faut faire remarquer aussi que certains services hospitaliers, notamment les services M, N et E, sont souvent sous-occupés et ne répondent plus aux exigences actuelles.

Par ailleurs, d'autres besoins ont surgi, entre autres par suite du vieillissement de la population. Certaines maladies, telles que les tumeurs malignes et les maladies cérébro-vasculaires continuent d'augmenter et exigent des structures spécialisées. Bref, il convient de mieux utiliser les moyens et de les investir de manière à pouvoir satisfaire aux exigences actuelles et nouvelles. Il convient évidemment de permettre ici l'introduction de nouveaux systèmes médicaux de diagnostic ou de mode de traitement dont l'utilité est prouvée.

2. Le financement de notre système de soins de santé doit, à mon avis, reposer sur un nombre de principes essentiels.

Au départ, il convient de souligner que notre système de sécurité sociale doit être préservé. C'est la condition absolue du maintien de notre système d'aide sociale et, notamment, de notre infrastructure de santé.

Ceci exige en premier lieu que son financement demeure en équilibre.

Il faut ensuite répartir les moyens disponibles de façon optimale entre les différents niveaux de dispensation de soins de manière à en assurer une extension équilibrée.

En troisième lieu, ces moyens doivent, à chaque niveau, être affectés de la manière la plus efficace, tout en tenant compte des priorités existantes, c'est ainsi que les gestion-

landsgemeenschappen. Deze hebben ieder bevoegdheid gekregen inzake gezondheidszorg, behoudens voor de aanleggelegenheden die een weerslag hebben op de ziekteverzekering.

Het opzet van de communautarisering is duidelijk: beide gemeenschappen moeten een eigen gezondheidsbeleid kunnen voeren dat beantwoordt aan de behoefte van hun gemeenschap.

II. Doelstellingen van het vernieuwd gezondheidsbeleid

Gelet op de duidelijk gewijzigde maatschappelijke context, is het onontbeerlijk om het beleid bij te sturen. Hierbij wil ik de volgende doelstellingen vooropstellen:

1. Op de eerste plaats is het mijn bekommernis het net aan voorzieningen waarover we thans beschikken, aan te passen aan de veranderende behoeften.

Gelukkig zijn een aantal kwalen sterk verminderd. Het aantal tuberculosepatiënten bijvoorbeeld is in zeer grote mate afgenomen, de zuigelingensterfte werd gereduceerd van 4 800 per jaar naar 1 600, en de levensverwachtingen zijn veel groter geworden.

Voorts dient er ook te worden op gewezen dat een aantal ziekenhuisdiensten, met name de M, N en E-diensten vaak onderbezet zijn en niet meer beantwoorden aan de huidige behoeften.

Anderzijds zijn er nieuwe behoeften ontstaan, ondermeer door de veroudering van de bevolking. Bepaalde aandoeningen, zoals bijvoorbeeld kwaadaardige gezwellen, en cerebro-vasculaire aandoeningen blijven toenemen en vergen gespecialiseerde voorzieningen. Kortom, de middelen dienen beter te worden aangewend en dusdanig te worden geïnvesteerd dat de bestaande en nieuwe behoeften kunnen worden opgevangen. Hierbij moet uiteraard ook de kans worden geboden om nieuwe geneeskundige diagnosesystemen of behandelingswijzen waarvan het nut bewezen is, ingang te doen vinden.

2. De financiering van ons gezondheidszorgsysteem moet m.i. berusten op een aantal essentiële beginselen.

Vooreerst moet als uitgangspunt worden benadrukt dat ons systeem van sociale zekerheid dient gevrijwaard te blijven. Dit is een absolute voorwaarde om ons systeem van maatschappelijke dienstverlening en met name van onze gezondheidszorgvoorzieningen in stand te houden.

Dit vergt op de eerste plaats dat de financiering ervan in evenwicht blijft.

Ten tweede moeten de beschikbare gelden op een optimale wijze tussen de verschillende niveaus van zorgenverlening worden verdeeld zodat een evenwichtige uitbouw ervan verzekerd is.

Ten derde moeten de middelen binnen ieder niveau van zorgenverstrekking op een zo doelmatig mogelijke wijze worden aangewend, rekening houdend met de bestaande priori-

naires des hôpitaux devront gérer leur établissement avec parcimonie et compétence.

Enfin, il faut encore que les soins de santé puissent être dispensés à quiconque en a réellement besoin. La gratuité des soins n'est cependant plus possible, en cette époque de crise économique. Le confort du patient a, en outre, augmenté sensiblement et les soins médicaux sont devenus très spécialisés.

Une participation limitée du malade est dès lors indispensable afin de pouvoir couvrir le coût de ses soins. Il ne peut y avoir de discrimination financière entre des malades qui nécessitent des soins identiques. Cela n'empêche cependant pas que l'intervention soit modulée pour les moins bien nantis. C'est de cette manière que l'accès à l'infrastructure hospitalière doit demeurer garanti à chacun.

III. Place de l'hôpital dans l'ensemble de l'infrastructure sanitaire

1. Si l'on veut atteindre les objectifs de la politique hospitalière qui viennent d'être exposés, il faut veiller à une utilisation rationnelle de l'hôpital. En d'autres termes, il faut éviter les hospitalisations inutiles. Ceci n'est possible que si l'on dispose de possibilités de soins alternatives. De plus, une parfaite coordination doit exister entre ces infrastructures pour que le patient soit soigné là où il convient. Cette situation problématique concerne en particulier les personnes âgées. *Grosso modo*, je distinguerai trois niveaux dans la structure de dispensation des soins :

- a) les soins de santé primaires avec, entre autres, les soins à domicile;
- b) la maison de repos et de soins et
- c) l'hôpital.

2. Les soins de santé primaires sont le premier niveau et l'échelon indispensable du système de soins de santé. Il ne constituent pas une activité isolée, mais au contraire ils doivent être considérés comme la base locale et la voie d'accès à un système de soins intégrés. Aussi les soins de santé primaires ne prétendent nullement se substituer aux spécialistes, aux hôpitaux ou à l'appareillage médical lourd; grâce au fonctionnement adéquat des soins de santé primaires, nous voulons optimiser les autres infrastructures de santé. Il n'est pas dans mes intentions d'imposer de nouvelles structures.

Les soins de santé primaires peuvent être stimulés, en appuyant les diverses fonctions partielles et organisations dans l'exercice de leur mission et en encourageant la collaboration entre elles. Le médecin généraliste doit être la figure-clé dans l'organisation des soins de santé primaires.

Il occupe une position centrale dans toute l'infrastructure au service du patient. Il apprécie l'opportunité et la façon de recourir à des soins supplémentaires. Afin d'améliorer l'accessibilité du généraliste, dans les cas d'aide médicale urgente à domicile, on pourrait p. ex. concevoir un système d'appel approprié.

teiten. Zo zullen de ziekenhuisbeheerders hun instelling op een zuinige en deskundige manier moeten beheren.

Tenslotte moet de gezondheidszorg kunnen worden verstrekt aan eenieder die daar echt behoefte aan heeft. Een kosteloze verzorging is in deze tijd van economische crisis evenwel niet meer mogelijk. Het comfort van de patiënt is bovendien gevoelig verhoogd en de medische zorgen zijn zeer gespecialiseerd geworden.

Een beperkte bijdrage van de patiënt is dan ook noodzakelijk om de kosten van zijn verzorging te kunnen betalen. Tussen patiënten met gelijkaardige zorgen mag geen financiële discriminatie bestaan. Dit belet evenwel niet dat de tussenkomst gemodaliseerd wordt voor diegenen die minder begoed zijn. Op deze manier moet de toegankelijkheid tot de verzorgingsinfrastructuur voor eenieder gewaarborgd blijven.

III. Plaats van het ziekenhuis in het geheel van de gezondheidsinfrastructuur

1. Indien men de zo juist uiteengezette doelstellingen van het ziekenhuisbeleid wil realiseren, moet er over gewaakt worden dat het ziekenhuis goed wordt gebruikt. Ik bedoel hiermee dat onnodige opnamen moeten worden voorkomen. Dit kan alleen indien er voldoende alternatieve verzorgingsmogelijkheden zijn. Bovendien moeten de voorzieningen goed op elkaar afgestemd zijn, zodat de patiënt daar wordt verzorgd, waar hij hoort. Deze problematiek stelt zich in het bijzonder ten aanzien van de bejaarde. *Grosso modo* zie ik drie niveaus in de zorgverleningsstructuur :

- a) de eerstelijnszorg met o.m. de thuisverzorging;
- b) het rust- en verzorgingstehuis en
- c) het ziekenhuis.

2. De eerstelijnszorg is het eerste niveau en onmisbare onderdeel van het gezondheidszorgsysteem. Het is geen geïsoleerde activiteit maar moet integendeel worden gezien als de lokale basis en de toegangspoort tot een geïntegreerd zorgenapparaat. Daarom pretendeert eerstelijnsgezondheidszorg niet in vervanging te komen van specialisten, ziekenhuizen of zware technologie; wel wil men door een adequaat functionerende eerstelijnszorg het beroep dat op de andere gezondheidsvoorzieningen wordt gedaan optimaliseren. Het ligt niet in mijn bedoeling om terzake nieuwe structuren op te leggen.

De eerstelijnszorg kan worden gestimuleerd door de diverse deelfuncties en organisaties te ondersteunen in het uitoefenen van hun opdracht en door hun samenwerking aan te wakkeren. De huisarts moet een spilfiguur zijn in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Hij staat centraal binnen het geheel van voorzieningen ten behoeve van de patiënt. Hij oordeelt of en op welke wijze op een bijkomende voorziening beroep moet worden gedaan. Om de bereikbaarheid van de huisarts in gevallen van dringende medische hulp ten huize te verbeteren zou b.v. een aangepast oproepsysteem kunnen worden uitgewerkt.

Pendant la formation du médecin généraliste une attention plus soutenue devrait être accordée à la gériatrie pour que les problèmes des personnes âgées soient abordés dans les meilleures conditions.

Il va sans dire qu'une interaction efficace doit aussi être prévue entre les soins de santé primaires et l'hôpital. Ces deux structures doivent toujours être parfaitement complémentaires.

Afin de favoriser le passage de l'hôpital au domicile, je souhaite élaborer une formule d'intervention financière pour les patients qui, une fois de retour chez eux, nécessitent encore des soins. Je songe ici en particulier à une intervention dans le financement des soins qui ne sont pas encore remboursés par la nomenclature A.M.I.

3. Les maisons de repos et de soins sont des institutions destinées aux personnes nécessitant des soins et atteintes d'une affection de longue durée. Avant d'y être admises, ces personnes ont subi l'examen de diagnostic requis et tous les traitements actifs et réactivants sans qu'il n'y ait eu rétablissement de leurs fonctions nécessaires à la vie quotidienne.

Elles n'ont toutefois pas besoin d'un contrôle médical journalier et d'un traitement spécialisé en permanence.

Ces personnes nécessitent également des soins infirmiers et paramédicaux ainsi qu'une aide dans les actes de la vie quotidienne.

La maison de repos et de soins se différencie de l'hôpital par son caractère résidentiel; c'est une maison de repos où des soins spéciaux sont dispensés.

La création de maisons de repos et de soins répond à un besoin urgent découlant du vieillissement rapide de la population.

A cet égard, comme vous le savez, j'ai promulgué en décembre de l'année dernière un certain nombre d'arrêtés réglant le financement, la programmation et l'agrément de ces maisons. La situation financière du pays empêche actuellement de trouver des ressources supplémentaires. Ces moyens financiers doivent être puisés dans le secteur hospitalier, qui doit être restructuré en raison du nombre de lits excédentaires et de l'évolution démographique. Aussi, l'agrément des maisons de repos et de soins a-t-il été lié à la diminution équivalente de lits d'hôpitaux. La politique, à l'avenir, continuera d'être axée sur l'encouragement optimal à créer des maisons de repos et de soins, dans les limites budgétaires.

4. Au sujet de la problématique des services R et V, le Conseil national des établissements hospitaliers, a énuméré les caractéristiques fondamentales de l'hospitalisation. L'admission à l'hôpital général se caractérise notamment par un

Bij de opleiding van de huisarts dient meer aandacht te gaan naar de geriatrie geneeskunde ten einde de opvang van bejaarden te optimaliseren.

Het spreekt vanzelf dat er tevens moet worden voorzien in een goede wisselwerking tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis. Beide voorzieningen moeten elkaar immers goed aanvullen.

Om de doorstroming van het ziekenhuis naar het thuismilieu te bevorderen wens ik een formule uit te werken van een geldelijke tussenkomst voor de opvang thuis van de uit het ziekenhuis ontslagen patiënten die nog verder zorgverlening behoeven. Ik denk hierbij speciaal aan een tussenkomst in de financiering van die zorgen die thans nog niet door de Z.I.V.-nomenclatuur worden vergoed.

3. Het rust- en verzorgingstehuis is een institutionele voorziening voor verzorgingsbehoevende personen aangetast door een aandoening met een langdurig karakter. Bij deze personen werd vóór hun opname het nodige diagnostische onderzoek verricht en zij hebben iedere actieve en reactiverende behandeling ondergaan zonder dat zulks een herstel van de functies met betrekking tot het dagelijks leven tot gevolg had.

Een dagelijks medisch toezicht en permanente medisch gespecialiseerde behandeling is nochtans niet vereist.

Deze personen vergen evenwel nog verpleegkundige en paramedische zorg alsmede hulp op het stuk van de noodzakelijke levensactiviteiten.

Het rust- en verzorgingstehuis onderscheidt zich nog van het ziekenhuis doordat het een residentieel karakter heeft, het is een rustoord waar bijzondere zorgen worden verstrekt.

De oprichting van rust- en verzorgingstehuizen beantwoordt aan een dringende noodzaak gelet op de snelle veroudering van de bevolking.

Om hieraan gevolg te geven heb ik zoals u weet in december van vorig jaar een aantal besluiten uitgevaardigd, die de financiering, de programmatie en de erkenning ervan regelen. Gelet op de financiële toestand van het land is het thans niet mogelijk hiervoor supplementaire financiële middelen te vinden. Deze moeten worden gehaald uit de ziekenhuissector die ingevolge de overcapaciteit aan bedden en de gewijzigde demografie tot herstructureringen dient over te gaan. Vandaar dat de erkenning van rust- en verzorgingstehuizen verbonden werd aan de voorwaarde van gelijkwaardige vermindering van ziekenhuisbedden. Het beleid zal er in de toekomst verder op gericht blijven om de totstandkoming van de rust- en verzorgingstehuizen, binnen de budgettaire mogelijkheden, zoveel mogelijk te stimuleren.

4. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft naar aanleiding van de R-V-problematiek de belangrijkste karakteristieken van een ziekenhuisopname opgesomd. De opname in het algemeen ziekenhuis wordt met name geken-

diagnostic spécialisé, un traitement et une réadaptation nécessitant le recours à une infrastructure médico-technique. Le patient hospitalisé bénéficie également de soins infirmiers et sanitaires continus. J'aimerais souligner ici que le séjour à l'hôpital doit, en principe, toujours avoir un caractère provisoire.

Par la même occasion, je souhaite faire remarquer que cette définition n'exclut nullement la possibilité d'une hospitalisation partielle, comme le traitement de jour ou de nuit. Cette forme d'hospitalisation existe d'ailleurs déjà en psychiatrie. A l'avenir, il faudra examiner la façon d'étendre l'hospitalisation partielle aux secteurs non psychiatriques.

IV. Programmation de l'infrastructure hospitalière

1. Afin que le secteur hospitalier occupe la place qui lui revient, la maîtrise de l'offre est une nécessité absolue, d'abord pour une politique de santé efficace, mais aussi pour des raisons budgétaires.

1.1. Devant le poids des difficultés budgétaires, le gouvernement a voulu à tout prix éviter que la situation détériorée ne s'aggrave encore.

Des mesures urgentes s'imposaient surtout en vue de garantir la viabilité future des hôpitaux existants. Par l'arrêté royal n° 60, l'augmentation du nombre de lits a pu être effectivement enrayée pour la première fois; ces mesures ont donné le départ à une restructuration interne des services hospitaliers.

Par exemple, il ressort des données dont je dispose que jusqu'à présent, en raison de l'arrêt de l'expansion, 160 lits E ont été supprimés pour ouvrir notamment 116 lits R. En outre, plus de 400 lits d'hôpitaux non utilisés ont été reconvertis en lits de maisons de repos et de soins.

Ces chiffres reflètent clairement l'impact très rapide de la restructuration sur l'évolution démographique et les besoins qui en découlent.

Je conçois aisément que les mesures prises ont pour effet la non-exécution d'accords de principes conclus auparavant. La situation exceptionnelle que j'ai décrite prouve cependant que les mesures prises sont absolument justifiées.

1.2. Outre la mesure concernant la mise en service des lits en construction, le Gouvernement a l'intention de poursuivre la réduction du nombre actuel de lits excédentaires et de se rapprocher ainsi des critères de programmation. Le Gouvernement ne tient pas à agir par voie impérative mais plutôt à encourager les fermetures et les reconversions par la mise en œuvre de facteurs de stimulation.

Nous espérons tout d'abord que la diminution du nombre de journées d'hospitalisation aura pour conséquence la fermeture de lits d'hôpitaux. Le Gouvernement souhaite

merkt door een medisch specialistische diagnosestelling, behandeling en revalidatie waarvoor de medisch technische infrastructuur vereist is. Tevens is een continue verpleging en verzorging van de ziekenhuispatiënt geboden. Ik zou hierbij willen beklemtonen dat het ziekenhuisverblijf in principe steeds een tijdelijk karakter moet dragen.

Terloops wens ik er op te wijzen dat deze omschrijving geenszins de mogelijkheid van partiële hospitalisatie uitsluit, dit kan zijn de dagbehandeling of de nachtbehandeling. In het kader van de psychiatrie bestaat deze vorm van hospitalisatie overigens reeds. Naar de toekomst toe dient onderzocht te worden hoe de partiële hospitalisatie kan worden uitgebreid tot de niet-psychiatrische sector.

IV. Programmatie van de ziekenhuisvoorzieningen

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

1.1. Wegens de druk van de begrotingsmoeilijkheden heeft de regering ten allen prijze willen vermijden dat de schreefgegroeide toestand nog zou verergeren.

Er waren derhalve dringende maatregelen nodig die bovendien noodzakelijk waren om de leefbaarheid van de bestaande ziekenhuizen naar de toekomst toe veilig te stellen. Ingevolge het koninklijk besluit nr. 60 kon de verdere toename van het aantal bedden voor het eerst effectief worden tegengehouden. Dankzij deze maatregelen werd een aanzet gegeven tot interne herstructurering van de ziekenhuisdiensten.

Uit de gegevens waarover ik beschik blijkt bijvoorbeeld dat tot op heden, ingevolge de expansiestop, reeds 160 E-bedden werden afgeschaft, en dit om ondermeer 116 R-bedden te openen. Anderzijds werden meer dan 400 ziekenhuisbedden niet in gebruik genomen en omgeschakeld naar rust- en verzorgingstehuizen.

Deze cijfers tonen duidelijk aan hoe de herstructurering op vrij korte termijn heeft ingespeeld op de demografische verschuiving en de daaruit voortvloeiende behoeften.

Ik ben er mij van bewust dat de genomen maatregelen tot gevolg hebben dat vroeger toegestane principepakkoorden niet zullen kunnen worden uitgevoerd. De noodsituatie die ik heb beschreven, bewijst echter voldoende dat de getroffen maatregelen in alle opzichten verantwoord zijn.

1.2. Naast de maatregel met betrekking tot de ingebruikneming van in opbouw zijnde ziekenhuisbedden wenst de Regering het bestaande overschot aan bedden verder te verminderen om aldus dichter de conformiteit met de programmatiecriteria te benaderen. De Regering wil hier niet dwingend optreden maar veeleer door het inbouwen van allerlei incentives tot sluiting en/of reconversie aanwakkeren.

Vooreerst wordt gehoopt dat de vermindering van het aantal ligdagen zal resulteren in het sluiten van ziekenhuisbedden. De Regering wenst met name dat instellingen of

notamment la fermeture ou la reconversion des établissements ou services sous-occupés. Les journées d'hospitalisation ainsi libérées pourront être transférées vers un autre établissement. De cette manière, certains établissements pourront être encouragés à abandonner la concurrence qu'ils se livrent et à établir des rapports de collaboration.

La désaffectation de lits existants permet, en outre, la création de deux lits de soins, étant entendu qu'au moins l'un d'entre eux doit être créé dans une maison de repos. Un établissement qui ne répond plus aux besoins réels peut être reconverti en un autre établissement pour lequel il existe un besoin croissant.

1.3. Signalons enfin l'existence d'un troisième stimulant : l'octroi d'une indemnisation à l'établissement qui procède à la désaffectation ou à la reconversion de lits. L'indemnisation a été réglementée par l'arrêté royal du 20 juin 1983. Je tiens à souligner que la demande d'indemnisation doit être introduite avant la fin de l'année prochaine. Il s'agit dès lors d'un avantage temporaire. Je ne puis que recommander aux intéressés de faire usage de cet avantage.

1.4. L'ensemble de ces mesures se traduisent par des économies tant au budget de l'A.M.I. qu'au budget scientifique. L'incidence peut en être chiffrée pour 1984 à 229 millions pour l'indexation ramenée à 90 p.c. du prix de la journée d'entretien et à 2 637 millions pour la réduction du nombre de journées d'hospitalisation, tandis que le coût des maisons de repos et de soins dont les crédits sont prévus au budget I.N.A.M.I. peut être estimé pour 1984 à 1 353 millions. En outre, pour faciliter et indemniser la désaffectation et la reconversion des lits hospitaliers, un crédit de un milliard a été inscrit au titre II du budget de la Santé publique. Il est évident que pour les années futures, l'effet des mesures d'économie ira croissant.

2. En ce qui concerne la programmation, je tiens encore à faire remarquer que je partage en principe l'option politique proposée il y a quelque temps par la Commission nationale de programmation et par le Conseil des hôpitaux et qui consistait à infléchir la programmation de l'appareillage médical lourd dans le sens d'une programmation par service.

Un certain nombre d'aspects techniques de ce dossier complexe doivent être réglés avant que des décisions justifiées puissent être prises à cet égard. J'ai dès lors chargé le Conseil national des établissements hospitaliers de formuler un avis circonstancié sur les différents problèmes qui se posent dans ce domaine.

V. Le vieillissement de la population exige de nouveaux services hospitaliers

Dans le contexte des considérations énoncées ci-dessus, je tiens à aborder quelques problèmes spécifiques qui se posent

diensten die onderbezet zijn zouden worden gesloten of omgeschakeld. De ligdagen die hierdoor vrijkomen kunnen worden overgedragen naar een andere instelling. Aldus kunnen instellingen die zich vaak in een concurrerende positie bevinden, tot samenwerking worden aangespoord.

De desaffectatie van bestaande ziekenhuisbedden geeft bovendien het recht om twee verzorgingsbedden op te richten, met dien verstande dat ten minste één ervan in een rustoord moet worden opgesteld. Aldus kan een instelling die niet meer aan een reële behoefte beantwoordt, worden omgeschakeld naar een instelling waarvoor wel een steeds groter wordende behoefte bestaat.

1.3. Tenslotte bestaat er een derde incentive door nl. een schadeloosstelling toe te kennen aan de instelling die bedden desaffecteert en/of omschakelt. De schadeloosstelling werd inmiddels geregeld door het koninklijk besluit van 20 juni 1983. Ik wil hierbij benadrukken dat de aanvraag tot schadeloosstelling uiterlijk slechts tot op het einde van volgend jaar kan worden ingediend. Het betreft dus een tijdelijk voordeel. Ik kan dan ook slechts aanbevelen om er thans gebruik van te maken.

1.4. Al die maatregelen zullen tot besparingen leiden zowel op de Z.I.V.-begroting als op de begroting van Volksgezondheid. De weerslag ervan kan voor 1984 geschat worden op 229 miljoen voor de indexering van de verpleegdagprijs, die tot 90 pct. wordt teruggebracht en op 2 637 miljoen voor de vermindering van het aantal ligdagen, terwijl de kosten van rust- en verzorgingstehuizen waarvan de kredieten zijn uitgetrokken op de Z.I.V.-begroting voor 1984 op 1 353 miljoen kunnen geraamd worden. Ten einde de afschaffing en de omschakeling van de ziekenhuisbedden te vergemakkelijken en te vergoeden is bovendien een krediet van 1 miljard uitgetrokken op titel II van de begroting van Volksgezondheid. De uitwerking van de besparingsmaatregelen wordt in de toekomst uiteraard nog groter.

2. In verband met de programmatie wens ik nog op te merken dat ik het principieel eens ben met de destijds door de Nationale Programmatiecommissie en door de Ziekenhuisraad voorgestelde beleidsoptie om de programmatie van de zware medische apparatuur om te buigen naar een programmatie van diensten.

Om ter zake echter verantwoorde beslissingen te kunnen treffen moeten nog een aantal technische aspecten van dit ingewikkelde dossier nader worden onderzocht. Ik heb daarom de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen opdracht gegeven mij een diepgaand advies te willen verstrekken over de verschillende problemen die ter zake rijzen.

V. Veroudering van de bevolking vereist nieuwe conceptie van de ziekenhuisdiensten

Mede in het licht van wat voorafgaat wens ik thans een aantal specifieke problemen met betrekking tot de con-

dans le domaine de la conception des services hospitaliers. Je songe notamment aux services R. et V. et aux problèmes y afférents dans le domaine de la durée d'hospitalisation.

1. Le service R. était conçu en tant que service de l'hôpital général chargé du diagnostic, des bilans de santé et du traitement actif et de courte durée des patients âgés. Le service V. quant à lui, était chargé des soins hospitaliers continus en vue de la réintégration du patient dans son milieu familial ou dans le contexte d'un placement familial.

En pratique, le fonctionnement de la plupart de ces services n'était pas conforme aux normes. C'est ainsi que de nombreuses jeunes personnes sont admises dans certains services R. et que d'autres services R. fonctionnent comme des services V.

Certains services V. remplissent le rôle d'un service R. alors que d'autres font, en fait, fonction de maisons de repos et de soins. Les services R. et V. n'ont pas connu l'évolution escomptée et ce pour différentes raisons :

- a) l'absence de critères d'admission ou de fin de séjour;
- b) le manque de structures d'accueil alternatives et
- c) la discrimination financière : le patient V. bénéficie d'un régime de remboursement plus avantageux que le patient hébergé dans une maison de repos mais nécessitant souvent les mêmes soins.

Partant de cette situation, je souhaite reformuler la politique gériatrique dans le sens de plus de clarté et de transparence et d'une plus grande égalité quant à l'intervention financière propre du patient. J'ai recueilli en la matière l'avis de diverses instances, dont le Conseil national des établissements hospitaliers.

2. Le service R remplit un rôle essentiel dans l'ensemble de l'infrastructure des soins pour personnes âgées. Le diagnostic et la mise au point médicale ainsi que le traitement actif sont indispensables pour protéger les plus âgés contre l'invalidité. A mon avis, le caractère exclusivement gériatrique doit être mieux précisé dans les normes, ainsi que le caractère temporaire de l'admission. Afin d'éviter les confusions, le service R sera donc désormais appelé service G.

Les services R existants seront d'abord pris en considération pour être agréés comme services G, à la condition de satisfaire aux nouveaux critères. En matière de programmation du service G, j'ai pris entretemps l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. Puisque le service G, outre la gériatrie aigüe, s'occupera aussi de gériatrie subaigüe, j'estime que le chiffre de programmation sera un peu trop élevé pour le service R. Les services V dynamiques auront aussi la possibilité d'être agréés comme service G.

ceptie van de ziekenhuisdiensten te behandelen. Meer bepaald de R.-V.-problematiek en het daarmee samenhangende probleem inzake de ziekenhuisligduur.

1. De R.-dienst was opgevat als een dienst van het algemeen ziekenhuis belast met de diagnose, de oppuntstelling en de actieve kortstondige behandeling van bejaarde patiënten. De V.-dienst daarentegen kreeg de opdracht van voortgezette ziekenhuiszorg met het oog op de wederinschakeling van de patiënt in zijn thuismilieu of in een thuisvervangend milieu.

In de praktijk functioneerde een groot gedeelte van deze diensten niet volgens de wijze waarop ze in de normen werden geconcepieerd. In een aantal R.-diensten worden vaak vrij vele jongeren opgenomen, terwijl een aantal andere R.-diensten als V.-dienst functioneren.

Bij de V.-dienst vervullen sommige de rol van R.-dienst, terwijl een aantal andere in feite als rust- en verzorgingstehuis dienst doen. De R.- en V.-diensten zijn niet geworden wat men ervan verwacht had en dit om verschillende redenen :

- a) er bestonden geen opname- of ontslagcriteria;
- b) er waren onvoldoende alternatieve opvangmogelijkheden, en
- c) er is een financiële discriminatie doordat de V.-patiënt een voordeliger terugbetalingsregime heeft dan de patiënt die in het rustoord verblijft en vaak dezelfde zorgen behoeft.

