

SEANCES DU MERCREDI 1^{er} FEVRIER 1984
VERGADERINGEN VAN WOENSDAG 1 FEBRUARI 1984ASSEMBLEE
PLENAIRE VERGADERINGSEANCE DU MATIN
OCHTENDVERGADERING

SOMMAIRE:

CONGES:

Page 1064.

PROJETS DE LOI (Discussion):

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.

Discussion générale. — *Orateurs*: M. Vandermeulen, rapporteur, Mme Remy-Oger, MM. Vandekerckhove, Cuvelier, Mme Godinache-Lambert, MM. Verbist, De Baere, p. 1064.

INHOUDSOPGAVE:

VERLOF:

Bladzijde 1064.

ONTWERPEN VAN WET (Bespreking):

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.

Algemene bespreking. — *Sprekers*: de heer Vandermeulen, rapporteur, mevrouw Remy-Oger, de heren Vandekerckhove, Cuvelier, mevrouw Godinache-Lambert, de heren Verbist, De Baere, blz. 1064.PRESIDENCE DE M. LEEMANS, PRESIDENT
VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER LEEMANS, VOORZITTER

Le procès-verbal de la dernière séance est déposé sur le bureau.
De notulen van de jongste vergadering worden ter tafel gelegd.

La séance est ouverte à 10 h 10 m.
De vergadering wordt geopend te 10 u. 10 m.

CONGES — VERLOF

Mme Jortay-Lemaire, pour raison de santé; M. Van der Elst, en mission, demandent d'excuser leur absence à la réunion de ce matin.

Afwezig met bericht van verhindering: mevrouw Jortay-Lemaire, om gezondheidsredenen; de heer Van der Elst, met opdracht.

— Pris pour information.

Voor kennisgeving.

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

Algemene beraadslaging

PROJET DE LOI CONTENANT LE BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE POUR 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

Discussion générale

De Voorzitter. — Aan de orde is de bespreking van de ontwerpen van wet betreffende de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin.

Nous abordons l'examen des projets de loi relatifs au budget du ministère de la Santé publique et de la Famille.

De algemene beraadslaging is geopend.

La discussion générale est ouverte.

Het woord is aan de rapporteur.

De heer Vandermeulen, rapporteur. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, geachte collega's, uw commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu heeft in haar vergaderingen van 29 november, 7 en 14 december 1983, de begroting 1984 en de aanpassing van de begroting 1983 van het ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin besproken.

De voorliggende begroting werd toegelicht door de minister van Sociale Zaken en door de staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu.

De lopende uitgaven van de begroting 1984 bedragen ruim 38 miljard, hetzij een verhoging van 9,63 pct. ten opzichte van de goedgekeurde, of 14,63 pct. ten opzichte van de aangepaste begroting 1983. Het aandeel in de lopende rijksuitgaven steeg lichtjes van 2,27 naar 2,34 pct.

De kapitaaluitgaven vertegenwoordigen, afgerond, 3,3 miljard aan verbintenissen en 4,3 miljard aan betalingskredieten; wat de totale geraamde uitgaven op 45,6 miljard brengt.

De zwaarste uitgavenlast is de ziekenhuisverpleging. De geraamde kredieten bedragen 20,5 miljard, of 54 pct. van de lopende uitgaven, al zij hierbij dadelijk opgemerkt dat dit slechts 25 pct. is van de totale ziekenhuislast. Inderdaad, de resterende 57,1 miljard zijn ingeschreven op de Riziv-begroting, wat het uitgaventotaal van de ziekenhuisverpleging op 77,6 miljard brengt. Een bedrag dat vele vraagtekens doet rijzen.

Zo werd in uw commissie de evolutie van het aantal ziekenhuisbedden uitvoerig besproken. In 20 jaar tijd is dit bestand met dertigduizend bedden aangegroeid; een aangroei waarbij de programmatie nu reeds met elfduizend bedden werd overschreden. Het programmatie-overschot zal in de toekomst nog stijgen tot twintigduizend bedden.

Deze beddenexplosie had rechtstreekse repercussies — en niet in het minst in de universitaire ziekenhuizen — op de onvoorstelbare stijgingen van het aantal verpleegdagen, uitgavenstijgingen in de sector ziekteverze-

kering en onkostenverhoging inzake verpleegdagprijs en technische prestaties als radiologie, klinische biologie en nucleaire geneeskunde. Als men weet dat sommige uitgaven in tien jaar tijd met 500, 600 of 700 pct. verhoogd zijn, en nog zullen toenemen, dan kan men beter in deze sector de alarmbel luiden.

Het is duidelijk dat een vernieuwd gezondheidsbeleid zich opdringt. Een vernieuwd gezondheidsbeleid, dat moet worden afgestemd op en aangepast aan de gewijzigde maatschappelijke context en aan de veranderende behoeften.

Belangrijk in deze vernieuwing zal de evenwichtige financiering zijn, waarbij een optimale verdeling tussen de verschillende niveaus van zorgverlening enerzijds en de doelmatige toewending van de middelen per niveau anderzijds bepalend zullen zijn voor het succes of de ineenstorting van onze verzorgingsinfrastructuur.

Nochtans is de financiële factor op zichzelf geen alleenstaande determinerende factor. Het voorkomen van misbruiken inzake ziekenhuisopname en het creëren van alternatieve verzorgingsmogelijkheden zijn evenzeer belangrijke gegevens in een efficiënte gezondheidsinfrastructuur.

Een stimulering en misschien ook wel tot op zekere hoogte revalorisatie van de eerstelijnszorg in de richting van de geriatrie, gekoppeld aan betere mogelijkheden voor de thuisverzorging, zal ongetwijfeld een betere wisselwerking met het ziekenhuis waarborgen. Daarenboven zal de op-richting van rust- en verzorgingstehuizen zowel beantwoorden aan de demografische evolutie als aan de noodzakelijke interne herstructureeringen van de ziekenhuizen, door de erkenning van R- en V-tehuizen te koppelen aan de voorwaarde van gelijkwaardige vermindering van ziekenhuisbedden, die meestal, zoals uit cijfergegevens mocht blijken, overtallig waren.

De noodzakelijk geworden programmatie van de ziekenhuisvoorzieningen alsmede de herformulering van het geriatrisch beleid, met andere woorden de herschikking tussen de R-, V- en G-diensten, beantwoorden duidelijk aan een dubbele doelstelling:

Ten eerste, de aanpassing van de gezondheidszorg aan de evoluerende demografie en, ten tweede, een gelijktijdige sanering in een anders ten dode opgeschreven ziekenhuissector.

Voor de huidige stand van zaken verwijs ik voor alle duidelijkheid naar de in het verslag opgenomen tabellen en cijfergegevens.

Inzake de nieuwe financieringswijze van de ziekenhuizen zal worden getracht een systeem uit te werken waarbij, voor de berekening van de ligdagprijs, rekening zal worden gehouden met: ten eerste, de investeringen, die los van de ligdagprijs zouden gefinancierd worden; ten tweede de eigenlijke verzorging, die eveneens zou geïsoleerd worden en, ten derde, de uitgaven voor de algemene diensten.

Daarbij zal worden gepoogd tot vergelijkbare ligdagprijzen te komen voor ziekenhuizen die zich in vergelijkbare situaties bevinden.

Tijdens de commissiebesprekingen is tevens aandacht besteed aan de noodzaak de coherentie van het ziekenhuis, in aansluiting met het rationeel beheer, te bevorderen. Zo liggen nieuwe voorstellen ter bespreking met betrekking tot de beheersstructuren van het ziekenhuis, alsmede van het statuut van de ziekenhuisartsen.

Hierdoor zal het onder meer mogelijk worden de gehele medische structuur niet alleen te omschrijven, maar tevens te situeren in het geheel van de ziekenhuiswerking.

De commissieleden werden tevens gewezen op het feit dat zowel het departement van Volksgezondheid als het Riziv onvoldoende beschikken over een aangepaste gegevensverzameling, waardoor een adequaat ziekenhuis- en Riziv-beleid ernstig wordt belemmerd. Er zal dus naar een aangepast en complementair informatiesysteem dienen te worden gestreefd, met oplegging van strikte verplichtingen inzake gegevensverstrekking aan zowel de ziekenhuizen als aan de ziekenfondsen.

Mijnheer de Voorzitter, uw commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu heeft zich in een verder stadium vrij langdurig gebogen over enerzijds de problematiek van de openbare ziekenhuizen en anderzijds het beleid van de psychiatrische ziekenhuizen.

Verskillende leden uitten hun bezorgdheid over de tekorten van de openbare ziekenhuizen, tekorten die van 1977 tot 1982 van 3 miljard tot 7 miljard opliepen.

Tal van recent uitgevaardigde maatregelen beogen een wegwerking van de tekorten tegen eind 1988, onder meer door een vergroting van de financiële verantwoordelijkheid van het OCMW zelf, de verplichting voor de openbare ziekenhuizen tot opstelling van een saneringsplan, een

vergroting van de beheersinspraak voor de betalende gemeenten, het inzicht de openbare ziekenhuizen een analytische begroting op te leggen vanaf het dienstjaar 1985 en een versterking van het overleg tussen het OCMW en de moedergemeente, met inbegrip van een schorsingsrecht.

Met betrekking tot de ziekenhuisgeneesheren werd in dit verband benadrukt dat de saneringen niet al te veel op het geneesherenkorps mogen worden afgewenteld en dat de therapeutische vrijheid van de ziekenhuisgeneesheer niet mag worden aangetast.

Inzake de psychiatrische ziekenhuizen hebben verschillende leden gewezen op het tekort aan opnamemogelijkheden en de heersende misbruiken in de V-diensten en in de psychiatrische ziekenhuizen. Gewezen werd ook op de noodzakelijke integratiemogelijkheden voor de patiënten, de onderbrenging in alternatieve voorzieningen van bijvoorbeeld, oligofrenen en bejaarden die een langdurige zorgenverlening vereisen, een bevordering van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en beschutte woonplaatsen.

Aangenomen werd dat deze toestand pas zal kunnen worden gereguleerd wanneer alle psychiatrische ziekenhuizen volgens de nieuwe voorgestelde erkenningsnormen en programmacriteria voor de zogenaamde A- en T-diensten zullen functioneren.

Tenslotte werden door de minister van Sociale Zaken nadere toelichtingen verstrekt betreffende de conventie artsen-ziekenfondsen; de bejaardenzorg, inzonderheid de door de Ziv ten laste genomen dagelijkse zorgen in de verzorgingstehuizen; de dringende geneeskundige hulpverlening, meer bepaald de invoering van een aangepast oproepsysteem; de medische profielen en de terugbetalingsregeling voor de specialiteiten en de magistrale bereidingen.

In een tweede luik van de uiteenzetting werd door de staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu gewezen op de onderbezetting van sommige diensten van het departement Volksgezondheid. De oorzaak is terug te vinden in de overheveling van personeel naar de gemeenschappen en de gewesten enerzijds en de uitgevaardigde wervingsstop anderzijds.

Het onmiddellijk gevolg van het weinig naar behoren functioneren van die diensten, is ontegensprekelijk de vrij grote achterstand in de afhandeling van dossiers, inzonderheid deze van het bestaansminimum. Via toegelaten statutaire aanwervingen en een in het vooruitzicht gestelde herstructuratie van het personeelskader zal deze toestand allicht in de nabije toekomst verholpen worden.

De onbehaaglijke situatie in de dienst van het bestaansminimum werd, naast de moeilijkheden van personeelsbezetting, nog eens extra belast door de sterke stijging van het aantal aanvragen. Voor de goede orde en ter verdere vergelijking van ventilatie en cijfergegevens verwijs ik naar het verslag.

Om nu, rekening houdend met de feitelijke toestanden op het departement zelf, toch enigszins tegemoet te komen aan de noden van de OCMW werd beslist begin 1984 voorschotten uit te betalen, zodat de OCMW als voorschot voor 1983 een som ontvangen, gelijk aan de som die zij voor 1982 hebben ontvangen.

Tevens zijn voor de OCMW belangrijke maatregelen in voorbereiding, onder meer betreffende, ten eerste, betrekkingen waarvoor het OCMW het administratief en geldelijk statuut bepaalt; ten tweede, de invoering van het functioneel-economisch model in de begrotingen en jaarrekeningen en, ten derde, de uitwerking van een programma van vrijwillige repatriëring of emigratie van vreemde onderdanen die in België verblijven. Voor dit laatste punt werd een bedrag van 7,5 miljoen gereserveerd waardoor de repatriëring van een eerste contingent van 150 personen mogelijk wordt gemaakt.

In de commissie werd vervolgens door verschillende leden gewezen op het pijnlijk karakter van de OCMW-terugvorderingen op basis van de onderhoudsplicht en de financiële moeilijkheden voor de OCMW die te wijten zijn aan de achterstand van terugbetaling van het staatsaandeel in het bestaansminimum. Een evaluatie is noodzakelijk en een procedurevereenvoudiging is noodzakelijk.

Wat de wetenschappelijke onderzoeken betreft, werd een toelichting verstrekt inzake de huidige toestand en subsidiespreiding voor de centra van de antropogenetica en kankerbestrijding. Hierbij valt te concluderen dat de verstrekte financiële middelen rechtstreeks evenredig zijn met het rendement.

Inzake de sociaal-medische rijksdienst is de toestand momenteel zo, dat de globale taken van deze dienst zowat 150 000 geneeskundige onderzoeken vergen 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 controleonderzoekingen door geneesheren, niet-ambtenaren. Die daling is te wijten aan drastische kredietbeperkingen.

