

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

SOMMAIRE:

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 (suite). — *Orateurs*: Mme Hanquet, M. C. De Clercq, Mmes Coorens, Jortay-Lemaire, MM. Coppens, Vangeel, W. Peeters, Bock, Lowis, M. Dehaene, ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles, p. 1154.

INHOUDSOPGAVE:

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 (voortzetting). — *Sprekers*: mevrouw Hanquet, de heer C. De Clercq, de dames Coorens, Jortay-Lemaire, de heren Coppens, Vangeel, W. Peeters, Bock, Lowis, de heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen, blz. 1154.

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 19 h 30 m.
De vergadering wordt geopend te 19 u. 30 m.

PROJET DE LOI CONTENANT LE BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE DE L'ANNÉE BUDGETAIRE 1984

PROJET DE LOI AJUSTANT LE BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE DE L'ANNÉE BUDGETAIRE 1983

Reprise de la discussion générale

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

Hervatting van de algemene beraadslaging

M. le Président. — Nous reprenons la discussion générale des projets de loi relatifs au budget du ministère de la Santé publique et de la Famille.

Wij hervatten de algemene beraadslaging van de ontwerpen van wet betreffende de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin.

La parole est à Mme Hanquet.

Mme Hanquet. — Monsieur le Président, messieurs les ministres, chers collègues, je désire d'abord féliciter le rapporteur pour le document extrêmement précis et bien structuré qu'il nous a fourni, de même que je voudrais complimenter nos ministres d'avoir déposé ce budget dès novembre 1983. C'est un tour de force qui méritait d'être souligné.

Monsieur le ministre, vous poursuivez avec acharnement la maîtrise des dépenses hospitalières. Mais vous êtes mieux placé que quiconque pour constater que l'équilibre de la gestion s'obtient généralement par des mesures touchant le personnel et par la multiplication des actes techniques. Je ne vous cache pas mon émotion et ma perplexité quand je constate que la majorité des restrictions s'opère sur le poste « personnel » au point que je ne suis pas toujours rassurée quant à la sécurité des malades. La solution de viabilité par l'augmentation des recettes est recherchée de manière générale par la multiplication des actes techniques. Vous conviendrez que cette solution ne fait que déplacer le problème. Il ne suffit pas que, médicalement, on admette que ce genre de prestations ne fait pas de tort aux malades. Dans cette perspective, certains hôpitaux poussent l'« intérêt » du médecin jusqu'à payer près d'un million de francs de rémunération mensuelle, ce qui ne représente que 30 p.c. des rentrées d'un service de radiologie. Où allons-nous ? Monsieur le ministre, vous disposez de statistiques vous permettant de diagnostiquer la situation. L'équilibre ne peut-il être recherché autrement qu'en réduisant le nombre de personnes au chevet du malade et en multipliant les actes techniques au détriment, si pas de la santé, du moins du confort du malade ?

J'aimerais aussi être éclairée sur le processus de « rachat » du surplus de journées par des hôpitaux qui n'atteignent pas le nombre plafond. Je suppose que, dans ce cas, les hôpitaux qui ont cédé leur surplus de journées, ne sont pas pénalisés pour ne s'être pas maintenus aux normes fixées.

Ceux qui acceptent le surplus demeurent-ils bénéficiaires des avantages prévus pour ceux qui n'atteignent pas les chiffres plafonds ?

Le déficit, parfois considérable, des CPAS émeut non seulement le gouvernement, mais aussi les conseillers communaux qu'ils appartiennent à la majorité ou à l'opposition.

Monsieur le ministre, par arrêté royal ordinaire et par arrêté numéroté, vous avez pris une série de mesures afin de diminuer le déficit des hôpitaux publics. Vous avez fixé à 2 p.c. le pourcentage que doivent atteindre les communes pour être appelées à intervenir dans le déficit hospitalier d'un CPAS. Ce pourcentage correspondrait à celui des habitants de la commune par rapport au nombre total d'admissions à cet hôpital. Cette condition s'ajoute à celle du constat d'un déficit par le

ministre dans le dernier compte de gestion de l'hôpital examiné avant le début de l'exercice.

Monsieur le ministre, voulez-vous bien me préciser l'unité statistique prise comme base : l'habitant ou l'admission ? Un même malade peut-il être admis plusieurs fois par an dans un même hôpital ? Je constate que la durée de séjour ne vient pas pondérer l'enregistrement soit du nombre des habitants, soit du nombre des admissions.

Pourriez-vous me fournir — mais pas nécessairement ce soir — par hôpital en déficit, la répartition des communes appelées à la concertation prévue deux fois par an ?

Selon l'article 7 de l'arrêté numéroté, la présence d'un délégué de la commune dont le CPAS gère l'hôpital ou, si l'hôpital relève d'une association intercommunale, d'un délégué de la commune qui détient la plus grande part de l'association doit permettre, nous l'espérons, une meilleure compréhension et un meilleur contrôle de la gestion hospitalière. Cette présence est évidemment susceptible de tenir le conseil communal ou les conseils communaux informés de l'évolution de la situation, des choix et des problèmes.

Nous savons que la concertation trimestrielle prévue entre le collège et une délégation du CPAS ne donne pas toujours des résultats suffisants.

Toutefois, dans les CPAS importants, une part non négligeable du budget échappe à la responsabilité des membres du comité de gestion. Je pense aux CPAS possédant des services généraux pour la politique du personnel, la facturation, la comptabilité, des services techniques généraux, notamment l'économat, la buanderie, l'architecture, les travaux d'entretien... Ces services ne fonctionnent pas toujours pour un hôpital mais pour l'ensemble du CPAS. Par conséquent, les membres du comité de gestion d'un hôpital n'ont pas la maîtrise des frais engagés. Je puis, d'expérience, vous dire qu'il arrive au comité de gestion d'un hôpital de gérer moins de la moitié du budget de cet hôpital.

Vous avez, monsieur le ministre, bloqué l'expansion du secteur hospitalier, vous avez imposé la réduction du nombre de journées, vous avez créé des maisons de repos et de soins en tenant compte, évidemment, de la loi spéciale du 8 août 1980. Vous espérez que ces mesures susciteront initiative et collaboration. Pourriez-vous m'informer, monsieur le ministre, au sujet des contacts et des accords de complémentarité qui se réalisent entre hôpitaux ? Combien ont été passés au sein d'une même région, entre hôpitaux de régions différentes, entre hôpitaux de même réseau, entre hôpitaux de secteurs différents ?

Vous nous avez parlé également des profils médicaux et paramédicaux. Nous savons qu'il est beaucoup plus facile d'obtenir des renseignements pour les paramédicaux que pour les médecins.

Mais nous constatons aussi que l'offre médicale et paramédicale s'est accrue et, selon une analyse publiée par votre cabinet, il n'existe aucune proportionnalité entre l'augmentation du nombre des prestations et l'augmentation des dépenses.

Dès lors, je suppose que les mesures que vous prendrez seront linéaires. Il est d'ailleurs possible que certains besoins ne soient pas encore couverts : je pense, notamment, à la kinésithérapie et à l'électrothérapie.

Il me revient qu'il existe un retard considérable dans le traitement des demandes d'agrément des stagiaires chirurgiens. Trois cents dossiers seraient en attente. Cela a pour résultat que les requérants travaillent sans savoir si leur période d'activité sera utile. De plus, il leur est interdit de signer des attestations avant d'être admis comme stagiaires. Dès lors, les actes ne peuvent être remboursés ou bien le patron signe des actes qu'il n'a pas accomplis. Outre que le coût en est plus élevé, nous sommes dans l'illégalité totale, illégalité que vous demandez à vos médecins-contraôleurs de poursuivre. A l'allure où travaille la commission, il faudra plus de deux ans pour résorber le retard auquel s'ajouteront évidemment les nouvelles demandes. Est-il raisonnable d'espérer une amélioration rapide ?

Vous ne serez pas étonné, monsieur le ministre, que je me préoccupe de la question des spécialités pharmaceutiques. Lors de l'échange de vues qui a suivi la conférence que vous avez donnée récemment à Liège, vous avez reconnu qu'il fallait consulter d'avantage les généralistes. Les dispositions que vous avez prises, monsieur le ministre, inquiètent le corps pharmaceutique.

J'ai parcouru ce que l'on dénomme « la bible verte », c'est-à-dire le répertoire des médicaments. Il serait composé par d'éminents professeurs pharmacologues. Comment ne pas être étonné par les considérations émises à propos des spécialités qui peuvent être délivrées en Belgique ? Si mes informations sont exactes, en avril 1983, vous auriez, monsieur le ministre, imposé à la commission technique des spécialistes de se

référer à cet ouvrage pour supprimer l'intervention de l'Inami pour des médicaments jugés sans efficacité.

Permettez-moi, monsieur le ministre, de me demander pourquoi nous avons en Belgique autant de médecins qu'il faudrait considérer comme mauvais puisqu'ils prescriraient ces médicaments. Je comprendrais mieux l'argument économique, à valeur thérapeutique égale.

Aujourd'hui, un pas de plus est franchi par la suppression du remboursement de la préparation magistrale quand la spécialité correspondante n'est pas remboursée. Vous savez qu'en préparation magistrale, les proportions des principes actifs varient et peuvent être adaptées à chaque cas. Au surplus, il peut y avoir une meilleure utilisation des médicaments par la prise unique d'un complexe plutôt que de plusieurs spécialités, quand on pense aux méfaits de l'automédication. Je connais déjà votre réponse, monsieur le ministre. Vous me rétorquerez que c'est de la théorie mais qu'en pratique, la plupart des prescriptions magistrales sont des produits simples. Vous avez, je pense, avancé le chiffre de 80 p.c. de l'ensemble des préparations. Dans la province de Liège, les pharmaciens m'assurent que ce n'est pas le cas et ils vont tenter de vous le prouver en décortiquant toutes les ordonnances parvenant aux offices de tarification.

Vous estimez peut-être inadmissible que le coût de la préparation magistrale soit supérieur à celui de la spécialité plus ou moins correspondante. C'est possible, mais vous savez que sa suppression peut mettre en difficulté plusieurs secteurs. Selon le principe des vases communicants, le glissement espéré des préparations magistrales vers la délivrance de spécialités où l'Inami n'interviendra pas, profitera à l'industrie étrangère puisque 60 p.c. des spécialités disponibles dans notre pays sont importées.

Permettez-moi aussi de souligner que la profession pharmaceutique est le dernier et nécessaire intermédiaire entre le malade et le médicament. En 1967, l'Inami a proposé un statut social aux pharmaciens en contrepartie d'une « simplification » de leurs honoraires, soit une diminution de 5 à 10 p.c. de leur montant. J'apprends que le sort du statut social des pharmaciens est lié à l'aboutissement favorable des négociations entre l'Inami et les pharmaciens. Mais où en sont les arrêts royaux qui doivent accorder le versement de l'Inami pour 1982 et pour 1983, puisque le statut social est lié à la sortie de ces arrêts ?

Le corps pharmaceutique ne manifeste guère d'enthousiasme pour les produits dits « génériques ». Leur apparition sur le marché entraînera-t-elle une baisse de prix des spécialités ? Très vraisemblablement. Pouvons-nous croire que leur valeur thérapeutique équivaudra à celle de la spécialité ? Je l'espère, mais avez-vous des garanties à ce sujet ? Ma question est précise : à qui incombera la charge d'accidents éventuels survenus après la prise d'une imitation générique ?

Je partage votre souci de ne pas prolonger le séjour à l'hôpital de personnes âgées qui auraient intérêt à retourner à leur domicile, pour autant que leur soient assurés les soins et l'aide indispensables, ou encore de personnes pour lesquelles les maisons de soins et de repos offriraient une alternative convenable. Je pense que dans cette assemblée tout le monde est d'accord sur ce point. L'évolution démographique de notre population rend urgentes pareilles solutions pour autant que celles-ci soient assorties de dispositions financières ne rendant pas le séjour à l'hôpital plus avantageux, comme c'est le cas actuellement.

L'idée d'un prix de journée ou autre formule pour les soins à domicile et en maison de repos est excellente. Monsieur le ministre, pourriez-vous me préciser en quoi consiste concrètement l'indemnisation prévue ?

C'est dans le secteur hospitalier lui-même que vous espérez trouver le volume budgétaire nécessaire en encourageant la fermeture de lits d'hôpitaux et en permettant l'ouverture de deux fois plus de lits en maisons de repos et de soins. L'objectif me paraît socialement fondé.

Mais, dès à présent, monsieur le ministre, je désire attirer votre attention sur la garantie à offrir non seulement en ce qui concerne les normes architecturales mais aussi sur la garantie d'un personnel d'encadrement suffisant et qualifié. Le rapport de cinq personnes soignantes pour trente lits ne manque pas d'inquiéter. Il devient urgent d'assurer des soins convenables en dehors de l'hôpital et de pourvoir au confort moral et psychologique. Je songe notamment — et ce ne sont pas des cas théoriques — à la possibilité d'appel jour et nuit. Je connais plusieurs maisons où les pensionnaires n'ont pas la possibilité d'appeler quelqu'un la nuit ou ne bénéficient pas de gardes. Cette situation est quand même très grave.

Les expériences que vous connaissez sont-elles concluantes ? Offrent-elles des garanties suffisantes ? En commission, vous nous avez communiqué la situation qui existe au niveau de l'attribution des lits de repos et de soins. Je vous en remercie.