Uitgaande van deze situatie wens ik het geriatriesch beleid te herformuleren waarbij grotere duidelijkheid en doorzichtigheid bestaat en een grotere gelijkheid wordt gerealiseerd wat de eigen financiële tussenkomst van de patiënt betreft. Terzake heb ik het advies van allerlei instanties ingewonnen, w.o. dat van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

2. De R.-dienst vervult een essentiële rol in het geheel van gezondheidsvoorzieningen voor bejaarden. De medische diagnose en oppuntstelling, alsmede de actieve behandeling is onontbeerlijk om hoog-bejaarden te behoeden voor invaliderende ontwikkelingen. Het exclusief geriatriesch karakter dient m.i. duidelijker in de normen te worden beklemtoond, alsmede het tijdelijk karakter van de opname. Om verwarring te vermijden zal de R.-dienst voortaan dan ook G.-dienst worden genoemd.

Bestaande R.-diensten zullen in allereerste instantie in aanmerking komen om als G.-dienst te worden erkend, op voorwaarde dat zij aan de nieuwe eisen voldoen. Omtrent de programmering van de G.-dienst heb ik inmiddels het advies gevraagd van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Vermits de G.-dienst naast acute geriatrie ook aan subacute geriatrie zal doen, neem ik aan dat het programmeringslicht hoger zal liggen dan voor de R.-dienst. Dynamisch werkende V.-diensten zullen eveneens de kans krijgen om als G.-dienst erkend te worden.

Opter pour un service hospitalier exclusivement gériatrique n'implique pas qu'on méconnaisse l'importance de la réadaptation dans l'ensemble de l'infrastructure hospitalière. Je me demande si, outre la réalisation des aspects réadaptation dans chaque service hospitalier, il ne faut pas envisager un service médico-technique qui assurerait une tâche plus spécifique de réadaptation.

J'attends prochainement sur ce point l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. Quelle que soit l'option choisie, il faut en tout cas déjà préciser qu'elle ne pourra donner lieu à la création de lits supplémentaires.

3. Je conçois que certaines personnes âgées aient besoin d'une approche post-aigüe; les services concernés doivent dès lors fonctionner comme service hospitalier, ce qui exigera un contrôle externe et interne plus strict. Comme je viens de le dire, un nombre limité de services V pourront être intégrés dans le circuit élargi des services G.

Mais un grand nombre de services V ne fonctionnent plus comme services hospitaliers, mais comme maisons de repos et de soins. Afin d'éliminer toute discrimination à l'égard du patient de home et de mieux répartir les moyens entre les personnes âgées nécessitant des soins, il me paraît indiqué, à terme, de prévoir la même intervention pour ces patients V que pour les pensionnaires de maisons de repos et de soins. C'est d'ailleurs ce qu'ont suggéré le Conseil national des établissements hospitaliers et le Comité de gestion de l'I.N.A.M.I. Ce sera pour le service concerné une incitation à se reconvertir en maison de repos et de soins. J'estime dès lors que ces établissements devraient faire connaître eux-mêmes leur option en la matière. Les établissements disposés à entreprendre cette reconversion seront encouragés dans cette voie, p.ex., par une majoration de l'indemnisation existante.

D'autre part, on pourrait envisager une augmentation de l'intervention de l'I.N.A.M.I. pour les pensionnaires d'une maison de repos et de soins pour lesquels des soins médicaux importants sont nécessaires. J'espère ainsi donner une impulsion supplémentaire en vue de poursuivre le processus de reconversion en maison de repos et de soins.

4. On peut se demander si des services V ont encore leur utilité, eux qui se situent entre le service G et la maison de repos et de soins. Les services V qui continueront d'exister en tant que tels devront en tout cas prouver qu'ils fonctionnent comme services hospitaliers.

La nouvelle formulation plus sévère des critères à l'égard des établissements gériatriques se traduira dès lors par la définition de strictes indications d'hospitalisation et la précision de la durée moyenne de l'hospitalisation. Sans exclure l'admission de malades chroniques — ces cas devant être étudiés individuellement — il faut, à partir d'une certaine durée

Het opteren voor een exclusief-geriatrische ziekenhuisdienst betekent niet dat het belang van de revalidatie in het geheel van het ziekenhuis wordt onderkend. Ik stel mij wel de vraag of naast het realiseren van de revalidatie-aspekten in elke ziekenhuisdienst voor het vervullen van de meer specifieke revalidatie niet moet gedacht worden aan een medisch-technische dienst voor revalidatie.

Ter zake verwacht ik binnenkort een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Welke ook de optie weze die ter zake wordt genomen, in ieder geval moet nu reeds duidelijk worden gesteld dat deze geen aanleiding mag geven tot bijkomende bedden.

3. Ik kan aanvaarden dat voor sommige bejaarden een postacute opvang nodig is; de betrokken diensten moeten zich dan ook als ziekenhuisdienst waarmaken, hetgeen een strengere externe controle en striktere interne toetsing zal vergen. Zoals ik daarnet reeds heb gezegd zal een beperkt aantal V-diensten in de mogelijkheid worden gesteld om te worden opgenomen in het verruimd circuit van de G-diensten.

Een belangrijk aantal V-diensten functioneert evenwel in feite niet meer als ziekenhuisdienst doch als rust- en verzorgingstehuis. Ten einde elke discriminatie ten overstaan van de rustoordpatiënt weg te werken en met het oog op een verdeling van de middelen onder de verzorgingbehoevende bejaarden, lijkt het mij aangewezen t.a.v. deze V-patiënten, na verloop van een bepaalde periode, dezelfde tussenkomst te voorzien als voor de verzorgingbehoevende bejaarden in rust- en verzorgingstehuizen. Dit werd trouwens gesuggereerd door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en door het Beheerscomité van het R.I.Z.I.V. Voor de betrokken dienst moet het een aansporing betekenen om naar rust- en verzorgingstehuis om te schakelen. Ik meen dan ook dat deze instellingen ter zake zelf hun optie kenbaar zouden moeten maken. De instellingen die vrijwillig tot deze omschakeling beslissen zullen daartoe aangemoedigd worden, b.v. door een verhoging van de bestaande schadeloosstellingsvergoeding.

Anderzijds zou ook een verhoogde R.I.Z.I.V.-tussenkomst kunnen worden overwogen voor de zwaar zorgenbehoevende personen die in een rust- en verzorgingstehuis verblijven. Ik hoop hiermee een verdere impuls te geven tot de verdere omschakeling naar rust- en verzorgingstehuis.

4. De vraag wordt gesteld of er tussen de G-dienst en het rust- en verzorgingstehuis nog behoefte is aan V-diensten? De V-diensten die als zodanig behouden blijven, zullen in ieder geval het bewijs moeten leveren dat zij als ziekenhuisdienst fungeren.

De nieuwe en strengere formulering van de eisen t.a.v. geriatrische ziekenhuisvoorzieningen zal zich dan ook vertalen in het omschrijven van strikte opname-indicaties en in het preciseren van de gemiddelde ligduur. Zonder in afzonderlijk te beslissen gevallen langdurige ziekenhuisopname uit te sluiten, moet vanaf een bepaalde opnameduur

d'hospitalisation, imposer une évaluation interne et un contrôle externe par le truchement de médecins-conseils, agissant séparément ou en collège.

L'encouragement à l'utilisation efficace de l'infrastructure gériatrique ne pourra réussir en pratique que si on surveille en même temps les hospitalisations de longue durée dans tous les autres services hospitaliers.

Le problème de la trop longue durée d'hospitalisation en service V ne peut en effet être déplacé vers d'autres services hospitaliers. Du reste, il faut constater que la durée d'hospitalisation dans certains autres services est aussi actuellement déjà trop longue. Elle est, p. ex. de 2 à 3 mois pour certains services D, alors que la moyenne y est de 17 jours. C'est pour ces raisons qu'un contrôle draconien doit être appliqué, sur ce plan, dans tous les services hospitaliers.

Lors d'une première période du séjour, ce contrôle devrait être effectué par le médecin-conseil, ensuite par un collège intermutualiste. Il faut donc veiller à ce que les différents types de services remplissent le rôle pour lequel ils ont été conçus.

5. Je n'ignore pas que la réorientation des soins gériatriques ne revient pas seulement à formuler un concept élaboré en termes de normes nouvelles; la politique gériatrique doit également être mise en pratique sous l'impulsion des pouvoirs organisateurs, attentifs aux développements nouveaux et par des travailleurs de la santé, spécifiquement formés à cette tâche. J'attends dès lors que les facultés de médecine se préoccupent, dans leurs cours, des aspects spécifiques de la gériatrie dans la formation de base du médecin et encouragent le développement de la formation spécifique d'interniste en gériatrie. J'escompte également que les instituts de formation pour professions infirmières et paramédicales y consacrent une attention particulière afin de familiariser le futur prestataire de soins avec la spécificité des soins aux malades âgés.

VI. Nouveau mode de financement des hôpitaux

Jusqu'à présent, le prix de la journée d'entretien a été principalement conçu comme technique de tarification du séjour à l'hôpital. Le système ne favorisait pas nécessairement la bonne gestion de l'hôpital, pas plus qu'il ne permettait d'établir des comparaisons entre les hôpitaux. Dans un but de rationalisation accrue de la gestion, je souhaite mettre progressivement au point un nouveau mode de financement basé sur les principes suivants :

1. les moyens disponibles doivent être équitablement répartis, selon la nature et la quantité des prestations accomplies.

2. il faut stimuler une plus grande efficacité dans l'organisation des soins hospitaliers sans que cette incitation ne conduise à prolonger l'hospitalisation de façon injustifiée.

de l'obligation worden opgelegd tot interne evaluatie en externe toetsing, via de medische adviseurs afzonderlijk of in college.

De aansporing tot het doeltreffend benutten van de geriatrie voorzieningen zal in de praktijk niet slagen indien niet tegelijk wordt toegezien op de lange opnameduur in alle andere ziekenhuisdiensten.

Het probleem van de te lange ligduur in de V-diensten mag namelijk niet afgewenteld op andere ziekenhuisdiensten. Overigens moet vastgesteld worden dat de ligduur in sommige andere ziekenhuisdiensten thans ook reeds veel te lang is. Zo b.v. bedraagt de ligduur in sommige D-diensten 2 tot 3 maanden, daar waar het gemiddelde 17 dagen is. Om deze redenen moet in alle ziekenhuisdiensten een strenge ligduurcontrole worden toegepast.

In een eerste periode van het verblijf zou deze controle door de geneesheer-adviseur individueel moeten gebeuren om daarna te geschieden via een intermutualistisch college. Aldus moet er over gewaakt worden dat de verschillende soorten ziekenhuisdiensten de rol vervullen waarvoor ze geconcipeerd waren.

5. Ik ben er mij van bewust dat de heroriëntering in de geriatrie zorgverlening niet louter kwestie is van het formuleren van een concept dat in nieuwe normen wordt uitgewerkt; het beleid inzake geriatrie moet ook in de dagelijkse werkelijkheid worden omgezet onder de stuwung zowel van inrichtende machten die oog hebben voor de nieuwe ontwikkelingen als van terdege specifiek gevormde gezondheidswerkers; ik verwacht dan ook dat de geneeskundige faculteiten in het curriculum aandacht zullen hebben voor de specifieke geriatrie aspecten in de basis-artsenopleiding en dat zij de ontwikkeling van de specifieke opleiding tot internist-geriater zullen stimuleren. Ik verwacht ook dat de opleidingsinstituten voor verpleegkundigen en paramedische beroepen hieraan een bijzondere aandacht zullen besteden ten einde de toekomstige zorgverstrekkers vertrouwd te maken met de specifieke verzorgingstaak van zieke bejaarden.

VI. Nieuwe financieringswijze van de ziekenhuizen

De verpleegdagprijs werd tot op heden voornamelijk opgevat als een techniek tot tarificatie van het ziekenhuisverblijf. Het systeem bevorderde niet noodzakelijk het goed beheer van het ziekenhuis. Het laat evenmin toe vergelijkingen tussen ziekenhuizen te maken. Om een meer rationeel beheer aan te moedigen wens ik geleidelijk een nieuwe financieringswijze te ontwikkelen gebaseerd op de hierna volgende beginselen :

1. De beschikbare middelen moeten op een billijke manier worden verdeeld rekening houdend met de aard en de kwantiteit van de geleverde prestaties.

2. Een meer doelmatige organisatie van de ziekenhuisverzorging moet worden gestimuleerd, zonder dat zulks aanleiding geeft tot het onverantwoord verlengen van het ziekenhuisverblijf.

3. le gestionnaire doit être encouragé à faire de la gestion fonctionnelle, en introduisant des critères plus appropriés pour la fixation du prix de la journée d'entretien et en leur offrant certains avantages.

4. les dépenses totales de santé doivent être mieux maîtrisées.

5. le gestionnaire doit se voir offrir une perspective dynamique qui permette à l'avenir des modifications structurelles. Le blocage actuel du nombre de journées d'hospitalisation ne peut être dès lors maintenu indéfiniment à terme.

6. les règles relatives au prix de la journée d'entretien doivent être fixées avec plus de clarté, plus de transparence.

Mes services ont formulé une proposition plus concrète pour réaliser ces objectifs, mais elle doit être considérée comme une hypothèse et faire l'objet d'une concertation avec les milieux concernés. Compte tenu de cette réserve, je souhaite formuler un certain nombre de principes pour le nouveau mode de financement.

Les objectifs fixés ne peuvent être réalisés que :

1. par une budgétisation maximale des dépenses et recettes de l'hôpital, afin de stimuler une politique prévisionnelle;

2. par l'établissement d'un budget qui réponde idéalement aux activités hospitalières et au niveau des soins dispensés.

La budgétisation maximale doit être concrétisée comme suit :

1. le nombre de journées d'hospitalisation ou de journées de référence doit être fixé à titre prévisionnel;

2. un nombre restreint d'éléments sur lesquels le gestionnaire n'a aucune influence, doivent pouvoir être révisés ultérieurement;

3. les charges d'investissement doivent être fixées séparément et ce pour les biens tant mobiliers qu'immobiliers;

4. une partie du budget de l'hôpital doit, nonobstant le nombre d'hospitalisation effectuées, pouvoir couvrir les frais fixes.

Un second objectif, à savoir l'établissement d'un budget qui permette de couvrir les activités de l'hôpital englobe une opération assez complexe à mener en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, le prix actuel de la journée à l'exception des charges d'investissement, doit être subdivisé en deux parties : la partie intéressant les services cliniques, d'une part, et celle relative aux services communs, d'autre part.

3. De beheerder moet tot een functioneler beheer worden aangespoord door meer adequate criteria in te voeren voor het vaststellen van de verpleegdagprijs alsmede door hun bepaalde voordelen te bieden.

4. De globale uitgaven in de gezondheidszorg moeten beter worden beheerst.

5. Aan de beheerder moet een dynamisch perspectief worden geboden door naar de toekomst toe structurele wijzigingen mogelijk te maken. De huidige blokkering van het aantal verpleegdagen kan dan ook op termijn niet onbeperkt gehandhaafd blijven.

6. Er moet meer klaarheid en doorzichtigheid worden gebracht bij het vaststellen van de regelen van de verpleegdagprijs.

Omtrent de concretisering van deze objectieven werd door mijn diensten een meer praktisch voorstel uitgewerkt dat evenwel nog als hypothetisch moet worden beschouwd en het voorwerp moet vormen van overleg met de betrokken middelen. Onder dit voorbehoud wens ik thans een aantal meer concrete uitgangspunten voor de nieuwe financieringswijze te formuleren.

De gestelde objectieven kunnen slechts worden gerealiseerd door :

1. een maximale budgettering van de uitgaven en inkomsten van het ziekenhuis zodat een previsionsbeleid wordt aangemoedigd;

2. een budget vast te stellen dat optimaal beantwoordt aan activiteiten van het ziekenhuis en het niveau van de verstrekte zorgen.

De maximale budgettering dient als volgt geconcretiseerd te worden :

1. het aantal verpleegdagen of referentiedagen dient previsionsbeleid te worden vastgesteld;

2. een beperkt aantal elementen waarop de beheerder geen vat heeft, moet achteraf kunnen worden herzien;

3. de investeringslasten dienen afzonderlijk te worden vastgesteld, in dit zowel voor de roerende als voor de onroerende goederen;

4. een gedeelte van de begroting van het ziekenhuis moet, ongeacht het aantal gerealiseerde verpleegdagen, de vaste kosten kunnen dekken.

De tweede doelstelling, namelijk het bepalen van een budget dat toelaat de activiteiten van het ziekenhuis te dekken behelst een vrij complexe operatie die in meerdere fasen moet doorgevoerd worden.

In een eerste fase moet de huidige verpleegdagprijs, met uitzondering van de investeringslasten, worden opgesplitst in twee delen : het gedeelte voor de klinische diensten enerzijds en het gedeelte voor de gemeenschappelijke diensten anderzijds.

Les frais se rapportant à ces deux types de services varient d'une institution à l'autre. Les frais des services communs sont influencés par divers éléments tels que la vétusté des bâtiments et leur superficie. Les frais des services cliniques, par contre, dépendent entre autres du type de diagnostic posé ou du traitement pratique.

Une fois fixées ces différentes variables, les hôpitaux seront groupés dans un second temps. Chaque hôpital sera rangé dans deux groupes, respectivement pour les services cliniques et les services communs. Les hôpitaux appartenant à un même groupe seront contrôlés dans une troisième phase au moyen de critères définis. Ceci afin de permettre d'apprécier si les frais hospitaliers sont supérieurs ou inférieurs à ceux d'un hôpital, certes structurellement identique, mais répondant à la moyenne du groupe concerné.

Dans une quatrième phase, le prix de la journée sera adapté, respectivement pour les services cliniques et les services communs. Cette adaptation se fera très graduellement pour permettre au gestionnaire de s'adapter progressivement à son nouveau budget.

VII. *Structure de gestion de l'hôpital et statut du médecin hospitalier*

A propos de ce que je viens de dire sur une gestion plus rationnelle de l'hôpital, il me paraît utile de favoriser autant que possible la cohérence de l'hôpital.

En effet, tous les services et activités de l'hôpital constituent une entité intégrée à laquelle les représentants des différents groupes professionnels fournissent un apport spécifique. Je souhaite dès lors, dans le cadre de la législation organique, œuvrer d'urgence dans la voie des structures de gestion de l'hôpital et du statut du médecin hospitalier.

Dans le cadre de la réglementation future, il faut notamment définir et situer la structure médicale dans l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital.

Il faut, à cet égard, penser à formuler un certain nombre de conditions générales relatives à la structure médicale minimale telles que, par exemple la présence d'un médecin-chef et de médecins-chefs de services. Parallèlement, il faut garantir un bon fonctionnement de l'équipe médicale. En outre, l'hôpital doit disposer des instruments nécessaires pour optimiser la qualité du travail médical. Ainsi, p. ex., un certain nombre de conditions marginales doivent être posées, en ce qui concerne notamment le dossier médical, les archives médicales, l'enregistrement médical et le contrôle interne de la prestation médicale.

La situation du corps médical au sein de l'hôpital doit aussi être définie, p. ex., en arrêtant le statut juridique et financier du médecin-hospitalier, en établissant un règle-

De kosten met betrekking tot deze twee soorten van diensten variëren van instelling tot instelling. De kosten van de gemeenschappelijke diensten worden beïnvloed door allerlei elementen zoals de ouderdom van de gebouwen en de omvang ervan. De kosten van de klinische diensten daarentegen hangen o.m. af van het soort van diagnose dat er wordt gesteld of van de behandeling die er wordt uitgevoerd.

Eenmaal deze verschillende variabelen vastgesteld zullen de ziekenhuizen in een tweede fase worden gegroepeerd. Elk ziekenhuis zal hierbij worden ondergebracht in twee groepen, respectievelijk voor de klinische diensten en voor de gemeenschappelijke diensten. De ziekenhuizen die tot eenzelfde groep behoren zullen in een derde fase worden getoetst aan de hand van bepaalde criteria. Dit moet toelaten te beoordelen of de kosten van het ziekenhuis hoger of lager liggen dan deze van een ziekenhuis dat structureel weliswaar identiek is doch dat beantwoordt aan het gemiddelde van de betrokken groep.

In een vierde fase zal dan de verpleegdagprijs worden aangepast respectievelijk voor de klinische diensten en voor de gemeenschappelijke diensten. Deze aanpassing zal zeer geleidelijk gebeuren opdat de beheerder zich progressief aan zijn nieuw budget zou kunnen aanpassen.

VII. *Beheersstructuur van het ziekenhuis en statuut van de ziekenhuisgeneesheer*

In aansluiting met hetgeen ik daarnet heb gezegd in verband met een meer rationeel beheer van het ziekenhuis lijkt het mij noodzakelijk om de coherentie van het ziekenhuis zoveel mogelijk te bevorderen.

Alle diensten en activiteiten van het ziekenhuis vormen immers een geïntegreerd geheel, waarbij de vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen een specifieke inbreng hebben. Ik wens dan ook in het kader van de organieke wetgeving, met het oog op het gestelde objectief, dringend werk te maken van de beheersstructuren van het ziekenhuis, alsmede van het statuut van de ziekenhuisarts.

In het kader van deze toekomstige regeling moet ondermeer de medische structuur worden omschreven en gesitueerd in het geheel van de ziekenhuiswerking.

Hierbij dient te worden gedacht aan het formuleren van een aantal algemene voorwaarden met betrekking tot de minimale medische structuur zoals b.v. de aanwezigheid van een hoofdgeneesheer en van geneesheer-diensthooften. Tevens dient een degelijke medische stafwerking te worden verzekerd. Daarnaast moeten in het ziekenhuis de nodige instrumenten voorhanden zijn om de kwaliteit van het medisch werk te optimaliseren. Zo b.v. moeten een aantal randvoorwaarden worden gesteld met betrekking tot o.m. het medisch dossier, het medisch archief, de medische registratie en de interne toetsing van de medische dienstverlening.

Tevens dient de situatie van het geneesherenkorps binnen het ziekenhuis te worden omschreven, door b.v. het bepalen van het juridisch en financieel statuut van de ziekenhuis-

ment sur les services médicaux et en réglant la participation des médecins à la prise de décision au sein de l'hôpital tant pour ce qui est des activités médicales que vis-à-vis du fonctionnement général de l'hôpital.

Je travaille actuellement à la formulation de nouvelles propositions sur cette problématique et je souhaite en discuter prochainement avec les milieux concernés.

VIII. *Information statistique et enregistrement médical*

Tant à la Santé publique qu'à l'I.N.A.M.I. on ne dispose pas suffisamment de données appropriées pour mener une politique hospitalière et une politique A.M.I. adéquates. Les données dont la Santé publique dispose proviennent d'enquêtes statistiques : elles ne sont pas confirmées, tandis qu'à l'A.M.I. on ne peut établir de différence entre données intra et extramurales (par exemple). En outre, les doubles emplois pour l'hôpital et les doubles circuits d'informations devront être évités.

Le département de la Santé publique et l'I.N.A.M.I. devront adapter leur système d'information à la politique menée dans le secteur concerné. Par ailleurs, il est nécessaire de pouvoir utiliser les données d'un secteur éventuellement en complément de celles d'un autre.

Après correction de l'un et de l'autre circuit, sous forme d'un enregistrement systématique et structuré, il faut se demander si la fusion de la collecte des données précitée est suffisante ou si elle doit être complétée par d'autres données.

L'option fondamentale à propos des données cliniques minimales est qu'une collecte de données plus dynamique doit être réalisée au département de la Santé publique, afin de pouvoir mener une politique de financement moins linéaire et plus nuancée. J'attends à ce sujet un prochain avis du Conseil national des établissements hospitaliers. En outre, toutes les garanties d'anonymat devront être prévues. Certes, les données enregistrées, sur lesquelles s'appuie la politique hospitalière, doivent toutefois porter sur une information confirmée et solide.

Les systèmes d'enregistrement (appliqués et à améliorer) de la fin de l'hospitalisation et/ou de la demande de prolongation du séjour ainsi que de la facturation de l'hospitalisation et des activités médicales, constituent une source de données non négligeable.

Dans le contexte de l'amélioration du système d'information, il est en outre évident que dans le domaine de la communication automatisée de données, des normes strictes devront être imposées tant aux hôpitaux qu'aux mutuelles, par exemple communication obligatoire des bandes magnétiques, etc. Les services centraux du département devront, à leur tour, être rapidement adaptés en vue du traitement des données visées.

geneesheer, het opstellen van een reglement nopens de medische diensten alsmede het regelen van de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming van het ziekenhuis zowel wat de medische activiteiten betreft, als ten aanzien van de globale ziekenhuiswerking.

Omtrent deze problematiek werk ik momenteel nieuwe voorstellen uit die ik binnenkort met de betrokken middelen wens te bespreken.

VIII. *Statistische informatie en medische registratie*

Zowel in Volksgezondheid als in het R.I.Z.I.V. beschikt men onvoldoende over een aangepaste gegevensverzameling om een adequaat ziekenhuisbeleid en Z.I.V.-beleid te voeren. De gegevens waarover Volksgezondheid beschikt zijn ongesanctioneerde en statistische enquête-gegevens, terwijl men in de Z.I.V. geen onderscheid kan maken tussen intra- en extramurale gegevens (dit bij wijze van voorbeeld). Bovendien zal dubbelwerk voor het ziekenhuis en dubbele informatiecircuits dienen vermeden te worden.

Zowel het departement van Volksgezondheid als het R.I.Z.I.V. zullen hun informatiesysteem dienen aan te passen in functie van het beleid in de betrokken sector. Bovendien is het noodzakelijk dat de gegevens voor de ene sector eventueel complementair voor de andere kunnen gebruikt worden.

Na correctie van zowel het ene als het andere circuit, in de vorm van een systematische en gestructureerde registratie, moet de vraag gesteld worden of de samenvoeging van de vermelde verzameling volstaat of moet aangevuld worden door complementaire gegevens.

De fundamentele optie rond de minimale klinische gegevens is dat een verzameling van meer dynamische gegevens moet samengebracht worden op het departement van Volksgezondheid opdat een minder lineair en een meer genuanceerd financieringsbeleid zou kunnen gevoerd worden. Hierover verwacht ik weldra een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Bovendien zullen alle waarborgen voor anonimiteit moeten ingebouwd worden. Het is echter ook zo dat de geregistreerde gegevens, die de basis vormen van het ziekenhuisbeleid, gesanctioneerde en niet vrijblijvende informatie moet betreffen.

Aldus zijn de reeds bestaande en te verbeteren registratiesystemen betreffende ziekenhuisonslag en/of aanvraag tot verlenging van hospitalisatie en facturatie van hospitalisatie en medische activiteit een niet te verwaarlozen bron van gegevensverstrekking.

In het kader van het verbeteren van het informatiesysteem is het tevens duidelijk dat op het stuk van geautomatiseerde gegevensverstrekking strikte verplichtingen zullen dienen opgelegd te worden aan zowel de ziekenhuizen als de ziekenfondsen, bijvoorbeeld verplichte magneetbandcommunicatie en andere. Zoals ten andere de centrale diensten van het departement snel zullen dienen aangepast voor de verwerking ervan.

Remarquons enfin que l'enregistrement médical peut devenir un instrument d'évaluation et de meilleure compréhension pour toutes les parties concernées en fonction de leur approche respective; songeons aux médecins, aux gestionnaires d'hôpitaux, au département de la Santé publique et à l'I.N.A.M.I.

IX. Hôpitaux publics

1. Au cours de l'année écoulée, le Gouvernement a pris plusieurs mesures relatives aux déficits des hôpitaux publics. Ces mesures s'imposaient eu égard aux déficits croissants mis à charge de communes. C'est ainsi que — uniquement pour l'exercice 1982 — le déficit atteint déjà 7 milliards de francs.

2. Une première mesure concerne l'arrêté royal du 20 décembre 1982. En vertu de cet arrêté, une série d'éléments ne seront plus pris en considération, à partir de l'exercice 1983, pour la fixation du déficit imputé aux communes. La réglementation en vigueur est ainsi renforcée, et les C.P.A.S. sont incités à éliminer les causes de leur déficit; à défaut d'un tel effort, ils devront les prendre en charge personnellement.

3. Une seconde mesure concerne la loi du 11 avril 1983. Cette loi permet de limiter davantage encore à l'avenir le déficit imputé aux communes et de stimuler plus fortement les efforts d'assainissement des déficits. Ladite loi permet également de mettre le déficit uniquement à la charge des communes situées dans la zone d'attraction naturelle de l'hôpital. Cette opération peut être réalisée par la détermination d'un pourcentage que la commune doit atteindre pour être contrainte d'intervenir dans le déficit. J'espère être en mesure de soumettre au Conseil des Ministres pendant le mois en cours, un projet d'arrêté royal fixant ces pourcentages. De cette manière, le nombre de communes intervenant dans les déficits diminuerait progressivement pendant une période de six ans.

La loi du 11 avril 1983 crée également une possibilité accrue de participation des communes intervenant dans le déficit à la gestion de l'hôpital concerné. Un projet d'arrêté royal est également en voie d'élaboration dans ce domaine. Il imposera une concertation régulière entre le C.P.A.S. et les communes précitées. En outre, la « commune-mère » disposera également d'un représentant au comité de gestion. Les autres communes contribuant aux charges financières de l'hôpital pourront également désigner un représentant au comité de gestion.

4. Une troisième mesure est prévue par l'arrêté royal 162 et stipule que les hôpitaux publics dont le compte de gestion présente un déficit doivent établir un plan d'assainissement afin de résorber leur déficit avant la fin de 1988. Le C.P.A.S. pourra de cette manière prendre les mesures qui

Tenslotte zij opgemerkt dat vormen van medische registratie voor alle betrokken partijen een nuttig instrument van evaluatie en inzicht moet kunnen worden, ik bedoel zowel voor de medici, als de beheerders van ziekenhuizen, als voor het departement van Volksgezondheid of het R.I.Z.I.V., elk voor zijn benadering.