Op het gebied van het leefmilieu en waterbeleid zijn naast de inspanningen van kwaliteitsobjectieven voor de lucht, het water en het geluid, een aantal prioriteiten vastgelegd. Zo is er in de eerste plaats de belangrijke strijd tegen de verzuuring van het milieu en is er, ten tweede, de bescherming van de mens en zijn milieu tegen risico's die verbonden zijn aan produkten die in de handel zijn of nieuw in de handel gebracht worden.

Een belangrijke begrotingspost vormen de grote waterbouwkundige werken van nationaal belang met 2 miljard vastleggingskredieten en 600 miljoen ordonnanceringskredieten, waarvan de programmatie en de uitvoering gebeurt in onderling overleg tussen de nationale overheid en de betrokken executieven.

Mijnheer de Voorzitter, ik moge de verslaggeving besluiten met de vermelding dat de artikelen en het geheel van het ontwerp van wet houdende de begroting voor het jaar 1984 werden aangenomen met 10 tegen 6 stemmen; dat het regeringsamendement op het ontwerp van wet houdende de aanpassing van de begroting 1983 werd aangenomen met 10 tegen 4 stemmen, bij 2 onthoudingen en dat de artikelen en het geheel van het geamendeerde ontwerp van wet houdende de aanpassing van de begroting 1983 werden aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de minister, los van mijn rol als rapporteur, zou ik toch nog even van de gelegenheid gebruik willen maken om uw welwillende aandacht te vestigen op de volgende problemen:

Ten eerste, de aandacht in het verslag gaat vooral naar de ziekenhuissector, hoewel dit, zoals ik reeds aanstipte, niet de enige post is op de begroting, wel de grootste, namelijk 54 pct.

De 20,5 miljard die op de begroting Volksgezondheid is ingeschreven vertegenwoordigt het vierde deel dat overeenstemt met de «inrichtingskosten» in de verpleegdagprijs. De overige drie vierde, de medische kosten, van de betoelaging op de verpleegdagprijs staat op de begroting van het Riziv. En daar kan men zo maar niet aan voorbijgaan, zeker niet als men weet dat per 31 december 1983 deze laatste instelling 37 miljard aan onbetaalde facturen boekte voor 90 pct. aanwijsbaar aan de ziekenhuizen.

Vandaar dat wij ons er moeten voor hoeden het belang van de post ziekenhuizen te relativeren, daar deze in werkelijkheid veel groter is dan de 54 pct. op de begroting Volksgezondheid.

Ten tweede, ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat er een verschil in benadering is tussen de openbare ziekenhuizen en de andere universitaire, gewone en psychiatrische ziekenhuizen. Het meest opmerkelijke in dit verband meen ik te mogen vinden in hoofdstuk IV, punt 1.4, pagina 11 van het verslag.

Daar wordt niet zo heel klaar en duidelijk gezegd dat van de privé-ziekenhuizen nagenoeg geen enkele beduidende inspanning werd gevraagd.

Even de begrotingscijfers op een rijtje:

Een voorziene besparing in 1984 van 229 miljoen plus 2,637 miljard maakt een totaal van 2,866 miljard;

De voorziene nieuwe en vervangingsuitgaven bedragen 1,353 miljard plus 1 miljard maakt een totaal van 2,353 miljard, hetzij een besparings-saldo van 513 miljoen.

In werkelijkheid werd aan de ziekenhuissector op 77,6 miljard slechts 512 miljoen inlevering gevraagd maar zelfs dat moesten ze niet inleveren, want met een tewerkstellingsplan werden circa 1 700 personen te hunner beschikking gesteld waarvan het merendeel via de voor de ziekenhuizen kosteloze parallele tewerkstellingsprogramma's zoals BTK en Dac.

Nochtans, er werd ingeleverd inzake geneesmiddelen, ook de dokters en de paramedici leverden in. Dit gold tevens voor de openbare ziekenhuizen, waaraan zelfs een saneringsplan werd opgelegd, inclusief een systeem van sancties indien de OCMW-ziekenhuizen niet zouden saneren.

Ten derde, hoewel op vele plaatsen op de veroudering van de bevolking en de voortschrijdende seniliteit werd gewezen, worden de conclusies op het vlak van de geneesmiddelen juist andersom getrokken: al deze geneesmiddelen werden «gedeklasseerd» tot Cs.

Seniele en demente bejaarden krijgen een voldoende nieuwe opvang in rust- en verzorgingstehuizen — in feite niets minder dan gedeklasseerde

ziekenhuisbedden —, maar de geneesmiddelen zijn een tegengesteld lot beschoren.

Ten vierde, er worden, mijns inziens, maar weinig concrete beleidslijnen uitgestippeld ten aanzien van de merkwaardige evolutie dat universitaire ziekenhuizen steeds meer gewone ziekenhuizen zijn geworden, nu reeds 20 pct. der verpleegdagen. Nochtans bedraagt een verpleegdag in een gewoon ziekenhuis gemiddeld slechts 2 670 frank in 1984.

Ten vijfde, op het vlak van de technische geneeskunde zijn ook merkwaardige vaststellingen te doen, onder meer voor klinische biologie in de universitaire ziekenhuizen en meer bepaald in de centra voor antropogenetica. De prestaties in dit domein werden beperkt tot voorname centra en nadien ruim driemaal in prijs per prestatie verhoogd, naast de toelagen die deze centra, praktisch in elk universitair centrum, reeds ontvingen.

Dit waren, mijnheer de Voorzitter, een paar constataties die misschien kenschetsend zijn voor de lange rationele saneringsweg die de sector volksgezondheid, meer speciaal wat het ziekenhuisbeheer betreft, nog voor de boeg heeft. Laten we echter van deze voor sommigen moeilijk liggende discussiepunten geen onoverkomelijke breekpunten maken, maar dit eerder beschouwen als noodzakelijke positieve bijdragen tot veiligstelling van een financieel gezonde ziekenzorg, ziekenzorg waarop iedereen in de gunstigste omstandigheden en voorwaarden recht heeft. *(Applaus op de banken van de meerderheid.)*

M. le Président. — La parole est à Mme Remy.

Mme Remy-Oger. — Monsieur le Président, chers collègues, je suis convaincue que M. le secrétaire d'Etat voudra bien rapporter fidèlement les diverses interventions à M. Dehaene, mais je déplore néanmoins l'absence de celui-ci, la grosse partie du budget de la Santé publique relevant, comme l'a fait remarquer notre rapporteur, de la compétence du ministre. Je sais qu'il est très pris par ses nombreuses obligations, notamment au sein de la commission des Réformes institutionnelles de la Chambre, mais les parlementaires, et particulièrement ceux de l'opposition, peuvent regretter — vous le comprendrez — que les deux têtes de ce département bicipitale ne soient pas présentes.

M. Aerts, secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement, adjoint au ministre des Affaires sociales. — Le ministre Dehaene a été appelé au palais, mais il nous rejoindra incessamment.

Mme Remy-Oger. — Dans ce cas, je m'incline et je retire ce que j'ai dit.

Le rapport sur la présentation et la discussion en commission du budget de la Santé publique et de la Famille pour 1984 établi par notre collègue M. Vandermeulen, traduit fidèlement et avec précision à la fois la philosophie du ministre et du secrétaire d'Etat, et les interrogations — parfois aussi les inquiétudes — des commissaires. Je ne reprendrai donc pas par le menu la petite part que j'ai prise dans le débat en commission, mais il me paraît indispensable de mettre plus spécialement l'accent sur quelques aspects de ce budget.

Dès l'abord, soulignons qu'il ne représente que 2,34 p.c. du total des dépenses courantes de l'Etat. N'est-ce pas cette ventilation modeste du budget de l'Etat qui explique les difficultés de ce secteur qui englobe entre autres — et mon énumération ne sera pas exhaustive — la politique hospitalière, la politique de santé publique et la politique scientifique y afférente, l'intervention de l'Etat en matière de minimum socio-vital nous y reviendrons par ailleurs —, les subsides à l'Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de la guerre, les frais de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie de l'Etat, l'environnement pour la partie restant de la compétence nationale et sa politique scientifique, l'Œuvre nationale de l'enfance, bien qu'en attendant l'adoption du projet de loi transférant l'One aux deux communautés, le gouvernement n'a prévu au budget que la charge «traitements du personnel en place», hypothéquant la politique communautaire si le transfert peut se faire au cours du présent exercice.

Nous arrêterons ici notre énumération, laissant à d'autres membres de notre groupe le soin d'analyser les aspects spécifiques du budget.

Nous voudrions pourtant stigmatiser l'aspect antisocial des mesures prises en matière de médicaments, tant en ce qui concerne certaines spécialités que les prescriptions magistrales, laissant aux orfèvres — les médecins en l'occurrence — la démonstration de la validité ou non de l'obligation de passer à une autre thérapeutique si l'on ne veut pas trop hypothéquer les revenus des malades.

En effet, la majoration des prix est telle que l'utilisateur verra ses charges augmenter encore sans que sa santé en soit améliorée pour autant et, en même temps, la diminution des prescriptions magistrales entraînera des suppressions d'emplois dans les pharmacies. Il est inutile de rappeler que nous avons beaucoup trop de chômeurs et trop peu de perspectives d'emplois.

En contrepartie, le gouvernement a-t-il veillé, avec le conseil technique des spécialités pharmaceutiques, à favoriser, à qualité égale, les spécialités pharmaceutiques fabriquées en Belgique, ou bien la proportion des médicaments importés sera-t-elle encore plus élevée?

Le souci de maîtriser la dépense a-t-il été assorti de considérations thérapeutiques et économiques et, puisque j'aborde le problème économique, quelles garanties avons-nous aujourd'hui quant à la poursuite de la politique de maîtrise des prix en matière de spécialités pharmaceutiques? N'y a-t-il pas là aussi, danger d'escalade?

Ce que nous réprochons, c'est cet aspect d'une politique de facilité qui consiste à accroître, de manière persistante, les charges au détriment des assurés sociaux et qui diminue d'autant, en période de crise, des avantages octroyés aux malades — mais peut-on, dans ce cas, parler d'avantages? —, aux invalides et aux pensionnés.

Quant aux honoraires médicaux, leur masse s'accroît plus vite que l'inflation, et ce n'est pas la seule augmentation du nombre des médecins qui justifie l'ampleur de cette ascension. Le courage dans ce domaine ne serait-il pas d'instaurer une véritable souche fiscale ou tout autre moyen de contrôle protégeant les assurés sociaux contre les tarifs trop élevés? Une nouvelle convention médico-mutuelliste est intervenue in extremis, à la veille de cette nouvelle année, mais la meilleure mesure n'eût-elle pas été d'en revenir au système d'adhésion individuelle avec suppression de la convention partielle et l'application de sanctions plus sévères en cas de non-respect des tarifs?

A propos de la nouvelle convention, la presse n'a-t-elle pas écrit que les chambres syndicales du docteur Wynen, entre autres, avaient voulu en faire le pendant d'un certain statut du médecin hospitalier?

Nous avons pris connaissance de votre projet, monsieur le ministre, et si nous ne pouvons souscrire à l'intégralité de votre texte, surtout dans le sens où les autres catégories de personnel soignant et technique semblent ne pas faire l'objet de votre réflexion, et dans le fait que le corps médical jouira de facto d'un droit de veto au sein des gestionnaires de l'hôpital, nous approuvons néanmoins votre démarche sous le bénéfice de quelques amendements que nous envisagerons le moment venu. En tout cas, on a souvent parlé du statut des médecins hospitaliers, et il faut saluer la démarche entreprise car elle dénote un certain courage et il convient de reconnaître les choses.

Ce projet de statut a fait l'objet d'une prise de position d'un groupe appartenant à une partie de la majorité gouvernementale. Nous en avons eu connaissance, mercredi dernier, à la lecture d'un téléx. Je crains que, là aussi, s'opposent deux tendances. Nous sommes curieux de suivre l'évolution des discussions dans ce domaine, mais je ne veux pas déjà décourager monsieur le ministre Dehaene; cela ne correspond d'ailleurs pas à son tempérament.

Quant au minimum socio-vital, si beaucoup de choses ont été dites en commission — le rapport en atteste très complètement d'ailleurs —, je crois qu'il n'est pas inutile de revenir, en cette séance plénière sur l'épineux problème du retard, accumulé par l'Etat, dans le remboursement de sa quote-part des dépenses provoquées par le paiement du minimex, dépenses consenties pas les CPAS durant l'année 1983 et même en 1982.

Au vu des débats qui ont entouré ce problème ces derniers temps, je ne peux m'empêcher de me poser certaines questions. La première est celle de l'incohérence d'un Etat qui, à l'heure des plans d'assainissement, du contrôle et de la justification des dépenses — surtout celles qu'il juge non rentables, c'est-à-dire qui relèvent du secteur social principalement — place des CPAS dans une situation financière intenable et les oblige, soit à recourir à des emprunts fort coûteux, soit à refuser l'aide due aux personnes qui la sollicitent, ce qui crée une grande injustice sociale et une précarité pour les intéressés.

La deuxième question que je me pose est, dès lors, la suivante: que deviennent le droit de l'individu et le respect de la loi dans un tel contexte? La loi du 7 août 1974 instituait le droit, pour tout Belge ayant atteint l'âge de la majorité civile et résidant en notre pays, à un minimum de moyens d'existence. Par ailleurs, la loi organique du 8 juillet 1976 donnait comme mission aux CPAS d'assurer aux personnes et familles l'aide due par la collectivité. L'octroi du minimex fait partie de cette aide.