Il importe de veiller à faciliter non seulement sur le plan financier mais aussi géographique, l'accès aux soins pour les personnes âgées, surtout pour celles dont les revenus sont modestes. Il ne conviendrait pas, me semble-t-il, que toutes les maisons de repos et de soins qui seraient ouvertes à la suite de fermetures de lits hospitaliers, soient concentrées principalement en milieu urbain.

J'exprime aussi le vif souhait de rechercher un équilibre efficace entre les divers types d'offre de soins. Les Pays-Bas qui présentent une vaste gamme de soins institutionnalisés, depuis les soins hospitaliers jusqu'aux « services de santé communautaires et sociaux », sont actuellement confrontés au problème de l'équilibre financier et à celui de l'efficacité médicale et sociale entre des types de soins qui ont très peu d'influence les uns sur les autres. Profitant de l'expérience des Pays-Bas et de leurs difficultés, il serait bon de prévoir chez nous des « passerelles », une concertation entre les différents réseaux.

Il me paraît important de suggérer que la formation des médecins et des paramédicaux comporte une préparation aux soins spécifiques des personnes âgées dont le nombre et la proportion augmenteront encore dans les prochaines années.

Bien que, le 25 novembre dernier, 300 millions aient été débloqués par le ministre du Budget, il manque encore plusieurs centaines de millions pour faire face aux dépenses de minimex en 1983. Monsieur le secrétaire d'Etat, vous avez expliqué le retard dans la liquidation du minimex par le manque de personnel : vingt-cinq agents dont huit statutaires seulement. Combien sont affectés au traitement des dossiers pour la Communauté flamande, pour la Communauté française, pour la Communauté germanophone ? Est-il exact qu'aucun agent n'est affecté au traitement des dossiers de l'agglomération bruxelloise, considérés comme relevant du bicommunautaire ?

M. Dehaene, ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles. — Madame, la liquidation du minimex est une matière entièrement nationale et ne dépend donc pas de l'administration communautaire.

Mme Hanquet. — Je le sais, mais j'interroge le secrétaire d'Etat qui nous a cités les chiffres globaux du personnel. Il est bien évident que les dossiers flamands sont traités par certains agents, et les dossiers francophones par d'autres. J'aimerais savoir comment sont traités les dossiers de Bruxelles.

M. Dehaene, ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles. — En effet, les dossiers sont traités par des agents du régime linguistique correspondant à la langue dans laquelle est établi le dossier, mais la notion de bicommunautaire n'a pas de sens puisqu'il s'agit de dossiers traités au plan national.

Mme Hanquet. — Les dossiers flamands sont donc traités uniquement par des agents flamands et les dossiers francophones par des agents francophones !

De plus, les besoins réels ont-ils été bien évalués pour le minimex ? La situation risque de se dégrader. La crise économique provoque une augmentation sensible de la demande. Il est urgent d'abandonner le système d'avances, insuffisantes, sans examen des dossiers.

Je suppose, monsieur le secrétaire d'Etat, que vous êtes d'accord avec moi pour considérer comme prioritaire la situation des plus démunis. Vous connaissez aussi la situation financière précaire des CPAS des grandes villes où, précisément, se concentrent les populations les plus démunies.

Ce serait une lourde responsabilité du gouvernement de ne pas prévoir les besoins de manière réaliste et de ne pas liquider régulièrement les sommes avancées par les CPAS pour le compte de l'Etat.

La proposition de loi de notre collègue Constant De Clercq et consorts vise à établir un rapport déterminé entre le minimum de moyens d'existence et le revenu minimum mensuel moyen. Je souhaite que le Parlement puisse discuter et voter rapidement cette proposition particulièrement fondée. A l'occasion de sa discussion, je souhaite que soit revue la question de compétence en cas de plainte.

Cela fait peut-être partie d'un projet général de réforme du CPAS ?

Je vous rappelle, monsieur le secrétaire d'Etat, qu'en juin 1982, lors de la discussion du projet modifiant la loi relative aux CPAS, j'ai proposé la suppression de la chambre de recours. Cette initiative était inspirée de la difficulté éprouvée par les requérants qui doivent s'adresser au tribunal du travail en matière de minimum de moyens d'existence et à

la chambre de recours en matière d'aide sociale. Puisque les tribunaux du travail sont compétents pour le minimex et les allocations pour handicapés, je souhaite qu'ils soient transformés en tribunaux sociaux.

La Fédération nationale des anciens prisonniers de guerre poursuit actuellement une campagne de sensibilisation des parlementaires de chaque province. Je suppose, monsieur le ministre, que vous pourrez nous confirmer à cette tribune que le protocole d'accord et l'accord de mars 1983 seront respectés. Les problèmes des victimes de la guerre ne relèvent pas des pouvoirs spéciaux, selon la déclaration du Premier ministre lui-même. Si le gouvernement s'est engagé à ne modifier en rien la législation de 1969 et celle de 1976 sous réserve de ne plus autoriser le remboursement de médicament dit « de confort » et de ne pas toucher à l'immunisation fiscale des pensions de guerre, les associations patriotiques ont, de leur côté, accepté le prélèvement d'une « cotisation de solidarité », retenue provisoire de deux index, ce qui représente plus ou moins 325 millions. De plus, elles se sont engagées à ne pas couvrir les abus éventuels et à rechercher les économies à réaliser sur les frais de fonctionnement et d'assistance.

Tel est le résumé de la déclaration du ministre du Budget lors de la rencontre à Charleroi entre les représentants de la Fédération nationale des anciens prisonniers de guerre et les parlementaires du Hainaut.

La situation est délicate, je le sais, puisque l'évolution des crédits à ce secteur est de l'ordre de plus ou moins 10 p.c. à cause de l'augmentation, que certains estiment paradoxale, du nombre de bénéficiaires de la gratuité des soins aux prisonniers de guerre ayant plus d'un an de captivité à qui la loi du 9 juillet 1976 reconnaît une présomption de 10 p.c. d'invalidité.

Je sais, monsieur le ministre, que vous êtes inquiet de l'augmentation considérable de la consommation des médicaments et des consultations à domicile, l'Inig ayant sa propre liste pour le remboursement des médicaments, liste qui est plus étendue et plus large que celle de l'Ami. Entre-t-il dans vos intentions, monsieur le ministre, de ramener pratiquement la notion d'invalidité à celle de Vipo? N'existe-t-il pas d'autres moyens de couvrir les dépenses? A combien estimez-vous la différence entre les économies jugées acceptables par les associations patriotiques et le maintien de la situation financière actuelle? Vous savez que la distinction entre invalides réels et invalides fictifs soulève des controverses.

Il convient, monsieur le ministre, que la situation soit clarifiée et que les intentions gouvernementales soient connues et discutées.

Comme tous les citoyens, les anciens prisonniers de guerre qui ont témoigné de leur générosité et de leur civisme acceptent des sacrifices. Avec eux, les parlementaires demandent le respect des engagements pris.

Monsieur le secrétaire d'Etat, oserais-je encore vous interroger pour la dernière fois, je l'espère, sur l'évolution de votre projet de loi relatif à la donation d'organes corporels? Quel est le cheminement de ce projet? Vous avez, je suppose, reçu l'avis du Conseil d'Etat. Le projet doit-il encore passer devant le gouvernement? Est-ce exclusivement, ou principalement, l'expression de la volonté contraire qui fait problème en la matière? Quand espérez-vous déposer ce projet devant les Chambres, et au Sénat en premier lieu, je l'espère?

J'en viens à ma conclusion, monsieur le Président, messieurs les ministres, chers collègues. Le budget de la Santé publique est extrêmement important, mais il est évident qu'en période de crise, nous devons choisir des priorités en matières de santé également.

Nous savons bien que les notions d'assurance et de solidarité, les moyens financiers, la part du revenu national que nous acceptons de consacrer à la santé et à la sécurité sociale, la redistribution horizontale et verticale des revenus, la perception de la dimension collective de la maladie et de la santé sont autant d'éléments socio-économiques, et la crise nous le rappelle chaque jour.

Nous ne pouvons pas limiter notre approche de la santé à l'aspect biologique ou scientifique dont, par ailleurs, nous ne nions pas l'évidence.

Pour la santé, la prévention est extrêmement importante à la fois pour le bien-être des personnes et, il faut le reconnaître, pour l'équilibre financier de l'Ami.

Nous attachons beaucoup d'importance à l'information de la population et des prestataires de soins. C'est d'ailleurs avec satisfaction que j'ai pu lire la lettre que vous avez adressée, monsieur le ministre, aux médecins concernant les prescriptions. Mais il faut aussi que les prestataires soient formés à la dimension économique et sociale de la société qui leur ferait mieux percevoir la dimension collective des comportements individuels.

Vous vous êtes engagé dans cette voie et nous savons que vous êtes décidé à poursuivre la réalisation des objectifs que vous vous êtes fixés, car nous connaissons votre esprit d'opiniâtreté, de persévérance. Le PSC vous soutiendra dans cet effort. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Constant De Clercq.

De heer C. De Clercq. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de minister, mijnheer de staatssecretaris, dames en heren, de problematiek van de armoede en de armoedebestrijding is de jongste twintig jaar een belangrijk onderwerp geworden zowel binnen het raam van de wetenschap en de kunst als van het beleid.

Dit thema werd onder meer ook behandeld door de Europese Gemeenschap onder de benaming « Europa tegen de armoede ». Gesteld werd dat de armoede niet iets buitengewoons is dat beperkt blijft tot de verafgelegen landen van de derde wereld. Zij bestaat evenzeer in de industrielanden en in het bijzonder in de Europese Gemeenschap. Nu gaat het daar ongetwijfeld niet om dezelfde armoede, want deze is immers geen absolute toestand en het is even moeilijk er een algemene definitie van te geven als de drempel waar zij begint, te bepalen.

Deze nota van de Europese Gemeenschap stelt verder dat er in de Gemeenschap in het midden van de jaren 70 ongeveer 10 miljoen arme gezinnen waren, zijnde 11,4 pct. van alle gezinnen. Deze toestand zal inmiddels niet verbeterd zijn. De Gemeenschap onderstreept dat zowel door de nationale overheden als door particuliere organisaties, een actieve strijd wordt gevoerd tegen de armoede door middel van sociale programmaties, sociale zekerheid, het huisvestingsbeleid, het gezondheidsbeleid en het beleid inzake onderwijs en tewerkstelling.

In onmiddellijke orde vloeit hieruit uiteraard het besteden van aanzienlijke sommen geld voort om zodoende de armoede te voorkomen en te bestrijden.

De regeringsverklaring van 16 december 1981, hoofdstuk IV, Vrijwaring van de sociale zekerheid, punt 1, zegt het volgende:

« De regering beschouwt de vrijwaring van de sociale zekerheid en het herstel van haar budgettaire evenwicht als een van haar belangrijkste opgaven.

De sociale zekerheid is immers een van de voornaamste realisaties van onze welvaartstaat. Wegens de langdurige crisis vormt zij meer dan ooit het instrument om de armoede uit te bannen, een bestaansminimum te waarborgen en de verzekerden tegen bestaansrisico's te beveiligen. Daarom moet te allen prijze de essentie van het sociale-zekerheidssysteem behouden blijven. »

Binnen haar opdracht van een nieuw sociaal-economisch beleid, de gezondmaking van de openbare financiën en het specifiek tewerkstellingsbeleid dient de regering uiteraard alle zorg en belangstelling op te brengen voor die burgers en hun gezinnen die, mede door de langdurige crisis, bepaalde vormen van armoede kennen.

Op het stuk van de uitkeringen beschikt de regering over een wetgeving ten gunste van de minst-gegoeden die sedert 1969 op initiatief van de christen-democraten tot stand is gekomen, met name: de wet van 1 april 1969 op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden; de wet van 27 juni 1969 houdende toekenning van tegemoetkomingen aan minder-validen; de wet van 20 juli 1971 inzake de gewaarborgde gezinsbijslag en de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum.

De regering moet twee zaken voor ogen houden bij de bestrijding van de armoede.

Enerzijds moet de wetgeving worden verbeterd met het oog op een meer rechtvaardige en soepeler toepassing en anderzijds moet worden voorzien in de nodige kredieten.

Het kan niet zijn dat de verhoging van het bedrag van het bestaansminimum ten gunste van de personen die niets of weinig hebben, een hinder zou betekenen voor de personen die veel of te veel hebben.

De overheid, en in dit geval de regering, dient inderdaad middelen te vinden en maatregelen te nemen opdat de behoeftebevrediging vóór de begeertebevrediging zou komen.

Dat is een duidelijke beleidskeuze!

In dit verband wil ik verwijzen naar het doctoraal proefschrift door de heer Jan Vranken verdedigd aan de UIA onder de titel « Armoede in de welvaartsstaat, een poging tot historische en structurele plaatsing ».

In dit proefschrift wordt onder meer verwezen naar de herontdekking van de armoede, de vierde wereld, de armoede in cijfers, de historische en structurele plaatsing van de armoedeproblematiek, de bestaansom-

standigheden van de armen. De auteur vraagt zich ook af wat wordt gedaan aan de armoede in ons land, en spreekt tenslotte over de contouren voor een effectieve(re) armoedebestrijding.

Maar meer recent nog hebben wij kennis genomen van een verslag aan de Koning Boudewijnstichting met betrekking tot « voorstellen voor een beleid tegen armoede en bestaansonzekerheid in België ».