IX. Openbare ziekenhuizen

1. De Regering heeft in het afgelopen jaar verschillende maatregelen getroffen inzake de tekorten der openbare ziekenhuizen. Deze maatregelen drongen zich op omdat de tekorten die op de gemeenten werden verhaald, alsmaar groter werden. Het tekort voor 1982 alleen reeds bedraagt 7 miljard frank.

2. Een eerste maatregel betreft het koninklijk besluit van 20 december 1982. Ingevolge dit besluit zal vanaf het dienstjaar 1983 met een aantal elementen geen rekening meer worden gehouden bij het vaststellen van het tekort dat aan de gemeenten wordt ten laste gelegd. De voorheen bestaande regeling wordt daardoor verstrakt en de betrokken O.C.M.W.'s worden aangespoord om de oorzaken van hun tekort weg te nemen, zoniet zullen ze zelf hiervoor moeten instaan.

3. Een tweede maatregel betreft de wet van 11 april 1983. Door deze wet bestaat thans de mogelijkheid om het tekort dat aan de gemeenten wordt ten laste gelegd in de toekomst nog meer te beperken, om aldus de stimulans tot het saneren van de tekorten nog te vergroten. De wet maakt het ook mogelijk om het tekort enkel nog ten laste te leggen van de gemeenten die in de natuurlijke attractiezone van het ziekenhuis liggen. Dit kan door het bepalen van het percentage opnamen dat een gemeente moet bereiken om in het tekort tussen te komen. Ik hoop nog deze maand aan de Ministerraad een ontwerp van koninklijk besluit voor te leggen, waarbij deze percentages worden bepaald. Hierdoor zal het aantal gemeenten dat voortaan nog in het tekort moet tussenkomen progressief worden verminderd over een periode van zes jaren.

De wet van 11 april 1983 biedt ook nog de mogelijkheid om de inspraak in het beheer van het betrokken ziekenhuis voor de betalende gemeenten te vergroten. Ook hiervoor heb ik een ontwerp van koninklijk besluit in voorbereiding. Dit besluit zal voorzien dat er een geregeld overleg moet worden gevoerd tussen het O.C.M.W. en de betalende gemeenten. Daarnaast wordt ook voorzien dat de zogenaamde moedergemeente over een afgevaardigde in het beheerscomité moet beschikken. De overige betalende gemeenten zullen eveneens een afgevaardigde voor het beheerscomité kunnen aanduiden.

4. Een derde maatregel is voorzien in het koninklijk besluit 162 en behelst dat de openbare ziekenhuizen met een tekort in hun beheersrekening een saneringsplan moeten opstellen ten einde hun tekort tegen einde 1988 weg te werken. Het O.C.M.W. wordt hierdoor in de mogelijkheid

s'imposent. A l'heure actuelle, 102 plans ont déjà été introduits auprès du département; ils sont examinés par le service compétent de l'administration. Seize établissements ont obtenu un délai et soumettront leur plan au département dans un proche avenir.

5. J'ai également l'intention d'imposer un budget analytique aux hôpitaux publics à partir de l'exercice 1985; il s'agit d'un instrument permettant une meilleure compréhension et une maîtrise accrue des dépenses.

6. Je tiens, en outre, à renforcer la concertation entre le C.P.A.S. et la « commune-mère » — commune qui doit, en outre, disposer d'un droit de suspension dans le cas où le C.P.A.S. prendrait des mesures dont les répercussions financières portant atteinte à l'intérêt général.

Une modification de la loi à cet effet est préparée à l'heure actuelle par mon collègue, le Secrétaire d'Etat F. Aerts, et moi-même.

En outre, les dispositions sur la gestion distincte des hôpitaux publics doivent également être adaptées afin de pouvoir mener une politique plus efficace, dans le respect de la responsabilité juridique du conseil de l'aide sociale.

X. Politique future dans le domaine des hôpitaux psychiatriques

1. Les principes essentiels d'une nouvelle politique dans le domaine de la psychiatrie ont été arrêtés en 1972. Ils peuvent être résumés comme suit :

a) Les hôpitaux psychiatriques doivent dispenser un traitement actif axé sur la réintégration rapide du patient dans la vie normale. Il faut, en principe, s'opposer aux séjours de longue durée;

b) Les patients tels les oligophrènes et les personnes âgées qui ne nécessitent plus de soins psychiatriques aigus mais bien un traitement de longue durée doivent être orientés vers d'autres structures de soins de santé;

c) Les services extra-muros, comme les services de santé mentale et les logements protégés, doivent être encouragés de même que la continuité, la collaboration et les liens fonctionnels entre les structures hospitalières et extra-hospitalières.

Cette nouvelle politique a été concrétisée, entre autres, par l'élaboration de normes d'agrément et de critères de programmation pour les services A. et T.

2. Je suis toujours prêt à défendre ces principes. L'objectif que je me suis fixé est d'arriver à ce que tous les hôpitaux psychiatriques fonctionnent sur la base des nouvelles normes d'agrément, dans les limites de la programmation qui leur est assignée. Le but n'est certes pas atteint étant donné que la comparaison entre l'occupation réelle totale et

gesteld passende maatregelen te treffen. Tot op heden werden reeds 102 plannen bij het departement ingediend, alwaar deze thans door de bevoegde dienst van de administratie worden onderzocht. Zestien instellingen hebben nog enig uitstel bekomen en zullen eerstdaags hun plan aan het departement moeten overmaken.

5. Verder ligt het eveneens in mijn bedoeling om aan de openbare ziekenhuizen, vanaf het dienstjaar 1985, een analytische begroting op te leggen, als instrument om de uitgaven doorzichtiger te maken en beter te kunnen beheersen.

6. Tevens wens ik het overleg tussen het O.C.M.W. en de moedergemeente te versterken. Deze gemeente dient bovendien ook over een schorsingsrecht te beschikken indien het O.C.M.W. maatregelen treft waarvan de financiële weerslag het algemeen belang schaaft.

Ter zake bereid ik momenteel met collega Staatssecretaris F. Aerts een wetswijziging voor.

Daarnaast dienen eveneens de bepalingen inzake het afzonderlijk beheer van de openbare ziekenhuizen te worden aangepast dermate dat een meer efficiënt beleid kan worden gevoerd en dit met inachtneming van de juridische verantwoordelijkheid van de raad voor maatschappelijk welzijn.

X. Toekomstig beleid inzake de psychiatrische ziekenhuizen

1. In 1972 werden de hoofdbeginselen van een nieuw beleid in de psychiatrie uitgewerkt. Deze beginselen kunnen als volgt worden samengevat :

a) De psychiatrische ziekenhuizen moeten een actieve behandeling verstrekken opdat de patiënt zoveel mogelijk terug in het normale ~~leven~~ zou kunnen worden geïntegreerd. Een lang verblijf dient in beginsel dan ook te worden tegengegaan;

b) Patiënten die geen acute psychiatrische zorg meer behoeven, zoals oligofrenen en bejaarden die een langdurige zorgverlening vereisen, moeten in andere voorzieningen worden ondergebracht;

c) Extramurale diensten, zoals diensten voor geestelijke gezondheidszorg en beschutte woonplaatsen, moeten worden bevorderd, alsook de continuïteit, de samenwerking en de functionele band tussen de intramurale en extramurale voorzieningen.

Dit nieuwe beleid werd o.m. geconcretiseerd door het opstellen van erkenningsnormen en programmacriteria voor de zg. A en T.-diensten.

2. Ik kan mij nog steeds achter deze beginselen scharen. Mijn streefdoel is dan ook dat alle psychiatrische ziekenhuizen volgens de nieuwe erkenningsnormen zouden functioneren en dit binnen de hun toegewezen programmatie. We staan evenwel nog ver van ons doel verwijderd vermits er thans, bij vergelijking van de totale feitelijke bezetting met

les lits ou places attribués par l'hôpital en fonction de la programmation fait apparaître, pour l'ensemble du pays, une suroccupation de ± 25 p.c., soit plus de 4 000 patients hospitalisés.

Le rythme de compression a été ralenti étant donné que les structures d'accueil pour certaines catégories de patients étaient inaccessibles, n'étaient pas ou insuffisamment financées.

3. Par analogie avec les hôpitaux généraux, une diminution du nombre de journées d'hospitalisation de 4 et 6 p.c. respectivement pour 1983 et 1984 a été imposée également au secteur psychiatrique, par la circulaire du 14 juillet 1982, pour les hôpitaux disposant de lits excédentaires. La possibilité de prendre des mesures alternatives a toutefois également été annoncée dans la mesure où les objectifs budgétaires fixés ne seraient pas atteints.

4. Ces modalités alternatives doivent, à mon avis, être basées sur les quatre principes suivants :

a) Assurer l'accueil du patient, éventuellement à l'hôpital à défaut d'autres possibilités;

b) En l'absence de structures de remplacement, les patients pourraient rester à l'hôpital. Dans ces circonstances, il peut être justifié d'exiger une intervention personnelle majorée, dans des limites raisonnables cependant;

c) les autres structures d'accueil doivent être stimulées au maximum, comme par ex. les « logements protégés ». Dans une perspective d'avenir, il faut également examiner les éventuels besoins en structures psychiatriques de repos et de soins;

d) il faut garantir à tout hôpital psychiatrique la réalisation de la programmation qui lui est attribuée.

5. En vue d'atteindre progressivement ce dernier point, tout hôpital psychiatrique comptant des lits ou des places excédentaires devrait dresser une liste des noms des patients dont l'admission est antérieure au 1^{er} janvier 1977. Cette liste devrait être établie définitivement avant le 1^{er} janvier 1984. Tout patient quittant définitivement l'établissement serait rayé de la liste.

Toute diminution du nombre de noms de patients figurant sur la liste pendant une année civile déterminée devrait se concrétiser au cours de l'année civile suivante par une réduction de la capacité de l'hôpital, plus particulièrement par une compression du nombre de journées d'hospitalisation autorisé dans l'enveloppe globale. J'ai l'intention d'introduire le système en 1984; il serait applicable à l'enveloppe des journées d'hospitalisation dès 1985.

Je tiens, en outre, à maintenir la règle selon laquelle les services programmés se verraient attribuer un encadrement plus étoffé en fonction d'une diminution de la capacité.

La répercussion des frais généraux sur le prix de la journée d'entretien sera également recalculée à la suite de la réduction de la capacité.

**

de programmatorisch per ziekenhuis toegewezen bedden of plaatsen, voor gans het land nog een overbezetting is met ± 25 pct. of meer dan 4 000 opgenomen patiënten.

Het ritme van de afbouw werd vertraagd doordat voor bepaalde categorieën van patiënten de alternatieve opvangmogelijkheden ofwel niet toegankelijk zijn ofwel niet of onvoldoende gefinancierd worden.

3. Naar analogie van de algemene ziekenhuizen werd aan de psychiatrische sector bij omzendbrief van 14 juli 1982 een reductie van verpleegdagen opgelegd met 4 en 6 pct. resp. in 1983 en in 1984 ten aanzien van de ziekenhuizen die overtallige bedden hebben. Er werd evenwel ook aangekondigd dat alternatieve maatregelen konden worden genomen, voor zover de vooropgestelde begrotingsobjectieven zouden bereikt worden.

4. Deze alternatieve regeling dient m.i. te berusten op de volgende vier principes :

a) Een verzekerde opvang van de patiënt, eventueel in het ziekenhuis zelf indien er geen andere mogelijkheden bestaan;

d) Omwille van het ontbreken van alternatieve voorzieningen kan worden aanvaard dat patiënten in het ziekenhuis blijven. In die omstandigheden kan het verantwoord worden dat hen binnen redelijke grenzen een verhoogde persoonlijke tussenkomst wordt gevraagd;

c) Alternatieve opvangmogelijkheden moeten maximaal worden bevorderd, zoals bijvoorbeeld het beschut wonen. Naar de toekomst toe moet ook worden onderzocht in welke mate er behoefte bestaat aan psychiatrische rust- en verzorgingsmogelijkheden;

d) Er moet worden gewaarborgd dat elk psychiatrisch ziekenhuis tot de toegewezen programmatie wordt gebracht.

5. Om dit laatste punt progressief te realiseren zou elk psychiatrisch ziekenhuis met overtallige bedden of plaatsen een lijst moeten opmaken met de namen van de patiënten die er van vóór 1 januari 1977 verblijven. Deze lijst zou vóór 1 januari 1984 definitief moeten worden opgemaakt. Bij definitief ontslag zou de naam van de patiënt op de lijst worden geschrapt.

De vermindering van het aantal namen op de lijst gedurende een bepaald kalenderjaar moet tijdens het daaropvolgende kalenderjaar resulteren in een capaciteitsvermindering van het ziekenhuis, meer bepaald door een daling van het in de enveloppe toegelaten aantal ligdagen. Het ligt in mijn bedoeling het systeem in 1984 te doen ingaan, met uitwerking op de enveloppe der ligdagen vanaf 1985.

Terzelfdertijd wil ik de regel handhaven waarbij aan de geprogrammeerde diensten een verhoogde personeelsomkadering wordt toegestaan i.f.v. de capaciteitsvermindering.

Eveneens zal de weerslag van de algemene kosten in de verpleegdagprijs worden herberekend i.f.v. de capaciteitsvermindering.

**

J'ai ainsi esquissé un tableau des principales mesures que j'ai prises jusqu'à présent, ainsi que de celles que je désire prendre à l'avenir. Je suis conscient des changements qu'elles vont engendrer. Je les juge toutefois indispensables pour garantir notre avenir.

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

A l'occasion de la discussion du budget, je crois qu'il est préférable d'attirer l'attention sur quelques problèmes et sujets qui ne manqueront pas d'intéresser les membres plutôt que d'analyser les données chiffrées du budget.

Problèmes relatifs au département de la Santé publique

Le fonctionnement efficace de certains services du Ministère de la Santé publique et de la Famille ne peut plus être assuré à la suite du transfert de personnel vers les Communautés et les Régions ainsi que de plusieurs années de blocage du recrutement.

Il reste ainsi 4 inspecteurs d'hygiène nationaux sur 10 (9 provinces + 2 au Brabant) pour assumer dans les différentes provinces les tâches affectées à la compétence nationale.

Le service le plus touché est celui du minimum de moyens d'existence. Lors d'une interpellation de M. Biefnot à la Chambre le 3 février 1983, j'avais déjà eu l'occasion de déclarer qu'à mon grand regret, il ne serait pas possible de résoudre les difficultés dans un proche avenir. J'espère être en mesure d'annoncer l'amorce d'une amélioration définitive dans le courant de l'année 1984.

Conformément aux instructions de la Fonction publique, nous mettrons un terme à la mise au travail de chômeurs et des recrutements statutaires seront à nouveau effectués. Ces nouveaux membres du personnel seront affectés en priorité aux services de l'Aide sociale.

Une restructuration du département et un nouveau cadre du personnel sont, en outre, mis au point en collaboration avec M. Dehaene. Nous espérons mener cette tâche à bien dans les plus brefs délais.

Quelques commentaires relatifs au service du minimum de moyens d'existence

Quelque trois cents emplois figuraient au cadre de l'aide sociale avant le transfert; il en reste 47 dont 25 pour le service du minimum de moyens d'existence. Huit seulement sont occupés par des membres du personnel statutaire; le service dispose également de plusieurs chômeurs mis au travail. Je vous communique à présent quelques détails sur

Ik heb hiermee een overzicht geboden van de belangrijkste maatregelen die ik tot op heden heb genomen alsmede van die welke ik in de toekomst nog wens te treffen. Ik ben er mij van bewust dat al deze maatregelen heel wat veranderingen zullen teweegbrengen. Ik meen nochtans dat deze onontbeerlijk zijn om de toekomst veilig te stellen.

II. UITEENZETTING VAN DE STAATSSECRETARIS VOOR VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

Bij de bespreking van de begroting meen ik dat het goed is de aandacht te vestigen op enkele problemen en onderwerpen die ongetwijfeld de leden zullen interesseren, eerder dan een verdere ontleding te geven van de cijfers van de begroting.

Problemen betreffende het departement Volksgezondheid

Door de overheveling van personeel naar de diensten van de Gemeenschappen en de Gewenste en ingevolge een jarenlange aanwervingsstop zijn sommige diensten van de Administratie van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin niet meer in staat om behoorlijk te functioneren.

Aldus zijn er nog slechts 4 nationale gezondheidsinspecteurs aanwezig van de 10 (9 provincies + 2 in Brabant) om de taken van nationale bevoegdheid te verzekeren in de provincies.

De dienst die het zwaarst is getroffen, is deze van het bestaansminimum. Reeds ter gelegenheid van een interpellatie van de heer Biefnot in de Kamer op 3 februari 1983 had ik de gelegenheid om te zeggen dat het mij tot mijn spijt niet mogelijk zou zijn de moeilijkheden op te lossen binnen afzienbare tijd. Tijdens de loop van het jaar 1984 hoop ik wel in staat te zijn een definitieve verbetering in te luiden.

Ingevolge de instructies van Openbaar Ambt, zal een einde gemaakt worden aan de tewerkstelling van werklozen en zullen opnieuw statutaire aanwervingen geschieden. Deze nieuwe personeelsleden zullen bij prioriteit in de diensten van het Maatschappelijk Welzijn tewerkgesteld worden.

Tevens wordt met minister Dehaene een herstructurering van het Departement voorbereid met een nieuw personeelskader. Hopelijk zal deze taak spoedig tot een goed einde worden gebracht.

Enkele nadere toelichtingen over de dienst van het bestaansminimum

In het bestuur van het maatschappelijk dienstbetoon waar ongeveer driehonderd betrekkingen op het kader stonden vóór de overheveling, bestaan er thans nog 47, waarvan 25 voor de dienst van het bestaansminimum. Hiervan zijn er slechts acht bezet door statutaire personeelsleden, terwijl er ook enkele tewerkgestelde werklozen arbeiden. Hier vol-

le traitement des dossiers et le retard accumulé à cet égard. J'ajouterai que le nombre de demandes a fortement augmenté au cours des dernières années.

Au 30 septembre 1983, la situation se présentait comme suit :

A. Pour l'année 1982 :

a) Région wallonne

1° les bénéficiaires de nationalité belge . F 69 445 649
2° les bénéficiaires de nationalité étrangère . 30 000 000

Au total . . . F 99 445 649

arrondis à 100 millions de francs.

b) Région flamande

Pour la région flamande, quelque 5 millions de francs seulement doivent encore être remboursés au centre public d'aide sociale de Gand, dont l'état de frais vient de nous parvenir.

B. Pour 1983 :

1. Montant des versements effectués au cours de l'année :

gen enkele details over de afhandeling van de dossiers en de vertraging die werd opgelopen. Hierbij moet opgemerkt worden dat het aantal aanvragen de jongste jaren in belangrijke mate is opgelopen.

Op 30 september 1983 was de toestand als volgt :

A. Voor het jaar 1982 :

a) Waals Gewest

1° de gerechtigden van Belgische nationaliteit F 69 445 649
2° de gerechtigden van vreemde nationaliteit . 30 000 000

In totaal . . . F 99 445 649

afgerond op 100 miljoen frank.

b) Vlaams Gewest

Er dient voor het Vlaamse Gewest enkel nog voor $\pm$ 5 miljoen frank terugbetaald aan het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn van Gent, dat pas de kostenstaten van 1982 heeft opgestuurd.

B. Voor het jaar 1983 :

1. Bedrag der uitbetalingen gedaan in de loop van het jaar :

	Pour 1981 Voor 1981	Pour 1982 Voor 1982	Pour 1983 Voor 1983
Pour la Communauté flamande. — Voor het Nederlands Gewest	1 222 575	311 399 956	268 565 073
Pour la Communauté française. — Voor het Franstalig Gewest	30 033 107	417 924 466	55 915 302
Pour la Communauté germanophone. — Voor het Duitstalig Gebied	—	958 733	3 688 022
Pour l'Agglomération bruxelloise. — Voor de Brusselse Agglomeratie	—	159 581 847	69 958 124
Total. — Totaal	31 255 682	889 865 002	398 126 521
Total général. — Algemeen totaal		1 319 247 205	

2. Montant des avances accordées en 1983 aux centres publics d'aide sociale

Communauté flamande 17 069 000
Communauté française 13 324 000
Communauté germanophone 196 000
Agglomération bruxelloise 3 063 000
Total 33 652 000

Le total général des versements à charge du budget 1983 s'élève dès lors à 1 352 899 205 francs (1 + 2).

En vue de répondre aux besoins des C.P.A.S., une première série d'avances sera versée encore en 1983 aux Centres qui accusent le retard le plus important en matière de traitement de dossiers. Un autre montant sera payé début

2. Bedrag der aan de openbare centra voor maatschappelijk welzijn verleende voorschotten in 1983 :

Nederlands Gewest 17 069 000
Franstalig Gewest 13 324 000
Duitstalig Gebied 196 000
Brusselse Agglomeratie 3 063 000
Totaal 33 652 000

Het algemeen totaal van de betalingen op de begroting 1983 beloopt dus 1 352 899 205 frank (1 + 2).

Om tegemoet te komen aan de noden van de O.C.M.W.'s zullen nog in 1983 een eerste reeks voorschotten worden uitbetaald aan de O.C.M.W.'s voor wie de achterstand het grootste is bij de behandeling van hun dossiers. Begin 1984

1984 à titre d'avances; les C.P.A.S. recevront comme avances 1983 une somme égale à celle reçue pour 1982.

Une solution satisfaisante sera ainsi apportée en 1984 au problème des retards dans le domaine du minimex.

L'administration de l'aide sociale s'occupe activement des problèmes actuels suivants :

1° préparation de deux projets d'arrêté royal visant à fixer, en exécution de l'article 42, troisième alinéa de la loi organique du 8 juillet 1976, les dispositions générales dans les limites desquelles les centres publics d'aide sociale fixent le statut administratif et pécuniaire des emplois spécifiques ou qui n'existent pas au niveau communal.

Ces arrêtés relatifs aux fonctions de secrétaire et de receveur des centres publics d'aide sociale ou à d'autres fonctions spécifiques (personnel soignant, personnel paramédical, directeur de l'hôpital, etc.) doivent être pris en application de l'arrêt n° 23142 du Conseil d'Etat du 21 avril 1983 annulant la circulaire du 21 mars 1977 par laquelle le Ministre de la Santé publique et de la Famille fixait les échelles de traitements du secrétaire et du receveur des centres publics d'aide sociale.

En ce qui concerne le secrétaire du centre public d'aide sociale, on admet que la fonction doit en principe être exercée à temps plein à partir de 10 000 habitants et, dans tous les cas, à mi-temps pour tous les autres centres d'aide sociale.

Pour le personnel infirmier et paramédical, il suffirait de reprendre les dispositions des circulaires de 1975 et 1979 dans le projet d'arrêté royal.

2° L'introduction d'un modèle éconómico-fonctionnel dans les budgets et les comptes des centres publics d'aide sociale, à l'instar des règles déjà appliquées au niveau communal, a été définitivement entamée par l'arrêté royal du 27 juin 1983 et l'arrêté ministériel du 12 juillet 1983.

L'obligation de préparer en 1984 les budgets pour l'exercice 1985 selon les modalités de la classification éconómico-fonctionnelle a été imposée.

L'administration de l'aide sociale élabore à l'heure actuelle un commentaire qui sera mis à la disposition de tous les centres publics d'aide sociale sous forme d'une circulaire ministérielle.

La mise au point de ce document est accélérée compte tenu toutefois des sérieux problèmes qui se posent à l'administration visée en raison du manque de personnel.

zal een bedrag aan voorschotten worden uitbetaald zodat de O.C.M.W.'s als voorschot voor 1983 een som ontvangen gelijk aan de som die zij voor 1982 hebben ontvangen.

Aldus zal in 1984 een genoegzame oplossing aan het probleem van de achterstand inzake bestaansminimum aangebracht zijn.

Het bestuur van het maatschappelijk dienstbetoon is actief bezig met volgende actuele problemen :

1° de voorbereiding van twee ontwerpen van koninklijk besluit die tot doel hebben, in uitvoering van artikel 42, derde lid, van de organieke wet van 8 juli 1976, de algemene bepalingen vast te leggen binnen de perken waarvan de openbare centra voor maatschappelijk welzijn het administratief en geldelijk statuut bepalen van de betrekkingen die specifiek zijn of die onbestaande zijn op het gemeentelijk vlak.

Deze besluiten die betrekking zullen hebben op de functies van secretaris en ontvanger van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn en op de andere specifieke functies (verzorgend personeel, paramedisch personeel, directeur van het ziekenhuis, enz.), moeten genomen worden ingevolge het arrest nr. 23142 van 21 april 1983 waarbij de Raad van State de omzendbrief van 21 maart 1977 waarbij de Minister van Volksgezondheid en Gezin de weddeschalen van de secretaris en van de ontvanger van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn bepaalt, onwettig heeft verklaard.

Voor de secretaris van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn wordt aangenomen dat de functie in principe voltijds moet uitgeoefend worden vanaf 10 000 inwoners, terwijl de half-tijdse betrekking in elk geval verplicht zou gesteld worden voor al de overige openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Voor de functies van het verzorgend en paramedisch personeel zouden de bepalingen van de omzendbrieven van 1975 en 1979 zonder meer overgenomen worden in het ontwerp van koninklijk besluit.

2° De invoering van het functioneel-economisch model in de begrotingen en rekeningen van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, naar het voorbeeld van de regels die reeds gelden op het gemeentelijk vlak, werd definitief ingezet door het koninklijk besluit van 27 juni 1983 en het ministerieel besluit van 12 juli 1983.

Er werd bepaald dat de begrotingen die in 1984 moeten voorbereid worden voor het dienstjaar 1985, verplicht dienen opgesteld te worden volgens de functioneel-economische classificatie.

De Bestuursafdeling voor het Maatschappelijk Welzijn werkt momenteel een commentaar uit die bij wijze van ministeriële omzendbrief ter beschikking van alle openbare centra voor maatschappelijk welzijn zal gesteld worden.

De afwerking van dit document wordt voortgezet met alle gewenste spoed, rekening houdend met de ernstige problemen waaraan dit Bestuur het hoofd moet bieden ingevolge het personeelstekort.

3° **Projet d'accord entre le Ministère de la Santé publique et le « Comité intergouvernemental pour les migrations », en abrégé C.I.M.**

Le Ministère de la Santé publique, représenté par M. le Secrétaire d'Etat, a l'intention de conclure un accord avec le C.I.M. qui a son siège central à Genève et regroupe 29 pays dont la Belgique, en vue de la mise au point d'un programme de rapatriement ou d'émigration volontaires de ressortissants étrangers résidant en Belgique.

En application de l'accord précité, le C.I.M. est disposé à participer au rapatriement volontaire ou à l'émigration d'un premier contingent de 150 personnes vers le pays de leur choix.

Les dépenses afférentes à l'exécution de l'accord peuvent être évaluées comme suit :

1. Frais opérationnels :

— Frais de voyage (prix moyen par personne adulte calculé sur la base du tarif réduit pour le C.I.M.)	35 000
— Frais de voyage complémentaires (transport des bagages, transfert à l'aéroport de Zaventem)	2 000
— Indemnité d'installation ou de réinstallation par adulte (ramenée à 5 000 francs par enfant)	10 000
Total frais opérationnels	47 000

2. Frais d'administration :

— Communications, imprimés, frais administratifs divers par dossier	3 000
Evaluation dépenses totales	50 000

Afin d'assurer le remboursement des frais susmentionnés au C.I.M., un montant de 7,5 millions a été réservé à l'article budgétaire 33.23 permettant le rapatriement volontaire d'un premier contingent de 150 personnes.

Génétique humaine

1. La génétique humaine est une science qui étudie le rôle joué par les facteurs héréditaires dans le maintien de la santé ou dans l'éclosion des maladies. Le nombre des affections et malformations reconnues d'origine génétique ne cesse de croître. Il importe donc de mieux connaître la nature, le mode de transmission et les risques de ces affections, les possibilités de reconnaître les porteurs asymptomatiques et les différentes modalités de diagnostic et de traitement.

3° **Ontwerp van akkoord tussen het Ministerie van Volksgezondheid en het « Comité intergouvernemental pour les migrations » afgekort C.I.M.**

Het Ministerie van Volksgezondheid vertegenwoordigd door de heer Staatssecretaris, is van plan een overeenkomst te sluiten met het C.I.M., dat zijn hoofdzetel heeft te Genève en waarvan 29 landen waaronder België deel uitmaken, ten einde een programma uit te werken van vrijwillige repatriëring of emigratie van vreemde onderdanen die in België verblijven.

In toepassing van voormeld akkoord is het C.I.M. bereid, zijn medewerking te verlenen om een eerste contingent van 150 personen, op basis van vrijwilligheid te repatriëren of te laten emigreren naar het land van keuze van de betrokken vreemdelingen.

De kosten voor de uitvoering van dit akkoord kunnen als volgt worden geraamd :

1. Operationele kosten :

— Reiskosten (gemiddelde prijs per volwassen persoon volgens het verminderd tarief toepasselijk voor het C.I.M.)	35 000
— Aanvullende reiskosten (transport van de bagage, transport naar de luchthaven te Zaventem)	2 000
— Installatievergoeding of herinstallatiekosten per volwassen persoon (verminderd tot 5 000 frank per kind)	10 000
Totale operationele kosten	47 000

2. Administratiekosten :

— Communicaties, drukwerken, verschillende administratieve kosten, per dossier	3 000
Totale geraamde kosten	50 000

Ten einde de terugbetaling van voormelde kosten aan het C.I.M. te verzekeren, werd er op het begrotingsartikel 33.23 een bedrag van 7,5 miljoen frank gereserveerd waardoor de repatriëring van eerste contingent van 150 personen wordt mogelijk gemaakt.