L'une et l'autre lois sont, à présent, devenues précaires dans leur application.

La presse regorge d'exemples d'impossibilité ou de mise en danger du paiement du minime par nos CPAS wallons et bruxellois: récemment Charleroi, Fontaine-l'Évêque, Colfontaine, Frameries, et plus anciennement Schaerbeek et Saint-Gilles sont ceux dont on a le plus parlé. Il en est d'autres, bien d'autres dont les caisses sont vides.

Et comment pourrait-il en être autrement d'ailleurs?

Les derniers temps vous avez été, monsieur le secrétaire d'Etat, quelque peu harcelé à ce sujet: des questions ont été posées par des membres du Sénat et de la Chambre, et vos réponses, ainsi que celles du ministre des Affaires sociales M. Dehaene, ne me satisfont pas.

Ces retards, dites-vous, sont dus à la restructuration du ministère de la Prévoyance sociale, et il s'agira — encore une fois, vous usez du futur — d'étoffer les services chargés de l'examen des dossiers; par ailleurs, vous arguez d'un crédit de 300 millions libérés dernièrement à titre d'avance.

Il y a là mauvaise volonté manifeste et insuffisance dans le geste.

Quand les services du ministère des Finances estiment à 105 millions le solde à payer pour 1982 et à 876,3 millions le solde restant dû pour 1983, je pense qu'il faut faire vite, très vite et accorder des avances plus proches de la réalité à couvrir que ne l'a été le vote du crédit de 300 millions.

Ailleurs, M. Dehaene dit qu'on ne peut lui demander de payer à l'appui de dossiers dont il n'a pu vérifier s'ils sont en ordre.

C'est vrai, mais ne pensez-vous pas que les dépenses effectuées par les CPAS au cours des dernières années sont une base d'estimation valable, d'autant plus que rien, ne semble-t-il, ne permet de prévoir des dépenses à la baisse en matière d'aide sociale au cours des prochaines années.

Et si l'Etat maintient strictement son droit à l'investigation des dossiers avant d'effectuer tout paiement un tant soit peu proche de la dette qu'il a contractée à l'égard des CPAS, en revanche le CPAS, lui, ne peut vérifier à quoi correspondent les paiements effectués par l'Etat, puisque le département ne fournit aucune explication quant à leur détail lors du règlement de la quote-part.

On voit donc que l'information est à sens unique, ce qui accroît les difficultés de gestion des CPAS.

Ne pensez-vous pas qu'un paiement régulier, mensuel, par exemple, de la quote-part de l'Etat basée sur les dépenses de l'année précédente, solutionnerait bien des problèmes?

Enfin — et je terminerai par là sur ce sujet — j'ai vu bien des arrêtés royaux naître sous le motif de l'urgence au cours de ces deux dernières années; il me semble que permettre la survie aux personnes les plus démunies qui, sous le poids de la crise, se font de plus en plus nombreuses, relève d'une urgence réelle, vitale et fondamentale dans un pays qui se dit démocratique.

Le *Moniteur belge* de ce matin nous apprend que le ministère de la Santé Publique et de la Famille a pris un arrêté royal modifiant l'arrêté du 30 octobre 1974 portant règlement général en matière de minimum de moyens d'existence. L'objet principal de cet arrêté est de fixer les sommes en deçà desquelles l'obligation d'aliment n'est pas reprise.

L'application de cet arrêté royal par les CPAS qui vont devoir s'y soumettre, n'est-elle pas une démarche suffisante pour arrêter les investigations systématiques à l'égard des dossiers « minime » introduits?

Lorsqu'au terme d'une démarche visant à connaître les revenus de la famille débitrice d'aliment le CPAS peut délibérer en connaissance de cause, ne pouvez-vous, monsieur le secrétaire d'Etat, avoir tous vos apaisements et payer les CPAS, quitte à pratiquer des sondages pour voir si tous les dossiers sont conformes?

Votre arrêté royal précise bien des choses, notamment la manière dont seront indexés les sommes que vous indiquez.

Il y a peut-être beaucoup à dire sur les débiteurs d'aliments, mais je n'entamerai pas le débat. Il incombe aux CPAS d'examiner les dossiers sur les bases que vous leur imposez — c'est votre rôle — et, à vous, de leur faire confiance quant à l'application de ces règles.

Tels sont les points que je voulais souligner à l'occasion de la discussion générale de ce budget.

Mais qu'advient-il au cours du mois de mars lors du contrôle budgétaire? Les craintes que j'avais exprimées à cette tribune lors de la discussion du budget de la Prévoyance sociale ne font que se confirmer. Ma crainte de voir les assurés sociaux, les malades, les invalides, voire

les handicapés, une nouvelle fois sous le pressoir, est malheureusement confortée par un article paru dans *Le Soir* du 25 janvier dernier sous la plume de Guy Depas: « Le gouvernement Martens V, le budget de l'Etat et le CVP: interdiction d'agir... ». Je ne serai pas très longue: « Vaine éloquence? Wilfried Martens a cependant fait usage, avant-hier, de toute sa force de persuasion pour convaincre ses amis de l'opportunité d'exploiter les pouvoirs spéciaux dont il dispose dans ces matières budgétaires jusqu'à la fin du mois de mars. C'est-à-dire pour opérer de nouvelles et profondes réformes sur ce plan. »

Rappelant l'exposé qu'il leur avait fait la semaine précédente sur les fruits d'une rigueur observée depuis deux ans, il a tout spécialement insisté sur la nécessité, d'ici le terme de la législature, de grappiller encore deux cents milliards sur un déficit aujourd'hui fixé à cinq cents milliards. »

Un peu plus loin, je lis: « Le budget de l'Etat — les finances publiques — souffre au moins de deux points extrêmement faibles: le déficit de la sécurité sociale et la charge explosive de la dette publique. Or, en dépit des réactions nécessairement négatives des associés libéraux, les démocrates-chrétiens, nous dit-on, souhaiteraient agir de manière plus résolue sur la dette publique, c'est-à-dire sur le capital, que sur les transferts sociaux. D'ailleurs, le plan d'assainissement de la sécurité sociale de Jean-Luc Dehaene — ténor de l'ACW et Premier ministre en réserve? — n'a toujours pas reçu l'aval du PRL et du PVV. Tandis que, selon nos informations, au sein même du gouvernement, les démocrates-chrétiens francophones, cette fois, s'interrogeraient aussi sur le choix des objectifs... »

Si monsieur le ministre était présent, il me répondrait sûrement qu'il laisse au journaliste la responsabilité de ce qu'il écrit. C'est de bonne guerre!

Mais ce sont eux, souvent plus que les parlementaires, qui sont le mieux au courant, qui pénètrent dans les coulisses et qui collectent l'information. Nous savons que le contrôle budgétaire sera une épreuve malaisée pour au moins deux raisons.

La première est que les hypothèses sur lesquelles s'est basé le gouvernement étaient trop optimistes. Pour moi, la philosophie du budget des Voies et Moyens reposait sur le conditionnel: si une telle chose arrive, si nous obtenons tel résultat, si... Et si les prévisions ne se confirment pas, il restera un trou à combler.

La seconde raison réside dans le fait que, pour ficeler définitivement le budget 1984, il faudra opérer des choix, réaliser encore des économies ou susciter des recettes nouvelles. Il y a dans cette alternative un choix idéologique à faire.

Laissez-vous, messieurs les responsables de la Santé publique, ravalier votre budget en deçà du déjà trop modique 2,34 p.c., et cela dans des matières qui touchent directement tous les assurés sociaux?

Au-delà du vote négatif de notre groupe, nous sommes anxieusement curieux de connaître les mesures qui devront encore être prises avant le 31 mars, date d'expiration des pouvoirs spéciaux en ces matières. (*Applaudissements sur les bancs socialistes.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Vandekerckhove.

De heer Vandekerckhove. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, geachte collega's, vooreerst wilde ik bij deze bespreking van de begroting van Volksgezondheid de rapporteur gelukwensen met zijn verslag en met zijn mondelinge commentaar die hij hier leverde.

Wanneer ik de bespreking van deze begroting heb voorbereid, heb ik mij even afgevraagd welke wel mijn geloofsbrieven zouden kunnen zijn.

Indien ik een medisch socioloog ware geweest — u kent ze wel, zoals ze in Reinaert de Vos beschreven staan: « enen fellen met enen baarde » — dan zou ik natuurlijk alle prerogatieven hebben gehad. Dat ben ik echter niet.

Ik ben ook geen medisch econoom, die bij middel van zeer ingewikkelde wiskundige formules met v , x , y , enz. alles kan bewijzen wat hij wil, aangezien toch bijna niemand deze wiskundige formules kan ontleiden. Ook dat ben ik echter niet.

Ik moet mij dus terugplooien op de medische professie. Maar ook op dit gebied heb ik heel weinig geloofsbrieven, want ik behoor tot de klassieke geneeskunde. Ik behoor niet tot de beoefenaars van de acupunctuur, waarmee men volgens een radiobERICHT van vorige week zelfs cholera zou kunnen genezen.

Ik doe evenmin aan homeopathie of natuurgeneeskunde. Ik volg helemaal niet de moderne trend. Ik doe zelfs niet aan astrologie, hoewel dit niet zo modern is. Een oud Middelnederlands geschrift uit de twaalfde of dertiende eeuw zegde namelijk: « Wilde goet fisieker zyn, hinc soude van astronomien leeren. »

Ook toen reeds moest men dus blijkbaar astronomie en astrologie kennen.

Ik ben zelfs geen lid van de eerstelijnszorgverstrekkers, maar behoort tot de stilaan verfoeide tweede of zelfs derde lijn. Ik vind dus bijna geen geloofsbrieven, want ik behoor bovendien niet tot dat geconsacreerde cenakel van de wetenschap, de universiteiten. Ook daar kan ik mij dus niet op baseren.

Ik waande mij gelukkig, omdat ik dan toch nog vanuit mijn functie als senator iets kon zeggen, maar op bladzijde XXI van het verslag las ik dat de staatssecretaris zegde dat wat nog niet via volmachtbesluiten is geregeld, voor het Parlement zal worden gebracht. Toen verviel ook mijn laatste steunpunt en stut.

Ondanks mijn gebrek aan geloofs- en adelsbrieven, wil ik toch een en ander over deze begroting van Volksgezondheid zeggen. Ik wil hier drie onderwerpen aanraken die, spijtig genoeg, mijnheer de staatssecretaris, op het terrein van minister Dehaene liggen, namelijk de beperking van het medisch aanbod, het statuut van de ziekenhuisgeneesheer en het vernieuwde ziekenhuisbeleid.

De beperking van het medisch aanbod houdt opnieuw de aandacht gaande. Ik wil in dit verband vooreerst de minister danken voor zijn interessante brochure *Het medisch en paramedisch aanbod in België*, dat de voornaamste gegevens groepeerde aangaande dit probleem. Tot slot van de inleiding van deze brochure, inviteert de staatssecretaris de anderen om op deze brochure in te gaan en er allerlei beschouwingen aan te wijden.

Ik wil van deze uitnodiging graag gebruik maken.

Ik heb naar aanleiding van de bespreking van de begroting ook nog eens teruggekeken naar mijn interpellatie van november 1974 over de numerus clausus, die gericht was tot de toenmalige staatssecretaris voor Wetenschapsbeleid, de heer Geens. Zijn argumentatie was ook toen al vooral gebaseerd op financiële overwegingen, namelijk de kostprijs van de medische opleiding tegenover het groot aantal studenten in de geneeskunde en de verhoging van de medische consumptie tegenover het groot aantal artsen.

Deze problemen blijken nog steeds actueel te zijn en geven nog steeds aanleiding tot discussie. Met betrekking tot het eerste argument, namelijk de kostprijs van de medische opleiding, heb ik ik toen gewezen op het onderscheid dat inzake het aantal studenten geneeskunde moet worden gemaakt tussen de vaste kosten van de medische opleiding enerzijds, die ongeacht het aantal studenten zullen blijven bestaan, en de marginale kosten anderzijds, die schommelen in verhouding tot het aantal studenten.

Voor dit probleem kan alleen een totaal andere financiering, waarbij wordt afgestapt van het aantal studenten als criterium, een grondige verandering brengen. Het uitwerken van een nieuw financieringsmechanisme behoort tot het pakket voorstellen van de minister. Dit betekent een grondige wijziging van het financieringssysteem van de universiteiten, die wellicht niet tot de medische faculteiten zal kunnen worden beperkt.

De heer Basecq, eerste ondervoorzitter, treedt als voorzitter op

Het is niet zonder enige zorg en bekommerning dat ik die voorgenomen wijziging gadesla. Wij mogen vooral in het Vlaamse land niet vergeten dat de financieringswet van 1971, de zogenaamde wet-Lefèvre, gebaseerd is op het aantal studenten — evenwel met talrijke ingebouwde correcties —, één van de grondslagen zoniet de voornaamste pijler is geweest voor een snelle expansie en spreiding van het universitair onderwijs in Vlaanderen.

Nu wil men terugkeren naar het systeem van vóór 1971, namelijk een vast enveloppebudget voor de universiteiten, en dit via een vorm van clichering van het aantal studenten geneeskunde. Het is wel opvallend dat dit precies gebeurt op het ogenblik waarop zich een belangrijke daling van het aantal studenten geneeskunde inzet en waarop een belangrijke daling van het aantal 18-jarigen te verwachten is.