Gesteld werd dat deze voorstellen voor een beleid tegen armoede en bestaansonzekerheid gebaseerd zijn op de volgende principes: een armoedebelief moet tegelijk op alle vlakken inwerken, hetgeen tot uitdrukking moet komen in de aard van de aangewende middelen; de voorgestelde maatregelen moeten zo preventief mogelijk zijn; de voorstellen moeten zowel gericht zijn op de maatschappelijke toestanden waardoor armoede ontstaat als op de slachtoffers ervan, individuen of groepen; zolang er geen waardevolle alternatieven voorgesteld worden, moeten de bestaande samenlevingsverbanden geëerbiedigd blijven; een armoedebelief mag de armen niet verder stigmatiseren en marginaliseren, maar moet hun participatie aan het maatschappelijk gebeuren bevorderen.

Het is erg belangrijk ook kennis te nemen van de inleiding van doelstelling 2 van dit verslag met als titel: « Aan iedereen een inkomen te verzekeren dat hem toelaat effectief aan het maatschappelijk leven deel te nemen. » Daar wordt gezegd:

« Alhoewel armoede niet mag en kan herleid worden tot een financieel probleem, vormt het instellen van een aanvaardbaar bestaansminimum toch de hoeksteen van elk armoedebelief in enge zin en sociale-zekerheidsbeleid in ruime zin. Dat heeft in hoge mate te maken met de organisatie van onze maatschappij, die hoofdzakelijk gebouwd is op persoonlijke beschikkingmacht.

De problematiek van zulk aanvaardbaar bestaansminimum is daardoor ook zeer eng verbonden met de problematiek van de inkomensverdeling: niet zozeer de hoogte van het bestaansminimum is van belang, maar vooral de verhouding tussen het gemiddelde inkomen en het bestaansminimum, en daardoor ook de relatieve positie van de bron waaruit de laagste inkomens geput worden, zijnde de sociale zekerheid. »

In het kader van deze bedenking, met name de verhouding tussen het gemiddelde inkomen en het bestaansminimum zijn wij zo vrij de aandacht van de regering te vragen voor het CVP-PSC-voorstel van wet tot aanvulling van artikel 2, § 2, van de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum.

Nadat in voornoemd wetsvoorstel wordt gewezen op het feit dat er sedert 1 januari 1979 geen programmatie inzake het bestaansminimum bestaat, hoewel de regering op 1 februari 1983 het bedrag van het bestaansminimum verhoogd heeft met 5 pct, wordt verder aandacht besteed aan de verhouding tussen het bestaansminimum en het gemiddeld minimum maandinkomen.

Inderdaad, het feit dat het bedrag van het bestaansminimum niet gekoppeld is aan lonen of sociale uitkeringen brengt mede dat, voor elke aanpassing, hoe minimaal ook, telkens een beslissing van de Ministerraad moet worden genomen.

Het bedrag van het bestaansminimum is eigenlijk de uitdrukking van datgene dat de gemeenschap wil besteden aan de eigen medemens « die geen toereikende bestaansmiddelen heeft, noch in staat is die hetzij door eigen inspanningen, hetzij op een andere manier te verwerven » — aldus de wet van 1974 — en die recht heeft op « maatschappelijke dienstverlening die tot doel heeft een ieder in de mogelijkheid te stellen om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid », aldus de wet van 1976.

De vraag dient dan ook gesteld of het niet aangewezen is het bedrag van het bestaansminimum aan het inkomen uit arbeid, en dit in een bepaalde verhouding, te binden.

Zodoende zou op een permanente en volwaardige wijze beantwoord worden aan de doelstellingen van de wet van 7 augustus 1974.

Een concreet voorstel kan dan ook zijn dat een bepaalde verhouding tussen, eensdeels, het bestaansminimum en, anderdeels, het gemiddeld minimum maandinkomen zou worden vastgesteld.

De collectieve arbeidsovereenkomst van 25 juli 1975 betreffende de waarborg van een gemiddeld minimum maandinkomen, algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit van 9 september 1975 voorziet in het beginsel dat « een gemiddeld minimum maandinkomen van 15 500 frank, gebonden aan het op 1 januari 1975 van kracht zijnde indexcijfer der consumptieprijzen, wordt gewaarborgd aan de werknemers van 21 jaar of ouder, die normale voltijdse arbeidsprestaties leveren ».

Dit bedrag beliep per 1 september 1983: 30 809 frank, zijnde een jaarbedrag van 369 708 frank.

Op 1 januari 1984 was dit basisbedrag 31 426 frank.

Indien de verhouding op 60 pct. zou worden bepaald, dan krijgen we per 1 september 1983 de volgende cijfers:

Per alleenstaande: 221 825 frank per jaar.

Per gezin: 308 090 frank per jaar.

Dit geeft een verschil met de huidige bedragen van: 102 394 frank voor een gezin, 73 727 frank voor een alleenstaande en 51 189 frank voor een samenwonende.

Dit verschil zou geleidelijk moeten worden overbrugd.

Ter uitvoering van dit beginsel van « inhaalbeweging » en rekening houdend met de economisch-financiële toestand, worden in het wetsvoorstel cijfers als programmatie voorgesteld, zodat wij op 1 januari 1984 voor een gezin een bedrag krijgen van 220 000 frank, op 1 januari 1985 van 237 000 frank en op 1 januari 1986 van 254 000 frank. Deze bedragen gelden *mutatis mutandis* voor alleenstaanden en samenwonenden.

Wij willen eraan toevoegen dat het overgrote deel van de personen die een beroep doen op de toepassing van de wet tot instelling van een bestaansminimum, slechts een gedeeltelijk bedrag toegekend krijgen, gezien hun andere — beperkte — middelen.

Het vastleggen van een bepaalde verhouding tussen het bestaansminimum en het gemiddeld minimum maandinkomen is derhalve een principiële aangelegenheid die door de CVP-fractie wordt voorgestaan.

Tot besluit wordt door de CVP-fractie van de Senaat dan ook concreet aan de regering gevraagd: ten eerste, de onmiddellijke verhoging van het bedrag van het bestaansminimum, waarvoor het CVP-PSC-voorstel als verantwoording en inspiratie kan dienen; ten tweede, het bij wet vastleggen van de verhouding van het bestaansminimum tegenover het gemiddeld minimum maandinkomen, zoals bedoeld in de collectieve arbeidsovereenkomst van 25 juli 1975.

Onze benadering van het probleem van de armoede en de armoedebestrijding is vervat in deze dubbele uitdrukkelijke vraag aan de regering. (*Applaus op de banken van de meerderheid.*)

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

Mme Coorens. — Monsieur le Président, mes chers collègues, je pense qu'il n'est pas inutile de préciser, monsieur le ministre, que le projet de loi contenant le budget du ministère de la Santé publique et de la Famille de l'année budgétaire 1984 est sensiblement comparable en intentions et en faits à celui des années 1982 et 1983.

Pour 1983, la part du département de la Santé publique et de la Famille dans les dépenses courantes globales de l'Etat s'élève à 2,27 p.c. En 1984, ce pourcentage serait de 2,34 p.c. Il y a donc là une certaine forme de stabilisation.

Vous nous avez tenu un discours sur la politique hospitalière, la création des maisons de repos et de soins, la problématique des services R et V, en tout point semblable à celui de 1982 quant à vos objectifs et à celui de 1983 quant au début des réalisations sur le terrain.

Pendant les séances de commission, différents sénateurs ont émis des remarques déjà formulées en 1983; ils ont redit les objections déjà soulevées l'an dernier; ils ont donné des conseils déjà prodigués.

Et pourtant rien n'a changé!

Comme en 1983, les mêmes doutes, les mêmes craintes, les mêmes remarques fondamentales sur la façon dont le gouvernement envisage les économies et aussi l'avenir dans le secteur de la Santé, ont été énoncés.

Vous avez toutefois persévéré dans la même optique, vous avez continué à creuser le même sillon. Mais s'il restait un peu de terre arable sous le soc de votre charrue, il me paraît à présent que vous vous trouvez à même la pierre et que les cailloux risquent bientôt de briser une lame pourtant si volontaire. Ces cailloux, je pourrais leur donner des appellations, je les baptiserais chômage des paramédicaux, découragement des gestionnaires d'hôpitaux, angoisse des services V, difficultés financières accrues des CPAS par la charge du minimex et de l'intendance des maisons de soins, dettes des communes.

Par vos différents arrêtés royaux, vous avez déjà imposé de nombreux sacrifices aux hôpitaux et, en particulier, au personnel hospitalier.

Les plans d'assainissement prévus et le déficit réduit à zéro pour la fin 1988 vont encore aggraver la situation. Sans parler de la réduction du nombre de lits hospitaliers, la diminution du cadre du personnel, la possibilité de réduction des traitements, l'engagement de travailleurs du troisième circuit de travail — main-d'œuvre sous-payée —, l'incitation

au temps partiel ne pourront plus dans nos hôpitaux publics favoriser un travail de qualité.

Les services de garde, les services de soins intensifs et de réanimation, les départements de chirurgie, de dialyse rénale — si nécessaire dans un pays qui ne fait pas la promotion des dons d'organes — risquent de connaître des temps difficiles. Ce sont des services qui coûtent cher, qui pèsent très lourdement sur le budget des hôpitaux publics. Comment ceux-ci résisteront-ils au désir d'assainir sans provoquer un déséquilibre dans la réalisation des soins indispensables ?

La moyenne de séjour en service D — service de diagnostic et de traitement médical — serait trop longue; elle devrait être de dix-sept jours; heureusement, vous vous êtes, en commission, posé la question de savoir s'il est toutefois permis de se baser sur cette durée pour faire intervenir un médecin-conseil. Mais votre réflexion m'inquiète, car elle démontre le désir de tout réglementer, de tout caporaliser.

La liberté thérapeutique du médecin hospitalier n'y trouvera pas son compte et les hôpitaux publics en déficit risquent bientôt de n'être plus que des hôpitaux de seconde zone où seuls — et ils sont nombreux — les moins bien nantis iront se faire soigner.

Je crains d'assister là à une manœuvre habile de démantèlement d'un service public.

Un certain réalisme serait nécessaire dans l'approche des problèmes hospitaliers.

Pour ne prendre que le seul secteur de la pharmacie d'hôpital, l'AEPS, association des établissements publics de soins, sur un inventaire concernant 116 hôpitaux, a montré que 7 hôpitaux seulement présentaient un bénéfice en 1980. Cette organisation, très représentative des hôpitaux publics, conclut en disant qu'en cas d'exploitation saine, tenant compte des règles imposées, il est impossible pour la pharmacie hospitalière d'être en équilibre.

De même, il y aurait lieu de tenir compte de l'existence de tous les services médicaux lourds.

Pour les hôpitaux dont les années 1979, 1980 et 1981 ne sont pas représentatives, pour ceux qui ont perdu le caractère universitaire d'un certain nombre de lits ou pour ceux qui ont perdu le statut de qualification particulière, des règles devraient être prévues.

La nouvelle réglementation concernant l'intervention des communes, définie par rapport au nombre d'habitants admis dans l'hôpital, la partie restante du déficit étant supportée par la commune mère que j'ai appelée en 1983 la commune cible, risque d'entraîner la tentation pour les communes qui atteignent pratiquement le pourcentage seuil, d'influencer leurs habitants afin qu'ils ne fassent plus appel au service de l'hôpital concerné.

Ceci n'est pas à négliger, certains gestionnaires communaux, amoureux de la privatisation, y ont déjà recours !

L'arrêté n° 162 impose aux hôpitaux publics en déficit d'introduire un plan d'assainissement de manière à réduire à néant ce déficit pour le 31 décembre 1988.

Une étape intermédiaire est prévue pour 1985, date à laquelle le déficit doit être réduit à 50 p.c. du déficit moyen des années 1979, 1980 et 1981.

Pour atteindre ce but, les CPAS, en plus de nouvelles mesures sur les membres du personnel de l'hôpital, entamant largement leurs acquis sociaux, peuvent modifier les conditions financières prévues dans les contrats ou les accords qui ont été passés avec les personnes dont l'activité au sein de l'hôpital n'est pas financée par le truchement du prix de la journée d'entretien, mais sur la base d'honoraires. Ceci sous-entend donc que chaque gestionnaire d'hôpital devra, dans le cadre de son plan d'assainissement, examiner des accords plus équitables avec le corps médical.

De là vient automatiquement la réflexion que cela ne peut se faire valablement que s'il existe un jour un statut du médecin hospitalier.

Vous nous promettez cela depuis quelques années déjà, monsieur le ministre; le docteur Wynen vous a acculé, paraît-il, à la date du 15 février 1984 et je sais par la presse qu'un projet de loi-cadre a déjà été discuté au Conseil des ministres.

J'attends donc avec impatience ce projet en espérant qu'il permettra de régler la situation du médecin hospitalier sans lequel l'hôpital n'existerait pas, mais qu'il ne donnera pas des privilèges exorbitants à celui-ci, ce qui risque d'entraver le rôle des gestionnaires ou de réduire à la portion congrue celui des infirmiers et autres paramédicaux.

Hélas! un vent dit favorable m'ayant mis sous les yeux quelques orientations de ce projet, j'éprouve des craintes pour l'avenir.

J'espère que nous pourrions en discuter en commission de la Santé publique, et que vous serez peut-être sensible à certaines remarques sur l'élitisme qui est inscrit dans ce projet, sur l'absence de droits des autres travailleurs de la santé et sur la difficulté annoncée dans la recherche du médiateur.