De antropogenetica

1. De antropogenetica is een wetenschap die zich toelegt op het bestuderen van de rol van erfelijkheidsfactoren bij het in stand houden van de gezondheid of bij het uitbreken van ziekten. Het aantal aandoeningen of afwijkingen, waarvan wordt erkend dat ze van genetische oorsprong zijn, neemt steeds toe. Het is dus nuttig meer inzicht te verwerven in de aard van die aandoeningen, de manier waarop ze worden overgedragen en de risico's die ze inhouden, alsook in de mogelijkheden om asymptomatische dragers te herkennen en de verschillende diagnose- en behandelingswijzen.

2. Les Centres belges de génétique humaine sont avant tout des établissements de recherche, annexés ou associés à des cliniques universitaires. Leurs activités sont cependant en relation directe avec un service à la société, dans laquelle ils puisent, en partie, leur inspiration et à la disposition de laquelle ils mettent le plus rapidement possible les résultats obtenus dans leurs laboratoires.

Ces centres sont au nombre de huit, depuis la création récente de celui de la V.U.B. Ils disposent d'un outil important : le Registre national de génétique humaine.

3. L'Administration a prévu un budget de 62 000 000 pour 1984 à l'article 33.34 pour subsidier les centres de génétique humaine. L'augmentation par rapport au budget de 1983 est de 2 800 000 et a été calculée en appliquant un coefficient de 6,5 p.c. sur les frais de fonctionnement, et de 4,04 p.c. sur les frais de personnel, qui représentent environ les trois quarts des subsides.

Le compte rendu de la réunion du 14 octobre 1983 du Conseil supérieur de la génétique humaine donne la répartition par centre de la subvention de 1983. On peut y lire aussi que les subventions accordées ne couvrent pas tous les besoins des centres. L'augmentation prévue n'est donc qu'un très léger ajustement.

4. Le problème financier des Centres résulte du fait que la génétique humaine, où recherche fondamentale et recherche appliquée se côtoient, est une science en pleine expansion. Elle requiert du personnel hautement qualifié et des équipements très spécifiques parfois particuliers à l'un ou l'autre centre plus spécialisé dans un domaine particulier, et auquel les autres centres recourent. Certaines prestations complexes exigent un temps considérable, ne se pratiquent de routine dans aucun laboratoire et ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I.

Les Centres ne sont donc pas « rentables » financièrement et doivent être subsidiés. Leur assurer une aisance suffisante contribue à améliorer leur rendement.

Répartition des subsides

Cette année à nouveau, l'administration est heureuse de proposer un crédit global en augmentation par rapport à celui de l'année précédente. Cette augmentation est de 6,5 millions, soit environ 12,5 p.c., et porte le montant des subsides à 59,2 millions de francs.

Les prélèvements préalables sur lesquels les membres se mettent d'accord sont, pour la R.U.G. de 527 000 francs, pour la V.U.B. de 1,745 millions de francs, soit respectivement 1 et environ 3,3 p.c. du montant global des subsides de l'année 1982.

2. De Belgische centra voor antropogenetica zijn in de eerste plaats inrichtingen voor wetenschappelijk onderzoek, die behoren tot of samenwerken met academische ziekenhuizen. Hun werkzaamheden houden evenwel rechtstreeks verband met een dienstverlening aan de maatschappij, waaruit ze gedeeltelijk hun inspiratie halen en waaraan ze zo snel mogelijk de resultaten, die ze in hun laboratoria hebben bekomen, meedelen.

Rekening houdend met de recente oprichting van het centrum van de V.U.B., bestaan er nu in het totaal acht dergelijke centra. Ze beschikken over een belangrijk werkmiddel, het Nationaal register voor de antropogenetica.

3. Voor 1984 heeft de administratie op artikel 33.34 van de begroting een bedrag uitgetrokken van 62 000 000, voor de subsidiëring van de centra voor antropogenetica. Ten aanzien van de begroting van 1983 betekent dit een toename met 2 800 000, die werd berekend door toepassing van een coëfficiënt van 6,5 pct. op de werkingskosten, en van 4,04 pct. op de personeelskosten, die zowat drie vierde uitmaken van de subsidies.

Het verslag van de vergadering van 14 oktober 1983 van de Hoge Raad voor de Antropogenetica geeft de verdeling weer per centrum van de subsidies voor 1983. Men kan er ook vaststellen dat de toegekende subsidies niet alle behoeften van de centra dekken. De bepaalde verhoging betekent dus slechts een lichte aanpassing.

4. Het financieel probleem van de Centra resulteert uit het feit dat de antropogenetica, waar fundamenteel en toegepast wetenschappelijk onderzoek nauw naast mekaar liggen, een wetenschap is die in volle expansie verkeert. Ze vereist hooggeschoold personeel en zeer specifieke uitrustingen die soms eigen zijn aan een of ander centrum dat meer gespecialiseerd is in een bepaald domein en waarop andere centra dan een beroep doen. Sommige ingewikkelde verrichtingen vergen heel wat tijd, worden normaal gezien in geen enkel gewoon laboratorium verricht en worden niet terugbetaald door het R.I.Z.I.V.

Die Centra zijn dus financieel gezien niet « renderend ». Hun voldoende middelen verstrekken kan ertoe bijdragen dat hun rendement wordt verbeterd.

Verdeling van de subsidies

Dit jaar opnieuw heeft de administratie het genoeg een globale begroting voor te stellen die ten aanzien van het afgelopen jaar is toegenomen. Die verhoging bedraagt 6,5 miljoen, wat zowat 12,5 pct. uitmaakt en het bedrag van de subsidies op 59,2 miljoen brengt.

Voor de R.U.G. wordt met het akkoord van de leden een bedrag van 527 000 frank, voor de V.U.B. een bedrag van 1,745 miljoen frank vooraf afgenomen, d.i. respectievelijk 1 en ongeveer 3,3 pct. van het globaal bedrag van de subsidies voor het jaar 1982.

L'augmentation qui reste disponible pour l'ensemble des centres est ainsi réduite à 8 p.c. au lieu de 12,5 p.c. et représente $6,5 - (1,745 + 0,527) = 4,228$ millions.

La répartition finale des subsides pour 1983 est reprise dans le tableau suivant :

De verhoging die beschikbaar blijft voor het geheel van de centra wordt zo teruggebracht tot 8 pct in plaats van 12,5 pct. en vertegenwoordigt $6,5 - (1,745 + 0,527) = 4,228$ miljoen.

De uiteindelijke verdeling van de subsidies voor 1983 is terug te vinden in volgende tabel :

Centres Centra	Pour rappel : Subsides 1982 montant — Ter herinnering : Subsides 1982 bedrag	%	Répartition des 6 500 000 Attribution préalable % de 1982 sur 4 228 000 — Verdeling 6 500 000 Vooraafgaande toekenning % van 1982 op 4 228 000	Subsides 1983 montant — Subsidies 1983 bedrag	%
U.I.A.	5 500 000	10,4	439 712	5 939 712	10,03
V.U.B.	700 000	1,3	1 745 000 54 964	2 499 964	4,22
U.L.B.	4 700 000	8,9	376 292	5 076 292	8,57
Charleroi	5 085 680	9,6	405 888	5 491 568	9,27
R.U.G.	4 626 160	8,8	527 000 372 064	5 525 224	9,33
K.U.L.	16 013 440	30,4	1 285 312	17 298 752	29,22
U.Lg.	5 552 080	10,6	448 168	6 000 248	10,10
U.C.L.	6 822 640	13,1	549 640	7 372 280	12,45
Registre	3 700 000	7,0	295 960	3 995 960	6,74
Total. — Totaal	52 700 000	100,0	4 228 000 (solde/saldo)	59 200 000	100,0

Lutte contre le cancer

Mon administration intervient dans ce domaine par trois voies :

1. Conseil supérieur du cancer

Cet organisme, créé par l'arrêté royal du 21 octobre 1967, « étude d'initiative ou à la demande du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, les problèmes posés par le cancer ».

Il faut noter que les distinctions imposées par la communautarisation n'existaient pas lors de la fondation de ce Conseil supérieur, ce qui suscite des problèmes dans ses activités actuelles.

Subside 1983 prévu à l'article 12.01.05.30.48 : 50 000 francs. Prévision budgétaire 1984 : *idem*.

2. Œuvre belge du cancer

Cette œuvre a changé ses statuts par arrêté royal du 22 mars 1983 (*Moniteur belge* du 28 juin 1983).

Kankerbestrijding

Mijn diensten zijn in dat vlak op drieërlei wijze actief :

1. Hoge Raad voor Kankerbestrijding

Dit orgaan is opgericht bij koninklijk besluit van 21 oktober 1967 en bestudeert op eigen initiatief of op verzoek van de Minister tot wiens bevoegdheid de volksgezondheid behoort, de problemen die verband houden met kanker.

Er dient op te worden gewezen dat het onderscheid dat nu in tal van opzichten vaak moet worden gemaakt als gevolg van de invoering van de Gemeenschapsorganen, niet bestond op het ogenblik van de oprichting van de Hoge Raad, wat tevens verklaart dat er zich thans bepaalde moeilijkheden voordoen op het stuk van de huidige activiteiten.

Subsidie 1983 : artikel 12.01.05.30.48 : 50 000 frank. Budgettaire vooruitzichten 1984 : *idem*.

2. Belgisch werk tegen kanker

Deze instelling heeft haar statuten bij koninklijk besluit van 22 maart 1983 (*Belgisch Staatsblad* van 28 juni 1983) gewijzigd.

Elle comporte une « cellule nationale » et deux « ailes communautaires ».

Subside 1983 : article 12.35.00.73.31 : 24 500 000 francs. Prévision pour 1984 : idem.

Il convient de noter que ce subsidie n'est alloué qu'à la cellule nationale et exclusivement pour « l'établissement et la tenue à jour d'un Registre national du cancer ».

Ce registre est celui demandé par le « Centre international de recherche sur le cancer », dépendance de l'Organisation mondiale de la santé, et sera conforme aux règles formulées par ces institutions.

Cet enregistrement des cas de cancer sera également utile à l'établissement précis d'une politique de sécurité sociale en raison de l'importance des dépenses que la maladie cancéreuse provoque dans de nombreux domaines.

3. Centres anticancéreux universitaires

Le subsidie global est réservé aux recherches de sciences pures concernant le cancer et partagé en portions égales entre trois centres francophones : l'Université libre de Bruxelles, l'Université catholique de Louvain, l'Université de l'Etat à Liège, et trois centres néerlandophones : la Vrije Universiteit Brussel, la Katholieke Universiteit Leuven, la Rijksuniversiteit Gent.

Subsidie 1983 : art. 12.55.00.20.00 : 32 200 000 francs. Prévision pour 1984 : idem.

L'Office médico-social de l'Etat

Ces dernières semaines, la presse a multiplié ses attaques contre ce service accusé de « laxisme ou de mauvaise appréciation de certains cas ».

Afin de se faire une idée des activités dans ce secteur, je souhaite d'abord vous donner un bref tableau historique.

L'Office médico-social de l'Etat était à l'origine le service médical du département des P.T.T.

Il a été transféré à l'Intérieur et à la Santé publique, plus tard à la Santé publique pour exercer la même tutelle sanitaire du personnel de l'ensemble des départements ministériels (et de la R.T.T.).

Cette tutelle sanitaire du personnel des administrations publiques est sa mission proprement dite; elle fut étendue, par étapes, au personnel d'un nombre croissant d'organismes d'intérêt public ainsi que d'administrations provinciales et communales, C.P.A.S., etc.

Ceci n'empêcha pas les Communications, aussitôt après la seconde guerre mondiale, de confier à son ancien service et à ses fonctionnaires de nouvelles tâches qui, en principe, ne ressortissaient pas à sa sphère de compétences : officiellement la sélection médicale des conducteurs automobiles

Voortaan omvat de instelling een « nationale kern » en twee « communautaire vleugels ».

Subsidie 1983 : artikel 12.35.00.73.31 : 24 500 000 frank. Vooruitzichten voor 1984 : idem.

Er dient op te worden gewezen dat die subsidie slechts aan de nationale kern wordt verleend en uitsluitend voor het opzetten en bijhouden van een Nationaal Kankerregister.

Bij dat register gaat het om datgene waarom het Internationaal Centrum voor Kankeronderzoek, een orgaan van de Wereldgezondheidsorganisatie, heeft verzocht en dat aan de door die instellingen gestelde eisen dient te beantwoorden.

De registrering van kankergevallen zal tevens nuttig zijn voor het nauwkeurig bepalen van een beleid inzake sociale zekerheid, wegens de omvang van de uitgaven die kanker-aandoeningen op heel wat gebieden met zich medebrengen.

3. Universitaire kankerbestrijdingscentra

De globale subsidie wordt voorbehouden voor fundamenteel onderzoek inzake kanker en wordt in gelijke mate onder drie Franstalige centra verdeeld : de Université libre de Bruxelles, de Université catholique de Louvain, de Université de l'Etat à Liège en tevens onder drie Nederlandstalige centra : de Vrije Universiteit Brussel, de Katholieke Universiteit Leuven en de Rijksuniversiteit Gent.

Subsidie 1983 : artikel 12.55.00.20.00 : 32 200 000 frank. Vooruitzichten voor 1984 : idem.

De Sociaal-medische rijksdienst

In de pers werd deze dienst de laatste weken veelvuldig aangevallen over « zijn laksheid of slechte beoordeling van bepaalde gevallen ».

Ten einde een idee te hebben van de activiteiten in deze sector wil ik u vooreerst een kort historisch overzicht geven.

De Sociaal-medische rijksdienst was oorspronkelijk de medische dienst van het departement van P.T.T.

Hij werd overgeheveld naar Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, later Volksgezondheid om datzelfde medisch toezicht uit te oefenen voor het personeel van alle ministeriële departementen (en de R.T.T.).

Dit medisch toezicht over het personeel van openbare besturen is zijn eigenlijke taak die stukjes bij beetje werd uitgebreid over het personeel van hoe langer hoe meer instellingen van openbaar nut alsook provinciale en gemeentelijke besturen, O.C.M.W.'s en zo meer.

Dit belette niet dat Verkeerswezen reeds onmiddellijk na Wereldoorlog II zijn vroegere dienst en ambtenaren nieuwe taken toevertrouwde die in beginsel buiten zijn bevoegdheidssfeer lagen : officieel, de geneeskundige schifting van de autobestuurders en meer officieus, de geneeskundi-

et officieusement les examens médicaux en rapport avec les brevets de navigation aérienne.

Par la suite vinrent s'ajouter, et ce pas nécessairement dans un ordre chronologique :

— les objecteurs de conscience : une mission qui, depuis des années déjà, avait dû être reprise par un autre service mais qu'assume toujours le service de santé administratif;

— l'exonération de la redevance radio-TV pour certains handicapés sur lesquels la R.T.T. n'est pas en mesure de se prononcer;

— l'exonération de la taxe de roulage et de la T.V.A. pour l'achat et l'entretien de véhicules automobiles de certains handicapés.

Ajoutons la loi de 1967 qui a instauré pour les fonctionnaires des administrations publiques l'indemnisation des accidents du travail ($\pm$ 30 000 par an), des accidents sur le chemin du travail et des maladies professionnelles. Les arrêtés d'exécution sont parus en 1969, 1970, 1971 et 1973; ils chargent l'Office médico-social de l'Etat des expertises médicales et, pour les administrations de l'Etat, du paiement des frais pharmaceutiques, médicaux et autres.

Enfin, les Ministres de l'Education nationale de l'époque décidèrent à la fin 1976 d'étendre la tutelle sanitaire de l'Office médico-social de l'Etat à l'enseignement subventionné (200 000 agents).

Quantitativement, toutes ces missions exigent quelque 150 000 examens médicaux avec un cadre qui n'a plus été revu depuis 1968.

Notons également que l'Office médico-social de l'Etat doit traiter chaque année quelque 1 100 000 certificats de maladie qui ont donné lieu à 100 000 examens de contrôle, actuellement 50 000, par des médecins non fonctionnaires. Cette diminution s'explique par un encadrement draconien des crédits.

Parcourons à présent, d'un oeil qualitatif, les tâches qui en découlent.

1. Les examens d'admission sont considérés comme moins exigeants, ce qui n'empêche pas le médecin de devoir se prononcer non seulement sur l'incapacité de travail immédiate de l'intéressé, mais aussi sur son aptitude à l'exercice normal et régulier de sa profession à l'avenir et son admission au régime de pension du secteur public.

De récentes campagnes dans la presse ont montré que des litiges sérieux ne sont pas exclus.

2. L'examen des objecteurs de conscience s'effectue sur la base des critères en vigueur chez les militaires. Le médecin doit donc connaître ces critères.

ge onderzoeken in verband met de brevetten voor de luchtvaart.

Achteraf kwamen daar nog bij en niet noodzakelijk in die volgorde :

— de gewetensbezwaarden : taak die reeds sinds jaren had moeten overgenomen worden door een andere dienst maar die nog steeds door de Administratieve Gezondheidsdienst wordt waargenomen;

— de vrijstellingen van kijk- en luistergeld voor bepaalde minder-validen waarover de R.T.T. zich niet zonder meer kan uitspreken;

— de vrijstellingen van verkeersbelasting en B.T.W. in verband met aankoop en onderhoud van auto's voor bepaalde minder-validen.

Voegen wij daarbij dan de wet van 1967 die voor de ambtenaren van de openbare besturen de schadevergoeding invoerde voor arbeidsongevallen ($\pm$ 30 000 per jaar), ongevallen op de weg naar en van het werk en beroepsziekten. De uitvoeringsbesluiten verschenen in 1969, 1970, 1971 en 1973, belasten de Sociaal-medische rijksdienst met de medische expertises en, voor de rijksbesturen, met de betaling van medische, farmaceutische en dergelijke kosten.

Uiteindelijk beslisten de toenmalige Ministers van Nationale Opvoeding einde 1976 het geneeskundig toezicht door de Sociaal-medische rijksdienst uit te breiden tot het gesubsidieerd onderwijs (een 200 000 personeelsleden).

Kwantitatief vergen al deze taken zowat 150 000 geneeskundige onderzoeken met een personeelskader dat sinds 1968 niet meer werd herzien.

Er mag ook worden vermeld dat de Sociaal-medische rijksdienst jaarlijks zowat 1 100 000 ziektegetuigschriften te behandelen krijgt die aanleiding gaven tot 100 000 en nu 50 000 controleonderzoeken door geneesheren - niet ambtenaren. Die daling is te wijten aan drastische kredietbeperkingen.

Overlopen wij nu even, kwalitatief dan, de taken die daaruit voortvloeien.

1. De aannemingsonderzoeken worden beschouwd als niet zoveel eisend. Dat neemt niet weg dat de dokter zich niet alleen moet uitspreken over de onmiddellijke arbeidsongeschiktheid van de gegadigde maar ook over zijn geschiktheid tot normale en regelmatige uitoefening van zijn taak voor de toekomst en zijn toetreding tot het pensioenregime van de openbare sector.

Recente perscampagnes hebben aangetoond dat verregaande betwistingen niet uitgesloten zijn.

2. De keuring van de gewetensbezwaarden gebeurt op basis van de criteria die voor militairen gelden. Die criteria moeten dus gekend zijn door de dokter.

3. Les examens d'aptitude, une routine pour nos médecins, peuvent néanmoins poser d'épineux problèmes parce que, d'une part, ils sont associés à des contrôles et que, d'autre part, ils empiètent parfois sur le domaine de la médecine du travail qui sera traitée ultérieurement.

4. Les examens de contrôle sont source de conflits.

Alors que l'Office médico-social de l'Etat en était encore à ses premiers balbutiements, les administrations et fonctionnaires se plaignaient de ce que les abus n'étaient pas réprimés. A présent que le contrôle se fait plus systématique et plus fréquent l'Office médico-social se heurte à de l'opposition de toute parts : d'aucun s'en prennent déjà à l'existence et à la réalisation d'un contrôle.

A cela s'ajoutent les conflits entre le corps médical de l'Office médico-social de l'Etat et les médecins traitants, sans oublier l'Ordre des médecins qui tient les contrôleurs à l'œil.

5. Les exonérations fiscales donnent lieu à de nombreuses demandes, pas toujours justifiées, qui suscitent, en cas de rejet, discussion et rancœur.

6. Les accidents du travail constituent un problème de taille et pas seulement par leur nombre. Alors que beaucoup de cas bénins évoluent vers la guérison sans problème, il en reste de nombreux qui requièrent du médecin une connaissance approfondie de la médecine d'expertise et du Barème officiel belge des invalidités.

Maints intéressés essaient d'obtenir un taux d'invalidité aussi élevé que possible et de rendre l'accident responsable de tous leurs maux.

En cas de contestation, nos médecins entrent en conflit non seulement avec la victime de l'accident mais aussi avec des confrères qui interprètent largement les faits dans l'espoir d'obtenir le maximum pour leurs patients. Ils sont également confrontés à des confrères spécialistes qui sont désignés par les syndicats, sans parler des légistes commissionnés par les juridictions du travail.

7. Les maladies professionnelles posent moins de problèmes, car il faut obligatoirement recourir à l'avis compétent du Fonds des maladies professionnelles ($\pm$ 3 300 cas par an).

8. Les mises à la retraite ne constituent pas davantage un secteur aisé. On ne dispose pas de critères objectifs, ni pour les mises à la retraite ni encore pour les refus de recrutement. Outre les fonctionnaires dont la gravité de la maladie est indiscutable et qui acceptent leur mise à la retraite, d'autres,

- non ou peu malades, veulent absolument leur pension;
- gravement malades, ne souhaitent pas être pensionnés;

- malades, souhaitent rester en disponibilité aussi longtemps que possible avec la qualification « mal grave et durable » qui leur garantira l'intégralité de leur traitement, de préférence le plus longtemps possible.

3. De geschiktheidsonderzoeken die nochtans routine zijn voor onze geneesheren, kunnen netelige problemen stellen omdat zij eensdeels soms gekoppeld zijn aan controles en anderdeels soms het domein van de arbeidsgeneeskunde betreden dat verder wordt besproken.

4. De controleonderzoeken zijn conflictenzwanger.

Toen de Sociaal-medische Rijksdienst nog slechts weinig deed, beklaagden de besturen en de ambtenaren er zich over dat misbruiken niet bestreden werden. Nu er meer systematisch en ook veelvuldig gecontroleerd wordt, ondervindt de Sociaal-medische Rijksdienst tegenstand van alle kanten : het bestaan en het uitvoeren van een controle wordt reeds aangevochten door sommigen.

Daarbij komen nog de conflicten tussen het geneesherenkorps van de Sociaal-medische Rijksdienst en de behandelende geneesheren, zonder te vergeten dat de Orde der Geneesheren de controleurs nauw op de vingers kijkt.

5. De belastingvrijstellingen geven aanleiding tot vele, niet altijd verantwoorde aanvragen die bij afwijzing discussie en wrevel uitlokken.

6. De arbeidsongevallen vormen een reuzegroot probleem en niet alleen qua aantal. Dan wanneer een massa goedaardige gevallen zonder problemen naar genezing evolueren, blijven er toch een aanzienlijk aantal over die van de geneesheer een grondige kennis vereisen van de expertisegeneeskunde en van de Officiële Belgische Schaal der Invaliditeit.

Vele belanghebbenden trachten een zo hoog mogelijk invaliditeitspercentage af te dwingen en al hun kwalen en kwaaltjes aan het ongeval toe te schrijven.

In geval van betwisting komen onze geneesheren in conflict niet alleen met het slachtoffer van het ongeval maar ook met confraters die heel breed interpreteren om voor hun patiënten het maximum af te dwingen. Zij worden ook geconfronteerd met gespecialiseerde confraters die door vakbonden worden aangesteld zonder nog te spreken over de wetsdokers aangesteld door de arbeidsrechtbanken.

7. De beroepsziekten stellen in se weinig problemen, gezien verplicht beroep moet gedaan worden op het bevoegd advies van het Fonds voor de Beroepsziekten ($\pm$ 3 300 gevallen per jaar).

8. De oppensioenstelling maakt evenmin een gemakkelijke sector uit. Men beschikt niet over objectieve criteria, voor oppensioenstelling evenmin als voor afkeuring bij aanwervingen. Naast ambtenaren die onbetwistbaar ernstig ziek zijn en hun oppensioenstelling aanvaarden, zijn er vele anderen, zoals :

- de niet- of weinig zieke die absoluut pensioen wil;
- de ernstige zieke die absoluut niet wenst gepensioneerd te worden;

- de zieke die zo lang mogelijk in disponibiteit wenst te blijven met de kwalificatie « ernstige en langdurige kwaal » die hem zijn volle wedde verzekert en liefst zo lang mogelijk.

Dans ces cas aussi, le médecin de l'Office médico-social de l'Etat, comme pour la plus grande partie de ses missions, doit essayer de prendre la décision juste, sans céder à ceux qui délibérément ou non) estiment à tort pouvoir bénéficier de certains avantages, ce qui compromettrait tout le système.

9. Les conducteurs automobiles demandent aux médecins qu'ils interprètent toute une série de critères. Ils doivent assumer une grande responsabilité en matière de sécurité du transport de personnes.

Dans ce domaine, des problèmes sont apparus très récemment à propos de conducteurs automobiles qui souhaitent être déclarés inaptes pour bénéficier d'avantages liés à un contrat d'assurance. Cet aspect de la question doit encore être approfondi.

10. Les pilotes — technique très spécialisée en relation avec les critères posés.

On en arrive de plus en plus à une centralisation à propos de cette spécialisation.

11. La médecine du travail (dépistage et prévention des maladies professionnelles, vaccination, tutelle sanitaire des mineurs, inspections sanitaires, etc.).

La mission de la médecine du travail qui, en principe, est prévue pour toutes les administrations publiques, ne peut être exécutée sans les moyens nécessaires. Ceux-ci n'ont jamais été mis à sa disposition; le service s'est dès lors vu contraint de confier ses missions d'exécution à l'Office médico-social de l'Etat.

La présence de quelques fonctionnaires dirigeants et de quelques inspecteurs médecins qualifiés ne peut garantir que la médecine du travail fera ce qu'elle doit si les moyens font défaut.

La médecine du travail ne peut travailler seule. Une collaboration étroite avec les services du personnel des administrations concernées est requise; ces services devront également adopter une attitude positive ce qui suppose une connaissance approfondie du R.G.P.T.

De nombreuses administrations témoignent d'un intérêt fort limité pour la médecine du travail; d'autres sont intéressés mais déçus.

**

Toutes ces tâches sont accomplies de façon optimale par un effectif de 378 personnes malgré l'augmentation permanente du nombre d'examen, grâce à une division efficace du travail et à l'apport de la bureautique. Nombre d'examen :

1980 — 148 855

1981 — 153 726

1982 — 155 981

Un projet relatif à l'étude et à la mise au point de l'automatisation du service a été déposé auprès du Premier Ministre.

Ook hier moet, zoals in de meeste van zijn taken, de geneesheer van de Sociaal-Medische Rijksdienst de juiste beslissing trachten te treffen zonder toe te geven aan degenen die (gewild of ongewild) ten onrechte menen te kunnen genieten van bepaalde voordelen en zodoende het gehele systeem op de helling zouden zetten.

9. De autobestuurders vragen aan de dokters de interpretatie van een reeks criteria. Zij staan voor een grote verantwoordelijkheid inzake veiligheid van het personenvervoer.

Hier stellen zich heel recent problemen inzake autobestuurders die wensen afgekeurd te worden in verband met voordelen verbonden aan een verzekeringscontract. Dat moet nog uitgediept worden.

10. De piloten — zeer gespecialiseerde techniek in verband met gestelde criteria.

Men komt langsom meer naar een centralisatie in relatie met die specialisatie.

11. De arbeidsgeneeskunde (opsporing en voorkoming beroepsziekten, inenting, geneeskundig toezicht op de minderjarigen, sanitaire inspecties, enz.).

De taak van arbeidsgeneeskunde die in principe voorzien is voor het geheel van de openbare besturen, kan niet worden uitgevoerd zonder de nodige middelen. Die middelen werden nooit ter beschikking gesteld en zo werd de dienst er toe gedwongen zijn uitvoeringstaken toe te vertrouwen aan de Sociaal-medische rijksdienst.

Het is niet de aanwezigheid van een paar leidende ambtenaren en van een paar gekwalificeerde inspecteurs-geneesheren die er kunnen voor zorgen dat de arbeidsgeneeskunde doet wat ze hoeft te doen indien de middelen ontbreken.

Trouwens die arbeidsgeneeskunde kan niet alleen werken. Er is een nauwe binding met en een positieve opstelling van de personeelsdiensten der betrokken besturen vereist wat een grondige kennis van het A.R.A.B. vereist.

Vele besturen vertonen geen belangstelling voor de arbeidsgeneeskunde en anderen, die ze wel hebben, zijn teleurgesteld.