Tussen 1977 en 1983 stellen wij reeds een merkwaardige daling vast van het aantal studenten die geneeskundige studies aanvangen, namelijk 32 pct. en 25 pct. inzake de buitenlandse studenten uit de EG-landen. Ook inzake het aantal buitenlandse studenten uit andere landen stellen

wij een belangrijke daling vast namelijk 39 pct. Deze daling doet zich vooral voor in de faculteiten geneeskunde van de Franstalige universiteiten, waar overigens de meeste buitenlanders studeren. Deze daling is mijns inziens als een gunstige kentering te beschouwen.

Ook de geleidelijke wegwerking van de achterstand van de Nederlandstaligen is een gunstige kentering. In verhouding tot het bevolkingscijfer is er echter nog steeds een achterstand. De verhouding Nederlands-taligen-Franstaligen bedraagt 50/50 aan de faculteiten geneeskunde, maar 57/43 qua totale bevolking van het land.

In het tweede jaar geneeskunde blijkt het aantal Nederlandstalige studenten wel groter te zijn. Het slaagpercentage tussen de Nederlandstalige en de Franstalige faculteiten is immers verschillend. Indien men echter na het eerste jaar of na de kandidaturen wil overgaan tot een soort van contingering van het aantal studenten, zal men toch nog moeten rekening houden met de weg te werken achterstand voor de Nederlandstaligen.

Het is wel interessant de slaagpercentages aan de universiteiten te bekijken. Zij tonen immers aan dat er tussen de eerste en de tweede kandidatuur geneeskunde een gemiddelde uitval bestaat van 45 pct. en tussen de tweede kandidatuur en het einde van de studies, een uitval van 20 à 25 pct. In totaal maakt dit een uitval van 60 tot 65 pct.

Naar mijn oordeel is het wel een soort selectie die kan tellen. Als men zegt dat men hier geen selectie in de geneeskunde heeft, dan wijst deze uitval van 65 pct. wel in een andere richting. Volgens de brochure van minister Dehaene zullen er in 1989, 1028 nieuwe diploma's van dokter in de geneeskunde worden afgeleverd, waarvan 880 tot 920 aan Belgische studenten. Dit alles zonder enige ingreep en bij de huidige trend en gegevens.

Mijnheer de minister, welk cijfer staat u voor ogen in geval van contingering? Laten wij Frankrijk als voorbeeld nemen: 53 miljoen inwoners, aantal studenten in de geneeskunde vastgelegd voor 1982, 5900. Verhoudingsgewijs omgerekend geeft dit voor België ongeveer 1100 en rekening houdend met de reeds bestaande grotere artsensdichtheid van ongeveer 18 pct. in ons land, wordt dit voor ons land 950 studenten in de geneeskunde.

Dat is juist het cijfer dat wij kunnen verwachten voor de Belgische studenten in de jaren 1988-1991. Trekt men de slaagpercentages verder door, rekening houdend met de dalingsrend voor het aantal eerstejaars, dan blijkt dat een cijfer van minder dan 950 te bereiken is in de periode 1991-1992. Als men dat cijfer aanhoudt, dan vraag ik mij af waarom men nog zo een reeks ingrijpende maatregelen in de universitaire wetgeving — dus niet alleen voor de geneeskunde — treft. Hetzelfde effect kan immers vanzelf en spontaan worden bereikt.

Wie wordt hier blij gemaakt met een dode mus? Misschien de heer Wynen omdat dan de numerus clausus ingaat op een ogenblik dat het niet meer nodig is. En wie heeft bij een spontaan dalend aantal studenten geneeskunde voordeel bij de vastlegging van een vast aantal? Misschien is het te ver gezocht, maar dan denk ik toch terug aan al de moeilijkheden die wij sinds 1971 hebben meegemaakt met de universitaire wetgeving omtrent de minimum-basiscijfers toen er voor 100 studenten in het eerste jaar werd betaald, terwijl er in sommige gevallen maar 3,4 of 5 of 6 waren.

Afgezien van de vraag wat deze wijzigingen zullen veranderen aan de afgeleverde diploma's in de periode 1990-2000, rijst nog de vraag omtrent het nuteffect van deze maatregelen. Wanneer zal er op dat terrein enige invloed merkbaar zijn? Er zal in ieder geval geen enkele invloed merkbaar zijn voor 1991 aangezien geneeskunde zeven jaar studie vergt. Naar mijn oordeel zal men nog langer moeten wachten want er is een belangrijk vertragsmechanisme ingebouwd. Men hoeft hiervoor maar de cijfers na te gaan van het aantal afgeleverde diploma's en het aantal artsen werkzaam in de curatieve sector. Zo vinden wij tussen 1975 en 1982 een stijging van 43 pct. voor de artsdiploma's tegen slechts 37 pct. in de curatieve sector.

Maar hierin zijn mijns inziens enigszins ten onrechte de kandidaat-specialisten in opleiding begrepen, die nog niet helemaal in deze curatieve sector staan. Voert men ook deze nodige correctie uit, dan krijgt men een werkelijk stijgingstempo van 22 pct. tussen 1975 en 1982, hetzij 3,1 pct. per jaar. Dit vertragsmechanisme is gedeeltelijk te wijten aan de militaire dienstplicht, met een weerslag van een tot anderhalf jaar, en vooral aan de specialisatie.

Men zal dus tot de jaren 1992-1993 moeten wachten alvorens enig effect te zien van de voorgestelde maatregelen ter beperking van het medisch aanbod.

Het strenger maken van de opleidingsvoorwaarden en vooral de beperking van het aantal opleidingsplaatsen volgens de nieuwe criteria voor erkenning brengen mee dat het aantal kandidaat-specialisten in belangrijke mate zal dalen, zodat de overbezetting zich in de toekomst vooral zal doen gevoelen in de sector algemene geneeskunde, nu reeds het belangrijkste knelpunt, mede gezien zijn volkomen open toegang en het ontbreken van welkdanige bescherming ook.

Dit brengt onder andere mede dat tot 1990 een toename te verwachten is in de curatieve sector voor algemene geneeskunde van 3 000 à 3 500 geneesheren tegen slechts een 1 500 bijkomende specialisten in dezelfde periode.

Beperkende maatregelen in het begin van de opleiding, na het eerste jaar of na de kandidaturen, vertonen dienaangaande geen enkele selectiviteit. Wil men dus via het globale aantal en zonder selectiviteit, afdoende ingrijpen — overigens met effect eerst na 1992 — dan zal het contingent van de jaarlijkse aangroei moeten dalen tot 500-600 per jaar voor het hele land. In hoeverre is dit een haalbare kaart?

Over het tweede argument voor de beperking van het medisch aanbod, namelijk het verband tussen het aantal geneesheren en de medische consumptie, vinden wij ook heel wat interessante cijfergegevens in deze brochure. Hieruit blijkt opnieuw dat de toename van het medisch aanbod vooral gevolgen zal hebben voor de algemeen-geneeskundigen, waarbij het aantal prestaties per geneesheer nog verder zal afnemen in tegenstelling tot dat van de specialisten die zich min of meer zullen kunnen handhaven, onder andere door de stijging van de afgeleide consumptie.

Zo is de stijgingsindex in de sectoren radiologie, klinische biologie en nucleaire geneeskunde respectievelijk 234, 279 en 677 tussen 1970 en 1981.

Het aantal verstrekkingen per algemeen-geneeskundige zal verder blijven dalen met 20 à 23 pct. tot 1990, terwijl het reeds in de periode 1974-1981 met 22 pct. was gedaald, zodat het aantal prestaties per omnipracticus in 1990 nog slechts 55 à 60 pct. van het hoogtepunt in 1974 zal bedragen.

Men had verwacht dat de stijging van het aantal geneesheren in het algemeen een stijging van de medische consumptie zou meebrengen, en dat er een rechtstreeks verband zou zijn. Nu blijkt dat in de algemene geneeskunde de toename van het aantal artsen eerder een langzame stijging, of gestabiliseerde uitgaven, voor de ziekteverzekering meebrengt, maar dat dit over een veel groter aantal artsen zal moeten worden verdeeld. Ook in het boek van professor E. Van Broekhoven *Pensioen en spaarstrategie* blijkt de dominante invloed van het aantal artsen zeer duidelijk.

In de specialistensector kan, dank zij de afgeleide consumptie, de koek nog iets groter worden terwijl dat voor de algemeen-geneeskundigen niet het geval is. De koek blijft gelijk, maar hij moet over een steeds groter aantal worden verdeeld.

Verder blijkt dat niet zozeer de stijging van de medische consumptie als voornaamste argument voor de beperking van het medisch aanbod geldt, maar wel de nefaste invloed van dit groter aantal op het te verwachten gemiddelde huisartseninkomen dat, rekening houdend met de zeven jaar studie, eigenlijk toch onredelijk laag dreigt te worden.

Rekening houdend met het lange tijdsverloop tussen de invoering van maatregelen tot beperking van het medisch aanbod en het eerste nuteffect ervan en met het gebrek aan selectiviteit voor de algemene geneeskunde, zullen aanvullende maatregelen moeten worden overwogen.

Het spijt mij dat u daarnet niet kon aanwezig zijn, mijnheer de minister, toen ik heb aangetoond dat men via de spontane evolutie ongeveer dezelfde cijfers zal bereiken, namelijk 900 artsendiploma's in 1990-1991 wat u met een reeks ingrijpende maatregelen wil verwezenlijken. Vandaar mijn vraag wat het nuteffect is van die maatregelen.

Wie heeft belang bij die maatregelen? Zijn zij wel echt nodig, aangezien zij niet meer, misschien zelfs minder, zullen bereiken dan de spontane evolutie, wegens het gebrek aan selectiviteit inzake het belangrijkste knelpunt, namelijk dat van de algemene geneeskunde? Op grond hiervan rijst de vraag of het niet beter, niet juist en doelmatiger zou zijn in plaats van ingewikkelde ingrepen op de universitaire wetgeving, andere maatregelen te overwegen. Ik wil even blijven stilstaan bij enkele van deze maatregelen.

Mijnheer de minister, u hebt zelfs de vervroegde pensionering van de curatieve artsen op 65 jaar voorgesteld. Ik weet dat dit een moeilijke maatregel is. Uit uw brochure blijkt dat in 1982 het aantal artsen boven de 65 jaar ongeveer 2 000 bedraagt en het aantal artsen boven de 70 jaar 1 100. De onmiddellijke weerslag van die maatregel is dus een

vermindering van het aantal artsen met 3 100 waarvan 60 pct. of 1 900 in de algemene geneeskunde, wat 15 pct. betekent van het huidige aantal in de algemene curatieve sector.

Tussen 1980 en 1990 zullen aldus nog ongeveer 1 000 banen vrijkomen zodat er in de algemene geneeskunde in 1990 door pensionering op 65 jaar, 2 800 omnipracticici minder zouden zijn dan wat nu te verwachten is, wat neerkomt op het opvangen van ongeveer drie vierde van de verwachte groei in de curatieve sector.

Hieraan moet echter de onmisbare voorwaarde worden gekoppeld van het bekomen van een voldoende pensioen voor de artsen.

Het «zure» lachertje van een zelfstandigenpensioen met torenhoge bijdragen voor artsen met gelijkblijvende pensioensom is volgens professor Van Broekhoven een van de slechtste beleggingsvormen met een belangrijk negatief rendement. In de strategie van de artsenbeweging zouden maatregelen voor pensioenvorming dan ook een primordiale eis moeten zijn. De voorzorgskas der geneesheren is hierop reeds een gedeeltelijk antwoord. Het zogeheten sociaal statuut gaat eveneens in die richting. De suggestie van de heer Leroy dat gezien de jeugdige opbouw van het medisch korps een vorm van groepsverzekering tegen draaglijke prijzen een waarborg zou bieden verdient eveneens te worden onderzocht.

Een tweede maatregel die ook voorkomt in uw brochure, betreft het promoveren van de tewerkstelling in de niet-curatieve sector. Eerst moet worden opgemerkt dat in deze sector reeds een toename wordt vastgesteld. Van 1975 tot en met 1982 is er een stijging van 1 450 naar 2 126 wat neerkomt op een stijging van ongeveer 100 per jaar. Gelet op behoefte aan epidemiologische onderzoeken, de nood aan research en de inspanningen die zouden kunnen gedaan worden op het terrein van de preventie, zou men deze veel meer kunnen stimuleren dan de zuiver administratieve sector en zouden die sectoren over ruimere medische effectieven moeten kunnen beschikken.

Ook de medische informatica, een even belangrijke sector, zou tot verdere ontwikkeling moeten komen. Ik meen, mijnheer de minister, dat het geen weggegooid geld zou zijn en op termijn kan de *return* ervan ook op de uitgaven van de ziekteverzekering belangrijk zijn. Indien deze trend aanhoudt of verder wordt ondersteund, kan dit leiden tot 800 à 1 000 bijkomende posten in 1990. Dit zal in de curatieve sector leiden tot een vermindering van de beknelling.