On pourrait également étudier un statut de l'infirmier et des autres professions paramédicales quant à leurs droits et aux tâches qui leur sont assignées.

Je pense, en effet, que les problèmes sont difficiles et interdépendants et qu'il ne suffit pas de régler un statut sans analyser toutes les données de ce grand corps vivant et complexe que représente un hôpital.

Pour en venir aux maisons de soins qui sont en train de voir le jour, je vous ferai remarquer que mes objections n'ont pas changé.

La somme de 632 francs par jour avec un personnel de 8 à 9 membres me paraît toujours singulière et je me pose avec angoisse la question de savoir comment les centres publics d'aide sociale pourront répondre au problème financier de l'intendance.

J'entrevois deux dangers importants, celui de la moins bonne qualité des soins pour les personnes âgées, avec le couperet toujours menaçant d'une sortie imposée si celles-ci ne répondent plus aux critères d'admission. Que fera-t-on ? Le second danger est le devenir des services V qui ne pourront être rayés d'un trait de plume.

La population belge vieillit, tous les discours et les faits le démontrent. Que va-t-on faire de tous ces vieux qui ne répondent pas aux critères des maisons de repos et de soins ?

Il est facile de prôner une politique alternative pour la population âgée, promotion du médecin généraliste, extension de la maintenance à domicile, augmentation des soins primaires. Mais sur le terrain, les difficultés financières des centres publics d'aide sociale et de leurs communes, la réduction des aides-seniors et des aides familiales, l'augmentation de la charge pécuniaire du patient chez le kinésithérapeute, la non-revalorisation des frais de déplacement des infirmières à domicile rendent cette approche souvent irréalisable.

La Communauté française dont c'est la compétence en Wallonie a bien voté un décret sur une subside des centres de santé intégrés en ce qui concerne leur fonctionnement et leurs projets d'éducation sanitaire, mais la part donnée aux communautés est bien faible pour réaliser une alternative médicale.

De même, la part réservée aux communautés en ce qui concerne la prévention et l'éducation sanitaire est bien minime.

Cela serait pourtant une manière de diminuer le coût de la médecine curative et d'améliorer la situation sanitaire de notre population qui ne se porte pas si bien malgré l'argent que le citoyen consacre soit directement, soit indirectement, à sa santé et à celle des autres.

A ce propos, je viens de lire avec attention les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé qui a demandé aux gouvernements de mettre en place des réglementations plus strictes sur la vente d'alcool plutôt que de chercher à en tirer profit.

En cette période toute neuve d'abolition de la loi Vandervelde, je voudrais connaître les intentions du gouvernement et savoir comment les communautés seront associées à la manne de dix millions, un franc par habitant, promise pour enrayer les effets néfastes de la nouvelle loi.

Je voudrais, dans le même ordre d'idées, savoir si le gouvernement a prévu des dispositions pour faire cesser une certaine forme d'imbroglio juridique qui apparaît actuellement dans un procès sur les assuétudes, la toxicomanie et l'usage de la méthadone.

Dans ces matières comme dans beaucoup d'autres, le rôle du médecin généraliste est primordial et je suis bien aise que vous le reconnaissiez, même si vous avez l'intention de multiplier les écueils à la profession de médecin dont je désirerais d'ailleurs connaître les mesures concrètes.

Ceci m'amène à vous poser des questions, monsieur le ministre ou monsieur le secrétaire d'Etat, sur vos projets concernant les gardes médicales de généralistes et les six lieux d'expérience où vous avez projeté d'en faire l'essai.

J'ai posé une question écrite à ce sujet, mais ne voyant pas venir de réponse, je me permets de vous la transmettre oralement.

La Région bruxelloise a été secouée ces derniers temps par des querelles de garde médicale. J'aimerais que vous nous exposiez ce qu'il en est et de quelle façon vous comptez intégrer ces gardes au travail du médecin généraliste qui a une clientèle personnelle.

La profession qui a déjà vu depuis cinq ans diminuer son nombre d'interventions au cabinet et au domicile craint, vous le savez, une certaine phagocytose des patients !

De même, la sécurité des pharmaciens et des médecins de garde étant mise en danger depuis plusieurs mois, sans tomber dans l'excès de certaines communes, avez-vous prévu des mesures préventives qui pourraient enrayer ce mal nouveau ?

Les pharmaciens ne sont pas uniquement agressés par des toxicomanes en manque de drogue, ils le sont également aujourd'hui par les plaintes des patients, les Vipo surtout, dont les habitudes et le porte-monnaie sont gravement lésés par la diminution du nombre de prescriptions magistrales remboursées, par le non-remboursement d'une multitude de spécialités, par l'augmentation de prix d'une nouvelle catégorie de médicaments dites Cs dont l'intervention de l'assurance maladie a été fixée à 40 p.c., la quote-part du malade s'élevant donc à 60 p.c. et n'étant plus limitée à un montant maximum déterminé.

Figurent dans cette catégorie, par exemple, les préparations vitaminées B1-B2-B6-B12, leurs dérivés et coenzymes; des substances veinotropes et capillarotropes; des médicaments contre les troubles vasculaires périphériques et centraux; des mucolytiques, à l'exception des aérosols. Comme je l'ai déjà exprimé en commission, cette décision me paraît pour le moins bizarre !

Les mineurs de fond, la plupart bronchiteux chroniques, après les décisions d'Awans et de Mariemont, viennent encore de subir un mauvais coup du gouvernement; leurs antitussifs et leurs expectorants ne sont plus remboursés et les mucolytiques se trouvent dans la catégorie Cs. En outre, les cures en station thermale ne sont pas reconnues dans la plupart des cas. Ils devront donc se contenter de tisanes qui, curieusement, continuent à être remboursées. Dans un pays qui ne reconnaît pas officiellement l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie ou d'autres médecines douces, cela me paraît franchement paradoxal !

De même, prôner la maintenance à domicile des patients âgés dont la plupart ont des troubles circulatoires importants et augmenter le prix des substances qui peuvent maintenir une meilleure circulation périphérique ou cérébrale — ou alors tous les tests faits par nos universités sont mensongers ou peu sérieux —, me paraît également curieux.

Je n'ai aucune qualification de spécialiste pour discuter plus longuement de ce problème, mais dix-neuf ans de pratique sur le terrain m'ont permis de me faire une opinion qui diffère sensiblement de la note que vous venez d'envoyer, monsieur le ministre, à tous les médecins du royaume.

Je réfute le terme de médicaments de confort; je ne crois pas qu'il soit de l'intérêt des patients d'abandonner cette catégorie de spécialités. Aussi, je demande instamment qu'une commission de spécialistes et de généralistes soit constituée avec des neurologues et des gériatres réputés, afin d'examiner l'action de ces médicaments et d'en juger l'effet à court et à long terme sur les patients âgés et d'en voir l'incidence dans le processus de sénilité cérébrale et dans l'apparition de thromboses.

Car, bien au-delà du problème du remboursement, il s'agit là d'une façon à peine déguisée d'encourager le médecin à ne plus prescrire que certaines catégories de médicaments. Votre lettre est très claire sur ce sujet, surtout dans la dernière phrase de la première page qui dit textuellement: « J'espère que, suite aux dernières modifications exposées ci-dessus, vous tiendrez plus que jamais compte des frais à charge de votre patient. »

Les anciens prisonniers de guerre et les victimes des guerres 1914-1918 et 1940-1945 se posent aussi la question de leur avenir au point de vue des remboursements des médicaments et des frais d'hospitalisation.

Autant d'interrogations qui leur font craindre des jours bien sombres !

Je terminerai la première partie de mon exposé réservé plus spécialement à la médecine humaine en vous demandant quel sera le sort des laboratoires de biologie clinique, et en regrettant que le déficit des hôpitaux, malgré les tentatives d'assainissement, continue à être supporté par les communes dont la situation financière est déjà suffisamment rendue critique par la charge imposée par le minimex, les services d'incendie et les tâches judiciaires, par exemple.

La loi du 13 juillet 1981 portant la création d'un Institut d'expertise vétérinaire attend toujours pour être appliquée la publication des arrêtés d'exécution au *Moniteur belge*.

Or la loi a prévu, à deux reprises, une limite dans le temps par ses articles 37 et 33 qui prévoient que les arrêtés royaux doivent être pris dans un délai de douze mois.

Je ne m'attarderai pas sur la nécessité absolue de la création de cet Institut d'expertise vétérinaire; le manque d'experts, le manque de contrôle, l'exportation de bêtes de moindre qualité, la difficulté d'expertise dans l'importation de viande bovine ont encore été soulignés par

notre collègue M. Hancké, ancien sénateur, dans son interpellation à la Chambre des représentants, le 25 octobre 1983.

Vous avez répondu, lors de cette même séance, monsieur le secrétaire d'Etat, que l'installation de l'Institut d'expertise vétérinaire ne tardera plus longtemps, que le principe du parastatal A est maintenu et qu'une réglementation en matière de cumuls serait prévue, mais non leur interdiction.

Nous sommes à la fin du mois de janvier 1984. Y a-t-il quelque chose de changé ? Le comité de consultation syndicale a-t-il été convoqué ? A-t-il rendu un avis ? Où en est-on ?

De même, il me paraît que l'art vétérinaire donne beaucoup de souci au gouvernement.

Ce projet, discuté actuellement en commission sénatoriale associant les commissions de l'Agriculture et de la Santé publique, se caractérise par un nombre d'amendements impressionnant venant même de partis qui forment la coalition gouvernementale.

C'est bien là un aveu que ce projet n'est pas encore bien ficelé. La lenteur avec laquelle les réunions conjointes des deux commissions sont programmées, les nombreux ajournements de ces séances pour des raisons diverses — j'exclurai de celles-ci les séances de nuit —, me semblent de mauvaise augure quant aux décisions finales.

Il s'agit en effet, dans les futures résolutions de sauvegarder la réputation de notre cheptel, de maintenir la qualité de notre viande de boucherie et surtout également — mais quelques-uns n'en paraissent pas convaincus — de reconnaître l'art vétérinaire dans toutes les actes médico-chirurgicaux ordinairement admis dans la profession. Mais les vétérinaires, par leur ordre ou leurs unions professionnelles, ne semblent pas avoir été consultés.

Ce qui me paraît très grave également, c'est que le projet de loi du 22 mars 1983, relatif à la protection et au bien-être des animaux, discuté ces derniers temps en commission sénatoriale de l'Agriculture et des Classes moyennes offre avec ce projet des contradictions flagrantes. En effet, dans son article 18, premier alinéa, au chapitre VII, il est dit: « Aucune intervention douloureuse sur un vertébré ne peut être effectuée sans anesthésie; l'anesthésie d'un animal à sang chaud doit être effectuée par un médecin vétérinaire. » L'alinéa 2 dit encore: « L'anesthésie n'est pas requise lorsqu'on procède sans anesthésie à des opérations semblables sur des êtres humains. »

Voilà donc un texte qui est clair et précis dans ses deux premiers alinéas, bien plus que les propositions énoncées dans le projet de loi sur l'art vétérinaire.

Il m'est avis que peut-être Mme Brigitte Bardot devra encore faire le voyage à Bruxelles ...

M. Aerts, secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement, adjoint au ministre des Affaires sociales. — Elle est déjà venue chez M. Gol.

Mme Coorens. — Je sais. Je souhaite que la prochaine fois, ce soit chez vous qu'elle vienne. C'est un vœu que j'émet.

... car notre pays, s'il vient enfin d'adopter la convention de Washington, après plus de quatre-vingts autres Etats, doit encore faire beaucoup de chemin dans la protection de la nature et la protection animale.

Ce sont pourtant des sujets qui doivent intéresser le département de la Santé publique car ils ont pour conséquence le maintien de notre santé physique et mentale.

Pour en terminer sur le chapitre des animaux, je voudrais connaître, monsieur le secrétaire d'Etat, les intentions du gouvernement quant à la poursuite des études sur l'expérimentation animale, quant au fait que, dans les vingt et un pays du Conseil de l'Europe, 68 500 animaux ont été sacrifiés en 1982 dans les services de recherche médicale ou scientifique, de l'industrie pharmaceutique et cosmétique, de l'enseignement, de la formation, de l'armée.

Car le chapitre VIII du projet de loi relatif à la protection et au bien-être des animaux me paraît bien laxiste; la découverte de singes cloîtrés depuis neuf ans, dans un laboratoire médical d'une université de l'Etat, sans lumière et sans possibilité de mouvements, ne fait que me renforcer dans cette préoccupation.

Il y aurait peut-être là des économies à trouver !

Ce budget de la Santé publique et de la Famille de l'année 1984, qui a le mérite, je vous l'accorde, monsieur le ministre, d'être discuté en début d'année, ne répond donc pas à ce que mon parti et moi-même étions en droit d'espérer.

Dans la déclaration gouvernementale, vous aviez promis de ne pas imposer de sacrifices aux plus démunis; et pourtant, chaque jour, et plus particulièrement en cette année 1984, les Vipo verront leurs droits s'amenuiser, leur pouvoir d'achat se rétrécir comme une peau de chagrin, leurs tickets modérateurs grossir considérablement, leurs possibilités d'appeler un médecin ou d'acheter des médicaments dits de confort — que ce mot est peu adapté à la réalité! — se raréfier faute de moyens.