**

Al deze taken worden uitgevoerd met een personeelsbezetting van 378 personen die met een efficiënte werkverdeling en met de hulp van de bureautica hun taak optimaal aankunnen ondanks de voortdurende stijging van het aantal onderzoeken :

1980 — 148 855

1981 — 153 726

1982 — 155 981

Voor de studie en de uitwerking van een automatisering in deze dienst werd trouwens een project ingediend bij de C.O.C.-groep bij de Eerste Minister.

Je suis convaincu que cette direction générale pourra rattraper son léger retard au cours de l'exercice suivant et sera, en outre, en mesure d'exercer le contrôle efficace nécessaire.

Je tiens également à souligner que les rétributions dues pour certains examens médicaux ont été majorées par l'arrêté royal du 13 juillet 1983. Cela nous rapportera un revenu supplémentaire de 38 833 400 francs pour 1983.

Environnement et politique de l'eau

Dans le domaine de l'environnement, nous désirons poursuivre une politique axée sur la qualité de l'environnement et de toutes ses composantes.

Nos efforts visent dès lors principalement la fixation d'objectifs qualitatifs pour l'air, l'eau et le bruit.

Citons à titre d'exemple l'arrêté royal relatif à la qualité atmosphérique pour l'anhydride sulfureux et les particules en suspension du 16 mars 1983; l'arrêté royal relatif à la qualité atmosphérique pour le plomb qui pourra être publié dès le moment où nous aurons reçu l'avis du Conseil d'Etat et enfin les arrêtés d'exécution de la loi du 24 mai 1983 relatifs aux normes générales définissant les objectifs de qualité des eaux de surface à usages déterminés. Ces arrêtés font l'objet d'une concertation avec les Régions.

Dès le moment où le point de départ est un objectif de qualité, une politique préventive s'impose de toute évidence afin de veiller à ce que l'objectif fixé puisse être atteint. Cela se vérifie dans tous les domaines mais je voudrais m'y attarder brièvement pour quelques priorités que nous nous sommes fixées. Il y a en premier lieu la lutte contre l'acidification de l'environnement. Vous connaissez le phénomène et les conséquences qui se manifestent dès à présent de façon dramatique dans certains pays voisins où les forêts sont déjà très largement touchées.

Des mesures doivent être prises de toute urgence pour remédier à cette situation, même si le mécanisme de l'acidification n'est pas encore complètement élucidé. Nous ne pourrions toutefois différer notre intervention jusqu'au moment où un certain nombre de facteurs auront été découverts — facteurs dont nous saurons avec certitude qu'ils influencent le processus d'acidification et la mort des forêts. L'un de ces facteurs est le bioxyde de soufre libéré lors de la combustion des combustibles fossiles et dans certains procédés utilisés dans l'industrie chimique.

Dans le cadre de la lutte contre l'acidification, il faut limiter autant que possible l'émission de bioxyde de soufre. C'est pour cette raison que j'ai institué un groupe de travail chargé de l'examen des possibilités de réduction des émissions de SO₂ économiquement réalisables pour les différentes sources : production d'électricité, chauffage, circulation et industrie. Sur la base de ces données, un plan sera élaboré déterminant la politique à suivre en vue de la diminution

Ik ben ervan overtuigd dat deze directie-generaal in het volgend dienstjaar de geringe achterstand zal ophalen en daarenboven de nodige controle op een efficiënte manier zal uitvoeren.

Ik wil er ook op wijzen dat de retributies verschuldigd voor bepaalde geneeskundige onderzoeken werden verhoogd bij koninklijk besluit van 13 juli 1983. Dit geeft ons een meeropbrengst van 38 833 400 frank voor 1983.

Leefmilieu en waterbeleid

Op het gebied van het leefmilieu wensen wij verder een beleid te voeren dat gericht is op de kwaliteit van de omgeving in al haar componenten.

Onze inspanningen zijn daarom vooral gericht op het vastleggen van kwaliteitsobjectieven voor de lucht, het water, het geluid.

Als voorbeeld kunnen we aanhalen het koninklijk besluit betreffende de luchtkwaliteit voor zwaveldioxide en zwevend stof van 16 maart 1983, het koninklijk besluit over de luchtkwaliteit voor lood dat zal kunnen gepubliceerd worden zodra wij het advies van de Raad van State ontvangen en de koninklijke besluiten tot uitvoering van de wet van 24 mei 1983 betreffende de kwaliteitsobjectieven waaraan de oppervlaktewateren voorbestemd voor bepaalde doeleinden moeten voldoen. Over deze besluiten is het overleg met de Gewesten aan de gang.

Wanneer men vertrekt van een kwaliteitsobjectief, is het normaal dat men een preventief beleid moet voeren om er voor te zorgen dat het gestelde doel kan bereikt worden. Dit is waar in alle domeinen maar ik wil het even verder toelichten voor een paar prioriteiten die wij ons gesteld hebben. In de eerste plaats is er de strijd tegen de verzuring van het milieu. Het fenomeen is u bekend, de gevolgen zijn reeds op dramatische wijze zichtbaar in sommige van onze buurlanden waar het bosbestand in grote mate is aangetast.

Wij kunnen alleen maar vaststellen dat er dringend maatregelen nodig zijn om hiertegen te reageren. Zelfs al is het mechanisme van de verzuring nog niet volledig opgehelderd. Toch mogen wij niet wachten om in te grijpen op een aantal factoren waarvan wij met zekerheid weten dat ze een rol spelen bij de verzuring en bij het afsterven van de wouden. Een daarvan is zwaveldioxide, dat vrijkomt bij verbranding van fossiele brandstoffen en in sommige processen van de scheikundige industrie.

In het kader van de bestrijding van de verzuring moet de uitworp van zwaveldioxide zoveel mogelijk worden beperkt. Daarom heb ik een werkgroep opgericht die onderzoekt welke vermindering van de SO₂-emissies mogelijk en economisch haalbaar is voor de verschillende soorten bronnen : elektriciteitsproductie, verwarming, verkeer en industrie. Op basis van deze gegevens zullen zij een bereidsplan opstellen voor de vermindering van de uitworp, waarbij een globale

de l'émission; une réduction globale de 30 p.c. par rapport à la valeur de 1980 sera fixée comme objectif à atteindre. Le groupe de travail recommandera également pour chaque secteur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif précité. Il s'agira, selon le cas, de diminuer la consommation d'énergie, d'utiliser des combustibles à faible teneur en soufre, de la désulfuration des gaz de combustion, de l'adaptation des procédés utilisés. Les oxydes d'azote seront abordés dans une phase suivante.

Notre second souci est de protéger l'homme et son environnement contre les risques liés aux produits déjà dans le commerce ou qui sont mis sur le marché. Nous voulons connaître ces risques afin d'être en mesure de prendre les précautions nécessaires pour éviter des accidents pendant toute la durée de la vie du produit, jusqu'au stade des déchets. Compte tenu des milliers de produits commercialisés, cet objectif suppose cependant des méthodes d'évaluation rapides et efficaces. Nous consacrons une très large attention à la mise au point de telles techniques.

Dans les deux cas, il est évident que la politique doit être étayée par des travaux scientifiques. Nous disposons à cet égard de l'I.H.E. qui constitue un instrument important dans le contexte de la préparation de nombreuses décisions.

Dans certains cas, il semble toutefois nécessaire de faire réaliser des études par des tiers parce qu'elles font appel à une expérience dans des domaines qui ne sont pas ou insuffisamment représentés à l'I.H.E. ou parce que ce dernier ne dispose pas des moyens requis pour l'exécution d'une étude déterminée dans un délai restreint.

Des crédits limités ont été prévus à cet effet aux articles 12.51.08, 12.51.09 et 12.56 du budget. Ce total de 66,8 millions est destiné aux études de durée limitée réalisées suite à une initiative ministérielle et qui sont nécessaires en vue de la prise de décisions politiques. Je tiens à souligner qu'aux Pays-Bas, plus de 50 millions de florins sont prévus en 1984 uniquement pour les recherches dans le domaine de la pollution de l'air qui devront servir de support à la formation de la politique à suivre. Les montants limités dont nous disposons imposent une sélection très sévère; seules peuvent être retenues les études qui ont une importance directe dans le contexte de la prise de décision ou de l'application de réglementations existantes.

Une étude est ainsi consacrée à la désulfuration du charbon dans le cadre de la politique relative au SO₂; des études sont axées sur la mise au point de tests pour la détermination des propriétés mutagènes et cancérogènes de certains produits, sur la détection des propriétés toxiques des produits et nous espérons faire réaliser très prochainement une étude qui devrait permettre l'élaboration de normes pour les nuisances par les odeurs et de méthodes d'analyse pour le contrôle du respect de ces normes. Une telle étude faciliterait nettement l'approche du problème des nuisances par les odeurs

Une politique similaire est suivie dans le secteur de la santé. Les moyens à cet effet sont compris dans les 66,8 millions précités.

reductie met 30 pct. tegenover de waarde van 1980 als streefdoel werd vooropgesteld. Zij zullen ook voor elke sector de middelen aanbevelen om de vermindering te realiseren. Dat kunnen zijn : vermindering van het energieverbruik, gebruik van zwavelarme brandstoffen, ontzwaveling van rookgassen, aanpassen van procédés. In een volgende fase zullen dan de stikstofoxiden worden aangepakt.

Onze tweede bekommernis is de bescherming van de mens en zijn milieu tegen de risico's die verbonden zijn aan produkten die in de handel zijn of nieuw gebracht worden. Wij wensen deze risico's te kennen zodat de nodige voorzorgsmaatregelen kunnen worden genomen om ongevallen te vermijden en dit over de ganse levensduur van het produkt, tot in het afvalstadium. Om dit mogelijk te maken voor de tienduizenden produkten op de markt zijn goede en snelle evaluatietechnieken noodzakelijk. Aan de ontwikkeling hiervan wordt in ons beleid veel aandacht besteed.

In beide gevallen blijkt dat het beleid moet steunen op wetenschappelijk werk. Wij beschikken hiervoor over het I.H.E., dat een belangrijk instrument is voor de voorbereiding van vele beslissingen.

In sommige gevallen echter blijkt het noodzakelijk studies te laten uitvoeren door derden, omdat een beroep moet gedaan worden op een ervaring in bepaalde domeinen die in het I.H.E. niet of in mindere mate aanwezig is of omdat de middelen voor het uitvoeren van een bepaalde studie in een beperkte termijn er niet beschikbaar zijn.

Daarvoor werden in de begroting beperkte bedragen voorzien op de artikelen 12.51.08, 12.51.09 en 12.56. Dit totaal van 66,8 miljoen is bestemd voor studies van beperkte duur op ministerieel initiatief die noodzakelijk zijn voor de beleidsvorming. Ik kan niet nalaten hier even aan te halen dat in Nederland alleen al voor het beleidsonderbouwend onderzoek i.v.m. luchtverontreiniging voor 1984 meer dan 50 miljoen gulden wordt uitgetrokken. De beperkte bedragen waarover wij kunnen beschikken, maken wel dat wij heel selectief moeten zijn en enkel studies kunnen weerhouden die een direct belang hebben voor de beslissingsvorming of de toepassing van bestaande reglementeringen.

Zo is er bijvoorbeeld een studie over de ontzwaveling van steenkool in het kader van het SO₂-beleidsplan; er zijn onderzoeken gericht op het uitwerken van testen voor het bepalen van mutagene en kankerverwekkende eigenschappen van produkten, onderzoeken naar de toxische eigenschappen van produkten en wij hopen binnenkort een studie te kunnen laten aanvatten die zal leiden tot normen voor geurhinder en analysemethoden voor het nagaan van de naleving van deze normen. Dit zou de benadering van het belangrijke probleem van de geurhinder veel vergemakkelijken.

Ik wil er hier terloops op wijzen dat voor de sector volksgezondheid een zelfde beleid gevoerd wordt. De middelen hiervoor zijn trouwens begrepen in de eerder vermelde 66,8 miljoen.

Ils seront mis en œuvre pour des études dans le domaine de l'alimentation — présence de métaux lourds, résidus de substances à action hormonale ou anti-hormonale — des médicaments — de l'aérobiocontamination dans les quartiers opératoires et des infections dans les hôpitaux.

Les grands travaux hydrauliques d'intérêt national constituent un poste budgétaire important — article 73.82 (crédits d'engagement 2 milliards, crédits d'ordonnancement 600 millions).

L'arrêté royal du 8 novembre 1983 a classé un certain nombre de travaux comme grands travaux hydrauliques d'importance nationale, aux termes de la loi du 8 août 1980, article 6, § 1^{er}, V, 1^o, a, qui ressortissent à l'autorité nationale en ce qui concerne la réalisation, l'octroi de subventions et la gestion.

La programmation et l'exécution des travaux sont réalisés de commun accord entre l'autorité nationale et l'Exécutif concerné.

Etant donné qu'un accord est finalement intervenu au terme d'années de discussions, les investissements pourront être effectués en 1984 pour un certain nombre de ces travaux considérés comme prioritaires par les Exécutifs.

Une tâche importante dans ce domaine reste la préparation et la tenue à jour des activités au niveau international : Benelux, C.E.E., O.C.D.E., Commission économique européenne C.O.N.U., Genève et P.N.U.E., les conventions internationales et les discussions bilatérales.

A cet effet, outre les autres missions qui nous sont confiées et compte tenu des moyens budgétaires limités qui nous sont affectés, nous devons disposer d'un service bien structuré. C'est la raison pour laquelle nous continuerons à œuvrer pour la création d'une administration de l'environnement au sein du département de la Santé publique.

III. DISCUSSION GENERALE

A. Politique hospitalière

1. Evolution des dépenses des hôpitaux

En réponse aux questions de plusieurs membres, le Ministre fournit les renseignements ci-après concernant l'évolution des dépenses des hôpitaux universitaires, ordinaires et psychiatriques.

Zij worden gebruikt voor studies op het gebied van de voeding — aanwezigheid van zware metalen, residu's van stoffen met hormonale of anti-hormonale werking — de geneesmiddelen — onderzoek naar nevenwerkingen — en de gezondheidszorg — aérobiocontaminatie in operatieblokken en infecties in hospitalen.

Een belangrijke post op de begroting vormen de grote waterbouwkundige werken van nationaal belang op het artikel 73.82 (2 miljard vastleggingskredieten, 600 miljoen ordonnanceringskredieten).

Door het koninklijk besluit van 8 november 1983 werden een aantal werken vastgesteld als grote waterbouwkundige werken van nationaal belang, waarvoor volgens de wet van 8 augustus 1980, artikel 6, § 1, V, 1^o, a, de nationale overheid bevoegd is voor het tot stand brengen, de subsidiëring en het beheer.

De programmatie en de uitvoering van de werken gebeurt in onderling overleg tussen de nationale overheid en de betrokken executieven.

Doordat na jaren van overleg uiteindelijk een akkoord is bereikt, zullen nu in 1984 de investeringen kunnen gebeuren voor een aantal van deze werken die door de Executieven als prioritair worden beschouwd.

Een belangrijke taak in deze domeinen blijft nog steeds de voorbereiding en de opvolging van de activiteiten op internationaal vlak : Benelux, E.E.G., O.E.S.O., E.C.E. Genève en U.N.E.P., de internationale verdragen en de bilaterale besprekingen.

Om dit te kunnen verzekeren, naast de andere taken en met de beperkte budgettaire middelen waarover wij beschikken, moeten wij kunnen beschikken over een goed gestructureerde dienst. Daarom zullen wij ons verder inzetten voor de oprichting van een bestuur voor het leefmilieu binnen het departement volksgezondheid.

III. ALGEMENE BESPREKING

A. Ziekenhuisbeleid

1. Evolutie van de uitgaven voor de ziekenhuizen

In antwoord op vragen van enkele leden verstrekt de Minister de hiernavolgende gegevens over de evolutie van de uitgaven voor de academische, gewone en psychiatrische ziekenhuizen.

Années — Jaren	Nombre de journées réalisées (en millions) — Aantal geboekte dagen (in miljoenen)				Prix de journée moyen — Gemiddelde dagprijs			Dépenses totales d'hospitalisation (en milliards) — Totale hospitalisatieuitgaven (in miljarden)			
	Univ. — Acad.	Ordinaires — Gewone	Psychiatr.	Total — Totaal	Univ. — Acad.	Ordinaires — Gewone	Psychiatr.	Univ. — Acad.	Ordinaires — Gewone	Psychiatr.	Total — Totaal
1978	1,672	18,213	8,446	28,332	3 434 FB	1 902 FB	862 FB	5,742	34,636	7,277	47,655
1979	1,643	18,607	8,359	28,609	3 843	1 998	931	6,316	37,176	7,785	51,277
1980	2,042	19,055	8,200	29,297	3 995	2 154	1 065	8,158	41,047	8,730	57,935
1981	2,074	18,992	8,033	29,099	4 102	2 447	1 237	8,507	46,467	9,935	64,909
1982	2,007	18,678	7,801	28,487	4 697	2 806	1 397	9,429	52,408	10,894	72,732
82/78	+20 %	+2,5 %	-7,6 %	+0,5 %	+36,8 %	+47,5 %	+62 %	+64 %	+51 %	+50 %	+53 %
A prix constants. — Tegen constante prijzen											
					+3 %	+11,1 %	+22 %	+55,8 %	+7,5 %	+12,8 %	+18,8 %

Les chiffres ci-dessus font ressortir que les dépenses des hôpitaux universitaires ont progressé plus rapidement que celles des autres hôpitaux.

Selon le Ministre, cette situation résulte notamment de l'augmentation du nombre des lits dans les hôpitaux universitaires. A Bruxelles, un certain nombre de lits ont été récemment mis en service. Le Ministre considère cette évolution comme inquiétante, d'autant plus que les hôpitaux universitaires, pour pouvoir fonctionner, exerceront de plus en plus d'activités propres aux hôpitaux généraux et procéderont à des interventions banales, mais à un prix de revient supérieur.

2. Conversion d'hôpitaux en maisons de repos

Quelques membres demandent où l'on en est concrètement en matière de conversion des lits d'hôpitaux.

L'un des intervenants souligne qu'il est nécessaire d'augmenter le nombre des maisons de repos et de soins étant donné le vieillissement de la population et la modification des conditions de vie. Il demande qu'on veille à ce que la transformation des lits ne soit pas refusée là où elle est nécessaire. Se référant ensuite à ce que le Ministre a dit dans le cadre de son exposé introductif, il fait encore les remarques suivantes :

a) il est probablement exact que, si les V.I.P.O. ne représentent que 23 p.c. des bénéficiaires de l'assurance maladie-invalidité, on leur consacre pourtant 50 p.c. des dépenses de soins médicaux. Ne faut-il pas se demander toutefois si la responsabilité de ces dépenses incombe non pas aux V.I.P.O. eux-mêmes mais à d'autres personnes ?

En effet, les V.I.P.O. ne prennent pas eux-mêmes les décisions concernant les prestations dont ils bénéficient.

b) Il serait préférable de dire que « les communautés devront pouvoir mener leur propre politique de santé », étant donné que leurs compétences et les moyens dont elles disposent sont encore trop limités à l'heure actuelle (p. 7 de l'exposé introductif).

Uit de bovenstaande cijfers blijkt dat de uitgaven voor de universitaire ziekenhuizen sneller zijn gestegen dan voor de andere ziekenhuizen.

Deze toestand is volgens de Minister met name toe te schrijven aan de toename van het aantal bedden in de universitaire ziekenhuizen. In Brussel werden recentelijk een aantal bedden in dienst genomen. De Minister beschouwt deze evolutie als zorgwekkend, te meer omdat de universitaire ziekenhuizen, om te kunnen functioneren, meer en meer als algemeen ziekenhuis zullen werken en banale ingrepen verrichten maar dan tegen een hogere kostprijs.

2. Omschakeling van de ziekenhuizen naar rustoorden

Enkele leden vragen hoe ver men in concreto staat met de omschakeling van ziekenhuisbedden.

Een van de sprekers legt er de nadruk op dat het noodzakelijk is meer rust- en verzorgingstehuizen in te richten gelet op de veroudering van de bevolking en de veranderde levensomstandigheden. Zij vraagt er over te waken dat de omschakeling niet zou geweigerd worden daar waar zij noodzakelijk is. Hetzelfde lid, verwijzend naar hetgeen de Minister in zijn inleidende uiteenzetting heeft gezegd, maakt nog de volgende opmerkingen :

a) Het is wellicht juist dat de W.I.G.W.'s, die slechts 23 pct. van de Z.I.V.-gerechtigden uitmaken, 50 pct. van de uitgaven voor geneeskundige verzorging voor hun rekening nemen. Maar moet de verantwoordelijkheid voor die uitgaven niet bij andere personen dan bij de W.I.G.W.'s zelf worden gezocht ?

Deze laatste beslissen immers niet zelf over de verstrekkingen.

b) Het zou beter zijn te schrijven « dat de gemeenschappen een eigen gezondheidsbeleid zullen moeten kunnen voeren » aangezien de bevoegdheden en de middelen van die gemeenschappen momenteel nog veel te beperkt zijn (blz. 7 van de inleidende uiteenzetting).

c) Contrairement à ce que prétend le Ministre, il sera de plus en plus nécessaire de prévoir des soins gratuits pour certaines catégories de personnes. Les moins favorisés doivent pouvoir se faire soigner. Il faut prévoir certaines règles pour les bien nantis.

d) Les services D : il est exact que les malades restent trop longtemps dans ces services. Est-il toutefois permis de se baser sur certaines moyennes (17 jours) pour les décisions à prendre en la matière et de faire intervenir le médecin-conseil ?

En effet, si certaines personnes ne sont hospitalisées que pour peu de temps (quelques heures), il en est d'autres qui souffrent d'affections nécessitant une hospitalisation beaucoup plus longue. Quelle sera la procédure ? Le médecin-conseil doit-il intervenir au bout de 17 jours d'hospitalisation ? Doit-il le faire sur la base d'un dossier ?

L'intervenant estime qu'il ne faut pas mettre fin à l'hospitalisation tant que le médecin-conseil et le collège intermutualiste ne se sont pas prononcés.

e) Gériatrie : est-il exact que les hôpitaux n'ayant pas de section de gériatrie doivent avoir un interniste spécialisé en la matière (point V, 5, de l'exposé) ?

f) Fixation du prix de la journée d'entretien : tiendra-t-on compte de l'environnement de l'hôpital, de l'âge des patients, des spécialisations ?

g) Traitement de l'information : se servira-t-on d'un système uniforme dans ce domaine ?

Dans l'affirmative, sera-t-il possible de contrôler les prestations, tant intra-muros qu'extra-muros, fournies à un seul et même malade ? On sait en effet que certains médecins demandent à des patients qui ont déjà passé un examen chez eux à l'hôpital de venir en consultation à leur cabinet pour y subir le même examen. Il faut s'opposer à ces pratiques. Il faut chercher les responsabilités là où ils se trouvent.

Le Ministre fournit les informations suivantes au sujet de la reconversion des hôpitaux :

I. Situation au niveau de l'attribution des lits de repos et de soins (art. 5)

c) In tegenstelling met hergeen de minister meent, zal de kosteloze verzorging meer en meer noodzakelijk zijn voor bepaalde categorieën van personen. De minstbedeelden moeten zich kunnen verzorgen. Voor degenen die bemiddeld zijn, moeten er bepaalde regels worden gesteld.

d) Wat de D-diensten betreft : het is een feit dat de zieken te lang in die diensten blijven. Maar mag men zich wel op gemiddelden (17 dagen) baseren om ter zake beslissingen te laten nemen en de geneesheer-adviseur te laten tussenkomen ?

Immers, sommige opnamen zijn slechts van zeer korte duur (enkele uren); voor bepaalde aandoeningen is een veel langere opname noodzakelijk. Hoe zal de regeling werken ? Moet de geneesheer-adviseur tussenkomen na 17 dagen opname ? Op basis van een dossier ?

Spreeker wenst dat aan de opname geen einde wordt gemaakt zolang de geneesheer-adviseur en het intermutualistisch college zich niet hebben uitgesproken.

e) Geriatrie : is het zo dat wanneer een hospitaal zulk een afdeling niet heeft, het een internist gespecialiseerd in geriatrie moet hebben (punt V, 5, van de uiteenzetting) ?

f) Bepaling van de ligdagprijs : zal worden rekening gehouden met het milieu waarin het ziekenhuis is gevestigd, de leeftijd van de patiënten, de specialisaties ?

g) Informatieverwerking : zal ter zake een uniform systeem worden opgezet ?

Zo ja, is het dan mogelijk de verstrekkingen aan een en dezelfde zieke zowel intra als extra muros te controleren. Het is namelijk geen geheim dat bepaalde artsen, na een patient in het ziekenhuis te hebben onderzocht aan deze vragen zich nogmaals bij hem thuis aan te bieden, waar dan hetzelfde onderzoek wordt overgedaan. Zulke praktijken moeten worden tegengegaan. Men moet de verantwoordelijken zoeken daar waar ze zijn.

De minister verstrekt de volgende gegevens over de reconversie van de ziekenhuizen :

I. Toestand toekenning rust- en verzorgingsbedden (art. 5)

Etablissement — Instelling	Nombre de lits M.R.S. attribués — Toegekend aantal R.V.T.-bedden	Lits hospitaliers — Ziekenhuisbedden die	
		Non mis en service Niet in gebruik genomen werden	Supprimés Afgeschaft werden

1. Dossiers approuvés. — Goedgekeurde dossiers :

Bredene : O.C.M.W.	60	60 V	—
Harelbeke : O.C.M.W.	60	60 V	—
Menen : O.C.M.W.	60	60 V	—

Etablissement — Instelling	Nombre de lits M.R.S. attribués — Toegekend aantal R.V.T.-bedden	Lits hospitaliers — Ziekenhuisbedden die	
		Non mis en service — Niet in gebruik genomen werden	Supprimés — Afgeschafte werden
Sint-Niklaas : Tussengem. Lazareth +	45	—	45 (B+L)
O.C.M.W.	+45	—	—
Zottegem : O.C.M.W.	60	60 V	—
Lessines : C.P.A.S.	60	60 V	—
Seraing : C.P.A.S.	120	—	60 (V)
Tournai : C.P.A.S.	30	—	15 (V)
Bruxelles : C.P.A.S. — Brussel : O.C.M.W.	140	—	70 lits/bedden
Total 1. — Totaal 1.	680	300	190
2. Dossiers à approuver à très bref délai. — Dossiers op zeer korte termijn goed te keuren :			
Herent : Sint-Jozef	189	—	98 lits/bedden
Schaerbeek : C.P.A.S. — Schaarbeek : O.C.M.W.	± 140	—	± 70 lits/bedden
Enghien + Verviers : C.P.A.S.	25	—	12 lits/bedden
Total 2. — Totaal 2.	± 355	—	+180
Total général. — Algemeen totaal	1 035	300	370

II. Situation au niveau des autorisations de mise en service de lits d'hôpitaux moyennant diminution équivalente (art. 21bis)

II. Toestand toekenning openingsvergunningen ziekenhuisbedden mits gelijkwaardige vermindering (art. 21bis)

Etablissement — Instelling	Lits attribués — Toegekende bedden	Réduction compensatoire — Compenserende vermindering
Borgerhout : O.C.M.W.	+24 R	—30 E
	En remplacement de lits existants. Ter vervanging van bestaande	
Bruges : C.P.A.S. — Brugge : O.C.M.W. Sint-Jan	120 V	—
	Lits en remplacement d'existants. Bedden ter vervanging van bestaande	
Gand : C.P.A.S. — Gent : O.C.M.W. De Byloke	587	—
	Lits en remplacement d'existants. Bedden ter vervanging van bestaande	
Gand. — Gent : M. Middelaers	384	—
	Lits en remplacement d'existants. Bedden ter vervanging van bestaande	
Hasselt : O.C.M.W. Virga Jesse	+15 N	—15 E
Oostende : Royal Astrid	+186 S	—201 S
Overpelt : M.S.-kliniek	+30 S	—30 V
Sint-Truiden : Sint-Anna	+24 R + 10 D	—28 C — 24 E
Sint-Truiden : Sint-Jozef	+24 R	—13 E — 1 C — 10 M
Furnes. — Veurne : Sint-Augustinus	+30 A	—30 E
	+24 R	—22 E — AM — 1 D
Zottegem : Sint-Elisabeth	26	—
	Lits en remplacement d'existants. Bedden ter vervanging van bestaande	

Etablissement — Instelling	Lits attribués Toegekende bedden	Réduction compensatoire Compenserende vermindering
Buizingen : Roos der Koningin	+25 V	—25 Sana
Tongeren : Onze-Lieve-Vrouw	+20 R	—20 E
Waregem : Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes	+24 M	—24 M
Antwerpen : Louise Marie	+28 C + 24 R	—68 E
Huy : C.P.A.S.	+13 C	—5 M — 8 E
Malmedy : C.P.A.S.	103	—
	Lits en remplacement d'existants. Bedden ter vervanging van bestaande	
Mouscron : Refugié	121	—
	Lits en remplacement d'existants. Bedden ter vervanging van bestaande	
Nivelles : Hôpital	+18 E	—3 C — 8 D — 5 M
Seraing : Bois de l'Abbaye	+60 C	—60 V
Suppression restante. — <i>Resulterende afbouw</i>	—	—65 lits/bedden

Le deuxième tableau montre qu'on a mis en service $\pm$ 1 900 nouveaux lits. Ce chiffre est toutefois inférieur à celui des lits d'hôpitaux supprimés. Un certain nombre de dossiers de reconversion sont encore à l'examen.