Als derde punt is er de medische samenwerking met de derde wereld. Gezien de grote noden van deze derde wereld op het gebied van de meest elementaire gezondheidszorgen, is het een uitdaging voor ons land met zijn teveel aan geneesheren, op een doelmatige wijze iets te doen om deze noden te lenigen. Het opruimen van allerlei hinderpalen, die er nu nog zijn, een werkelijk stimuleren van deze vorm van ontwikkelingssamenwerking van goed voorbereide en geïntegreerde projecten moet toch mogelijk zijn. Men moet er zich echter van bewust zijn dat men in de ontwikkelingslanden verwacht dat de medici na een bepaalde periode opnieuw vertrekken. Er zijn ook daar mogelijkheden om iets te doen aan het knelpunt huisartsengeneeskunde.

Ten vierde, is er de herwaardering van de huisartsengeneeskunde, de veelgenoemde eerstelijnszorg. Twee elementen zijn hier mijns inziens essentieel. Ten eerste, wil men werkelijk de eerste lijn profileren, dan is de inbouw van een drempel noodzakelijk. Ten tweede, men zal de eerstelijns niet profileren, of men zal hiervan weinig baat ondervinden indien specialistisch gerichte onderzoeken en handelingen van de tweede en de derde lijn worden overgebracht naar de eerste lijn. De open eerste lijn kan dan de concurrentie met de gespecialiseerde geneeskunde moeilijk aan.

Het inbouwen van een drempel, bijvoorbeeld via een zogezegd verplichte verwijziging van de huisarts, is nauwelijks nog te verwezenlijken. Uit het nationaal onderzoeksprogramma eerstelijnsgezondheidszorg blijkt dat in Vlaanderen slechts 32 pct. patiënten door de omnipracticus naar de specialist worden verwezen, terwijl dit voor de gynaecologie daalt tot 13,4 pct. en bij de kinderartsen tot 21,4 pct. 54 pct. van de patiënten doen rechtstreeks een beroep op de specialist. Men schat ongeveer een zelfde percentage voor Wallonië, en een veel hoger percentage voor Brussel.

De heer Leemans treedt opnieuw als voorzitter op

De eerste lijn is niet alleen krom, maar het is ook een erg dun lijntje. Als «toegangspoort» lijkt ze maar weinig te functioneren, gezien meer dan de helft à drie vierde achterom loopt.

Ik vraag mij af in hoeverre de dringende medische hulp in de eerste lijn doelmatig kan worden opgevangen. Als versterking van de eerste lijn kan het gunstig inwerken, ook op het psychologische vlak, maar ik vrees dat veel in tweede instantie toch naar de ziekenhuizen zal moeten worden doorgestuurd. De ervaring zal het moeten leren. Ik geloof echter niet dat er hier veel mogelijkheden tot besparingen inzitten.

De opvang van patiënten bij ontslag uit het ziekenhuis kan de band tussen specialist en algemeen-geneeskundige verbeteren, een vroeger ontslag mogelijk maken en lijkt mij daarom positief. Ook hier kunnen we de financiële weerslag niet becijferen en kan men zich afvragen of dit werkelijk aanleiding zal geven tot een vervroegd ontslag of tot alleen bijkomende opvangkosten.

Deze maatregelen met een meer directe impact zouden aldus in de periode tot 1991 kunnen leiden tot een werkelijke vermindering van 3 500 à 3 800 plaatsen in de curatieve sector voor de algemene geneeskunde.

Dit komt neer op het opvangen van de groei tussen 1983 en 1990. Het lijkt mij de moeite waard, nog meer dan het zoeken naar complexe oplossingen in de wetgeving op de universiteiten, eerst te kijken wat de mogelijkheden zijn voor een betere pensioenvorming voor geneesheren, voor de opvang van de acute nood die zeker zal ontstaan tussen 1983 en 1990 en die niet meer kan worden beïnvloed door om het even welke vorm van numerus clausus. Dit over de beperkingen van het medisch aanbod.

In zijn inleiding tot de begroting is door de minister gewezen op het vernieuwde ziekenhuisbeleid dat hij wenst te voeren.

Hij verwijst naar het grote aantal ziekenhuisbedden, de overschrijding van de programmatienormen, de weerslag ervan op de Riziv-uitgaven, de tweemaal zo sterke stijging van de uitgaven voor de universitaire ziekenhuizen, de uitgaven voor technische prestaties in ziekenhuizen en tenslotte op de veroudering van de bevolking als fundamenteel gegeven voor het vernieuwde ziekenhuisbeleid.

Reeds bij een vorige uiteenzetting heb ik de minister gewezen op het nadelige effect van zijn lineaire maatregelen, meer in het bijzonder voor Limburg waar én de normen niet zijn overschreden én met de te verwachten aangroei van de bevolking rekening moet worden gehouden. *Bis repetita placet*: we vragen nogmaals de aandacht van de minister dienaangaande.

Indien ik de minister goed heb begrepen zijn de uitgangspunten voor een vernieuwd ziekenhuisbeleid vooral een kwestie van beheersing van de uitgaven in deze sector.

Hij wil dit bereiken door het verminderen van het aantal verpleegdagen, door een effectieve expansiestop van de ziekenhuisbedden, door het inschakelen van de eerste lijn voor dringende medische hulpverlening bij ontslag uit het ziekenhuis, door het oprichten van rust- en verzorgingshuizen ter vervanging van het beddenbestand in de ziekenhuizen naar rata van twee bedden tegen één afgeschaft ziekenhuisbed.

Dit worden rustoordbedden met bijzondere zorgen: er is immers nog verpleegkundige en paramedische verzorging nodig, alsmede hulp voor de noodzakelijke levensactiviteiten. De vergoeding gebeurt via een systeem van ligdagprijzen, merkbaar lager dan in de ziekenhuizen. Zonder ten gronde te willen ingaan op de problematiek van de R-, V- en G-diensten is het mijn mening dat dit tijdelijk tot een vermindering van de uitgaven zal leiden, maar dat dit systeem binnen enkele jaren als een uitgavenboemerang zal terugkeren.

De ligdagprijs hiertoe voorgesteld zal met gegronde redenen aan een voortdurende druk tot verhoging blootstaan, niet met argumenten die uit de lucht gegrepen zijn maar men zal bewijzen dat het tegen die prijs niet kan. Deze verhoging zal onvermijdelijk zijn. Eenmaal dat de verhouding tot de verpleegdagprijs op de helft komt te liggen, is al elk besparingseffect verdwenen. Ik vrees echter dat de minister deze prijs niet tot de helft zal kunnen blijven beperken; volgens mij zit hier een financiële tijdbom verborgen in het systeem.

Verdere maatregelen zijn: beperking van de indexering van de verpleegdagprijs, vermindering van het aantal verpleegdagen die kunnen worden aangerekend en waarvan de minister had gehoopt dat dit zou leiden tot het afschaffen van heel wat ziekenhuisbedden die dan eventueel kunnen worden overgedragen aan andere instellingen.

Dit gaf al prompt aanleiding tot een koehandel in ziekenhuisbedden. Wie biedt het meest?

Verder voorziet het nieuwe beleid in een schadeloosstelling bij omschakeling of desaffectatie en in een nieuwe financieringswijze van de ziekenhuizen. Ik heb geprobeerd uit de tekst van het verslag wijzer te worden over deze nieuwe financieringswijze.

Ik moet eerlijk toegeven, mijnheer de minister, dat ik het eigenlijk niet begrijp. Ik herinner mij dat in de jaren 1973-1974, minister De Saeger hier op deze tribune uitleg gaf over de provisionele verpleegdagprijs en het boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen en de grote efficiëntie van dit systeem, vooral qua kostenbeheersing in de ziekenhuizen.

Ik heb het toen ook niet goed begrepen. Maar wanneer ik de statistiek over de evolutie van de uitgaven voor de ziekenhuizen op bladzijde 35 van het verslag onderzoek, zijn de cijfers welsprekend genoeg en vind ik qua kostenbeheersing niets meer terug. Het is eerder het tegengestelde. Ik moet eerlijk toegeven dat de explosie van de universitaire ziekenhuisbedden niet kon worden voorzien. Dat is waarschijnlijk één van de redenen. Ik vrees echter dat uw nieuwe berekeningswijze, hoe mooi en ingewikkeld ze ook moge zijn, hetzelfde lot zal zijn beschoren.

Wat mij in het geheel van die nieuwe ziekenhuispolitiek verwondert, is dat ik tegenover het voornaamste knelpunt, de voornaamste groefactor, namelijk de academische ziekenhuizen, goed voor 83 pct. stijging voor het aantal geboekte verpleegdagen en 150 pct. in de totale ziekenhuisverplegingsuitgaven, geen enkele maatregel terugvind. Speelt ook hier het Mattheus-effect, aan wie veel heeft zal veel worden gegeven, geen rol?

Als laatste punt, het is misschien wat prematuur om een term uit de geneeskunde te gebruiken, wil ik het hebben over het statuut van de ziekenhuisgeneesheer. Er wordt sinds vele jaren gewacht op dit statuut. Bij de bespreking van de wet op de OCMW heeft het aanleiding gegeven tot allerlei tussenkomsten. Er is nu een ontwerp van kaderwet. Er is dienaangaande een ietwat eigenaardige afwezigheid van commentaar, vooral vanuit de medische milieus. Er is een soort stilte, misschien de stilte voor de storm. Maar men hoort er betrekkelijk weinig over.

Wanneer ik dit statuut onderzoek zoals het is opgesteld, meen ik dat hierdoor de rechtszekerheid van de geneesheer in de instelling wordt vergroot, door het vastleggen van een deel wederzijdse verplichtingen. De toestand van nu, die vaak terug te voeren is tot een vrijwel volledige rechteloosheid van de ziekenhuisarts, wordt verbeterd. Maar deze rechtszekerheid wordt letterlijk en figuurlijk door de ziekenhuisarts toch vrij duur betaald.

De in het ontwerp vastgelegde verplichtingen van de arts tegenover het ziekenhuis zijn duidelijk gespecificeerd en betekenen, in vele gevallen, een belangrijke beperking van zijn vrijheid en ook de financiële verplichtingen liegen er niet om. Ik kom uit een ziekenhuis waar men dit nu heel goed aan den lijve ondervindt.

De verplichtingen van het ziekenhuis tegenover de ziekenhuisarts zijn eigenlijk vrij schaars en bestaan in vele gevallen louter uit het aanhoren van een advies, waarover men achteraf bij niet navolgen niet veel uitleg is verschuldigd.

Het dwingend advies van de medische raad geldt niet voor de oprichting van nieuwe diensten, de wijziging, de splitsing of de opheffing van bestaande diensten, voor de benoeming, de aanwerving, de toelating en de bevordering van geneesheren. Dit brengt in een systeem waar men per prestatie wordt betaald eigenlijk een verlies mee van om het even welke rechtszekerheid omdat men, op elk ogenblik, voor om het even welke reden, voor elke specialiteit kan splitsen en zo meerdere mensen naast elkaar kan plaatsen. En dit alles voorbijgaand aan het eventueel advies van de medische raad dat er zake niet dwingend is.

Er is geen clauseule voor wat er moet gebeuren indien de medische raad een afwijkend advies geeft. Pas na een maand kan het bestuur een beslissing treffen. Er moet een verscherping van de maatregelen komen, ook voor de werkzekerheid. Er zijn vaak belangrijke financiële verplichtingen te vervullen die over verscheidene jaren uitlopen door, bijvoorbeeld, het huren van gebouwen.

Wel moeten bepaalde monopolies kunnen worden doorbroken. Er moet worden gestreefd naar een statuut waarin niet alleen de rechtszekerheid, maar ook een bepaalde vorm van werkzekerheid wordt gewaarborgd. Tevens moeten beperkingen inzake aanwerving, splitsing van diensten en dies meer aan het dwingend advies van de medische raad worden onderworpen.

Mijnheer de minister, er is nog een laatste bepaling. De geneesheren die ten minste vijftien jaar praktijk hebben, kunnen de inning verder in de ziekenhuizen blijven uitoefenen. Dit is voor de geneesheren die in een ander systeem hebben gewerkt, die tegen tarieven hebben gewerkt en daar nooit problemen in hebben gezien, een vrij harde maatregel. Het is een illustratie van de typisch Belgische publieke moraal.

Ik kom hier terug op mijn eerste voorbeeld. In Limburg heeft men zich gehouden aan de programmatienormen, maar men heeft toch evenveel moeten inleveren als elders. Had men er zich niet aan gehouden, dan

ware men nu beter af geweest. U moet goed begrijpen wat het zelf innen betekent. Het betekent dat in vele ziekenhuizen de gewoonte van bijvragen voor prestaties zal blijven bestaan. Die maatregel is haast de consecratie van het in het zwart werken.

Ten aanzien van een groot aantal geneesheren dat jarenlang zonder moeilijkheden tegen de mutualiteitstarieven heeft gewerkt, komt dat hard aan. Degenen die zich altijd aan de sociale verplichtingen hebben onttrokken, krijgen nu bij wet de gelegenheid om te frauderen. De andere geneesheren kunnen het zich daarbij alleen de overweging maken van « hoe dom zijn wij geweest dat wij niet in het zwart hebben gewerkt ».

Er moet eens goed worden nagedacht over het systeem van vergoedingen voor de geneesheren. Het zijn eigenlijk altijd degenen die zich aan de tarieven houden, die worden gestraft. Zich houden aan de tarieven betekent niet alleen een kleiner inkomen, maar er is ook nog de belasting die daar moet op worden betaald. Wij betalen ons de jongste tijd, als geneesheer, blauw — het is het juiste woord, ook voor de PVV — aan belastingen met het tragisch gevolg dat heel wat jonge specialisten zich niet kunnen verzekeren tegen hun overlijdensrisico.