Les anciens prisonniers et victimes de la guerre voient leurs justes privilèges battus en brèche car vous avez déclaré, monsieur le secrétaire d'Etat, à la Chambre des représentants, le 18 janvier 1984, qu'il y avait une nette distinction à faire entre le respect du protocole et la gratuité des soins.

Les communes mères d'hôpitaux publics verront leurs charges augmenter de façon spectaculaire et attendent avec angoisse de connaître vos nouvelles intentions.

Les centres publics d'aide sociale continueront à se ruiner en payant des minimex toujours plus importants étant donné la crise économique, les infrasalariés, les chômeurs. Ils ne pourront plus longtemps, surtout les CPAS wallons, assurer le paiement de leur personnel, pourtant déjà réduit depuis deux ans, vu la lenteur que l'Etat et l'Inami mettent à payer leurs dettes.

Comment pourront-ils aider les pensionnaires de vos nouvelles maisons de soins à régler la note de l'intendance quand la plupart des personnes âgées ne bénéficient pas d'une pension atteignant vingt mille francs par mois?

Quel va être le nombre de logopèdes, de kinésithérapeutes au chômage après la restructuration du FNRS? Comment feront les familles pour continuer à donner des soins à leurs enfants handicapés moteurs ou cérébraux?

Qu'allez-vous donner comme alternative aux aides en pharmacie victimes dans leur emploi de la diminution sensible des prescriptions magistrales?

La concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux et les médecins hospitaliers pourvus enfin d'un statut se fera-t-elle en douceur?

Les hôpitaux ayant dû se séparer souvent de personnel qualifié, devant recourir — pour combien de temps? — à un troisième circuit de travail, seront-ils encore à même de faire prester à leurs paramédicaux toutes les tâches de jour et de nuit, vu la modération salariale imposée, le plan d'assainissement pour bon nombre d'entre eux, la diminution des équipes de soins?

Je pourrais continuer pendant longtemps encore ce constat qui n'est guère réjouissant, mais qui me paraît démontrer que nous assistons aujourd'hui à une certaine forme de démantèlement de tous les acquis de santé publique que notre pays a pu édifier en une dizaine d'années.

Vous nous dites souvent, monsieur le ministre, que la Belgique se trouve dans les premières places du hit-parade en matière de soins parmi les pays de la Communauté européenne; loin de m'attrister, c'était pour moi un motif de légitime fierté tout en reconnaissant que l'expansion devait être freinée vu la conjoncture actuelle et le déficit hospitalier.

Mais, dans quelques années, nous aurons peut-être, toutes choses restant égales — et le gouvernement décidé à continuer dans la même voie —, la première place au hit-parade de chômeurs médicaux, pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, aides sanitaires, logopèdes, psychologues, ergothérapeutes, aides en pharmacie ... des puéricultrices.

Dans une motion, l'Académie de médecine vient de lancer un véritable « cri d'alarme » et vous a demandé de procurer au Fonds de la recherche scientifique médicale, les moyens financiers nécessaires à la formation selon un plan quinquennal, d'un cadre de collaborateurs scientifiques.

La recherche scientifique médicale belge, tant fondamentale que clinique, a beaucoup à souffrir des restrictions budgétaires actuelles, hélas! nécessaires, dit cette motion.

Mais abstraction faite des restrictions draconiennes en matière d'équipement et de fonctionnement, le plus grand danger pour l'avenir réside dans l'impossibilité croissante pour les jeunes chercheurs de commencer une carrière scientifique. J'espère que dans le pays de Bordet, de Christian de Duve, d'Albert Claude, de Corneille Heymans, tous prix Nobel de médecine, l'appel sera entendu.

Il est temps, il est grand temps que le gouvernement fasse des simulations, des estimations, des supputations objectives, des analyses sérieuses pour éviter ce que je crains le plus, une médecine qui ne serait plus permise qu'à quelques privilégiés, une médecine à deux vitesses, celle des riches et celle des autres. (*Applaudissements sur les bancs socialistes.*)

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

Mme Jortay-Lemaire. — Monsieur le Président, messieurs les ministres, chers collègues, la réflexion que m'apporte la lecture de ce budget, qui reflète bien le profil de la santé de notre population, est d'ordre presque philosophique. Je me pose des questions.

Sommes-nous tous malades? Si j'examine le graphique du déficit des hôpitaux publics, comme je suis wallonne, je commence à paniquer. Nous sommes bien plus malades que les Bruxellois, qui eux-mêmes sont en bien moins bonne santé que les Flamands. Et ce n'est pas un jeu de mots. (*Sourires.*) Nous gérons mal parce que nous sommes malades et cela nous rend encore plus malades.

27 p.c. de nos lits sont occupés par des malades mentaux, 20 p.c. de nos lits ordinaires sont réservés aux maladies dues à l'alcoolisme. Cela signifie que ces catégories d'altérés sont représentatives d'une population malade de la société d'aujourd'hui; ceux qui se sentent mal dans leur peau, sans responsabilité, isolés, mal aimés ou trop « stressés » par les exigences de leur profession.

Vous dites aussi, monsieur le ministre, que dans six ans, 15 p.c. de notre population aura plus de 65 ans. Ajoutons 15 p.c. de retraités, plus les enfants, les malades et les chômeurs, on peut dire sans trop se tromper que, demain, soit dans une dizaine d'années, la moitié de la population travaillera pour l'autre moitié.

Il est donc extrêmement urgent de mettre sur pied une politique de santé qui tienne compte des « non-productifs », ceux qui sont sans statut parce qu'ils ne rapportent pas, les enfants, les vieux, les malades et tous ceux qu'on appelle les marginaux parce qu'ils n'occupent pas le marché du travail.

Rendre un statut à l'indépendant, celui qui travaille pour lui-même, le producteur consommateur; rendre un statut au jeune qui pourrait jouer un rôle dans la société. La jeunesse, par exemple, pourrait prendre en charge la propreté du territoire, le recyclage des déchets, la compagnie des personnes âgées ou le monitoring des plus jeunes. Un statut pour les retraités qui pourraient faire bénéficier les plus jeunes de leur expérience. Un statut pour l'artisan, pour l'artiste, un statut pour chacun afin de redonner de la vigueur à la vie communautaire.

Ainsi, nous serions moins malades, parce que moins seuls et plus solidaires, et nos lits d'hôpitaux pourraient se reconverter non pas en maisons de repos, mais en allocation pour le vieux qu'on garde au foyer, ou en allocation inférieure au chômage pour celui qui décide de vivre en circuit fermé et qui ne demande qu'une seule chose: vivre en liberté avec le minimum de contrôle social.

Certains scientifiques défendent l'idée que la plupart des maladies sont d'ordre psychosomatique, par exemple, l'alcoolisme qui boit pour fuir une situation difficile à vivre. Mais pour échapper à une situation difficile, on ne boit pas nécessairement; on peut aussi avoir recours aux tranquillisants et la Belgique en est le plus grand consommateur. Pour oublier, on peut encore se lancer à corps perdu dans le travail, car le travail aussi est une drogue et une échappatoire et, quand le sujet complètement conditionné se lance à corps perdu dans la mêlée, l'esprit toujours prêt comme un boy-scout, la machine humaine est là pour manifester sa désapprobation et ce sont des ulcères d'estomac, l'eczéma, l'infarctus ou des accidents de toute sorte. Il n'y a pas de hasard: quand la tête ne sait plus ce qu'elle fait, le corps est là pour lui rappeler la réalité.

Tout ceci, monsieur le ministre, pour dire que vous pouvez user toute votre énergie à rationaliser, vous ne résoudrez pas le problème de la santé de nos populations si vous ne vous attaquez pas à ses causes. Il est urgent de rechercher ces dernières et de ne pas isoler le problème de la santé du contexte social.

Tout gestionnaire politique devrait se fixer comme obligation morale de s'informer des recherches qui sont aujourd'hui effectuées dans nos universités, que ce soit en psychologie sociale ou sur les maladies liées à nos pays industrialisés. Le dicton dit que rien n'est plus adaptable que l'homme. C'est certainement vrai mais je crois que bien peu d'hommes aujourd'hui disposent des moyens et de la force pour résister aux assauts de la vie moderne.

Il est donc impératif de mettre sur pied, petit à petit, une politique d'éducation à la santé, santé qui veut dire équilibre entre le cœur, l'esprit et le corps, santé qui veut dire aussi congruence entre ce que l'homme désire et ce qu'il fait. Si l'écart est trop grand, l'équilibre est détruit et l'homme alors devient vraiment malade.

Cette politique de la santé recouvre ainsi toutes les politiques, celles de l'économie, de l'éducation, de l'environnement, la politique sociale et culturelle, ainsi que celle de l'information.

L'éducation à cette santé, ce serait apprendre à bien communiquer, aussi bien à la jeunesse qu'au personnel médical et paramédical, afin

d'employer le langage de l'enfant, de la personne âgée, de l'immigré ou du mourant. Eduquer à la responsabilité et à la solidarité dans la connaissance de soi-même et des autres, éduquer à la consommation, que ce soit de la nourriture, de l'énergie vitale ou matérielle, de drogue, de médicaments, de divertissements. Eduquer à la gestion de l'environnement comme de sa propre maison ou de sa vie sexuelle. Eduquer à la parenté responsable.

Il y a beaucoup à faire pour rendre le pouvoir et la liberté de champ d'action à chaque citoyen, mais je crois que c'est seulement à cette condition que nous recouvrerons la santé en récupérant le risque de choisir. Cette politique de la santé que nous aimerions voir fleurir dans notre pays, dans l'esprit que je viens de développer, devrait se décentraliser davantage et donner aux régions la gestion de leurs propres services de santé qui, idéalement, devraient se transformer en self-service de la santé, sortes de centres de santé intégrés où le citoyen viendrait demander aide et conseil pour gérer lui-même sa propre santé.

Nous rêvons, c'est bien connu, d'une décommercialisation maximale de la médecine et de la pharmacie, d'une sécurité sociale plus près du citoyen et plus responsabilisante, d'une prévention dans son sens le plus large ainsi que de la législation des médecines douces et de leur enseignement, de l'éducation sanitaire complète et objective, de l'autonomie des patients et de l'information scientifique non commerciale des professionnels. Avons-nous tort?

Mais permettez-moi de revenir sur terre, ce que vous souhaitez certainement.

Je m'inquiète au sujet de la gestion des données de ce système d'information, de communication automatisée des données. Comment, monsieur le ministre, à une époque où nos fils de douze ans sont capables de programmer un ordinateur, préserverez-vous l'accès de ces données?

J'm'inquiète et, en même temps, je me réjouis du développement des centres de génétique humaine. Si l'on peut prévenir les malformations et tous les types de handicaps, ne risque-t-on pas la manipulation génétique comme, par exemple, de multiplier les gènes agressifs? Quelle instance sera désignée pour que cette science ne puisse être utilisée que pour le progrès de l'humanité?

Je m'inquiète aussi — je l'ai déjà dit lors de mon intervention dans le débat suscité par l'abrogation de la loi Vandervelde — du coût social de l'alcoolisme; j'entends par là celui qui débordé les chiffres des séjours hospitaliers et de ses conséquences morales et affectives.

Je m'inquiète également du coût social de la consommation du tabac qui doit se situer, selon une étude du Cresea intitulée «Fume, c'est du Belge!», dans une fourchette de 34 à 44 milliards de francs belges par an. Cette fourchette extrêmement large se justifie par le manque de statistiques disponibles en Belgique. Elle est calculée par extrapolation au départ d'études faites en France, aux Etats-Unis, en Grande Bretagne et en Allemagne. C'est énorme, alors que les recettes fiscales et droits de douane s'élèvent à 17 milliards et demi.

Je sais, monsieur le ministre, que c'est un problème qui vous préoccupe, mais je pense que ses conséquences sont vraisemblablement plus graves que celles de l'alcool et de la drogue, car fumer est devenu tellement normal que la notion de danger est complètement gommée.

Enfin, je terminerai par ce que j'ai trouvé de plus étonnant dans votre budget, au chapitre «Environnement et politique de l'eau». Ce sont les 2 milliards consacrés aux grands travaux hydrauliques d'intérêt national. Ceci figure à la page 106, article 73.82, «autorisation nouvelles 1984».

Quels sont donc les grands travaux prioritaires pour l'exécutif?

Je me pose des questions et m'étonne que personne ne se soit interrogé en commission. Vous voilà, monsieur Aerts, à la rescousse du ministre des Travaux publics et voilà le budget de la Santé amputé de 2 milliards.

Pouvez-vous me donner des explications claires et me faire savoir s'il s'agit, par exemple, de la construction de barrages pour les centrales nucléaires?

Je dois vous dire que je trouve cette discrétion quelque peu suspecte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Ecolo-Agalev.*)

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

De heer Coppers. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de minister, mijnheer de staatssecretaris, geachte collega's, ik wilde vooraf een vraag stellen in verband met de klinische biologie.

Voor enkele maanden werd in de commissie voor de Volksgezondheid voorgesteld het koninklijk besluit ter zake te wijzigen. Er werden toen voorbeelden gegeven van personen die op dat ogenblik met ontslag werden bedreigd. U hebt dan, mijnheer de minister, een gunstige oplossing gevonden. Mag ik nu van u vernemen hoever deze zaak thans gevorderd is?

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Mijnheer Coppers, de regering heeft een bijzondere-machten-besluit goedgekeurd dat eerstdaags in het *Staatsblad* zal verschijnen en waarbij de datum van inwerkingtreding die eerst was bepaald op 1 augustus 1983 en daarna op 1 januari 1984, wordt verschoven naar 1 januari 1985.