Pour ce qui est des mesures concernant les personnes hospitalisées pour une longue durée, le Ministre déclare que les services R. ont été conçus dès le départ en vue de répondre aux besoins gériatriques des personnes âgées. Dans certains cas, ces services ont évolué dans le sens de services de rééducation. Or, la rééducation non-gériatrique devrait, en fait, être considérée comme un service d'hôpital et être intégrée dans un hôpital. A ce moment-là, le service G. serait un véritable service gériatrique fonctionnant sous la direction d'un gériatre. Cela n'implique nullement que les hôpitaux n'ayant pas de service G. doivent avoir à leur service un spécialiste en gériatrie.

Selon le Ministre, les services G. doivent être conçus pour les personnes âgées et doivent veiller à leur rééducation.

La durée d'hospitalisation devrait dès lors être assez courte. Il faut toutefois constater que les patients hospitalisés dans les services G. y restent longtemps, souvent sous la pression de la famille, et ce pour des raisons non pas médicales mais financières.

Le Ministre tente de mettre au point une réglementation prévoyant qu'après un certain délai et sauf avis contraire des médecins-conseils, l'intervention de l'I.N.A.M.I. est limitée au montant des interventions allouées dans les maisons de soins, de manière qu'il n'y ait plus aucun avantage (financier) à maintenir un patient plus longtemps qu'il ne faut à l'hôpital.

De cette manière, les hôpitaux modernes seraient équipés d'un service G. et il ne resterait plus qu'un nombre limité

Uit de tweede tabel blijkt dat $\pm$ 1 900 nieuwe bedden in gebruik werden genomen maar die nieuwe openingen werden meer dan gecompenseerd door sluitingen van bestaande ziekenhuisbedden. Een aantal dossiers betreffende de reconversie zijn nog in behandeling.

Wat de maatregelen t.a.v. personen met lange hospitalisatie duurt betreft, verklaart de minister dat de R.-diensten van in het begin tot doel hadden tegemoet te komen aan de geriatrie noden van bejaarden. In sommige gevallen zijn die diensten geëvolueerd naar revalidatiediensten terwijl de niet-geriatrie revalidatie in feite zou moeten worden beschouwd als een dienst van het ziekenhuis en er in geïntegreerd worden. De G.-dienst zou dan een eigenlijke geriatrie dienst worden die zou werken met een geriater. Dat wil niet zeggen dat de ziekenhuizen zonder G.-dienst ook een specialist in geriatrie in dienst moeten hebben.

De G.-diensten moeten volgens de Minister bestemd zijn voor bejaarden en dienen voor de revalidatie van die personen.

De verblijfsduur zou derhalve vrij kort moeten zijn. Er dient evenwel te worden vastgesteld dat de patiënten lange tijd in de G.-diensten verblijven, vaak onder druk van de familie en niet om medische maar om financiële redenen.

De Minister tracht een regeling uit te werken waardoor, eenmaal een bepaalde termijn overschreden en behoudens andersluidend advies van de adviserende geneesheren, de tegemoetkoming van het R.I.Z.I.V. beperkt zou worden tot het bedrag van de tegemoetkoming in de verzorgingstehuizen zodat er geen (financiële) reden meer zou zijn om langer dan nodig in het ziekenhuis te blijven.

Op die wijze zou men G.-diensten hebben in de recente ziekenhuizen en zouden er slechts een beperkt aantal V.-dien-

de services V. dans les hôpitaux de soins post-hospitaliers. Le Ministre a demandé au Conseil national des hôpitaux d'émettre un avis à ce sujet et il croit savoir qu'un consensus est en train de se dégager sur ce problème.

Le Ministre déclare ensuite qu'étant donné l'évolution des besoins, il faut consacrer, dans le cadre de l'organisation hospitalière, des moyens accrus aux maisons de repos et de soins.

Le Ministre rappelle enfin qu'il a déclaré qu'on tentera d'instaurer en 1985, un nouveau système de financement dans le cadre duquel il sera tenu compte, pour la fixation du prix de la journée d'entretien :

- des investissements qui seraient financés indépendamment du prix de la journée d'entretien;
- des soins effectifs qui seraient également pris en considération isolément;
- des dépenses des services généraux.

On tentera d'arriver, dans le cadre de ce système, à des prix de journées d'entretien comparables pour des hôpitaux se trouvant dans des situations similaires. L'élément décisif sera celui des soins réels. Le système des enveloppes serait maintenu.

Le Conseil supérieur des hôpitaux a été invité à émettre un avis au sujet du nouveau système de financement. Le Ministre espère que la nouvelle réglementation pourra être appliquée à partir de 1985.

3. Les hôpitaux psychiatriques

Un membre estime que les possibilités d'hospitalisation en hôpital psychiatrique sont trop limitées. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des cas de sclérose cérébrale. Les établissements psychiatriques refusent d'accueillir les patients atteints de ce mal. Du coup, ceux-ci sont hospitalisés dans des services V et R où ils ne sont en fait pas à leur place. Il ne peuvent pas non plus être soignés à domicile (car ils constituent un danger pour eux-mêmes et pour autrui).

Un autre membre souligne également que la psychiatrie reste un grave problème.

A l'insuffisance des possibilités d'hospitalisation s'ajoutent les difficultés dues à la communautarisation.

L'intervenant cite l'exemple d'un hôpital psychiatrique situé à Liège et qu'il faut fermer.

La ville de Liège souhaite transformer cet hôpital en maison de retraite. Ces institutions relèvent toutefois de la compétence des communautés; l'autorité compétente de la communauté a toutefois déjà fait savoir qu'elle n'a pas d'argent.

Le Ministre déclare qu'il enverra dans les prochains jours une circulaire concernant la psychiatrie et en particulier le démantèlement de la psychiatrie de type ancien (dépassé).

sten overblijven in de ziekenhuizen voor voortgezette verzorging. De Minister heeft hierover het advies van de Nationale Raad voor de ziekenhuizen gevraagd en hij meent te weten dat rond dit probleem een consensus groeit.

De Minister verklaart voorts dat in het ziekenhuiswezen, gelet op de evolutie van de behoeften, meer middelen moeten worden vrijgemaakt voor de rust- en verzorgingstehuizen.

De Minister herinnert tenslotte aan zijn verklaring dat getracht zal worden in 1985 tot een nieuw financieringssysteem te komen waarbij, voor de berekening van de ligdagprijs, rekening zal worden gehouden met :

- de investeringen, die los van de ligdagprijs zouden gefinancierd worden;
- de eigenlijke verzorging die eveneens zou geïsoleerd worden, en
- de uitgaven voor de algemene diensten.

Daarbij zal gepoogd worden tot vergelijkbare ligdagprijzen te komen voor ziekenhuizen die zich in vergelijkbare situaties bevinden. Het doorslaggevend element zal zijn de eigenlijke verzorging. Het enveloppesysteem zal behouden blijven.

Over het nieuwe financieringssysteem werd het advies van de Hoge Raad voor de ziekenhuizen gevraagd. De Minister hoopt dat de nieuwe regeling vanaf 1985 zal kunnen worden toegepast.

3. De psychiatische ziekenhuizen

Een lid is van oordeel dat er een tekort is aan opname-mogelijkheden in de psychiatische ziekenhuizen. Door de veroudering van de bevolking stijgt het aantal gevallen van cerebrale sclerose. De psychiatische instellingen weigeren deze patiënten op te nemen. Gevolg hiervan is dat ze in V- en R-diensten worden opgenomen, waar ze eigenlijk niet thuishoren. Ook thuis kunnen zij niet verzorgd worden (betekenen een gevaar voor zichzelf en voor de omgeving).

Een ander lid wijst er eveneens op dat de psychiatrie een groot probleem blijft.

Naast het tekort aan opnamemogelijkheden zijn er dan nog de moeilijkheden veroorzaakt door de communautarisering.

Spreker haalt het voorbeeld aan van een psychiatrisch hospitaal te Luik dat moet worden gesloten.

De stad Luik wenst dit ziekenhuis om te vormen tot een bejaardenhuis. Zulke instellingen vallen evenwel onder de bevoegdheid van de gemeenschappen; de bevoegde gemeenschapsinstantie heeft evenwel reeds laten weten dat er geen geld beschikbaar is.

De Minister verklaart dat er eerstdaags een circulaire zal verschijnen met betrekking tot de psychiatrie, meer bepaald betreffende de afbouw van de psychiatrie in zijn oude —

Le nombre des patients entrés en psychiatrie en 1977 (dans la plupart des cas des personnes âgées atteintes d'affections chroniques) serait peu à peu réduit et l'on en arriverait alors progressivement à la programmation.

Le Ministre fait ensuite observer qu'une évolution est en cours dans le secteur psychiatrique. On a connu l'époque où les malades psychiatriques étaient quasiment condamnés à rester dans un établissement. Les méthodes modernes de traitement permettent à bon nombre de patients de quitter l'hôpital après quelque temps. De plus, d'autres formes d'accueil sont nées, comme le logement protégé. Tout cela a abouti à la situation suivante : moins de malades chroniques sont admis dans les hôpitaux psychiatriques et il a été convenu avec le secteur de réduire progressivement le nombre des lits pour en arriver à la programmation prévue en 1978.

Toutefois se pose simultanément le problème des nouveaux malades chroniques ou, en d'autres termes, celui de la sénilité (augmentation annuelle de 2 p.c.). Comme il s'agit de personnes très âgées, le temps de leur séjour à l'hôpital ne sera pas aussi long que celui des anciens malades chroniques. Dans le secteur psychiatrique, de même que dans les maisons de repos et de soins, il faudra réserver un certain nombre de lits pour résoudre ce problème.

Comme en d'autres occasions, un membre attire l'attention sur le fait que des personnes qui sont admises définitivement dans un établissement psychiatrique et qui sont complètement à charge de l'assurance maladie, continuent à recevoir les prestations de la sécurité sociale, telles que les pensions. Ces sommes sont gérées par l'administrateur provisoire et remises aux héritiers après le décès des patients. Il s'agit parfois de montants phénoménaux. L'intervenant exprime une fois de plus le souhait qu'on retienne davantage sur ce qui provient de la sécurité sociale : cela permettrait d'épargner des centaines de millions.

Un autre membre s'exprime dans le même sens. Il y a de nombreux abus, surtout dans les services V et les hôpitaux psychiatriques.

Le Ministre reconnaît que cette situation est réelle. Elle se vérifie dans les différents hôpitaux. Par contre, la gratuité des soins n'est pas assurée en maison de repos. Le résultat de cette différence de traitement est que la famille exerce une pression sur le médecin pour faire admettre ou garder les malades dans les hôpitaux.

Le Ministre rappelle les mesures qu'il a déjà exposées et plus particulièrement son intention de ramener l'intervention pour hospitalisation, une fois que celle-ci atteint une certaine durée, au niveau de l'intervention en maison de repos ou de soins.

Actuellement, des montants importants sont dépensés pour soigner un petit nombre de personnes âgées dans des hôpitaux, alors que rien n'est fait pour la majeure partie des personnes âgées. Le Ministre espère en arriver à une meilleure répartition des moyens.

(achterhaalde) vorm. Het patiëntenbestand van vóór 1977 (meestal oudere chronici) zou geleidelijk worden afgebouwd om zo geleidelijk aan tot de programmatie te komen

De Minister merkt vervolgens op dat er in de psychiatrische sector een evolutie aan de gang is. Men heeft de toestand gekend waarbij psychiatrische patiënten bijna gedoemd waren om in een instelling te blijven. De moderne behandelingsmethoden maken het mogelijk dat heelwat patiënten na enige tijd het ziekenhuis kunnen verlaten. Bovendien zijn er ook andere opvangvormen, zoals het beschut wonen, ontstaan. Dit alles heeft er toe geleid dat minder chronici in de psychiatrische ziekenhuizen worden opgenomen en dat met de sector is afgesproken het aantal bedden geleidelijk te verminderen om te komen tot de programmatie bepaald in 1978.

Tegelijk ontstaat evenwel het probleem van de nieuwe chronici of m.a.w. dat van de seniliteit (jaarlijkse stijging van 2 pct.). Aangezien het gaat om hoog bejaarden zal de tijd dat zij in het ziekenhuis verblijven niet zo lang zijn als die van de vroegere chronici. In de psychiatrische sector, maar ook in de rust- en verzorgingssector zullen een aantal bedden moeten worden vrijgehouden om dit probleem op te vangen.

Zoals bij vorige gelegenheden vestigt een lid er de aandacht op dat personen die definitief in een psychiatrische instelling worden opgenomen en die volledig ten laste zijn van de ziekteverzekering, de sociale zekerheidsuitkeringen, zoals pensioen, blijven ontvangen. Die gelden worden beheerd door de voorlopige beheerder en na het overlijden van de patiënten, overgemaakt aan de ergenamen. Het gaat hier soms om fenomenale bedragen. De intervenant drukt eens te meer de wens uit dat een groter bedrag zou worden afgehouden van hetgeen van de sociale zekerheid komt. Daardoor zouden honderden miljoenen kunnen worden bespaard.

Een ander lid spreekt in dezelfde zin. Er zijn heel wat misbruiken, vooral in de V-diensten en de psychiatrische ziekenhuizen.

De Minister geeft toe dat de situatie waarvan gewag wordt gemaakt inderdaad bestaat. Zij doet zich voor in de verschillende ziekenhuizen. Van de andere kant is het zo dat in de rusthuizen, de kosteloze verzorging niet wordt verzekerd. Die ongelijke behandeling heeft tot gevolg dat door de familie druk wordt uitgeoefend op de geneesheren om patiënten in ziekenhuizen te doen opnemen of te houden.

De Minister herinnert aan de maatregelen die hij reeds heeft toegelicht en meer bepaald zijn voornemen om de tegemoetkoming voor hospitalisatie, na het verstrijken van een bepaalde ligduur, terug te brengen tot het peil van die van het rust- of verzorgingstehuis.

Momenteel is het zo dat grote bedragen worden besteed voor de verzorging van een klein aantal bejaarden in ziekenhuizen terwijl voor de grootste groep van bejaarden niets wordt gedaan. De Minister hoopt tot een betere verdeling van de middelen te komen.

4. Les hôpitaux publics

Un commissaire attire l'attention sur le fait que l'endettement forme un poste important dans le déficit des hôpitaux publics. Selon une information du département de la Santé publique, un recul de la dette aura une influence sur le prix de la journée d'entretien (dette inférieure, prix de la journée d'entretien moins élevé). Les gestionnaires d'hôpitaux qui font un effort pour réduire le passif se verront donc en fait pénalisés.

Le même membre demande aussi où en est la mise au point du statut du médecin hospitalier.

Un autre membre fait observer que les mesures gouvernementales relatives à la politique hospitalière sont prises au sérieux par les C.P.A.S. C'est ainsi que le C.P.A.S. de Liège a décidé d'instaurer la semaine des 38 heures, à côté d'autres mesures d'assainissement. Dans la région liégeoise, des discussions sont en cours entre les différents hôpitaux. On attend un prêt à l'hôpital universitaire de Liège. L'octroi de celui-ci accélérerait l'assainissement des hôpitaux du C.P.A.S. de Liège.

Pour un autre membre, il faut examiner les conséquences des plans d'assainissement pour les hôpitaux publics. Dans une première phase, l'assainissement a été supporté par les médecins hospitaliers. Sur ce plan, il y a des limites qui sont actuellement atteintes.

Le membre estime ensuite qu'il y a un manque de spécificité des hôpitaux, plus spécialement dans les régions où les normes de programmation ne sont pas dépassées (Limbourg). Les mesures linéaires y ont un effet défavorable. Il souhaite qu'on en tienne compte.

Un dernier membre demande quelle est l'évolution des déficits que l'on fait supporter par les communes situées dans la zone d'attraction d'un hôpital public. Il demande aussi si l'on perçoit l'effet des économies dans l'évolution des frais.

Le Ministre répond que les déficits des hôpitaux publics ont évolué comme suit :

1977 : 3 009 109 976;
1978 : 3 673 611 713;
1979 : 4 476 608 948;
1980 : 5 773 953 852;
1981 : 6 808 472 783.

Le graphique figurant à l'annexe I donne une répartition de ces déficits entre les trois régions.

Le Ministre rappelle que les hôpitaux en déficit ont été obligés d'établir un plan d'assainissement qui doit leur permettre de retrouver l'équilibre en 1988.

Pour le moment, 113 hôpitaux de C.P.A.S. ont remis un plan, 6 hôpitaux ont obtenu un délai; 2 hôpitaux en déficit n'ont pas encore déposé de plan.

4. De openbare ziekenhuizen

Een commissielid wijst erop dat de schuldenlast een belangrijke post vormt in het tekort van de openbare ziekenhuizen. Luidens een mededeling van het departement van Volksgezondheid zal een daling van de schuld invloed hebben op de ligdagprijs (lagere schuld, kleinere ligdagprijs). De ziekenhuisbeheerders die een inspanning doen om de schuld te verminderen worden dus in feite gestraft.

Dezelfde spreker vraagt ook nog hoe ver het staat met de uitwerking van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer.

Een ander lid merkt op dat de regeringsmaatregelen i.v.m. het ziekenhuisbeleid door de O.C.M.W.'s ernstig worden genomen. Zo heeft het O.C.M.W. van Luik beslist de 38-uren week in te voeren, naast andere saneringsmaatregelen. Op regionaal vlak zijn er te Luik besprekingen gaande tussen verschillende ziekenhuizen. Men wacht op een lening voor het universitair ziekenhuis van Luik. De toekenning daarvan zou de sanering van de O.C.M.W.-ziekenhuizen van Luik bespoedigen.

Volgens een ander lid moet worden nagegaan wat de gevolgen zijn van de saneringsplannen voor de openbare ziekenhuizen. In een eerste stadium is de sanering afgewenteld geworden op de ziekenhuisgeneesheren. Op dat vlak zijn er grenzen die momenteel zijn bereikt.

Het lid meent voorts dat er een gebrek is aan specificiteit van de ziekenhuizen, meer bepaald in de streken waar de programmatienormen niet worden overschreden (Limburg). In die gebieden werken de lineaire maatregelen nadelig. Hij wenst dat daarmee rekening wordt gehouden.

Een laatste spreker vraagt wat de ontwikkeling is van de tekorten die worden verhaald op de gemeenten die in de attractiezone liggen van een openbaar ziekenhuis. Hij vraagt ook of men een besparingseffect ziet in de ontwikkeling van de kosten.

De Minister antwoordt dat de tekorten van de openbare ziekenhuizen als volgt zijn geëvolueerd :

1977 : 3 009 109 976;
1978 : 3 673 611 713;
1979 : 4 476 608 948;
1980 : 5 773 953 852;
1981 : 6 808 472 783.

De grafiek opgenomen in bijlage I, geeft een verdeling van die tekorten over de drie gewesten.

De Minister brengt in herinnering dat de ziekenhuizen met een tekort werden verplicht een saneringsplan op te stellen dat het moet mogelijk maken in 1988 uit de rode cijfers te geraken.

Momenteel hebben 113 O.C.M.W. ziekenhuizen een plan ingediend, 6 ziekenhuizen hebben uitstel gekregen; 2 ziekenhuizen, met een deficit, hebben nog geen plan ingediend.

Le Ministre a approuvé un premier plan d'assainissement et prévu des sanctions pour les communes qui ne mettraient pas en œuvre le plan d'assainissement. De même, il a arrêté les pourcentages en vue de définir la zone d'attraction des hôpitaux (voir le tableau de l'annexe II).

Le Ministre n'est pas d'accord avec ceux qui prétendent que la politique en matière de prix de la journée d'entretien pour les hôpitaux publics diffère de celle s'appliquant aux hôpitaux privés.

Cette politique est la même pour tous les hôpitaux et tous devraient en arriver à l'équilibre en s'en tenant au prix de la journée d'entretien; d'où l'obligation faite aux hôpitaux publics de réaliser cet équilibre.

Les hôpitaux ont été obligés d'affecter le produit de la modération salariale à l'emploi. De plus, des projets de convention de travail à temps partiel ont été établis et un système de primes a été mis au point pour les hôpitaux qui instaurent un régime de travail à temps partiel.

Un membre de la Commission, se référant à ce qu'a dit le Ministre dans son exposé à propos du contrôle par le médecin-conseil de la durée d'hospitalisation (point V, 4), estime que ce contrôle ne peut aller jusqu'à porter atteinte à la liberté thérapeutique du médecin hospitalier. Ce dernier, qui n'a déjà pas de statut, risque aussi de perdre sa liberté.

B. Convention médico-mutualiste

Répondant à un membre le Ministre signale que les mutuelles ont dénoncé la convention médico-mutualiste. Il reste partisan d'une telle convention, qui doit toutefois tenir compte des contraintes d'ordre budgétaire (effort des médecins et des auxiliaires paramédicaux jusqu'à concurrence de 10,8 milliards).

Le Ministre présume que les discussions en vue d'une nouvelle convention porteront aussi sur le statut du médecin hospitalier.

C. Soins aux personnes âgées

Un membre demande quels sont les soins journaliers dispensés dans les maisons de soins que l'A.M.I. prend à sa charge.

Le Ministre répond que l'intervention de 623 francs couvre :

- les soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier, des soigneuses et des gardes-malades et assimilés;
- les prestations de kinésithérapie effectuées par les prestataires de soins qui sont compétents pour les effectuer;
- l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte en vue de la réactivation, la revalidation et la réintégration sociale.

Un autre membre aborde le problème des soins à domicile qu'on dit générateurs d'économies. Il a l'impression

De Minister heeft een eerste saneringsplan goedgekeurd en sancties voorzien voor de gemeenten die het saneringsplan niet zouden uitvoeren. Tevens werden de percentages vastgelegd die de attractiezone van de ziekenhuizen moeten bepalen (zie tabel in bijlage II).

De Minister is het niet eens met degenen die beweren dat het beleid inzake de ligdagprijs voor de openbare ziekenhuizen verschilt van dat voor de particuliere ziekenhuizen.

Dat beleid is voor alle ziekenhuizen hetzelfde en alle ziekenhuizen zouden met die ligdagprijs tot een evenwicht moeten komen; vandaar ook de verplichting opgelegd aan de openbare ziekenhuizen om dat evenwicht te realiseren.

De ziekenhuizen werden verplicht de opbrengst van de loonmatiging aan te wenden voor de tewerkstelling. Daarbij werden D.A.C.-projecten opgezet en werd een premiestelsel uitgewerkt voor de ziekenhuizen die een part-time-regeling invoeren.

Een commissielid, verwijzend naar hetgeen de Minister in zijn uiteenzetting heeft gezegd over de controle door de geneesheer-adviseur m.b.t. de ligduur (punt V, 4), is van oordeel dat die controle niet zo ver mag gaan dat de therapeutische vrijheid van de ziekenhuisgeneesheer wordt aangetast. Deze laatste heeft al geen statuut, nu dreigt hij ook nog zijn vrijheid te verliezen.

B. Conventie Artsen-Ziekenfondsen

Op de vraag van een lid, antwoordt de Minister dat de conventie artsen-ziekenfondsen door de ziekenfondsen werd opgezegd. De Minister blijft voorstander van zulk een conventie die evenwel rekening moet houden met contraintes van de begroting (inspanning van medici en paramedici ten belope van 10,8 miljard).

De Minister vermoedt dat bij de besprekingen over de conventie ook het statuut van de ziekenhuisgeneesheer aan de orde zal zijn.

C. Bejaardenzorg

Een lid vraagt welke dagelijkse zorgen in de verzorgingshuizen door de Z.I.V. ten laste worden genomen.

De Minister antwoordt dat in de tegemoetkoming van 623 frank begrepen zijn :

- De verzorging verleend door verpleegkundigen, verzorgsters en ziekenopppers en gelijkgestelden;
- de kinesitherapeutische verstrekkingsen verleend door de hiertoe bevoegde zorgenverstrekkers;
- de bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en elke handeling tot reactivatie, revalidatie en sociale integratie.

Een ander lid handelt over het probleem van de thuisverzorging waarvan gezegd wordt dat zij kostenbesparend is. Hij

qu'on ne dispose pas des moyens nécessaires pour les organiser ou, en tout cas, qu'on ne désire pas utiliser les moyens dont on dispose pour réaliser une telle politique. On constate également en la matière un manque de coordination avec les Communautés qui sont partiellement compétentes en la matière. En ce qui concerne les soins à domicile, l'aide médicale n'est pas seule à jouer un rôle. D'autres services sont également concernés (aide aux personnes âgées). Ces services sont soumis à des mesures de restriction alors qu'ils font l'objet d'une demande accrue. L'aide à domicile stagne donc en fait et ce, en dépit des promesses et des déclarations faites en la matière.

L'intervenant demande enfin qu'un effort spécial soit fait en faveur de la catégorie des personnes âgées démentes.

Le Ministre concède qu'il y a un problème de coordination. Il cherche une formule qui permette d'organiser l'aide médicale urgente dans le cadre des soins de santé primaires et souhaite, d'autre part, consacrer une part des ressources libérées aux soins à domicile dans le cadre des soins aux personnes âgées.

Un commissaire constate que les personnes admises dans les maisons de soins doivent toujours remplir deux conditions (aide et soins hospitaliers au niveau des activités vitales). Qu'advient-il de celles qui ne remplissent qu'une de ces conditions et qui ont besoin de soins ?

Le même intervenant est d'accord avec ce qui a déjà été dit au sujet des abus notés dans les hôpitaux psychiatriques. Le Ministre a indiqué les mesures qu'il prendra, mais qu'advient-il de personnes qui n'ont pas beaucoup de ressources ou qui n'en ont pas ?

Se référant au tableau concernant les déficits des hôpitaux publics, l'intervenant demande quelle est la situation des hôpitaux privés dont les obligations ne sont pas les mêmes que celles des hôpitaux publics, mais qui n'en reçoivent pas moins les mêmes subsides. Où en est-on en matière de respect des normes ? Qu'en est-il des prix qui y sont pratiqués ?

Il faut comparer ce qui est comparable. L'intervenant estime que l'adage « qui trop embrasse mal étreint » s'applique au Ministre. Il craint que le Ministre ne veuille procéder à un certain nombre de réformes sans être conscient de toutes les conséquences qu'elles impliquent pour les patients, le personnel et les prestataires de soins médicaux.

Le Ministre répond que la situation actuelle en matière de soins aux personnes âgées est injuste et intenable. Il est convaincu en outre que l'hôpital n'est pas le lieu approprié à la dispensation de soins aux personnes âgées.

Bien des personnes hospitalisées dans les services V ne répondent pas aux critères prévus et devraient être placées dans des maisons de repos ou soignées à domicile.

Le Ministre est conscient du fait que la nature des soins aux personnes âgées dépend entre autres de la relation financière de celles-ci avec leur famille. Il faut en arriver à une situation dans laquelle les soins dont bénéficient les per-

heeft de indruk dat de middelen daarvoor niet voorhanden zijn of dat men ze niet wenst te gebruiken om zulk een beleid te verwezenlijken. Op dat vlak is er ook een gebrek aan coördinatie met de gemeenschappen die ten dele bevoegd zijn. In verband met de thuisverzorging speelt niet alleen de geneeskundige hulp een rol; er zijn ook andere diensten (bejaardenhulp). Deze diensten worden beknot terwijl de vraag er naar stijgt. De hulpverlening thuis stagneert dus in feite, ondanks de beloften en verklaringen terzake.

Spreker vraagt ten slotte een bijzondere inspanning voor de categorie van de demente bejaarden.

De Minister geeft toe dat er een probleem van coördinatie is. Hij zoekt enerzijds naar een formule om de dringende geneeskundige verzorging vanuit de eerste lijn te organiseren en anderzijds wenst hij, in het kader van de bejaardenzorg, een deel van de middelen die vrijkomen, aan te wenden voor thuisverzorging.

Een commissielid constateert dat de personen die in verzorgingstehuizen worden opgenomen nog steeds aan twee voorwaarden moeten voldoen (verpleegkundige zorg en hulp op het stuk van de noodzakelijke levensactiviteiten). Wat gebeurt er met degenen die slechts één voorwaarde vervullen en verzorging behoeven ?

Hetzelfde lid is het eens met hetgeen reeds werd gezegd over de mistoestanden in de psychiatrische ziekenhuizen. De Minister heeft aangegeven welke maatregelen hij zal nemen, maar wat zal er gebeuren met degenen die geen of bijna geen inkomsten hebben ?

Verwijzend naar de tabel m.b.t. de deficits van de openbare ziekenhuizen, vraagt de spreker wat de toestand is in de privé-ziekenhuizen die niet dezelfde verplichtingen hebben als de openbare, maar die evenveel subsidies ontvangen. Hoe ver staat het met de naleving van de normen? Quid met de prijzen die er worden gevraagd ?

Men dient te vergelijken wat vergelijkbaar is. De intervenant meent dat het gezegde « Qui trop embrasse mal étreint » op de Minister van toepassing is. Zij vreest dat de Minister een aantal hervormingen wil doorvoeren zonder alle gevolgen voor de patiënten, het personeel en de verstrekkers van geneeskundige verzorging te overzien.

De Minister antwoordt dat de huidige toestand, wat de bejaardenzorg betreft, onrechtvaardig en niet langer houbaar is. Bovendien is hij overtuigd dat het ziekenhuis niet de passende instelling is voor de verzorging van bejaarden.

Heel wat personen die in de V-diensten verblijven beantwoorden niet aan de criteria en zouden in rusthuizen moeten worden ondergebracht of thuis worden verzorgd.