Wanneer een specialist sterft op jonge leeftijd geeft dat aanleiding tot grote drama's in zijn gezin. De kinderen kunnen vaak niet meer verder studeren en de echtgenote heeft te kampen met onoverkomelijke financiële moeilijkheden. Hoe het ook zij, het spaarvermogen van een geneesheer is de jongste jaren enorm aangetast.

Mijnheer de minister, die bekommerning verwacht u allicht minder van een geneesheer dan van niemand anders, maar uw maatregel is en blijft een slag in het gelaat van de geneesheren die altijd tegen de wettige tarieven hebben gewerkt en die altijd zonder morren hebben betaald. Anderen die dat niet hebben gedaan, worden er nu nog voor beloofd. *(Applaus op de banken van de Volksunie en op sommige banken van de CVP.)*

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Cuvelier.

De heer Cuvelier. — Mijnheer de Voorzitter, heren ministers, geachte collega's, eerst en vooral wil ik mijn collega Vandermeulen gelukwensen voor zijn uitstekend en goed gestructureerd verslag. Ik wil ook, als voorzitter van de commissie, al de leden van deze commissie danken voor hun opbouwende uiteenzettingen en ook voor de goede geest, die trouwens een traditie is in de commissie.

Ik zal kort gaan en mij beperken tot enkele punten.

Eerst wil ik enkele woorden zeggen over de toelage voor de kankerbestrijding. Hiervoor hebt u 32.200.000 frank in uw begroting ingeschreven. Ik vergelijk dat cijfer met de subsidie die u voorbehoudt voor de antropogenetica, namelijk 62 miljoen. Dat lijkt mij eigenaardig. Gisteren heb ik nog in de krant gelezen dat 21 pct. van de overlijdens te wijten is aan kanker.

Ik vind dan ook dat er een discriminatie bestaat tussen de subsidies die u ter bestrijding van kanker heeft uitgeschreven en deze voor de antropogenetica, hoewel ik onmiddellijk toegeef dat deze ook waardig en dienstelijk is en eveneens moet worden gesubsidieerd. Het bedrag dat als subsidie voor de bestrijding van kanker is uitgetrokken, is alleszins niet in overeenstemming met de gevaren van deze ziekte die iedereen vreest en die jaar in jaar uit oorzaak is van vele overlijdens.

In de begroting zijn ook kredieten ten belope van 38 miljard ingeschreven waarvan 20 miljard voor het ziekenhuisbeheer, wat laat uitschijnen hoe belangrijk dit ziekenhuisbeheer is.

Ik heb aandachtig geluisterd naar de uiteenzetting van collega Vanderkerckhove. Ik moet vele punten beamen waarover hij gesproken heeft. Hij heeft onder andere gezegd dat ook minister De Saeger destijds reeds gesproken heeft over een provisionele prijs. Ik wil eraan toevoegen dat de heer De Saeger ons in die periode heeft willen geruststellen met te zeggen dat hij zelf boekhouder van beroep was en dat wij gerust vertrouwen konden hebben in zijn beleid. Nu zijn wij spijtig genoeg dat dit niet zo gunstig is uitgevallen. Mocht de heer De Saeger nog in ons midden zijn, dan zou hij waarschijnlijk zijn biecht uitspreken en zeggen dat hij zijn best heeft gedaan maar niet in zijn opzet is gelukt.

Het tweede punt dat ik wil toelichten ligt mij na aan het hart, namelijk de magistrale bereidingen. In dat verband hebt u, mijnheer de minister, restrictieve maatregelen genomen. Een groot aantal magistrale bereidingen wordt niet meer terugbetaald door de ziekteverzekering, wat zware

financiële gevolgen heeft voor de patiënten en ook ernstige moeilijkheden oplevert voor de geneesheren. U verklaart — ik heb hier de cijfers — dat sommige specialiteiten goedkoper zijn dan magistrale bereidingen.

Dat is niet juist, mijnheer de minister.

Tot nu toe werden de magistrale bereidingen terugbetaald door de ziekteverzekering en een aantal specialiteiten niet.

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Natuurlijk niet.

De heer Cuvelier. — En nu nog niet! Uw redenering, mijnheer de minister, dat een sedativum in magistrale bereiding 189 frank kost en als specialiteit slechts 60 frank, gaat niet op.

Wat gebeurt er wanneer een geneesheer zich de moeite getroost een magistrale bereiding voor te schrijven? Ik spreek met kennis van zaken want ik ben een algemeen practicus. Eerst en vooral onderzoekt hij de zieke. Daarna, naargelang van de ziekte die wordt geconstateerd, schrijft hij een magistrale bereiding voor waarbij de verschillende bestanddelen zo worden gedoseerd dat ze voor de betrokken patiënt zo effectief mogelijk zijn.

Als niet-geneesheer is dat voor u misschien niet zo duidelijk. Een specialiteit is echter een standaardproduct met vaste verhoudingen, die niet kunnen worden gewijzigd. Af en toe beantwoorden deze specialiteiten niet aan het geneesmiddel dat ik zou willen voorschrijven en op deze wijze worden de belangen van de patiënt geschaad.

U heeft eveneens de terugbetaling van sommige geneesmiddelen afgeschaft. U beweert dat u in dit verband het advies heeft gevolgd van de Technische en Farmaceutische Raad. Ik heb nochtans gelezen in een krant dat dit advies negatief was en dat uw voorstellen met negen stemmen tegen één werden verworpen.

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Mijnheer Cuvelier, ik wil u even onderbreken om klaarheid te brengen in deze aangelegenheid. Het advies van de Raad was inderdaad verdeeld met betrekking tot mijn voorstellen over de magistrale bereidingen. Het advies over de schrapping van een aantal specialiteiten was echter unaniem. Wanneer u over het advies van de Raad spreekt, zou ik dus graag weten of het gaat over het advies met betrekking tot magistrale bereidingen, of over het advies met betrekking tot de terugbetaling van bepaalde specialiteiten.

De heer Cuvelier. — Een lid van de Raad zou beweerd hebben dat 95 pct. van de voorgeschreven magistrale bereidingen mengsels zouden zijn, die therapeutische nonsens zijn.

Ik protesteer met klem tegen deze uitlating. Het is onbegrijpelijk dat zo iets gezegd wordt door een deskundige met een apothekersopleiding. De officina-apotheker en de algemene practici werden in de Raad trouwens volledig genegeerd. Ik verkeer dan ook in de hoop dat u de nodige maatregelen zult nemen om een gunstige oplossing te geven aan deze nadelige toestand.

Ik wil, ter illustratie, nog een ander voorbeeld geven. Talrijke producten worden thans nog voor 100 pct. terugbetaald door de ziekteverzekering. Psylliumzaadjes kosten in de apotheek 120 frank voor 250 gram. Zij worden door de ziekteverzekering volledig terugbetaald aan de WIGW. Het schrappen van deze terugbetaling zou een besparing betekenen van 50 miljoen frank. Deze zaadjes kunnen toch geen geneesmiddel worden genoemd. Lindebloemen kunnen worden gekocht voor 90 frank per 50 gram en kamillebloemen tegen 140 frank voor 50 gram. Zij worden met voorschrift van de geneesheer volledig terugbetaald aan de WIGW. De afschaffing van de terugbetaling van deze zogenaamde medicamenten zou een besparing betekenen van 115 miljoen frank.

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Dank u voor de suggestie, mijnheer Cuvelier! *(Gelach.)*

De heer Cuvelier. — Dit zijn toch geen geneesmiddelen, mijnheer de minister.

Anderzijds stel ik vast dat leverextracten werden geschrapt van de lijst van terugbetaalde geneesmiddelen. Iedereen in de medische wereld weet toch dat leverextracten het medicijn bij uitstek zijn bij bloedarmoede en bijzonder bij pernicioze anemie.

U zult begrijpen, mijnheer de minister, dat wij geschokt werden door deze maatregelen.

De leverextracten die trouwens moeten worden ingespoten, zijn dus van de lijst van de terugbetalingen geschrapt. Ik hoop dat u zult willen begrijpen, mijnheer de minister, dat de gezondheid van onze bevolking hierdoor in het gedrang kan komen en dat de vrijheid ten behoeve van de patiënt, beter verdient.

Heren ministers, nog heel kort zou ik willen spreken over de psychiatrische verzorgingstehuizen. Ik weet dat u op dit gebied inspanningen wil doen. Onze bevolking veroudert van jaar tot jaar, misschien wel dank zij de vooruitgang van de geneeskunde, maar ook van de hygiëne in het algemeen. Vele van de oudere patiënten vertonen ernstige tekens van hersensclerose. Deze mensen kunnen niet meer verantwoordelijk worden gesteld voor zichzelf, noch voor hun omgeving. Zij zijn zelfs gevaarlijk voor de gemeenschap. Zij worden dan gehospitaliseerd in V-diensten, R-diensten en G-diensten, omdat zij nergens anders terecht kunnen. Mag ik u vragen dit probleem speciaal te willen onderzoeken, omdat het werkelijk de moeite waard is?

Tenslotte nog een woordje over de oorlogsslachtoffers. Het protocol ondertekend met de vaderlandslievende verenigingen loopt tot eind 1984. Heren ministers, mag ik uw bijzondere aandacht vragen voor volgende feiten. De dienstplichtigen van de klas 1939 die aan de veldtocht van 1940 hebben deelgenomen, hebben geen statuut. Ze zijn werkelijk vergeten. Anderzijds werd ook niet gedacht aan de jongeren van 18 tot 35 jaar die die oproep van de regering positief beantwoordden en soms voor verschillende maanden naar Zuid-Frankrijk trokken. Hun probleem maakt trouwens het voorwerp uit van een voorstel van wet. Ik geloof dat ook zij recht hebben op de erkentelijkheid van de natie. Wanneer er nieuwe besprekingen met de vaderlandslievende verenigingen op touw worden gezet, hoop ik dat u deze categorieën niet zult vergeten.

De Nationale Federatie van oud-strijders heeft de jongste tijd een grootscheepse campagne op het getouw gezet in verband met de kosteloosheid van de geneesmiddelen ten voordele van de invaliden. Volgens onze informatie zou het statuut van de oorlogsslachtoffers worden afgestemd op dat van de verzekerden van de ziekteverzekering.

De overeenkomsten en het protocol getekend in 1975 alsmede de regeringsverklaring en de bestaande wetgeving dienen verder te worden geëerbiedigd, mijnheer de minister. Mocht u dit niet doen, dan kunnen wij u niet meer volgen. De farmaceutische voordelen die de slachtoffers van de oorlogen genieten zijn immers het gevolg van de nationale eerbied die wij aan deze landgenoten verschuldigd zijn.

Heren ministers, ik reken op uw begrip en zal met interesse luisteren naar uw antwoorden en opmerkingen. (*Applaus op de banken van de meerderheid en op sommige socialistische banken.*)

M. le Président. — La parole est à Mme Godinache.

Mme Godinache-Lambert. — Monsieur le Président, messieurs les ministres, chers collègues, la santé est un bien-être physique, mental et social. Notre société semble l'avoir oublié. En réalité, la santé ne devrait pas intéresser que la médecine. C'est à chacun de nous qu'elle appartient d'abord. Elle naît d'une attitude, d'une volonté d'accepter la responsabilité, du sentiment d'avoir un but dans la vie, de relations humaines plus satisfaisantes.

C'est pourquoi je me réjouis de ce que ce budget traite conjointement de la santé publique et de la famille. Combien d'économies en matière de santé publique résulteraient d'une moins grande dépendance du patient à l'égard des praticiens de l'art de guérir et d'institutions médico-sociales? Combien de dépenses seraient évitées si notre structure démographique était plus saine et si la dénatalité ne traduisait pas un manque réel de confiance dans l'avenir? Combien de coûts humains seraient épargnés si chacun de nous pouvait compter davantage sur ses propres forces et sur la chaleur humaine de son entourage familial, de son village, de son quartier?

Les maladies dues aux stress et à la solitude ne seraient-elles pas plus rares? Le problème de la drogue serait-il aussi important? Or, la drogue est un véritable fléau social. Il porte atteinte à la santé de nombreux enfants.

Les enquêtes effectuées relèvent que 14 ans est l'âge moyen de la première expérience, qu'on soit Belge ou étranger. Une fois accrochés, ces jeunes découvriront plus ou moins tôt ou tard les drogues dures qui mènent aux paradis artificiels, puis à la déchéance psychique et physique, voire à la mort.

L'inquiétude des parents monte face aux drames de la toxicomanie. C'est pourquoi, même si celle-ci a une dimension transnationale, il me semble opportun d'agir au plan national afin d'enrayer ce mal dès le plus jeune âge.

Les dépenses en matière hospitalière sont démesurées, en partie tout au moins, parce que les plus âgés ne trouvent pas d'autres milieux d'accueil que ces bastions riches en efficacité mais trop pauvres encore en « sympathie » que sont les hôpitaux.

Je me réjouis donc des options prises par le ministre en faveur d'une nouvelle politique hospitalière et de la création des maisons de repos et de soins. Encore faut-il les organiser sans esprit partisan et favoriser les initiatives privées y compris en matière de maisons de repos et de soins.

Dans un tel d'esprit, il y a lieu d'offrir des facilités nouvelles aux soins à domicile, aux soins ambulatoires, au *medical self-care* et de revaloriser le rôle du médecin de famille.