De heer Coppers. — Rond deze begroting werd de laatste tijd veel geschreven en gepalaverd en — het mag worden gezegd — zeer dikwijls alleen met de bedoeling de mensen de daver op het lijf te jagen, zo bijvoorbeeld, het schamele bedrag van 7,5 miljoen om het probleem van de vreemdelingen op te lossen of, beter gezegd, het aantal mensen die het bestaansminimum ontvangen wat te reduceren.

Graag kreeg ik hieromtrent wat meer uitleg. Ik heb deze maatregel vernomen via radio en TV, maar het Parlement lijkt mij toch een betere plaats voor het verstrekken van de nodige uitleg.

Als sociaal voelend mens kan ik moeilijk akkoord gaan met de door deze regering gemaakte bokkesprongen om tot een kunstmatig opgefokte en aldus sluitende begroting te komen, begroting die op het eerste gezicht aantoonde dat ze zeker niet gezinsvriendelijk is en dus in strijd met de slogan die de CVP wel eens te pas en te onpas gebruikt in haar goedkoop verweer of, beter gezegd, haar propaganda.

Een ieder die bekommerd is om het lot van zijn buur, kan niet anders dan zich ergeren aan de door deze regering toegepaste praktijken, waarvan de misdeelden klaar en duidelijk het slachtoffer zullen zijn voor zover zij dit nog niet aan den lijve hebben ondervonden.

Inderdaad, heren ministers, geloof maar niet dat elke zieke na zijn hospitalisatie zomaar een racefiets cadeau krijgt. Ik bedoel hier een fiets die bij de nieuwe reglementering inzake wegverkeer bijkomende kosten hoeft, maar die zeer zeker ten goede komt aan een vlugge revalidatie van bepaalde patiënten. Neen, neen, doorgaans krijgen ze een gepeperde rekening toegestuurd, gepeperde rekening die zeer dikwijls de schuld is van menig stressgeval in het gezin.

Vele gezinnen zijn inderdaad zeer dikwijls en meestal verplicht te verzaken aan de meest elementaire behoeften, ten einde uit het slop te geraken na een dergelijke situatie indien ze bijvoorbeeld, geen beroep kunnen doen op het OCMW. Maar ook dit bestuur drukt zijn bezorgdheid uit omtrent de op til zijnde volmachtbesluiten. Inderdaad, op 25 november 1983 heeft de Ministerraad een volmacht-koninklijk besluit goedgekeurd dat belangrijke wijzigingen brengt in de wetgeving met betrekking tot het beheer van de openbare ziekenhuizen, het bestaansminimum en de verhouding tussen gemeenten en OCMW.

Hoewel de SP geen bezwaren heeft tegen een hechtere samenwerking tussen de gemeenten en hun OCMW, wenst ze in de eerste plaats te wijzen op het gevaar van een al te grote greep van de gemeenten op het OCMW-beleid.

De SP is namelijk bevreesd voor het feit dat de gemeentelijke overheid de dienstverlening van het OCMW al te zeer vanuit een financieel oogpunt zal benaderen, met de bedoeling de gemeentelijke bijdrage in het tekort van het OCMW zo beperkt mogelijk te houden, om alzo voldoende budgettaire ruimte over te houden voor haar eigen gemeentelijke initiatieven.

Deze vrees is bijvoorbeeld, gegrond op het feit dat de criteria voor de bijdrage van de begunstigde alsmede de tarieven voor collectieve dienstverlening het voorwerp uitmaken van het verplicht overleg, ingevolge artikel 2, § 2, 6°, van het volmachtbesluit.

Bijzonder verontrustend vindt de SP ook dat de gemeenteraad op de begroting van het OCMW zomaar alle ontvangstenramingen en uitgavenposten kan verminderen, vermeerderen of schrappen luidens artikel 4, § 1, vierde lid, van het volmachtbesluit.

Bovendien protesteert de SP met klem tegen een aantal implicaties van deze wetwijzigingen die een stap zijn naar de privatisering van het openbaar ziekenhuis.

Paragraaf 2 van artikel 6 van het volmachtbesluit bepaalt onder andere dat de meerderheid van de leden van het beheerscomité, raadsleden van

het OCMW dienen te zijn. In het verslag aan de Koning wordt gesteld dat voor de andere leden voornamelijk gedacht wordt aan directieleden van het ziekenhuis. Het staat bijgevolg vast dat niet langer enkel aan het OCMW verbonden personen deel zullen uitmaken van het beheerscomité. In het verleden heeft de minister reeds te kennen gegeven dat het in zijn bedoeling ligt, niet-OCMW-leden te laten zetelen in de beheersorganen van de ziekenhuizen.

Het volmachtbesluit is bijgevolg een belangrijke stap in de richting van de privatisering van de openbare ziekenhuizen.

De sociaal gerichte taak van het openbaar ziekenhuis komt in het gedrang. De loskoppeling van de band OCMW-openbaar ziekenhuis is onlosontbaar en blijkt uit het volgende:

Het beheerscomité wordt niet langer exclusief samengesteld uit raadsleden en personeelsleden van het OCMW.

Het beheerscomité wordt geïnstalleerd en is alleszins en exclusief bevoegd voor het dagelijks beheer, de aanwervingen in het kader, het ontslag van het contractueel personeel, de tuchtbevoegdheden en de opdrachten voor werk.

De bevoegdheid van het beheerscomité kan nog worden uitgebreid bij delegatie van de OCMW-raad.

Bovendien werd bij volmacht aan het openbaar ziekenhuis reeds de verplichting opgelegd om tegen 1988 alle tekorten weg te werken. Door de loskoppeling van de band OCMW-openbaar ziekenhuis vergroot de kans dat bij de saneringsoperatie de sociaal gerichte taak van het openbaar ziekenhuis uit het oog wordt verloren. Een ingrijpen van de hogere overheid is bovendien niet uitgesloten.

Het is een aantasting van de bevoegdheden van de gemeenschappen.

De bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen heeft de bevoegdheid met betrekking tot de interne organisatie van de ziekenhuizen, voor zover deze geen weerslag heeft op de exploitatiekosten, toegewezen aan de gemeenschappen.

De samenstelling en de bevoegdheden van het beheerscomité van een OCMW-ziekenhuis behoren ongetwijfeld tot de interne organisatie van een ziekenhuis, en gezien dit alles geen weerslag heeft op de exploitatiekosten, is de regeling vervat in artikel 6 van het ontwerp van volmachtbesluit een bevoegdheidsverschrijding vanwege de nationale overheid.

Wat de terugvordering en het bestaansminimum betreft, wordt de nu voorziene mogelijkheid tot terugbetaling algemene regel, met de mogelijkheid tot afwijking, om redenen van billijkheid. De algemene termijn van terugvordering is vijf jaar, terwijl de gronden waarop teruggevorderd kan worden, worden uitgebreid. De kosten van opname en huisvesting kunnen worden teruggevorderd op de erfgenamen. Het volmachtbesluit stelt dat deze terugvordering kan gebeuren voor kosten voor huisvesting die tot dertig jaar vóór het overlijden van de begunstigde zijn gemaakt.

Niet alleen kan men de vraag stellen wat nog overeind blijft van de «maatschappelijke dienstverlening» waarvan sprake in artikel 1 van de OCMW-wet — «elke persoon heeft recht op maatschappelijke dienstverlening» —, men kan ook de vrees uitspreken dat deze maatschappelijke dienstverlening in vele gevallen gereduceerd zal worden tot het verlenen van een renteloze lening.

De heer Bascour, ondervoorzitter, treedt als voorzitter op

Wat blijft er in feite nog over van het preventief karakter inzake steunverlening?

Dient een lid van het OCMW in dergelijke omstandigheden nog op zoek te gaan naar behoeften? Zet men de klok geen twintig jaar achteruit en heeft men de notie «bedelarij» niet in het achterhoofd?

De wet op het bestaansminimum wordt fundamenteel gewijzigd: de bereidheid tot tewerkstelling wordt uitgebreid tot de samenwonende echtgenoot. Dit doet afbreuk aan het individueel recht op een bestaansminimum. Artikel 1 van de wet van 7 augustus 1974 bepaalt: «Iedere Belg heeft recht op een bestaansminimum.»

Zoals blijkt uit deze sombere vaststellingen, is het duidelijk de bedoeling de misdeelden te doen opdraaien voor de luxe waarin enkelen zich nog steeds wentelen, daarbij geholpen door de PVV en de CVP.

Heren ministers, velen onder ons hebben onlangs de film *The day after* gezien. Welnu, indien we vandaag een vredesmars zouden organiseren, dan zouden er ongetwijfeld nog meer CVP'ers onder de deelnemers te noteren vallen.

De heer Seeuws. — Dat weet ik nog niet zo zeker.

De heer Coppens. — Maar het is nog steeds onvoldoende tot de openbare opinie doorgedrongen welke gevolgen een nucleaire ramp op de volksgezondheid zal hebben en welke de gevolgen daarvan zijn op de organisatie van de verzorgingsverlening met inbegrip van de beschikbare hospitaalbedden. Alhoewel op nationaal vlak, onder andere bij Civiele Bescherming en het Rode Kruis, een rampenplan bestaat, is het meer dan noodzakelijk dat de gemeenschappen, onder andere voor gezondheidsbeleid, daar rechtstreeks bij worden betrokken.

In zover bij dergelijke rampen nog van enige organisatie kan gesproken worden — ik verwijs naar de uitspraak van generaal MacArthur: «If you have another worldwar, only those will be happy that are dead» —, komt het tamelijk absurd over dat nu te Sijsele en Brasschaat een reserve aan sanabedden moet behouden blijven om de eventuele opflakking van TBC te kunnen opvangen en dat in de huidige omstandigheden geen duidelijk omlijnde plannen bestaan en dat qua hospitalisatiemogelijkheden geen opvangschema zou bestaan met inspraak van de gemeenschappen. Dit alles is niet redelijk en stemt tot nadenken. (*Applaus op de socialistische banken.*)

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

De heer Vangeel. — Mijnheer de Voorzitter, heren ministers, geachte collega's, is het nu toeval of niet dat wij tijdens twee opeenvolgende dagen hier in de Senaat worden geconfronteerd met, enerzijds, de pensioenwetgeving en, anderzijds, de begroting van Volksgezondheid waarbij inderdaad het probleem rijst van de aangroei van de bejaarden, en vooral van de hoogbejaarden, zowel inzake de pensioenen als wat de ziekteverzekering betreft en zowel voor vandaag als voor morgen?

Is het een toeval dat de grootste ziekenfondsorganisatie in ons land, de Landsbond der christelijke mutualiteiten samen met de grootste organisatie van bejaarden, de kristelijke bonden van gepensioneerden gisteren op een persconferentie het dossier «Welke bejaardenzorg voor morgen?» hebben voorgesteld?

Wij worden in ons land geconfronteerd met een zeer groot aantal bejaarden. Het is vooral de in aantal toenemende groep hoogbejaarden en zeer hoogbejaarden, die in de toekomst een steeds groeiende behoefte zal hebben aan voorzieningen voor hulp en verzorging.

De sociale en gezondheidsproblemen die verband houden met de grote groep van bejaarden is één van de belangrijkste uitdagingen voor de komende jaren. Ik zal daarover niet uitweiden maar alleen verwijzen naar de neerslag van het denkwerk van de zojuist genoemde organisaties. De vraag is: welke bejaardenzorg voor morgen?

Men heeft vastgesteld dat de meeste bejaarden wensen zo lang mogelijk in hun vertrouwd milieu te blijven. Aan de andere kant stelt men ook vast dat steeds meer bejaarden alleenwonenden zijn die de meest kwetsbare groep vormen. In geval van ziekte of hulpbehoefte vallen zij, meer dan bejaarden in gezinsverband, terug op hulpverleningsdiensten.

Daarom hebben de genoemde organisaties in de eerste plaats gepleit voor programma's «gezondheidsopvoeding en gezondheidsvoorlichting» die de huidige en toekomstige bejaarden kunnen sterken in hun opdracht tot zelfzorg en zelfverantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid en welzijn.

Ook de preventie is van groot belang.

Bij zijn terugschrijdende zelfredzaamheid en beginnende invaliditeit moet de bejaarde in de eerste plaats kunnen rekenen op mensen uit zijn directe omgeving. De mensen uit de directe omgeving moeten de bejaarde met, wat in technische termen wordt genoemd, «mantelzorg» omringen. Er wordt gesproken over een aantal concrete toepassingen. Luidens het dossier moet er ook voldoende aandacht gaan naar de naastbestaanden die het op zich hebben genomen te zorgen voor een bejaard familielid of vriend. Zij moeten zich in die taak gesteund voelen door de gemeenschap.

Een andere door de werkgroep aangehouden suggestie is dat een toelage voor derden zou worden uitgekeerd aan zware zorg- en hulpbehoevende bejaarden of chronische zieken.

Waar zelfzorg en «mantelzorg» ontbreken of onvoldoende zijn, dienen diverse vormen van professionele of institutionele zorg voorhanden te zijn.

In het dossier wordt vooral aangedrongen op wat ik zelf in de commissie te berde heb gebracht, namelijk op een betere coördinatie en samenwerking van de bestaande diensten en de bevoegde organismen. Coördinatie tussen de nationale en de gewestelijke regeringen onder andere, is van het allergrootste belang.