De Minister is er zich van bewust dat de aard van de verzorging van de bejaarden mede bepaald wordt door de financiële relatie met de familie. Men dient tot een situatie te komen waarbij de inkomsten van de bejaarde zelf in eerste

sonnes âgées soient couverts en première instance par leurs propres ressources. Lorsque leurs revenus sont insuffisants, il y a deux solutions possibles et toutes deux présentent des inconvénients :

- faire appel au C.P.A.S. (ce qui est le cas en fait dans les maisons de repos);
- fixer l'intervention A.M.I., en tenant compte des revenus de la personne âgée.

Le Ministre essaie de trouver une solution intermédiaire

Pour ce qui est de la comparaison entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, il déclare que les hôpitaux publics ont un certain nombre d'obligations, mais qu'ils bénéficient également de certains avantages. Il estime qu'il n'est pas possible de prévoir des systèmes de financement différents. C'est pourquoi il a prévu, dans l'arrêté royal qui oblige les hôpitaux publics à établir un plan d'assainissement, que certaines contraintes (notamment en ce qui concerne le statut du personnel) peuvent être assouplies.

D. Aide médicale urgente

Un commissaire fait observer que dans certaines régions l'entente entre les médecins n'est pas suffisante. Cela explique les difficultés qu'on rencontre en ce qui concerne l'introduction du « système d'appel approprié ».

Un autre intervenant estime que ce système peut être conçu de deux manières différentes. Il peut servir à alléger le travail des services 900; il peut également servir à éviter que certains hôpitaux spécialisés ne doivent s'occuper de cas bénins, c'est-à-dire à valoriser les soins de santé primaires. Dans ce dernier cas, il conviendrait toutefois de prendre un certain nombre de mesures de sécurité (cf. les agressions récentes) et de tenir compte également des difficultés que rencontrent les jeunes médecins célibataires pour ce qui est de l'organisation de leur service de garde.

Selon le Ministre, il est prévu de subventionner, à partir du 1^{er} janvier 1984, six services de soins médicaux urgents. L'objectif est d'arriver à ce que, grâce à la collaboration entre les médecins de famille et les services 900, les gens fassent moins souvent appel qu'auparavant aux hôpitaux et que l'accent soit mis davantage sur les soins dispensés sur place.

E. Les profils médicaux

En réponse à la question d'un membre concernant le recours au procédé des profils médicaux, le Ministre fournit un certain nombre de tableaux, repris dans l'annexe III.

Il fait aussi observer à ce propos que l'enquête concernant le personnel paramédical est plus avancée que celle concernant le personnel médical.

F. Mode de remboursement des spécialités et des préparations magistrales

Le Ministre répond à un membre qui a exprimé son inquiétude au sujet des modifications apportées à la régle-

instantie dienen voor de verzorging. Wanneer de bejaarde onvoldoende inkomsten heeft, zijn er twee mogelijke oplossingen, maar beide vertonen nadelen :

- beroep doen op het O.C.M.W. (wat in feite gebeurt in de rusthuizen);
- de Z.I.V.-tegemoetkoming bepalen, rekening houdend met het inkomen van de bejaarde.

De Minister tracht een middenoplossing te vinden.

Wat de vergelijking openbare - privé ziekenhuizen betreft repliceert de Minister dat de openbare ziekenhuizen een aantal verplichtingen hebben, maar ook een aantal voordelen. De Minister meent dat een verschillende financiering niet doenlijk is. Om die reden heeft hij in het koninklijk besluit dat de openbare ziekenhuizen verplicht een saneringsplan op te stellen, voorzien dat bepaalde constraints (met name inzake het personeelsstatuut) kunnen worden versoepeld.

D. Dringende geneeskundige hulpverlening

Een lid merkt op dat er op bepaalde plaatsen een gebrek aan verstandhouding onder de geneesheren is. Die toestand verklaart de moeilijkheden die worden ondervonden om « het aangepast oproepsysteem » in te voeren.

Volgens een ander lid zijn er twee manieren om dit systeem op te zetten. Het kan dienen als middel om de dienst 900 te ontlasten; het kan ook een middel zijn om te vermijden dat gespecialiseerde ziekenhuizen zich met kleinigheden moeten inlaten, of m.a.w. een middel om de functie van de eerste lijn te valoriseren. In dat geval dient men wel een aantal veiligheidsmaatregelen te treffen (cf. recente overvallen) en dient men ook oog te hebben de moeilijkheden waarmee jonge, niet gehuwde geneesheren te kampen hebben voor de organisatie van hun wachtdienst.

Volgens de Minister zullen vanaf 1 januari 1984 zes urgentiediensten voor dringende geneeskundige verzorging worden betoelaagd. Het is de bedoeling, door samenwerking tussen de huisartsen en de diensten 900, minder dan voorheen, een beroep te doen op de ziekenhuizen en meer de nadruk te leggen op de verzorging ter plaatse.

E. De medische profielen

Op de vraag van een lid naar de toepassing van het procédé van de medische profielen, verstrekt de Minister een aantal tabellen die opgenomen zijn in bijlage III.

De Minister merkt terzake nog op dat men voor de paramedici verder gevorderd is met het onderzoek dan voor de medici.

F. Terugbetalingsregeling voor de specialiteiten en de magistrale bereidingen

Aan een lid dat zijn ongerustheid heeft uitgesproken over de wijzigingen aangebracht in de bovenvermelde regeling,

mentation dans ce domaine, qu'au cours des mois de juillet et novembre il a été décidé qu'un certain nombre de spécialités ne seraient plus remboursées tandis que d'autres ont été classées dans une autre catégorie (c.s.).

Pour ce qui est de la suppression du remboursement de certaines spécialités, on s'est basé sur le répertoire commenté des médicaments, dans lequel on fait observer qu'il est permis de douter de l'utilité et de la nécessité d'un certain nombre de produits.

Le Ministre est conscient du fait que l'efficacité de la mesure dépendra en grande partie de l'attitude du médecin en matière de prescriptions. Il lancera une campagne d'information et attirera l'attention des médecins sur le fait qu'on recourt trop facilement à la prescription de médicaments. Le Ministre espère aussi que le relèvement du ticket modérateur influencera l'attitude des médecins en la matière.

Comme la mesure qui a notamment été prise dans un but d'économie ne servirait à rien si l'on remplaçait des spécialités par des préparations magistrales, il a été décidé qu'elle s'appliquera également à ces dernières.

Le Ministre fait observer également que l'objectif n'est pas de supprimer le remboursement des préparations magistrales, mais qu'il serait illogique de maintenir sur la liste des produits remboursables certaines préparations magistrales et de supprimer les spécialités correspondantes alors qu'elles coûtent moins cher. Voilà ce qui explique le parallélisme auquel on s'en tient dans le cadre de la mesure prise.

En Belgique, le nombre des préparations magistrales est plus élevé que dans les pays voisins. Selon le Ministre, cela est dû au système de remboursement qui veut qu'un certain nombre de produits ne soient remboursés que s'il s'agit de préparations magistrales. Le Ministre tente de mettre au point un système intermédiaire qui laisserait subsister la plupart des préparations magistrales.

Un commissaire se demande si l'introduction d'une catégorie c.s. est justifiée.

Il souligne qu'en Belgique il y a quelque 40 000 mineurs pensionnés qui ont travaillé au fond. Plus de 75 p.c. d'entre eux souffrent de bronchite chronique. Il y a également des travailleurs de l'industrie sidérurgique qui en souffrent.

Le Fonds des maladies professionnelles intervient certes, mais il est fort difficile aux travailleurs de l'industrie sidérurgique de faire reconnaître la bronchite chronique comme maladie professionnelle.

Mais le plus inquiétant c'est que les médicaments pour lesquels le Fonds devrait intervenir, ont été classés dans la catégorie c.s. Les travailleurs manuels précités sont donc le plus lourdement touchés.

L'intervenant demande encore au Ministre s'il est sûr que le relèvement du ticket modérateur est une bonne mesure en ce qui concerne les substances vénotropes, capillarotropes et les médicaments utilisés contre les troubles vasculaires périphériques et centraux comme l'hydergine et le sibélium. Il estime qu'il n'y a pas de surconsommation de ces produits et que leur utilité est prouvée s'ils permettent aux personnes

antwoordt de Minister dat in juli en november beslist werd dat een aantal specialiteiten niet meer zouden worden terugbetaald terwijl andere specialiteiten in een andere categorie werden ondergebracht (c.s.).

Voor de schrapping werd uitgegaan van het gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium waarin gesteld wordt dat aan het nut of de noodzakelijkheid van een aantal produkten kan worden getwijfeld.

De Minister geeft er zich rekenschap van dat de doeltreffendheid van de maatregel in grote mate zal afhangen van het voorschrijfgedrag van de geneesheer. Hij zal een informatiecampagne voeren en de geneesheer er op wijzen dat er al te gemakkelijk geneesmiddelen worden voorgeschreven. De Minister hoopt ook dat het hogere remgeld invloed zal hebben op het voorschrijfgedrag van de geneesheer.

Aangezien de maatregel die mede met het oog op besparingen werd getroffen, tot niets zou dienen als de specialiteiten zouden worden vervangen door magistrale bereidingen, geldt hij ook voor laatstgenoemde.

De Minister wijst er op dat het niet de bedoeling is de magistrale bereidingen te schrappen, maar het zou onlogisch zijn magistrale bereidingen te behouden en tegelijk de overeenkomstige specialiteiten, die bovendien goedkoper zijn, te schrappen. Vandaar het parallelisme in de maatregel.

In België is er een groter aantal magistrale bereidingen dan in de ons omliggende landen. De Minister heeft de indruk dat zulks te maken heeft met de terugbetalingsregeling ingevolge welke een aantal produkten alleen terugbetaald worden onder de vorm van magistrale bereiding. De Minister poogt een middenweg te behandelen waarbij het grootste aantal magistrale bereidingen blijft bestaan.

Een commissielid vraagt zich af of de invoering van een categorie c.s. wel rechtvaardig is.

De intervenant wijst erop dat er in België ongeveer 40 000 gepensioneerde mijnwerkers zijn die in de ondergrond hebben gewerkt. Meer dan 75 pct. lijdt aan chronische bronchitis. Ook werknemers uit de staalnijverheid lijden aan die ziekte.

Het Fonds voor beroepsziekten komt weliswaar tussen, maar voor de werknemers uit de staalnijverheid is het zeer moeilijk om de chronische bronchitis als beroepsziekte te doen erkennen.

Het meest verontrustend is nog dat de geneesmiddelen waarvoor het Fonds zou moeten tussenkomen, ondergebracht werden in de categorie c.s. De reeds vermelde handarbeiders worden dus het zwaarst getroffen.

Spreker vraagt voorts of de Minister wel overtuigd is dat de verhoging van het remgeld voor venotrope en capillartrope stoffen en voor geneesmiddelen gebruikt voor perifere en centrale vaatstoornissen zoals hydergine en sibélium, wel een goede maatregel is. Zij is van mening dat er voor die produkten geen overconsumptie is en wanneer het gebruik ervan tot resultaat kan hebben dat bejaarden langer in

âgées auxquelles ils sont dispensés de rester plus longtemps dans leur famille.

Par contre, s'il est établi que certains produits sont absolument inutiles, il serait préférable de les retirer tout simplement du marché.

L'intervenant termine en déclarant avoir l'impression que le Ministre prend des demi-mesures.

Le Ministre répond qu'il s'agit là d'un problème délicat. Il faut tenir compte des éléments suivants :

- les patients s'attendent à ce que le médecin prescrive des médicaments;

- les médecins cèdent trop facilement à cette attente;

- des priorités doivent être établies en ce qui concerne le remboursement par l'I.N.A.M.I.

Après avoir pris l'avis de l'I.N.A.M.I., le Ministre a dû réaliser un certain nombre de compromis. Il a souhaité supprimer certains produits classés dans la catégorie CS.

Le Ministre espère que les médecins, sachant que certains médicaments coûteront davantage aux malades, ne les prescriront que lorsque c'est vraiment nécessaire.

Il fait aussi observer que la consommation des médicaments en Belgique est supérieure à celle des autres pays.

Il estime qu'un certain nombre de produits ont été supprimés à juste titre.

Un autre membre est d'accord pour reconnaître que la consommation des médicaments est excessive, en tout cas dans certains groupes de la population. Il trouve qu'il faudra faire davantage d'efforts sur le plan de la prévention et de l'éducation sanitaire. Mais ce sont les Communautés qui sont compétentes en la matière. Il faut déplorer que ces dernières ne disposent pas de moyens suffisants pour mener une politique dans ce sens.

L'intervenant de même que plusieurs autres membres restent d'avis que la liste des médicaments (encore) susceptibles de remboursement, a été établie sans discernement. Ils s'étonnent tout autant de l'acceptation de certains médicaments que du refus d'autres.

Ils demandent si les médecins généralistes ont été consultés sur ces modifications.

Le Ministre confirme que les propositions en la matière ont été élaborées par le Conseil technique des spécialités pharmaceutiques et qu'en tout état de cause, le comité de gestion des soins de santé où sont représentés les médecins généralistes a avalisé ces propositions.

G. Laboratoires de biologie clinique

Interrogé par plusieurs membres sur l'application de l'arrêté royal n° 143, le Secrétaire d'Etat répond que le Gouvernement tend à modifier la date pour laquelle l'exploitant doit répondre aux conditions imposées et à la fixer au 31 décembre 1984.

gezinsverband kunnen blijven leven, hebben ze zeker hun nut bewezen.

Wanneer evenwel zou vaststaan dat bepaalde produkten volkomen nutteloos zijn, ware het beter ze gewoon uit de handel te nemen.

De intervenant zegt ten slotte de indruk te hebben dat de Minister halve maatregelen neemt.

De Minister antwoordt dat het hier om een delikaat probleem gaat. Men dient er rekening mee te houden dat :

- patiënten verwachten dat de geneesheer geneesmiddelen voorschrijft;

- de geneesheren te gemakkelijk toegeven aan die verwachting;

- prioriteiten moeten worden vastgesteld wat de terugbetaling door het R.I.Z.I.V. betreft.

De Minister heeft, na het R.I.Z.I.V. om advies te hebben gevraagd, een aantal compromissen moeten treffen. Bepaalde produkten ondergebracht in de categorie C.S. wenste hij te schrappen.

De Minister hoopt dat de geneesheren, wetende dat bepaalde geneesmiddelen voor de patiënten meer zullen kosten, slechts zullen voorschrijven wanneer zulks werkelijk noodzakelijk is.

De Minister merkt op dat het geneesmiddelengebruik in België hoger ligt dan in het buitenland.

Hij meent dat een aantal produkten terecht werd geschrapt.

Een ander lid is het er mee eens dat het geneesmiddelenverbruik, alleszins bij bepaalde bevolkingsgroepen, te hoog ligt. Hij vindt dat er een grotere inspanning zou moeten worden geleverd op het vlak van de preventie en de gezondheidsopvoeding. Daarvoor zijn evenwel de gemeenschappen bevoegd. Te betreuren valt dat deze laatste niet over voldoende middelen beschikken om een beleid in die zin te voeren.

Dit lid en andere leden blijven er bij dat de lijst van geneesmiddelen die (nog) voor terugbetaling in aanmerking komt, onoordeelkundig werd samengesteld. Hun verwondering geldt evenzeer voor sommige aanvaarde als voor sommige geweigerde geneesmiddelen.

Zij vragen of de huisartsen geraadpleegd werden over deze wijzigingen.

De Minister bevestigt dat de voorstellen ter zake werden uitgewerkt door de Technische Farmaceutische Raad en dat, alleszins, het Beheerscomité voor geneeskundige verzorging, waarin de huisartsen zijn vertegenwoordigd, zijn instemming heeft betuigd met die voorstellen.

G. Laboratoria voor klinische biologie

Op de vraag van enkele leden naar de toepassing van het koninklijk besluit nr. 143, antwoordt de Staatssecretaris dat de Regering ernaar streeft de datum, waartegen de exploitant moet voldoen aan de vereiste voorwaarden, te wijzigen en vast te stellen op 31 december 1984.

H. C.P.A.S.

Un membre se réfère à un ancien projet de loi modifiant la loi organique des C.P.A.S. Ce projet a été examiné à un très mauvais moment (période pré-électorale).

Il espère que le Secrétaire d'Etat reprendra certaines des modifications justifiées qui y étaient proposées maintenant que la situation est plus favorable.

Dans de nombreux C.P.A.S. on est en train de développer des initiatives visant à inclure l'information juridique dans les services fournis.

L'intervenant constate toutefois que les règles et conditions fixées en accord avec le barreau varient sensiblement d'une province à l'autre, surtout en matière :

- de remboursement des frais de déplacement des avocats stagiaires;
- de rémunération ou non des prestations de stagiaires.

L'intervenant souhaiterait que les réglementations soient uniformisées. Cette question relève-t-elle encore de la compétence de l'autorité nationale ?

Le Secrétaire d'Etat répond que certaines parties du projet, notamment en ce qui concerne les rapports C.P.A.S.-communes, ont été réalisées dans le cadre d'un arrêté de pouvoirs spéciaux; la concertation a entre autres été rendue obligatoire; les C.P.A.S. ont l'obligation, et non plus la simple faculté, de réclamer le remboursement des sommes allouées, à moins qu'une exception à cette règle ne soit justifiée par une décision motivée.

Ce qui n'a pas encore été réglé par la voie d'arrêtés de pouvoirs spéciaux sera soumis au Parlement.

En ce qui concerne la coopération entre les C.P.A.S. et le barreau, le Secrétaire d'Etat concède qu'il n'y a effectivement pas de critères uniformes. La situation actuelle relève de la compétence des Communautés. Le Parlement pourrait toutefois imposer des critères uniformes.

Un autre commissaire attire l'attention sur l'importance des dépenses des C.P.A.S. pour les finances communales. Il prend acte avec satisfaction de la déclaration selon laquelle les avances pour le minimex seront à l'avenir versées plus rapidement. D'autre part, les subsides normaux sont versés beaucoup trop tardivement; de ce fait des emprunts sont nécessaires et les déficits ne font qu'augmenter à cause des intérêts. Il insiste pour que les versements se fassent plus vite.

Il a appris par la presse que les arrêtés de pouvoirs spéciaux concernant les C.P.A.S. prévoient l'obligation pour ceux-ci de réclamer le remboursement de leurs interventions en faveur des indigents, aux membres de la famille de ces derniers qui sont tenus de leur verser des aliments. Il voudrait savoir si cela concerne toutes les interventions des C.P.A.S. Le versement du minimum de moyens d'existence constitue un droit !

H. O.C.M.W.

Een lid verwijst naar een vroeger ontwerp van wet tot wijziging van de organieke wet op het O.C.M.W. Dit ontwerp werd destijds behandeld op een heel ongunstig ogenblik (pre-electorale periode).

Hij hoopt dat de Staatssecretaris verantwoorde wijzigingen terug zal opnemen nu het ogenblik gunstiger is.

In vele O.C.M.W.'s is men bezig met initiatieven om rechtsinformatie te verschaffen als vorm van dienstverlening.

Het lid stelt echter vast dat de regels en voorwaarden, in afspraak met de balie, zo verschillend zijn van provincie tot provincie, vooral betreffende :

- terugbetaling van verplaatsingskosten aan advocaten-stagiairs;
- al of niet vergoeding van prestaties aan stagiairs.

Spreker zou eenvormige regelingen willen. Behoort dit nog tot de bevoegdheid van de nationale overheid ?

De Staatssecretaris antwoordt dat bij wijze van volmachtbesluit bepaalde delen van het ontwerp, meer bepaald betreffende de verhouding O.C.M.W.-gemeente, zullen worden gerealiseerd; onder meer is de concertatie nu verplicht gesteld; ook hebben O.C.M.W.'s nu de verplichting en niet langer de loutere mogelijkheid, terug te vorderen, tenzij een gemotiveerde beslissing genomen wordt om hierop een uitzondering te maken.

Wat nog niet via volmachtbesluiten geregeld is zal voor het Parlement gebracht worden.

In verband met de samenwerking O.C.M.W.-balies geeft de Staatssecretaris toe dat er inderdaad geen eenvormige criteria zijn. De nu bestaande toestand valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Wel zou het Parlement eenvormige criteria kunnen opleggen.

Een ander lid beklemtoont het belang van de O.C.M.W.-uitgaven voor de gemeentefinanciën. Met voldoening neemt hij er akte van dat voorschotten voor het bestaansminimum in de toekomst vlugger zullen uitbetaald worden. Anderdeels blijven de normale toelagen veel te lang uit, wat leningen noodzaakt en zodoende, via interesten, de tekorten vergroot. Hij dringt aan op versnelde uitbetaling.

Hij heeft via de pers vernomen dat de volmachtbesluiten i.v.m. het O.C.M.W. inhouden dat onderhoudsplicht zal moeten gevraagd worden. Hij vraagt of zulks slaat op alle O.C.M.W.-uitgaven. De uitbetaling van het bestaansminimum is toch een recht !

Il aborde la question des frais à charge des C.P.A.S. pour les camps de nomades. Il faut savoir que la province fait pression sur les communes pour qu'elles installent de tels camps. D'autre part, toutes les communes n'ont pas à supporter une telle charge. Il demande qu'on tienne compte de cet élément lors de la fixation des subventions aux C.P.A.S., au même titre que d'une maison de retraite, travailleurs sociaux, etc.

D'autres intervenants abordent également la question des remboursements réclamés par les C.P.A.S.

L'un d'eux se déclare en faveur d'une certaine souplesse en la matière afin d'éviter des disputes familiales. En tout cas, il faudrait limiter les demandes de remboursement aux parents au premier degré.

Un autre commissaire trouve également que réclamer le remboursement sur la base d'une obligation alimentaire est une chose pénible. Il se déclare favorable au caractère impératif de la mesure, mais il ne peut pas admettre que le C.P.A.S. attende, pour demander le remboursement, que l'intéressé soit décédé. Pourquoi ne pas prendre contact avec la famille dès le début au lieu de faire saisir par après la totalité de la succession ?

Le Secrétaire d'Etat note que la différence entre la législation sur le minimum de moyens d'existence et le revenu garanti et celle concernant les allocations aux handicapés réside dans le fait que la possibilité de réclamer le remboursement est expressément prévue dans certaines conditions par la loi sur le minimum de moyens d'existence et plus précisément à son article 13.

Que les remboursements puissent donner lieu à certaines difficultés est une chose évidente.

Le C.P.A.S. peut toutefois s'écarter de la règle du remboursement pour des raisons d'équité; cette possibilité sera prévue explicitement. En outre, il n'est permis de demander de remboursement total ou partiel que si les revenus des débiteurs d'aliments atteignent un certain niveau, compte tenu du nombre de personnes à charge.

Pour finir, un commissaire pose encore les questions suivantes :

— De quel recours dispose une maison de retraite privée contre un patient qui ne peut plus payer les frais au bout d'un certain temps ? Le recours au C.P.A.S. est intenable à long terme;

— En garantie du paiement des aliments, le C.P.A.S. fait parfois signer une déclaration l'autorisant à vendre éventuellement un bien immobilier dont le patient est propriétaire.

Comment le C.P.A.S. peut-il, en cas de conflit (par exemple lorsque les héritiers considèrent que l'estimation donnée par le Comité d'acquisition est trop basse), imposer l'application de l'accord conclu au départ ?

Hij brengt de kosten te berde die het O.C.M.W. heeft ten voordele van de bewoners van de nomadenkampen. Men bedenke dat de provincie de gemeente onder druk zet om zulke kampen in te richten. En niet alle gemeenten hebben zulke kampen tot last. Hij vraagt dat dit element in aanmerking zou genomen worden bij de berekening van de toelagen aan de O.C.M.W.'s. Er wordt wel rekening gehouden met het voorhanden zijn van een bejaardentehuis, maatschappelijke werkers e.a.m.

Andere leden handelen eveneens nog over de O.C.M.W.-terugvorderingen.

Een van hen pleit voor soepelheid terzake om familieruzies te vermijden. In elk geval zouden de terugvorderingen moeten beperkt blijven tot de verwantschap in de eerste graad.

Een ander commissielid beaamt dat de terugvordering op basis van onderhoudsplicht een pijnlijke zaak is. Hij is voorstander van verplichting doch anderzijds kan hij niet aannemen dat het O.C.M.W. met terugvorderen wacht totdat de betrokkene overleden is. Waarom niet van bij het begin de verwanten aanspreken i.p.v. achteraf de hele nalatenschap in beslag te nemen ?

De Staatssecretaris merkt op dat er een verschil is tussen de wet op het bestaansminimum, het gewaarborgd inkomen en de toelagen aan gehandicapten : in de wet op het bestaansminimum, nl. artikel 13, is de mogelijkheid tot terugvordering onder bepaalde voorwaarden uitdrukkelijk voorzien.

Dat er moeilijkheden kunnen ontstaan bij de terugvordering, is klaar.

Het O.C.M.W. mag echter afwijken van de regel tot terugvorderen om redenen van billijkheid; dat zal uitdrukkelijk voorzien worden. Daarenboven mag men slechts terugvorderen, geheel of gedeeltelijk, wanneer de inkomsten van de onderhoudsplichtigen een bepaald bedrag bereiken, waarbij nog rekening wordt gehouden met de personen ten laste.

Een lid stelt ten slotte nog volgende concrete vragen :

— Welk verhaal heeft een privé rustoord tegen een patiënt die na zekere tijd de kosten niet meer kan betalen ? Beroep doen op het O.C.M.W. is op de lange duur niet houdbaar.

— Als waarborg voor de betaling van het onderhoudsgeld laat het O.C.M.W. soms een verklaring ondertekenen volgens welke een onroerend goed, eigendom van een patiënt, mag worden verkocht.

Hoe kan het O.C.M.W., wanneer inmiddels geschillen zijn ontstaan (bijvoorbeeld erfgenamen vinden waarde geraamd door het Comité van aankoop te laag), de uitvoering van het voorafgaand akkoord afdwingen ?

Selon le Secrétaire d'Etat, il est difficile de répondre à ces questions lorsqu'on ne dispose pas de toutes les données concrètes, par exemple du contenu exact de la « déclaration » des intéressés.

— Il n'est pas possible de réclamer aux débiteurs d'aliments une intervention avec effet rétroactif.

— En cas de mauvaise volonté de la part des héritiers, le C.P.A.S. peut réclamer le remboursement à charge de la succession; selon les règles du droit civil, les frais d'entretien des cinq dernières années peuvent être recouvrés jusqu'à concurrence d'un montant égal à l'actif de la succession. Le C.P.A.S. peut aussi faire procéder à la vente.

En pareils cas, le mieux est de faire inscrire une hypothèque.

I. Minimum de moyens d'existence

Un membre attire l'attention sur la situation financière difficile des C.P.A.S. et des communes, du fait du retard mis par l'Etat à rembourser sa part dans le minimum de moyens d'existence.

De ce fait, les communes sont obligées d'emprunter à un taux d'intérêt élevé.

Dans le même ordre d'idées, un autre membre demande si les crédits supplémentaires, prévus dans l'amendement à l'ajustement du budget de 1983, apportent une solution définitive ou bien s'ils constituent un pas dans la bonne direction.

Un troisième intervenant trouve que le moment est venu de faire une évaluation de la législation sur le minimum de moyens d'existence. C'est surtout un assouplissement de la procédure qui s'impose.

Le Secrétaire d'Etat répond que l'amendement du Gouvernement tendant à l'octroi de crédits supplémentaires de 300 millions, constitue un pas dans la bonne direction; cette somme sera liquidée avant la fin de cette année aux C.P.A.S. dont les dossiers connaissent le retard le plus important.

Un arrêté royal est en préparation en vue de liquider au début de 1984 des avances pour l'année 1983 : cette avance sera calculée sur base des montants dus pour 1982.

Dans l'attente d'une solution définitive, cela permettra de mettre un terme aux difficultés des C.P.A.S. et des communes.

Il est exact qu'une évaluation est nécessaire. La procédure doit être simplifiée, car elle n'est pas adaptée au grand nombre des demandes qu'il faut traiter à l'heure actuelle.

J. Institut national des Victimes de guerre

Un membre rappelle qu'une loi a été votée récemment, qui porte de 2 à 3 le nombre des vice-présidents de l'institut.

Volgens de Staatssecretaris zijn deze vragen moeilijk te beantwoorden wanneer men niet over alle concrete gegevens beschikt, bijvoorbeeld wat er juist staat in de « verklaring » van de betrokkenen.

— Tussenkost vorderen van de onderhoudsplichtigen met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

— Ingeval de erfgenamen van slechte wil zijn, kan het O.C.M.W. terugvorderen ten laste van de nalatenschap; volgens regels van het burgerlijk recht kunnen onderhoudskosten van de vijf laatste jaren teruggevorderd worden tot een bedrag, gelijk aan het actief van de nalatenschap. Het O.C.M.W. kan tot verkoop doen overgaan.

Het best is in dergelijke gevallen een hypotheek te doen inschrijven.

I. Bestaansminimum

Een lid vestigt de aandacht op de moeilijke financiële situatie van de O.C.M.W.'s en van de gemeenten, door de achterstand van terugbetaling van het staatsaandeel in het bestaansminimum.

De gemeenten zijn daardoor verplicht tegen hoge intrest te lenen.

Daarbij aansluitend vraagt een ander lid of de bijkredieten, opgenomen in het amendement op de aanpassing van de begroting voor 1983, een definitieve oplossing brengt dan wel een stap in de goede richting betekenen.