Le ministre a dit à juste titre que les hôpitaux, s'ils ne corrigent pas leur gourmandise, deviendront les victimes de leur propre expansion. Ce risque existe pour deux raisons : 1. Le nombre exagéré de lits d'hôpitaux; 2. La surconsommation de médicaments et d'analyses, qui se situe au niveau de l'hôpital d'abord et surtout. En effet, il n'est un secret pour personne que ces institutions vivent d'une série de systèmes de diagnostic particulièrement rentables pour elles. Pas plus les malades que les industries n'en sont responsables.

Pour assainir la situation financière des hôpitaux, on pourrait appliquer les mêmes règles budgétaires que dans le privé.

Le ministre a déclaré qu'en cette période de crise économique, la gratuité des soins n'est plus possible et qu'une participation limitée du malade s'impose.

Les libéraux partagent ce point de vue. L'assurance maladie doit être crédible et, pour cela, être financièrement soutenable. En outre, la participation personnelle du patient a l'avantage de lui faire connaître le coût réel des soins de santé dont il bénéficie et de mesurer l'effort fait par la collectivité en sa faveur. C'est une question de démocratie. Il convient que chaque citoyen soit informé et participe de cette façon à la gestion du secteur des soins de santé.

La question essentielle revient donc à ceci : la santé a-t-elle encore une valeur réelle pour nous et, par conséquent, sommes-nous prêts à faire un minimum d'efforts financiers en vue de la maintenir ou de la reconquérir?

La médecine moderne a permis d'améliorer considérablement le niveau de santé de la population. Elle a favorisé la régression d'un nombre important de maladies. Elle doit pouvoir poursuivre ses efforts pour vaincre d'autres fléaux aussi graves que le cancer, par exemple. Elle doit pouvoir orienter tout son savoir-faire et toutes ses recherches au profit des grands malades d'abord.

La solidarité implique que les ressources financières leur soient consacrées en priorité et que nous assumions davantage les petits aléas de la vie.

Notre santé dépend de notre volonté de « vivre », de nous accepter tels que nous sommes et de nous ouvrir aux autres.

Seul l'individu peut produire une guérison qui vient de l'intérieur. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Verbist.

De heer Verbist. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de minister, mijnheer de minister, mijnheer de staatsecretaris, het zal u niet verbazen dat ik alleen over de OCMW zal handelen.

Tijdens de vergaderingen van de commissie gewijd aan de bespreking van deze begroting heb ik de aandacht van de minister gevraagd voor een dienst die de OCMW in vele arrondissementen van het land organiseren en die men rechtshulp of rechtsinformatie noemt. In ons arrondissement heeft men het over rechtsinformatie, wat volgens ons de juiste benaming is.

Sinds enkele jaren is in de meeste arrondissementen de gewoonte ontstaan om tussen de balie en het OCMW akkoorden te sluiten voor samenwerking met het oog op een behoorlijke organisatie van diensten voor rechtsinformatie.

Het is volkomen duidelijk en niet voor twijfel vatbaar dat rechtsinformatie behoort tot de opdracht van de OCMW, ressorterend onder het recht op sociale-dienstverlening bepaald in artikel 1.

Bij analyse van dat begrip blijkt dat tijdens de bespreking van de organieke wet hieraan een zeer ruime interpretatie werd gegeven, namelijk dat iedereen die wenst te worden geholpen, ook door informatie, recht heeft op hulp. Dat betekent, met andere woorden, dat het geen luxe is als het OCMW een dienst zoals rechtsinformatie organiseert, maar dat dit behoort tot zijn opdracht. Vermits wij een afdwingbaar recht hebben ingeschreven in de wet van 1976 kan iedereen daar aanspraak op maken, ook op het gebied van hulp, informatie, bijstand en begeleiding. Dat staat vast.

Dat is belangrijk. Ik ben er getuige van dat men reageerde tegen het nemen van dergelijke initiatieven door de OCMW, met het argument dat het niet mocht, omdat het iets zou kosten. Dat gaat niet op. Ofwel behoort iets tot de taak van het OCMW, ofwel niet. In bevestigend geval moet daar de consequenties van dragen.

Wat er nu gebeurt, ergert mij in hoge mate en vormt het voornaamste deel van mijn uiteenzetting. Ik handel nu over de jongeren, de stagiairs, die aan het begin zijn van hun carrière bij de balie. Er is geen enkel beroep in dit land waar de toestand zo moeilijk is als aan de balie waar jonge advocaten moeten pogen het hoofd boven water te houden.

Het is zeer gemakkelijk voor de stafhouder, of voor de raad van de orde, te beslissen dat men de OCMW van de verschillende gemeenten zal helpen met rechtsinformatie en er dan stagiairs naartoe te sturen om ter plaatse raadgevingen te houden. Zij moeten er de lasten niet van dragen, de jonge advocaten echter wel.

Wij stellen vast dat in sommige arrondissementen, waar een dergelijke rechtsinformatie wordt georganiseerd, de provinciale overheden bij wijze van gedogen de toelating hebben gegeven de verplaatsingskosten, namelijk uitgaven, te betalen. Het is nogal sterk dat jonge advocaten die om deontologische redenen verplicht zijn zich te verplaatsen naar een andere regio, om te voorkomen dat er cliënten zouden worden geroseld, zelf de verplaatsingskosten zouden moeten dragen. Er zijn namelijk provinciebesturen die tot op heden zelfs niet toelaten die verplaatsingskosten terug te betalen.

In sommige provincies worden alleen de verplaatsingskosten betaald, terwijl in andere ook de intellectuele prestatie wordt vergoed. Het verheugt mij dat men dat doet, maar wat ik niet kan aanvaarden is dat verschil in behandeling. Het heeft tot gevolg dat in bepaalde streken jonge advocaten niet alleen niet worden betaald, maar bovendien uitgaven moeten doen om de dienst te verlenen die het OCMW verplicht is ten overstaan van de bevolking, terwijl zij in andere streken voor sommige uitgaven wel worden vergoed.

Waarom vermeld ik dit hier? Wat wil ik bereiken? Indien de juridische informatie één van de taken is die de OCMW moeten vervullen, moeten wij de consequenties daarvan aanvaarden. Ik vraag enkel dat een uniforme regeling zou worden opgelegd. U heeft een enorme kans daartoe, mijnheer de minister.

Tussen haakjes gezegd, hebben wij goddank kunnen vaststellen dat ook het ministerie van Justitie heeft begrepen dat iets moest worden gedaan voor de advocaten-stagiairs. Het verheugt ons — en ik zal dit herhalen tijdens de bespreking van de begroting van Justitie — dat het bedrag bestemd voor de stagiairs werd opgetrokken van 30 miljoen tot 73 miljoen.

U heeft ook een kans om ter zake iets te doen, mijnheer de minister. Collega Vandekerckhove heeft daarstraks verwezen naar een tekst in het verslag, waar wordt gezegd dat wat niet wordt geregeld via besluiten in uitvoering van de wet op de bijzondere machten, kan worden geregeld door het Parlement. U heeft nog tot eind maart de tijd om maatregelen te nemen.

Wanneer ik in de commissie heb gevraagd of dit een regionale bevoegdheid was dan wel een nationale, heeft u gezegd, zoals trouwens uit het verslag blijkt, dat indien het Nationaal Parlement of indien de regering met volmachtbesluiten criteria wensen op te leggen, dit nationaal kan gebeuren.

Het hoeft geen apothekersrekening te zijn, mijnheer de minister. Er moet enkel worden vastgesteld dat de rechtsinformatie hoort tot de taken van de OCMW, en dat men de consequenties daarvan moet aanvaarden. Dit houdt in dat men niet alleen de verplaatsingskosten en de gebeurlijke uitgaven zou vergoeden, maar tevens dat men een forfaitaire vacatie zou betalen.

Ik vind de huidige situatie volkomen onrechtvaardig. Het gaat zelfs zover, dat sommige jonge advocaten-stagiairs in de OCMW diensten presteren ten voordele van mensen die meer vermogend zijn dan zijzelf. Dit is toch al te sterk.

Het ergste is echter de diversificatie. Ik ken geen ander beroep in dit land waar zo iets mogelijk is.

Mijn vraag is zeer dringend en mijns inziens ook rechtvaardig. Men kan de gewone parlementaire weg volgen waarvan ik vanzelfsprekend voorstander ben. Het beoogde resultaat zal echter sneller worden bereikt via een volmachtbesluit.

Mijnheer de minister, ik moet u feliciteren voor de wijzigingen die u bij koninklijk besluit nr. 244 heeft aangebracht in de werking van de OCMW. Ik ben daarover verheugd om drie redenen:

Ten eerste, het overlegcomité. Degenen die reeds enige tijd deel uitmaken van deze Hoge Vergadering zullen weder: dat geen enkele bespreking van de begroting van Volksgezondheid is voorbijgegaan zonder dat ik het woord heb gevraagd om volgende smeebede te richten tot de minister: Doe iets in verband met artikel 26 dat handelt over het overleg tussen de gemeenten en de OCMW.

Wij hebben herhaalde malen aangeklaagd dat op vele plaatsen niet alleen een moeilijke situatie, maar een conflictsituatie tot stand was gekomen tussen de gemeentebesturen en de OCMW vooral omwille van budgettaire moeilijkheden. Er werd gezegd dat de OCMW deden wat ze wilden en dat de factuur eenvoudig wordt gepresenteerd aan het gemeentebestuur. Vandaar budgettaire aderslatingen voor de gemeentebesturen en een gebrek aan evenwicht in het budget.

Ik herinner mij de wet alsof wij ze gisteren hadden gemaakt. Men had toen de keuze tussen ofwel één rechtspersoonlijkheid, dit wil zeggen de gemeenten met daarin de OCMW als sociale dienst, ofwel twee juridische entiteiten. Men heeft gekozen voor het laatste. Artikel 26 wilde daarop een correctie aanbrengen. Het is er gekomen, omdat men meende dat het niet kon dat twee rechtspersonen met een dergelijke opdracht mekaar niet zien noch horen. Men heeft gewild dat er overleg tot stand kwam. De wetgever toen was optimistisch en hoopte dat het opleggen van een overleg om de drie maanden tot resultaten zou leiden. Welnu, in de praktijk is het resultaat nul.

Ik heb hier op de tribune vijf- à zevenmaal gevraagd mij te laten weten in hoeveel gemeentebesturen een dergelijk overleg plaatsvond. Ik heb daarop nooit een antwoord gekregen. Ik ben ervan overtuigd dat de moeilijkheden van bepaalde gemeentebesturen vooral te zoeken zijn in hun verhouding tot het OCMW. Ik feliciteer u, mijnheer de staatssecretaris, voor het creëren van de verplichting tot overleg. De confrontatie van de twee instanties, waarvan notulen worden opgesteld die worden gebruikt bij beslissingen waarvan sprake in artikel 2, zal zeker een grote vooruitgang tot gevolg hebben, niet alleen voor de samenwerking tussen de twee partijen, maar vooral op het budgettaire vlak.

Het verheugt mij ook dat er bepalingen werden opgenomen in verband met de begroting. Er blijft wel een dubbelzinnigheid in verband met begroting en begrotingswijziging. Er wordt bepaald — en dit is een herhaling van wat reeds in de wet stond — dat een begroting, indien zij niet is goedgekeurd door de gemeenteraad binnen de maand, zij geacht wordt goedgekeurd te zijn.

Er bestond over de begrotingswijziging geen discussie. Ik heb een parlementaire vraag gesteld aan de minister ongeveer anderhalf jaar geleden. Ik vroeg hem of die maatregel van automatische goedkeuring na één maand ook van toepassing was voor de begrotingswijziging. Het antwoord was zeer onduidelijk en ik heb er niets van begrepen. De OCMW vroegen mij of het licht nu eindelijk ging schijnen en ik ben het antwoord schuldig moeten blijven.

Het antwoord dat ik heb gekregen was verwarrend en bewees dat men waarschijnlijk de wettekst zelf niet goed had begrepen. Naar mijn mening heeft men het onderscheid duidelijk gezien, want in het artikel dat de opdrachten van het overlegcomité vastlegt, is ook bepaald dat voor het opstellen van de begroting, de verplichting wordt opgelegd deze voor te leggen aan het overlegcomité. Voor de begrotingswijziging schrijft men dat daarvan notulen moeten worden opgemaakt vooraleer de beslissing kan worden getroffen. In de laatste alinea wordt echter bepaald dat dit alleen van toepassing is als het budget van de gemeente zou worden verzwaaard.

In principe blijft dus de vraag open: is begroting en begrotingswijziging hetzelfde? Als een OCMW bijvoorbeeld, op een sluwe wijze tijdens de verlofperiode de begrotingswijziging afdwingt, kan zij aan de controle ontsnappen. Hier is meer duidelijkheid gewenst.

Ik verheug mij erover, mijnheer de staatssecretaris, en ik zal u daarbij aanmoedigen, dat u de onderhoudsplicht hebt ingesteld, zowel voor de dienstverlening in het algemeen als voor het bestaansminimum.

Ik las gisteren in de krant, tot mijn grote verbazing, dat de beroering groot is in verband met deze nieuwigheid. Men vrees inderdaad dat

door die maatregel allerlei stoornissen zullen worden veroorzaakt in de gezinsrelaties, maar dit is onzin. Het tegendeel is waar. Ik wil geen misbruik maken van de tijd maar ik kom op een ander ogenblik daarop terug wanneer dit punt in discussie zou worden gebracht.