In het dossier wordt tenslotte ook breedvoerig ingegaan op intramurale zorg en voorzieningen voor bejaarden en inzonderheid op het reconver-

sieprogramma van de minister van Sociale Voorzorg. Er wordt met grote nadruk gevraagd dat ook de thuisverzorging van zwaar zieke bejaarden bij deze herverdeling zou worden betrokken. Ik verwijs hier naar de opmerkingen over de hulp door derden.

Tot daar het eerste punt uit mijn uiteenzetting. Ik durf de minister aanraden dit dossier grondig door te nemen, om dan eventueel gepaste maatregelen te treffen. De organisaties hebben zich trouwens zelf reeds bereid verklaard om in samenwerking met anderen zelf maatregelen te nemen.

Mijn tweede punt houdt verband met problemen die ter gelegenheid van het ontwerp van wet inzake pensioenen aan bod kwamen. Ik zal niet uitweiden over wat collega De Clercq daarnet heeft gezegd over het bestaansminimum. Het verbeteren van het bestaansminimum en van het gewaarborgd inkomen kan een belangrijke stap zijn in de richting van de verbetering van de levensomstandigheden van een groot aantal bejaarden in dit land. Het optrekken van het bestaansminimum en het gewaarborgd inkomen voor bejaarden ware een rechtvaardiger maatregel dan een globale verhoging voor vrijwel iedereen die toch ook ten laste van de gemeenschap zou vallen. Iedere toelage moet in de eerste plaats gaan naar degenen die er werkelijk behoefte aan hebben.

Ik wil nog enkele problemen aan uw aandacht onderwerpen, mijnheer de minister.

In verband met het Nationaal Instituut voor oorlogsslachtoffers zou ik graag vernemen of de moeilijkheden nu eindelijk van de baan zijn.

Mijn tweede vraag is deze morgen reeds ter sprake gekomen. Kunnen, nu het protocol ten einde loopt, de termijnen voor het indienen van een aanvraag voor het statuut van nationale erkentelijkheid niet worden heropend? Op het ogenblik dat de termijnen gesloten werden, waren er velen die geen enkel voordeel zagen in de aanvraag van dit statuut. Sommigen onder hen hebben daar vandaag wel voordeel bij. Zouden degenen die kunnen bewijzen dat zij aanspraak konden maken op dat statuut, vandaag hun aanvraag niet kunnen indienen?

De heer Seeuws. — Zeer juist.

De heer Vangeel. — Tenslotte, mijnheer de minister, wil ik nog een klein probleem behandelen dat ik ook in de commissie heb aangeraakt, namelijk het probleem van de nomadenkampen. Slechts enkele gemeenten in het land worden met deze zaak geconfronteerd. Zij hebben, op eigen initiatief of ertoe verplicht door andere instanties, nomadenkampen in hun gemeente ingericht.

Deze gemeenten kennen omwille van die kampen niet alleen problemen van menselijke aard, namelijk in het contact tussen de nomaden en de plaatselijke bevolking, maar ook problemen van financiële aard. Voor sommige problemen werd een gedeeltelijke oplossing gevonden. Zo wordt er voor infrastructuurwerken in een financiële tegemoetkoming van 60 pct. voorzien. De gemeenten moeten echter toch nog 40 pct. van de kosten van de infrastructuurwerken dragen. De aanwezigheid van de kampen brengt voor de gemeenten nog andere lasten mee. Zo kunnen de meeruitgaven voor de OCMW zeer hoog oplopen. Ik ondervind dit in mijn eigen gemeente. Zou er ter zake niets kunnen worden gedaan? Zou, bijvoorbeeld, het bestaan van een nomadenkamp in een gemeente niet kunnen meetellen bij de verdeling van de toelagen aan de OCMW? (*Applaus op de banken van de meerderheid.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Walter Peeters.

De heer W. Peeters. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de minister, mijnheer de staatssecretaris, geachte collega's, op dit late uur wil ik voor dit beperkt, maar geïnteresseerd gehoor ter gelegenheid van de bespreking van deze begroting, die ons de rekening voorschotelt voor het jaar 1984, drie bedenkingen maken in verband met het thans gevoerde gezondheidsbeleid in ons land.

In mijn vierjarige parlementaire loopbaan heb ik reeds heel wat regeringsverklaringen gehoord. In elke verklaring worden wij stevast geconfronteerd met de zinsnede dat in het gezondheidsbeleid de eerstelijnsgezondheidszorg prioritair zal worden benaderd. Wij hadden reeds herhaaldelijk de kans om ter zake onze visie ten gronde naar voren te brengen. Daarom wil ik mij in mijn korte uiteenzetting beperken tot enkele praktische vaststellingen.

In hoever is de prioritaire zorg voor de eerstelijnsgezondheid niet eerder bij woorden dan bij daden gebleven? Eerst en vooral, mijnheer de minister, is er de impact van het remgeld van de honoraria, zowel van huisartsen, kinesisten als andere eerstelijnsgezondheidswerkers. De huisarts is hierdoor een van de duurste artsen geworden. Ik kon bereke-

nen dat voor het Riziv een wekelijks huisbezoek aan een bejaarde minder kost dan een «catscan» die in de meeste gevallen dan nog niet eens doeltreffend en doelgericht wordt gebruikt. Bovendien, en dat weet u ook, mijnheer de minister, betekent een huisbezoek voor een bejaarde veel meer een substantiële hulp.

Wij stellen dan ook vast dat unilaterale verhoging van de honoraria tegenover de andere technische prestaties de patiënt meer en meer in de richting van de specialist heeft geduwd. In zijn uiteenzettingen van ongeveer negen jaar geleden, die ik recent heb herlezen, waarschuwde collega Vandekerckhove hiervoor reeds. Het gecultiveerd mystiek geloof in de technische geneeskunde heeft de patiënt meer en meer in de richting van de specialist gedreven. Ik kan Jienaangaande een hele reeks voorbeelden aanhalen. De poliklinieken zijn eigenlijk de oorzaak van het systeem, maar nu zien wij dat ook privé-artsen het systeem hebben overgenomen. Wij vrezen ook dat het koninklijk besluit tot centrale inning van de honoraria dat probleem nog zal versterken. Wie enigszins bij het gezondheidsbeleid is betrokken weet dat bepaalde specialisten, nodig of niet, tot technologische onderzoeken overgaan. De patiënt wordt dan nog al eens summier door de specialist bekeken, want het EKG en de laboratoriumonderzoeken worden door hulppersoneel verricht.

De heer Leemans treedt opnieuw als voorzitter op

De enige relatie tussen de patiënt en het Riziv bestaat dan nog in het overhandigen van zijn ziekenfondsboekje aan het secretariaat terwijl er in dergelijke gevallen gemiddeld tussen 7000 en de 11000 frank wordt geïnd voor zo een specialistische consultatie.

De honoraria van de eerstelijnsgezondheidszorg werden niet alleen niet prioritair behandeld, maar vanuit concurrentieel standpunt in een slechte positie vooral gebracht tegenover de specialistische geneeskunde.

Nu wil ik het nog even hebben over de terugbetaling van de farmaceutica. Wat moet men denken van de schrapping van bepaalde medicaties vooral ingenomen door chronische en geriatrie patiënten, terwijl er nog altijd een sterke preferentiële terugbetaling bestaat voor zeer dure medicatie voor acute aandoeningen, bijvoorbeeld antibiotica? Zou het niet kostenbesparend zijn, rechtvaardiger en zinniger de zeer dure maar acute medicatie zwaarder aan te rekenen aan de patiënten en de medicatie voor langdurige en chronische ziekten goedkoper te maken? Ik weet dat bepaalde kringen vragen stellen omtrent de werkzaamheid van bepaalde medicaties, maar dat is een hoofdstuk waarover wij hier uren zouden kunnen discussiëren. Uit studies is bijvoorbeeld wel gebleken dat ook zeer actieve medicaties bij *double blind-studies* heel wat minder werkzaam blijken te zijn dan de placebo's. De voorbeelden dienaangaande zijn courant. Het lijkt ons dus zeer onrechtvaardig maatregelen te treffen die vooral de medicatie van chronische patiënten duurder maken. Bovendien werd in de evaluatie van de werkzaamheid van de medicatie het element *medication-doctor* zoals Balint dat noemt, geen enkele keer in aanmerking genomen.

Dit is een ander facet dat uiterst nefast werkt, vooral dan in de richting van de huisartseneeskunde. Ik prefereer deze laatste term boven algemene geneeskunde.

Zoals ik reeds heb aangekondigd bij de bespreking van de begroting van Sociale Voorzorg, zal ik nu een paar beschouwingen maken over uw maatregelen inzake magistrale voorschriften.

Eerst een aangename vaststelling: vorige week zegde de apotheker uit mijn vriendenkring dat in het vervolg cafeïne wel tot de terugbetaalbare elementen behoort. Ik dacht even aan mijn kort betoog dienaangaande. Wanneer een dergelijke korte opmerking zo een resultaat heeft, zal ik in het vervolg nog korter uiteenzettingen houden, en verwacht ik nog meer effect.

Het blijft evenwel waar dat vooral de huisarts terdege is geamputeerd in zijn voorschriftenarsenaal. Hij kan niet meer beschikken over een reeks voorschriften die vooral goedkoop waren, waarvoor de mogelijkheid tot individualisering bestond, wat niet het geval is bij specialistische voorschriften en waarvoor ook de mogelijkheid bestond om een aantal belangrijke kleinere bestanddelen te laten aan toevoegen. Nu kan een magistraal voorschrift niet meer worden terugbetaald als er ook maar één bestanddeel uit de reeks van 170 is aan toegevoegd. Dat lijkt ons een niet doelmatige en bovendien onrechtvaardige maatregel.

Wij mogen de waarde van het placebo in onze medicatieslikkende maatschappij niet onderschatten. Uit mijn praktijk kan ik bewijzen dat het dikwijls zeer moeilijk is een patiënt ervan te overtuigen dat hij niets moet slikken. Toen ik in de jaren zestig een praktijk vestigde in mijn eigen dorp, een geheel andere opleiding genoten hebbend, ondervroeg ik

de patiënten ten gronde. Aan het einde stelde ik vaak een paar bijkomende onderzoeken voor, of probeerde eerder te peilen naar de onderliggende psychische of relationele problematiek. Steevast bleek dat de patiënt bijna geconditioneerd op een voorschrift stond te wachten.

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Behoort het niet tot de opvoedende taak van de huisarts onder meer de patiënten erop te wijzen dat medicamenten niet noodzakelijk de beste oplossing zijn en te leren dat er ook dikwijls kwalijke neveneffecten kunnen zijn?

De heer W. Peeters. — Dat is juist, maar niet alle patiënten hebben dezelfde intelligentie, luisterbereidheid en gespreksvaardigheid om door middel van één consultatie tot die conclusie te komen. Wij moeten nogal dikwijls de continuïteit van de behandeling verzorgen, al was het maar door de patiënt een niet-werkzaam placebo voor te schrijven.

De placebo's en de zeer lichte sedatieven behoren tot de reeks van 170. Het opnemen van bijvoorbeeld, meprobamaat in die reeks van niet meer terugbetaalbare magistrale voorschriften, het onschuldige van de sedatieven, doet bij mij en bij mijn collega's heel wat bedenkingen rijzen.

Terloops vraag ik u, als u ons nog eens een kaart opstuurt, eraan te denken dat — niet ik, want ik begin aan presbyopie te lijden — maar anderen met perfecte ogen de grootste moeite hebben om die zeer kleine druk constant te overlopen bij het behandelen van hun patiënten. Deze pragmatische beschouwing heeft belang. De gebrekkige informatie, niet inhoudelijk, maar door de vorm, leidt tot heel wat meer uitgaven voor de patiënten, gezien de moeilijk te lezen gegevens die ons werden toegestuurd.

Bovendien doet een huisarts naast zijn raadplegingen ook huisbezoeken. Ik zou er willen op aandringen dat die kaarten beter leesbaar en beter hanteerbaar zouden worden gemaakt, en dat liefst enkele elementen worden geschrapt. Naar ik heb vernomen zou u zich bereid hebben verklaard dit laatste punt te bespreken.

De heer Vangeel. — U kan uw u collega's misschien verwijzen naar een oogarts.

De heer W. Peeters. — Dat is geen oplossing. Ik weet niet of u de kaarten hebt gezien, mijnheer Vangeel, maar het gaat om enkele steekkaarten waarop 170 elementen voorkomen.

Tot die 170 elementen behoren ook de barbituraten die belangrijk zijn in de pediatrie waar zij in zeer kleine dosissen worden toegediend. De individualisering naar de pediatrie toe van de barbituraten in de gekende officinale poeders is vanaf nu onmogelijk of betekent voor de betrokken patiënten een meeruitgave van enkele honderden franken. Ook de meprobaraten, bismutzouten, aspartaten, rutine en alle vitamines horen tot deze reeks.

Een tweede beschouwing bij de magistrale voorschriften betreft het feit dat deze voor de WIGW — dit moeilijk uit te spreken woord staat tegenover het welluidende Vipo in het Frans — vroeger gratis waren en aan andere personen 50 frank kostten. Op het ogenblik betekent een voorschrift van 20 capsules een meeruitgave van 200 frank. Vorige week nog werd ik door mijn collega in mijn groepspraktijk erop gewezen dat een voorschrift van een onschuldig preparaat dat door een bepaalde geriatrie patiënt reeds meer dan tien jaar wordt genomen een meeruitgave van 2 000 frank per maand kost terwijl die persoon een maandelijks pensioen heeft van 11 000 frank.