Een derde intervenant vindt dat de tijd gekomen is om een evaluatie te maken van de wetgeving op het bestaansminimum. Vooral een versoepeling van de procedure is noodzakelijk.

De Staatssecretaris antwoordt dat het amendement van de Regering tot toekenning van 300 miljoen bijkredieten een stap in de goede richting is; die som zal nog dit jaar uitbetaald worden aan de O.C.M.W.'s wier dossiers de grootste achterstand kennen.

Een koninklijk besluit is voorbereid om begin 1984 voorschotten uit te betalen voor het jaar 1983 : voor de berekening van dit voorschot zal uitgegaan worden van de bedragen verschuldigd voor 1982.

In afwachting van een definitieve oplossing zal aldus toch een einde gemaakt worden aan de moeilijkheden van O.C.M.W.'s en gemeenten.

Het is juist dat een evaluatie noodzakelijk is. De procedure moet vereenvoudigd worden want zij is niet aangepast aan het groot aantal aanvragen dat in huidige tijden moet verwerkt worden.

J. Nationaal Instituut voor Oorlogsslachtoffers

Een lid brengt in herinnering dat onlangs een wet werd goedgekeurd waarbij het aantal ondervoorzitters van het instituut van 2 op 3 werd gebracht.

Cette modification a-t-elle eu pour conséquence de résoudre les difficultés ?

Un autre membre réclame la réouverture des délais pour l'obtention des statuts de reconnaissance nationale, aujourd'hui que le protocole avec les associations patriotiques touche à sa fin.

Le Secrétaire d'Etat répond que l'Institut national des victimes de guerre a déjà rendu un avis à propos de la nomination de trois vice-présidents. Ceux-ci aideront à réaliser davantage la fusion dans les faits comme dans les esprits. C'est un pas dans la bonne direction afin de permettre à l'institut de continuer à remplir ses missions, conjointement avec d'autres mesures en matière d'interventions pour soins de santé, qui sont actuellement en préparation.

K. Institut d'expertise vétérinaire

Interrogé à ce sujet, le Secrétaire d'Etat répond qu'il reste persuadé de la nécessité de créer cet institut. Le statut de parastatal A n'est plus en discussion; il y a un accord sur la coopération entre l'Agriculture et la Santé publique. Pour ce qui est de la création de l'institut, on a avancé quelque peu ces dernières semaines.

L. Lutte contre la drogue — Risques liés à la consommation de tabac et d'alcool ainsi qu'à l'abus d'antibiotiques

Un membre souhaite qu'on endigue le fléau de la drogue et qu'on ne mène pas une politique laxiste comme aux Pays-Bas.

De plus, le taux des risques inhérents à la consommation de tabac est ahurissant. Celle-ci devrait être restreinte ou interdite dans les locaux publics.

Enfin, il met en garde contre l'abus des antibiotiques, qui risque d'entraîner une accoutumance avec tous les risques que cela comporte lorsqu'on est atteint d'une affection sérieuse.

Un autre membre trouve qu'il y a un manque de cohérence entre la politique menée en matière de drogues, d'une part, et la libération de la consommation d'alcool, d'autre part.

On ne peut résoudre le problème de la drogue avec des moyens simples.

Il estime que le risque de résistance aux antibiotiques est lié, notamment, aux aliments médicamenteux pour les animaux, ce qui peut accroître leur résistance.

Le Secrétaire d'Etat répond qu'à propos de la drogue, il convient de ne pas oublier que les compétences sont réparties entre le pouvoir central et les Communautés. Nous cherchons à prendre des mesures sur deux plans : le contrôle des prescriptions, effectué par le service d'inspection des pharmacies, et l'action des commissions médicales provin-

Heeft die wijziging tot gevolg gehad dat de moeilijkheden zijn opgelost ?

Een ander lid dringt aan op de wederopening van de termijnen voor de statuten van nationale erkentelijkheid nu het protocol met de vaderlandslievende verenigingen ten einde loopt.

De Staatssecretaris antwoordt dat het Nationaal Instituut voor Oorlogsslachtoffers reeds een advies heeft verstrekt voor het benoemen van drie ondervoorzitters. Deze zullen een hulp zijn om de « fusie » ook in feite en in de geest mee door te voeren. Dit is een stap in de goede richting om het Instituut in staat te stellen zijn opdrachten te blijven realiseren, samen met andere maatregelen inzake tussenkomsten voor gezondheidszorgen die op dit ogenblik voorbereid worden.

K. Instituut voor veterinaire keuring

Op een desbetreffende vraag antwoordt de Staatssecretaris dat hij overtuigd blijft dat dit instituut er moet komen. Het statuut als parastatale A is niet langer in discussie; er is een akkoord over de samenwerking Landbouw-Volksgezondheid. Voor de oprichting is men de laatste weken een stuk opgeschoten.

L. Bestrijding van het druggebruik — Risico's verbonden aan tabak- en alcoholverbruik alsmede overdadig gebruik van antibiotica

Een lid wenst dat de drugplaag zou worden ingedijkt en dat geen laks beleid zou worden gevoerd zoals in Nederland.

Ook de risicocijfers ten gevolge van tabakverbruik zijn ontstellend. Het tabakverbruik in openbare lokalen zou moeten beperkt of verboden worden.

Ten slotte waarschuwt hij tegen het overdadig gebruik van antibiotica, dat resistentie kan veroorzaken met alle gevaar van dien bij ernstige aandoeningen.

Een ander lid vindt het gevoerde beleid inzake drugs enerzijds en het vrijmaken van de alcohol anderzijds niet coherent.

Het drugprobleem is niet met eenvoudige middelen op te lossen.

Hij meent dat het gevaar van resistentie tegen antibiotica o.a. samenhangt met de gemedicineerde veevoeders waardoor de dieren resistent kunnen worden.

De Staatssecretaris antwoordt dat betreffende de drugs moet gewezen worden op de bevoegdheidsverdeling tussen de nationale overheid en de Gemeenschappen. Wij zoeken naar maatregelen op het vlak van de controle op het voorschrijven langs de dienst inspectie van de apotheken en de werking van de geneeskundige commissies in de provincies.

ciales. Cependant, l'aspect de la prévention et de l'éducation sanitaire ressortit aux Communautés. La même difficulté se produit pour le tabac et l'alcool.

La Communauté française a un décret, la Communauté flamande en prépare un. Il n'est pas facile de déterminer jusqu'où vont les compétences de chacun en la matière. On peut espérer que celle-ci fera un jour l'objet d'un avis du Conseil d'Etat, lequel clarifiera les choses.

Pour ce qui est des antibiotiques, une brochure est en préparation sur les médicaments en général : dans ce domaine également, certains font des difficultés pour ce qui touche aux compétences.

IV. DISCUSSION DES ARTICLES

A. Budget de 1984

1. Articles

Article 9

Interrogé par un membre, le Secrétaire d'Etat répond que le crédit se rapporte principalement au mess de l'ensemble du département et à celui de certains services extérieurs.

Le prix des matières premières est payé par les tickets du personnel.

Le département prend les charges salariales du personnel à son compte.

2. Tableau de la loi

Articles 33.34 (p. 25) et 12.55 (p. 23)

Un commissaire constate que les subventions à la lutte contre le cancer sont plutôt modestes, en tout cas si on les compare, par exemple, à celles pour la génétique. Il demande quelle est l'affectation de ces montants.

Le Secrétaire d'Etat répond que la comparaison des montants prévus pour la lutte contre le cancer, d'une part, et pour la génétique, d'autre part, risque de donner une idée déformée de la situation réelle.

Pour ce qui est du cancer, le pouvoir national ne supporte plus que l'établissement et la mise à jour du registre national du cancer, ainsi que les subventions à la recherche scientifique non appliquée. D'autres subventions sont prises en charge par les Communautés, pour la recherche appliquée et des activités de dépistage précoce, tandis qu'on trouve dans les divers postes de l'assurance-maladie des sommes importantes destinées au traitement des malades.

La génétique humaine n'en est qu'à ses débuts. Les subventions prévues sont réservées aux centres universitaires et à quelques établissements qui collaborent de façon étroite avec les universités. Dans la pratique, la recherche fondamentale, la recherche appliquée et la thérapeutique par le

Het aspect preventie en gezondheidsopvoeding behoort echter tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Dezelfde moeilijkheid doet zich voor in verband met tabak en alcohol.

De Franse Gemeenschap heeft een decreet, de Vlaamse bereidt er een voor. Het is geen gemakkelijke zaak om uit te maken hoe ver eenieders bevoegdheid ter zake gaat. Hopelijk komt er ter zake eens een advies van de Raad van State dat meer klaarheid brengt.

Met betrekking tot de antibiotica is een brochure voorbereid over geneesmiddelen in het algemeen : ook daarover maken sommigen moeilijkheden in verband met de bevoegdheid.

IV. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

A. Begroting 1984

1. Artikelen

Artikel 9

Op de vraag van een lid antwoordt de Staatssecretaris dat het krediet vooral betrekking heeft op de mess van heel het departement en op de mess van sommige buitendiensten.

De prijs van de grondstoffen worden betaald met de tickets van het personeel.

Het departement neemt de loonlasten van het personeel op zich.

2. Wetstabel

Artikelen 33.34 (blz. 15) en 12.55 (blz. 23)

Een commissielid stelt vast dat de toelagen voor kankerbestrijding eerder gering zijn, zeker als men ze vergelijkt met bijvoorbeeld die voor genetica. Hij vraagt waarvoor die bedragen worden aangewend.

De Staatssecretaris repliceert dat de vergelijking tussen de bedragen voorzien voor de bestrijding van kanker enerzijds en voor de genetica anderzijds een vertekend beeld dreigt op te hangen van de feitelijke situatie.

Voor de kanker betaalt de nationale overheid nog enkel het opstellen en bijhouden van het nationale kankerregister en toelagen voor niet-toegepast wetenschappelijk onderzoek. Andere toelagen worden ten laste genomen door de Gemeenschappen, voor toegepast onderzoek en activiteiten van vroegtijdige opsporing, terwijl belangrijke sommen voor de behandeling van de patiënten in de diverse posten van de ziekteverzekering zitten.

De menselijke genetica staat nog in een beginfase. De voorziene toelagen zijn voorbehouden aan universitaire centra en een paar instellingen die met de universiteiten nauw samenwerken. In de praktijk zitten fundamenteel onderzoek, toegepast onderzoek en counseling in mekaar verweven.

conseil sont étroitement liées. Presque aucune prestation spécifique n'est remboursée par le biais de la nomenclature de l'assurance-maladie et ce à dessein.

Cependant, la politique suivie est actuellement menacée par les revendications des Communautés, parce que certains aspects relèvent de leur compétence.

Article 41.22 (p. 16)

Un membre regrette la modicité des sommes allouées à l'Œuvre nationale de l'enfance. Celle-ci connaît pourtant des problèmes inquiétants de personnel.

Le Secrétaire d'Etat fait observer que le crédit prévu est destiné uniquement aux traitements du personnel existant et ne permet aucune extension. Il s'agit d'une politique délibérée du pouvoir national, afin de ne pas anticiper sur le droit de décision des Communautés, qui sont compétentes en la matière. Le transfert ne peut s'effectuer que par une loi : un projet est en discussion à la Chambre des Représentants.

Le préopinant rappelle qu'il s'agit d'une procédure qui traîne en longueur. Chaque année, on pense que la situation va se normaliser. Il n'est pas du tout certain qu'elle aura été clarifiée avant la fin de 1984. Entre-temps, les problèmes auxquels l'O.N.E. est confrontée, ne cessent d'empirer.

Un autre membre s'exprime dans le même sens. Il attire l'attention sur un procédé qu'il estime inconvenant. D'une part, l'Etat limite son intervention parce qu'il va transférer l'O.N.E. aux Communautés. D'autre part, les Communautés se retrouveront, au milieu de l'année, avec l'O.N.E. sur les bras. Il n'est pas sérieux de croire que les Communautés trouveront subitement de l'argent pour l'O.N.E. dans leur budget.

B. Ajustement du budget 1983

Le Gouvernement dépose l'amendement suivant :

Tableau annexé au projet de loi

TITRE I

DEPENSES COURANTES

SECTION 31

Santé publique

CHAPITRE III

Transferts de revenus à destination d'autres secteurs

Transferts de revenus aux ménages

Article 33.16. — *Intervention de l'Etat en matière de minimum socio-vital (p. 7) :*

Langs de kant van de nomenclatuur van de ziekteverzekering zijn praktisch geen specifieke prestaties terugbetaald en zulks met opzet.

De gevolgde politiek is thans echter bedreigd door de aanspraken van de Gemeenschappen omdat bepaalde aspecten tot hun bevoegdheid behoren.

Artikel 41.22 (blz. 16)

Een lid betreurt het dat aan het Nationaal werk voor Kinderwelzijn zo weinig geld besteed wordt. Daar bestaan nochtans prangende personeelsproblemen.

De Staatssecretaris merkt op dat het voorziene krediet enkel bedoeld is voor de wedden van het bestaande personeel en geen uitbreiding toelaat. Dit is een bewuste politiek van de nationale overheid om niet vooruit te lopen op het beslissingsrecht van de Gemeenschappen die terzake bevoegd zijn. De overheveling kan slechts bij wet gebeuren : het ontwerp is in bespreking in de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

Het lid herinnert eraan dat het om een lang aanslepende procedure gaat. Elk jaar denkt men dat de toestand zal genormaliseerd worden. Het lid is er helemaal niet zeker van dat de toestand vóór einde 1984 uitgeklaard zal zijn. Inmiddels blijven de vraagstukken, waarvoor het N.W.K. staat, verergeren.

Een ander lid spreekt in dezelfde zin en vestigt de aandacht op een onbehoorlijk procédé. Eensdeels beperkt de Staat zijn tussenkomst omdat hij het N.W.K. aan de Gemeenschappen gaat overdragen. Anderdeels krijgen de Gemeenschappen, midden in hun werkingsjaar, het N.W.K. op hun schouders. Het is niet ernstig, te verwachten dat de Gemeenschappen plots geld in hun begroting vinden voor het N.W.K.

B. Aanpassing begroting 1983

De Regering dient het volgende amendement in :

Tabel bij het wetsontwerp gevoegd

TITEL I

LOPENDE UITGAVEN

SECTIE 31

Volksgezondheid

HOOFDSTUK III

Inkomensoverdrachten aan andere sectoren

Inkomensoverdrachten aan gezinnen

Artikel 33.16. — *Staatstussenkomst inzake sociaal levensminimum (blz. 7) :*

— Compléter l'article 33.16 par les mots : « Des avances peuvent être consenties sur base des états de frais dus pour 1982 »;

— Dans la colonne n° 4 — « Crédits supplémentaires année courante », porter le montant de 346,8 millions de francs à 646,8 millions de francs, et dans la colonne n° 6 — « Crédits proposés pour 1983 », porter le montant de 1 423,8 millions de francs à 1 723,8 millions de francs.

(Augmentation des crédits supplémentaires de 300 millions de francs.)

Justification

Compte tenu de la situation financière difficile des C.P.A.S. et des retards dans l'examen des dossiers de remboursement, le versement d'avances s'impose.

En raison de la nécessité de résorber le retard et de l'accroissement du nombre d'ayants droit, le montant des remboursements et des avances à imputer à l'article 33.16 dépassera les estimations.

**

Le présent amendement porte le total pour le Titre I des crédits supplémentaires de l'année courante à 1 166,6 millions de francs.

V. VOTES

Les articles et l'ensemble du projet de loi portant le budget de l'année budgétaire 1984 sont adoptés par 10 voix contre 6.

L'amendement gouvernemental au projet de loi ajustant le budget de 1983 est adopté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

Les articles et l'ensemble du projet de loi ajustant le budget de l'année budgétaire 1983 amendé ont été adoptés par 10 voix contre 6.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité (12 membres).

Le Rapporteur,
P. VANDERMEULEN.

Le Président,
E. CUVELIER.

— Artikel 33.16 aan te vullen als volgt : « Voorschotten mogen worden verleend op basis van de kostenstaten verschuldigd voor 1982 »;

— In de kolom nr. 4 — « Bijkredieten lopend jaar » het bedrag van 346,8 miljoen frank op te voeren tot 646,8 miljoen frank en in de kolom nr. 6 — « Kredieten voorgesteld voor 1983 », het bedrag van 1 423,8 miljoen frank te verhogen tot 1 723,8 miljoen frank.

(Verhoging van de bijkredieten met 300 miljoen frank.)

Verantwoording

Rekening houdend met de moeilijke financiële toestand van de O.C.M.W.'s en met de vertraging bij het nazicht van de terugbetalingsdossiers, dringt de toekenning van voorschotten zich op.

Om de achterstand in te halen en ingevolge de stijging van het aantal rechthebbenden, zal het bedrag van de terugbetalingen en van de voorschotten aan te rekenen op artikel 33.16 de ramingen overtreffen.

**

Het onderhavig amendement brengt het totaal voor Titel I van de bijkredieten voor het lopend jaar op 1 166,6 miljoen frank.

V. STEMMINGEN

De artikelen en het geheel van het ontwerp van wet houdende de begroting voor het jaar 1984 worden aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Het regeringsamendement op het ontwerp van wet houdende aanpassing van de begroting 1983 wordt aangenomen met 10 tegen 4 stemmen, bij 2 onthoudingen.

De artikelen en het geheel van het geamendeerde ontwerp van wet houdende de aanpassing van de begroting 1983 worden aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Dit verslag is eenparig (12 stemmen) goedgekeurd.

De Verslaggever,
P. VANDERMEULEN.

De Voorzitter,
E. CUVELIER.

AMENDEMENT ADOPTE
PAR LA COMMISSION

Projet de loi ajustant le budget du Ministère de la
Santé publique et de la Famille
de l'année budgétaire 1983

Tableau annexé au projet de loi

TITRE I

DEPENSES COURANTES

SECTION 31

Santé publique

CHAPITRE III

Transferts de revenus à destination d'autres secteurs

Transferts de revenus aux ménages

Article 33.16. — *Intervention de l'Etat en matière de minimum socio-vital (p. 7) :*

— Le libellé de l'article 33.16 est complété par la disposition suivante : « Des avances peuvent être consenties sur base des états de frais dus pour 1982 »;

— Dans la colonne n° 4 — « Crédits supplémentaires année courante », le montant de 346,8 millions de francs est porté à 646,8 millions de francs et dans la colonne n° 6 — « Crédits proposés pour 1983 », le montant de 1 423,8 millions de francs est porté à 1 723,8 millions de francs.

(Augmentation des crédits supplémentaires de 300 millions de francs.)

AMENDEMENT AANGENOMEN
DOOR DE COMMISSIE

Wetsontwerp houdende aanpassing van de begroting
van het Ministerie van Volksgezondheid
en van het Gezin voor het begrotingsjaar 1983

Tabel bij het wetsontwerp gevoegd

TITEL I

LOPENDE UITGAVEN

SECTIE 31

Volksgezondheid

HOOFDSTUK III

Inkomensoverdrachten aan andere sectoren

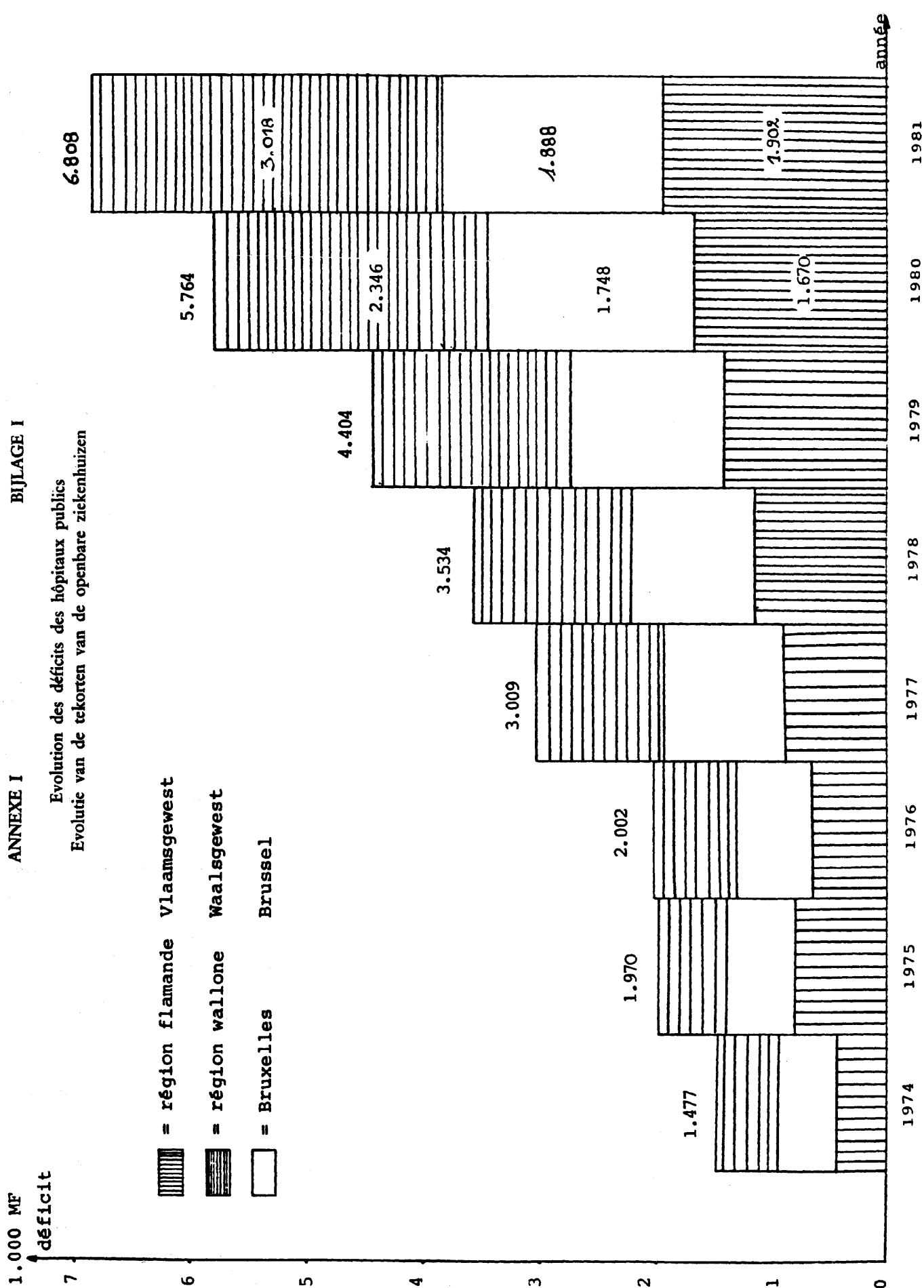
Inkomensoverdrachten aan gezinnen

Artikel 33.16. — *Staatstussenkomst inzake sociaal levensminimum (blz. 7) :*

— De tekst van artikel 33.16 wordt aangevuld met : « Voorschotten mogen worden verleend op basis van de kostenstaten verschuldigd voor 1982 »;

— In de kolom nr. 4 — « Bijkredieten lopend jaar » wordt het bedrag van 346,8 miljoen frank opgevoerd tot 646,8 miljoen frank en in de kolom nr. 6 — « Kredieten voorgesteld voor 1983 », wordt het bedrag van 1 423,8 miljoen frank verhoogd tot 1 723,8 miljoen frank.

(Verhoging van de bijkredieten met 300 miljoen frank.)

ANNEXE I
BIJLAGE IEvolution des déficits des hôpitaux publics
Evolutie van de tekorten van de openbare ziekenhuizen

ANNEXE II

BIJLAGE II

Pourcentages pour la désignation des communes
qui doivent participer à la diminution des déficits
des hôpitaux

Percentages voor de aanduiding
van de gemeenten die in de tekorten van de openbare
ziekenhuizen tussenkomen

	Ancienne réglementation — Vroegere regeling	Pourcentage minimum du nombre total d'admissions de l'hôpital à atteindre par la commune intervenante Minimum opnamepercentage van het totaal aantal opnamen in een ziekenhuis te bereiken door de gemeenten die in het tekort moeten tussenkomen				
		0,25 %	0,50 %	1 %	1,5 %	2 %
Nombre total des interventions des communes. — Totaal aantal tussenkomsten van de gemeenten	8 795	2 413	1 909	1 329	1 205	926
Nombre des communes intervenant dans les déficits. — Aantal gemeenten die in de tekorten van open- bare ziekenhuizen tussenkomen	596	553	525	421	481	430
Nombre de communes exclues. — Aantal vrijgestelde gemeenten	—	43	71	105	115	166
Nombre de communes intervenant dans — Aantal gemeenten dat tussenkomen in :						
— Un hôpital. — Eén ziekenhuis	—	74	94	170	190	206
— Deux hôpitaux. — Twee ziekenhuizen	—	106	136	139	133	124
— Trois hôpitaux. — Drie ziekenhuizen	—	121	124	84	74	50
— Plus de trois hôpitaux. — Meer dan drie ziekenhuizen	—	252	171	98	84	50

Nombre d'hôpitaux (1) où le pourcentage total des admissions n'atteint pas : Aantal ziekenhuizen (1) waar het gezamenlijk aantal opnamen van inwoners van gemeenten die beantwoorden aan het minimum opnamepercentage, het hiernavolgend percentage niet bereikt :	Pourcentage minimum du nombre total d'admissions de l'hôpital à atteindre par la commune intervenante Minimum opnamepercentage van het totaal aantal opnamen in het ziekenhuis te bereiken door de gemeenten die in het tekort tussenkomen			
	0,25 % (2)	0,50 %	1 %	2 %
— 75 p.c. — 75 pct.	0	1	3	11
— 80 p.c. — 80 pct.	1	2	8	21
— 85 p.c. — 85 pct.	1	5	15	45
— 90 p.c. — 90 pct.	6	16	45	81

(1) Sur un total de 114 hôpitaux publics.

(2) Sur un total de 100 hôpitaux publics (sans les intercommunales).

(1) Op een totaal van 114 openbare ziekenhuizen.

(2) Op een totaal van 100 openbare ziekenhuizen (zonder intercommunales).

ANNEXE III

Commission pour l'évaluation individuelle

Section des Médecins

BIJLAGE III

Commissie voor individuele evaluatie

Afdeling Geneesheren

	Biologiste Biologist	Radiodiag. Radiodiag.	Anesthésie Anesth.	Connexistes en R.D. — Connexisten	Connexistes en B.C. — Connexisten
— Sélectionnés automatiquement. — <i>Automatisch geselecteerd</i>	67	12	1	18	39
— Questionnés par écrit. — <i>Schriftelijk ondervraagd</i>	14	12	1	18	39
— Dispensateurs à interviewer. — <i>Te interviewen verstrekkers</i>	10	2	1	9	—
— Dispensateurs interviewés. — <i>Geïnterviewde verstrekkers</i>	0	0	0	7	—
— Contrôle médical. — <i>Medisch toezicht</i>	0	0	0	0	—
— Conseil de l'Ordre. — <i>Raad van de Orde</i>	0	0	0	1	—

Sélectionnés automatiquement : sont sélectionnés automatiquement par l'administration, les prestataires qui dépassent des normes.

Automatisch geselecteerden : door de administratie worden automatisch geselecteerd, de verstrekkers die normen overschrijden.

Commission de l'évaluation individuelle
des profils

Section des Kinésithérapeutes

- Dispensateurs sélectionnés automatiquement : 173
- Dispensateurs questionnés par écrit : 142
- Dossiers traités par la Commission : 72
- Dispensateurs interviewés : 30
- Transmis au contrôle médical (dont six sans interview) : 12
- Transmis au Conseil d'agrément : 3
- Transmis au contrôle médical et au Conseil d'agrément : 10
- Reste à traiter : 70

Commission de l'évaluation individuelle des profils
des dispensateurs de soins infirmiers

- Sélectionnés automatiquement (données de 1980 et 1981) : 351
- Dispensateurs questionnés par écrit : 259
- Dossiers traités par la Commission : 222
- Dossiers interviewés : 35
- Contrôle médical : 25
- Commission de convention : 2
- Reste à traiter : 37

Commission de l'évaluation individuelle
des profils

Section des Pharmaciens-Biologistes

- Dispensateurs sélectionnés : 27
- Dispensateurs interrogés par écrit : 17
- Evaluation en cours : 11

Commissie voor de individuele evaluatie
van de profielen

Afdeling Kinesitherapeuten

- Automatisch geselecteerde verstrekkers : 173
- Schriftelijk ondervraagde verstrekkers : 142
- Dossiers onderzocht door de Commissie : 72
- Geïnterviewde verstrekkers : 30
- Doorgestuurd naar geneeskundige controle (waarvan zes zonder interview) : 12
- Doorgestuurd naar Erkenningscommissie : 3
- Doorgestuurd naar geneeskundige controle en naar Erkenningscommissie : 10
- Nog te onderzoeken : 70

Commissie voor de individuele evaluatie van de profielen
van de verpleegkundige zorgverstrekkers

- Automatisch geselecteerd (gegevens over 1980 en 1981) : 351
- Schriftelijk ondervraagde verstrekkers : 259
- Dossiers onderzocht door de Commissie : 222
- Dossiers geïnterviewden : 35
- Geneeskundige controle : 25
- Overeenkomstencommissie : 2
- Nog te onderzoeken : 37

Commissie voor de individuele evaluatie
van de profielen

Afdeling Apothekers-Biologen

- Geselecteerde verstrekkers : 27
- Schriftelijk ondervraagde verstrekkers : 17
- Evaluaties in uitvoering : 11