Ik zeg u, ook weer als kroongetuige, dat er geen groter ongelijkheid, geen groter onrechtvaardigheid en geen groter onbillijkheid kan bestaan dan tot hiertoe het geval was. Het OCMW had de mogelijkheid van verhaal op de familie maar was er niet toe verplicht. Het gebeurde dat het OCMW jaren wachtte met dit verhaal om uiteindelijk beslag te leggen op een groot deel van de erfenis, meestal een huisje, waaruit volgde dat sommige kinderen vrijwel niets meer konden ontvangen uit de erfenis terwijl andere kinderen eventueel reeds tijdens het leven van de bejaarde bepaalde voordelen hadden genoten.

Mijnheer de minister, laat u niet ontmoedigen. De eerlijkheid verplicht ons ertoe die maatregel in stand te houden. Ik had hierover graag nog uitgeweid, maar ik ben ervan overtuigd dat u mijn bedoeling begrepen hebt. Ik hoop alleen maar dat u zich niet laat ontmoedigen door de kritiek die losbarst, want die is ongegrond.

Ik kom tot het laatste punt van mijn betoog. Vorige zondag, terwijl ik rustig in mijn kantoor werkte, kreeg ik een telefoontje van een van de belangrijkste media. Men vroeg mij of ik ervan op de hoogte was dat minister Aerts een premie zal toekennen aan de vreemdelingen om ze het land uit te helpen. Men kan dit ook anders uitdrukken. Ik was verrast dat men mij hierover ondervroeg. Op mijn vraag waarom men zich daarvoor tot mij richtte was het antwoord dat men enkele leden van de commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu wou contacteren voor de eventuele bevestiging of negatie van dit bericht.

De heer Seeuws. — Men spreekt van een gouden handdruk maar het lijkt veeleer een gouden druk.

De heer Verbist. — De begroting van Volksgezondheid lag toch voor me en ik heb ze snel nogmaals doorgekeken, onder het hoofdstuk over het bestaansminimum en de OCMW, maar ik vond hiervan geen spoor. Zonder de geheimhouding van de commissiebesprekingen te schenden heb ik dus geantwoord dat mij daarvan niets bekend is en dat dit bericht voor mij gloednieuw is. Ik geef toe dat ik niet alle cijfers van de begroting heb bekeken.

De heer Cuvelier. — Dat is voor mij ook het geval.

De heer Verbist. — Het staat erin, maar men moet het zien. Het is echter zoets als de geschiedenis van de burgemeester die zijn verbrande hoed wilde laten betalen door zijn gemeente en die, toen de gouverneur de betrokken post had geschrapt, reageerde dat de hoed niet meer te vinden zou zijn in de begroting. Het bedrag kwam er echter nog steeds in voor. Hetzelfde geldt voor die vijf miljoen: die komt in de begroting voor.

Ik heb dus niet kunnen antwoorden maar ik heb later wel vernomen, via de media, dat er enige deining is ontstaan. Het zou dus goed zijn dat de minister op deze tribune aan de bevolking duidelijk zou willen maken waarover het precies gaat. (*Applaus op de banken van de meerderheid.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer De Baere.

De heer De Baere. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, geachte collega's, bij de bespreking van de begroting van Volksgezondheid 1984, willen wij de aandacht vestigen op enkele problemen die zich voordoen bij het gezondheidsbeleid.

Wat de tabak betreft, kan men op elk pakje sigaretten lezen: «Tabak schaadt de gezondheid.» Voor de Belgische wetgeving bestaat er dus dienaangaande niet de minste twijfel.

Volgens statistische gegevens zou tabakverslaving in ons land voor 80 pct. de oorzaak zijn van longkanker en soms ook van blaaskanker, hartinfarcten, chronische bronchitis of adervernauwing. Kanker is in ons land de tweede doodsoorzaak na hart- en vaatziekten.

Voorzichtige ramingen bevestigen dat kanker in de EG jaarlijks 100 000 doden eist.

In alle Europese landen stijgt het aantal longkankerpatiënten. Ook de kankeraandoeningen bij vrouwen, die tot nog toe minder dan bij mannen voorkwamen, schijnen in de EG gestadig te stijgen.

Voorkomen is beter dan genezen en daarom dient er afdoende te worden gewezen op de noodzaak het tabakverbruik drastisch te verminderen en dit vooral bij jongeren.

Jongeren komen steeds vroeger in contact met tabak. Onderzoekers bevestigen dat de leeftijd van de rokende jongeren voor 12 pct. onder de 12 jaar ligt.

Velen kunnen getuigen dat het uiteindelijk gemakkelijker is, niet met roken te beginnen dan jaren later te trachten ermee op te houden. Daarom is een campagne noodzakelijk die zich voornamelijk richt tot de kritische leeftijd waarop men begint te roken, de 12- tot 15-jarigen.

Jongeren moeten leren zich weerbaar op te stellen in de concrete situatie van het aanbod van tabak en dat is even belangrijk als een grondige kennis van de gevolgen van tabakgebruik.

Een belangrijk probleem rijst eveneens voor «niet-rokers», die in ruimten verblijven waar rokers zijn, want onderzoeken wijzen uit dat deze eveneens de gezondheidsrisico's met de rokers delen. Zij ademen immers eveneens de met radioactieve deeltjes bezette teerbesteddelen van de sigarettenrook in.

Ongetwijfeld zijn maatregelen noodzakelijk, opdat de niet-rokers zouden worden beschermd tegen de gezondheidsrisico's die hun worden opgedrongen door rokers.

Wat de drankverslaving aangaat, hebben in ons land, volgens bepaalde statistische gegevens ongeveer 300 000 mensen omwille van het overmatig gebruik van alcohol problemen in hun gezin, op het werk, met het gerecht, met hun gezondheid, in hun relaties enzovoort.

Een groot aantal verkeersongevallen en ziekenhuisopnamen zouden eveneens te wijten zijn aan overdadig drankmisbruik en tevens wordt vastgesteld dat meer en meer vrouwen alcoholische dranken gebruiken.

Breken met drinkgewoonten gaat in de meeste gevallen niet simpelweg. Voor de gezondheidsvoorlichting en opvoeding is een erg grote taak weggelegd. Alles wijst erop dat de beste resultaten kunnen worden bereikt in de periode dat jongeren nog geen ervaring hebben met drinkgewoonten en dit vanaf de lagere school.

Gezien de nieuwe wet op het alcoholverbruik de mogelijkheden voor een toename nog vergroot, is het zeker gewenst dat een beleid zou worden gevoerd om iedere aansporing tot drankmisbruik te verminderen en te voorkomen, in de eerste plaats om de reclame voor alcohol aan een ernstige reglementering te onderwerpen.

Zwavel dioxide en stikstof oxide gelden als de belangrijkste boosdoeners bij de zure regen die een acute bedreiging is geworden voor het bosbestand.

De verbrandingsinstallaties aangedreven door steenkool en aardgas evenals de uitlaatgassen van auto's zijn het meest schadelijk en leiden tot de vervuiling van het leefmilieu.

Ons land alleen kan moeilijk maatregelen treffen opdat in deze toestand verbetering zou komen, maar ongetwijfeld dient de aandacht van de EG gevestigd op deze gevaarlijke stand van zaken. De Tien kunnen «op voorwaarde van een gemeenschappelijke aanpak» de zure neerslag aanzienlijk beperken.

Enkele woorden over de nitraten en de nitrieten. Het nitraatgehalte in onze voeding is duidelijk een risicofactor voor de gezondheid en een strikte toepassing van een reglementering ter zake is vereist.

Een der voornaamste terreinen is zeker dit van de kindervoeding, daar uit de groenten voor baby's, verse of in potjes, de nitraten onverbiddelijk dienen te worden geweerd. Het zijn vooral bladgroenten zoals sla, selder en spinazie die de hoogste risico's brengen en vooral bij de groenten, die men in ongunstige omstandigheden bewaart of bij het vervoer beschadigt, groeit de kans op meer nitrieten.

De toestand is misschien minder verontrustend voor volwassenen, maar is wel alarmerend voor baby's.

Het probleem is complex en moeilijk, want ook de belangen van de voortbrengers spelen mee, vooral in verband met het gebruik van meststoffen en de behandeling van de bladgroenten. De overheid dient passende maatregelen te treffen om dit probleem te verhelpen en zal met het oog op de goede gang van zaken, zich eveneens dienen te richten over de grenzen tot onze buurlanden wil zij bevredigende resultaten bereiken.

Een paar woorden over de additieven en de bewaarmiddelen.

De bewaarmiddelen maken het mogelijk bacteriën, schimmels en gisten, die eten bederven of ongeschikt voor consumptie maken, te bestrijden. Er bestaan uiteraard ook andere technieken zoals warmte in verschillende vormen, pasteurisatie en sterilisatie, door koude — diepvriezers — en drogers.

Het gebruik van scheikundige bewaarmiddelen om de levensduur van eetwaren te verlengen kende de jongste jaren een aanzienlijke doorbraak in onze dagelijkse voeding.

Deze manier van handelen is niet altijd zonder risico's. In de eerste plaats kan die methode worden toegepast om het gebrek aan hygiëne bij de fabricage weg te moffelen. Deze bewaarmiddelen kunnen de afwezigheid van kiemen niet waarborgen; zij verminderen de vermenigvuldiging ervan, maar schakelen ze niet uit.

De kleurstoffen zijn de meest bekende additieven, er zijn er van natuurlijke oorsprong, maar daarom niet ongevaarlijk. Het gebruik van kleurstoffen in de voeding heeft geen enkel nut, zij beantwoorden alleen aan de wens van een beter uitzicht. Het risico voor allergie veroorzaakt door bepaalde kleurstoffen werd onomstootbaar aangetoond.

Een zaak is duidelijk: « men kan ze missen » en telkens men het gebruik van een kleurstof opmerkt, moet men zich afvragen « wat hierdoor wordt verborgen ».

Verleden jaar bij de bespreking van de begroting 1983 werd de kwaliteit aangeklaagd van de industriële ham die meestal een scheikundige behandeling krijgt, met als resultaat een waterig produkt dat nog weinig te maken heeft met goede ham.

In het *Staatsblad* van 20 juli 1983 is een koninklijk besluit verschenen van 8 juni 1983 over bereid vlees en vleesbereidingen.

Het voorziet in strengere normen, maar enkel voor ham en schouder die verkocht worden met een verwijzing naar een ambachtelijke bereiding. Die ham zal een behoorlijk water/eiwitten-verhouding moeten hebben en er mogen geen fosfaten, geen plantaardige eiwitten en geen gelatine aan worden toegevoegd.

En de andere ham, dit wil zeggen de grote meerderheid van wat verkocht wordt, mag verder van matige kwaliteit zijn, mag druipen van het water — de grens blijft zeer hoog — en mag additieven, suiker en andere dierlijke eiwitten bevatten.

Kortom, dit besluit bekrachtigt de huidige slechte kwaliteit en moedigt de producenten ertoe aan door te gaan met hun chemische stoffen.

Terwijl alle ham zou moeten voldoen aan minimale kwaliteitsnormen, zijn deze laatste slechts van toepassing op een klein gedeelte dat duurder zal worden verkocht. Het nieuwe koninklijk besluit is dus helemaal geen vooruitgang, wel integendeel.

Tenslotte wil ik even stilstaan bij het gebruik van antibiotica.

Volgens zekere specialisten worden in België op een onverantwoorde manier antibiotica gebruikt en wordt alzo de heilzame en de genezende kracht van deze geneesmiddelen ernstig gehypothekerd.

Antibiotica die eigenlijk alleen aangewezen zijn voor infectieziekten van bacteriologische oorsprong, worden in ons land te pas en te onpas voorgeschreven. Daardoor worden in veel gevallen afweermechanismen tegen dit medicament opgebouwd zodat het niet langer werkzaam is.

De gevaren hieraan verbonden zijn bekend; op een bepaald moment gaat men bij ernstige infectie geen antibioticum meer vinden dat de ziekte nog efficiënt kan bestrijden omdat er te veel afweermechanismen werden opgebouwd tegen het geneesmiddel.

Momenteel zou het zo ver zijn dat nieuwe soorten antibiotica slechts enkele maanden kunnen worden gebruikt omdat er nadien al resistente micro-organismen zijn gegroeid die hun werking beletten.

Een echt antibioticabeleid is noodzakelijk, een grondige mentaliteitswijziging is vereist. Wenselijk is ook dat de patiënt over de bestaande gevolgen wordt ingelicht om het natuurlijk organisme de kans te geven zelf de ziekte te overwinnen.

Heren ministers, ik besluit met de hoop uit te spreken dat u de grootste aandacht zult willen besteden aan deze problemen die brede lagen van de bevolking verontrusten. (*Applaus op de socialistische banken.*)

De Voorzitter. — Dames en heren, wij onderbreken hier de algemene bespreking van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid.

Nous poursuivrons cette discussion cet après-midi, immédiatement après le vote du projet portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions, c'est-à-dire, vraisemblablement vers 17 h 30.

Car après avoir entendu la réponse du secrétaire d'Etat aux Pensions, nous passerons à l'examen et au vote des articles du projet de loi qui en contient 154 et auquel, je vous le rappelle, 27 amendements ont été déposés.

La séance est levée.

De vergadering is gesloten.

(*La séance est levée à 12 h 30 m.*)

(*De vergadering wordt gesloten te 12 u. 30.*)

1076