U moet zich toch bewust zijn van de problemen die deze lukraak genomen maatregelen veroorzaken, zowel voor de huisarts als voor de betrokken patiënten. Het nemen van het lang vertrouwde en bovendien efficiënt en onschadelijk medicament noopt de betrokken patiënt tot een onhoudbare meeruitgave of verplicht hem af te zien van deze medicatie met de nefaste gevolgen van dien. Mag ik er u ook op wijzen dat er, in tegenstelling met wat u in uw circulaire beweert, voor de geschrapte magistrale bereidingen over het algemeen geen goedkope specialiteit beschikbaar is, vooral daar de meeste magistrale voorschriften zijn samengesteld uit geïndividualiseerde voorschriften? Het is bovendien niet aangewezen voor patiënten die reeds voor andere aandoeningen bepaalde geneesmiddelen nodig hebben, het beoogd resultaat dat men bekomt via een polyvalent magistraal voorschrift te spreiden over verschillende specialiteiten.

Wij zijn van oordeel dat de besparingen op een andere manier konden worden gedaan. Vooral de huisartsensector en de eerstelijns geneeskunde zijn van de voorgestelde maatregelen het slachtoffer. Had men niet beter

kunnen opteren voor een selectieve verhoging van het remgeld met behoud van het systeem van gediversifieerde remgelden?

Wat de reactie van de dokters op de maatregelen inzake de magistrale voorschriften betreft, zijn er drie mogelijkheden: ofwel wordt ongewild een patiënt verplicht te veel te betalen omdat in de gegeven formule een niet terugbetaalbaar produkt is verwerkt; ofwel beschermt de arts zijn patiënt financieel en schraapt in zijn voorschrift een essentieel bestanddeel; ofwel schakelen de betrokken artsen gemakkelijks halve over op specialiteiten.

Wij vrezen dat dit de bedoeling is geweest van de multinationals in de farmaceutische industrie. De regering heeft zich gewild of ongewild laten verleiden tot het inblikken van de magistrale bereidingen van de huisarts en dit op een nogal doorzichtige wijze.

Inzake de eerstelijnsgezondheidszorg moeten wij, buiten alle ideologische overwegingen, vaststellen dat na zoveel jaren prioritair beleid het resultaat op zijn zachtst uitgedrukt zeer mager is. Er werd geen enkele inspanning gedaan om de eerstelijnsgezondheidszorg concurrentieel te maken ten opzichte van de overige echelons.

Mijn tweede beschouwing betreft de numerus clausus, een ander heet hangijzer. Mijn collega dokter specialist Dr. Rik Vandekerckhove heeft dienaangaande het partijstandpunt zeer duidelijk uiteengezet. Ik deel dit standpunt, maar ik wil het belichten vanuit een andere gezichtshoek.

Ik moet vooraf doen opmerken dat ten opzichte van de specialist reeds een feitelijke numerus clausus bestaat. Daarom zijn wij in Europa het enige land waar het aantal huisartsen het aantal specialisten weldra zal overtreffen. Op het ogenblik is er nog een fifty-fiftyverhouding, maar bij een constante reglementering en wetgeving zal die evolutie sterk divergerend zijn.

Ik ga er mee akkoord, en collega Vandekerckhove heeft er in zijn uiteenzetting voldoende op gewezen, dat er beperking van het aanbod moet komen. Dit is een noodzaak en ik zal niet ingaan op de vele redenen die daaraan ten grondslag liggen. Een te groot aanbod is trouwens een gevaar voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het is bovendien een verspilling van de gemeenschapsgelden wanneer zoveel miljarden aan een dure opleiding worden besteed, die achteraf niet tot een evenwaardig resultaat leiden. Het is ook zoals professor Van Goidsenhoven, die ik het geluk had in zijn laatste levensjaren te kennen, aan ons, Nederlandstalige studenten, het altijd in het Frans placht te zeggen: «Tant qu'il y aura des médecins, il y aura des patients...», hoe meer dokters, hoe meer patiënten.

Het onzinnig opdrijven van het aantal artsen zal inderdaad leiden tot het astronomisch opdrijven van het aantal prestaties. Of de gezondheidszorg daarmee is gediend, is niet alleen een vraag, maar een vaststelling met zeer veel uitroepingstekens.

Last but not least nog een vaststelling van uit mijn praktijk. De huisartsen worden meer en meer geconfronteerd met een «col et manchettes»-proletariaat, een subproletariaat van hoog specialistisch opgeleide artsen. De opleiding duurt nog altijd zeven jaar en daar is nog twee jaar bijgekomen. Aan één van de twee artsen met wie ik thans samenwerk, moest ik geregeld, vóór hij met mij samenwerkte, zijn huishuur voorschieten. Het grote risico bestaat dat dit subproletariaat een reële tijdbom zal worden in de gezondheidszorg waarmee deze zeker niet zal gediend zijn.

Of de beperking moet gebeuren via een numerus clausus is één vraag en op welke manier is nog een andere vraag.

Alleen zou ik willen stellen dat men in de andere sectoren van de arbeidsmarkt meer en meer spreekt over herverdeling van de arbeid en van de inkomsten. In de huisartsensituatie is het anders. In mijn eigen dorp en in mijn onmiddellijke omgeving zijn er van de twintig huisartsen, die daar hun werkterrein hebben, slechts vijf die samen meer dan helft van de geneeskundige prestaties leveren. In ons vakjargon noemen wij dit «de nachtkoetsen». Er zijn huisartsen die, hoe onzinnig het ook mag klinken, van 's ochtends vroeg tot een stuk in de nacht presteren, die niet meer geconsulteerd worden maar geconsumeerd. Ik verwijt deze collega's dit niet want ze worden in de huidige situatie in die richting gedreven.

Collega Vandekerckhove heeft reeds herhaaldelijk gevraagd of de medische profielen niet de geëigende instrumenten zijn om daar in de toekomst iets aan te doen.

Zou het niet zinnig zijn, op een ogenblik dat wij met een plethora aan artsen zitten en het risico van gebrek aan ervaring van de jonge huisartsen zich meer en meer laat gevoelen, te denken aan een vorm van inschrijving, verplicht of niet, in welke vorm ook? Dit is iets wat met de minister en met de betrokkenen moet worden uitgepraat. Het zou alleszins voordelig

zijn voor de patiënt. Bovendien zou dit systeem de arts de gelegenheid geven tot meer rationeel, doelmatiger en menswaardiger werken. Hij zou ook meer tijd hebben om zich verder te bekwalen en om aandacht te besteden aan zijn gezin en aan zijn andere belangstellingssferen, wat beslist noodzakelijk is.

Een andere mogelijkheid die het overwegen waard is eer men van een werkelijke numerus clausus spreekt, is een duidelijker gestructureerde echelonnering met verwijsplicht, die uiteraard eerbied moet hebben voor de vrijheid van keuze van de patiënt maar die, gestructureerd, georganiseerd en geconditioneerd, toch een belangrijk instrument zou zijn voor een herverdeling van de prestaties, zoals dit lelijk woord in ons jargon nog altijd luidt voor medische zorgen.

De voordelen zijn zeer duidelijk: de patiënt zou een optimaal gecoördineerde begeleiding hebben, hij zou een persoonlijke fiche hebben en niet het zoveelste nummer zijn in de lange reeks patiënten van de overbelaste huisarts. Aan de arts zou deze structuur de gelegenheid geven om de patiënt efficiënter te volgen en te begeleiden, ook op menselijk vlak. Het systeem zou voorts kostenbesparend zijn voor het Riziv.

Even een recent voorbeeld. Ik werd geconfronteerd met een angstige patiënt, die ik al nagenoeg twintig jaar ken, die ik al voor bepaalde hartkloppingen herhaaldelijk voor consultatie naar een cardioloog had verwezen maar die op eigen houtje, omdat hij absoluut de waarheid wilde weten, in één week bij drie cardiologen van drie voorname entiteiten in het Vlaamse land, een volledig cardiologisch onderzoek had ondergaan. U weet dat een EKG al tot het minimum aan onderzoek behoort, maar dat dit meestal wordt uitgebreid met een vectorcardiogram — zelfs bij neurotici — en dies meer. Ik hoef de rekening niet te maken van de kosten van deze onderzoeken. Het resultaat voor de patiënt was echter dat hij na al deze consultaties nog veel zieker en angstiger was.

Verwijsplicht zou dus zeker zinnig zijn. Bovendien zou de huisarts kunnen rekenen op de respons van de specialist naar wie hij de patiënt voor consultatie had verwezen, zodat hij het advies van de specialist kan inbouwen in zijn begeleiding van de patiënt.

Een derde mogelijkheid is de besparingen in de andere echelons aan te wenden voor investering in de eerstelijnsgezondheidszorg. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt dat bijna 98 pct. van de medische benadering behoort tot de eerstelijnsgezondheidszorg in ruime zin. In ons land echter wendt meer dan 90 pct. zich in de richting van de meer gespecialiseerde geneeskunde. Dit is het bewijs dat wij nodig — en ingevolge de prioriteiten die u zichzelf hebt opgelegd — moeten denken aan een herverdeling van de middelen om de eerstelijnsgezondheidszorg concurrentiël te maken en doelmatiger te richten op de behoeften van de patiënten.

Voorts zijn er nog heel wat mogelijkheden tot het bestrijden van de u en mij en ons allen zo goed bekende cumulaties. Is het niet hoog tijd dat wordt gesproken van een pensioneringsleeftijd voor artsen, met een degelijk pensioenstatuut, met of zonder eigen bijdragen?

Dit zijn verschillende elementen van herverdeling van arbeid, met een doelmatig resultaat, waar wij voor pleiten.

Nog een laatste beschouwing. Ik wijs op de zeer nefaste gevolgen van de regionalisering inzake gezondheidszorg. Is het wel zinnig dit strikte onderscheid tussen preventie en curatieve geneeskunde te blijven maken? Zowel in de commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu als in het centraal gezondheidsbeleid en in het gezondheidsbeleid te voeren door de twee gemeenschappen, stellen wij vast dat deze vorm van regionalisering de middelen niet geeft waar deze nodig zijn.

Op het ogenblik is het de gemeenschappen toegestaan te besparen nagenoeg uitsluitend op basis van de criteria die op nationaal vlak zijn vastgelegd, maar de resultaten van deze besparingen kunnen niet worden aangewend voor het voeren van een eigen preventiebeleid.

Wij hebben reeds gevraagd op welke wijze de fondsen voor het bestrijden van alcoholmisbruik zullen worden toebedeeld aan de gemeenschappen zodat deze van die financiële middelen gebruik kunnen maken voor een realistische benadering van het alcoholprobleem uit medisch oogpunt. Vele factoren wijzen erop dat wij voor een gezondheidsbeleid meer en meer zullen moeten opteren voor een globale visie. Binnen een gefederaliseerde structuur van de geneeskunde is zulks perfect mogelijk mits er goede afspraken zijn tussen de twee gemeenschappen. Ik ben ervan overtuigd dat zowel de Vlaamse als de Franstalige gemeenschap gelukkig zullen zijn met deze opdeling want de opties voor de toekomst zijn in de twee gemeenschappen van ons land duidelijk verschillend wat de vormen van gezondheidszorg betreft.

Bij de behandeling van een voorgaande begroting had ik de gelegenheid enkele cijfers dienaangaande te berde te brengen, cijfers die trouwens ook door gekende organisaties als Caritas Catholica, Het wit-gele kruis

en dergelijke werden bevestigd en die er duidelijk op wijzen dat de kromme lijn van de eerstelijnszorg, zoals professor Nuyens stelde, niet alleen een pragmatische kromme lijn is maar ook een communautaire breuklijn.

In het kader van de besteding van deze begroting willen wij voor de toekomst pleiten voor meer duidelijke gemeenschappelijke afspraken, zodanig dat er ook wat betreft de financiële substantie, een realistisch globaal Vlaams zowel als Franstalig gezondheidsbeleid zou kunnen worden gevoerd volgens de eigen behoeften en eigen noden en volgens een eigen maatschappij- en gezondheidsvisie.

Met deze drie punten, mijnheer de minister, meen ik toch drie zeer belangrijke hete hangijzers die op het ogenblik de gezondheidszorg hypothekeken en communautair zelfs bijna blokkeren, te hebben aangehaald.

Ik hoop met deze uiteenzetting eventueel niet alleen de cafeïne uit de 170-reeks te kunnen krijgen, maar eventueel ook begrip te krijgen voor heel wat belangrijke visies en toekomstkenbeelden, dit niet alleen bij de beleidsmensen maar ook bij de mensen te velde heersen.

Dit wordt ook vanuit de eerste lijn dringend verwacht en tegemoet gezien. (*Applaus op de banken van de Volksunie.*)

M. le Président. — La parole est à M. Bock.

M. Bock. — Monsieur le Président, messieurs les ministres, chers collègues, il ressort de l'examen du budget et de l'excellent rapport de M. Vandermeulen, que vous vous êtes appliqué à étudier et à rechercher de nombreuses mesures que vous vous êtes, malgré les difficultés, efforcé de mettre en pratique.

Tous les collègues qui se sont succédé à cette tribune, ont évoqué les dépenses énormes — et qu'on peut difficilement endiguer — en matière de santé publique. Ils ont tous mis en lumière, en les opposant d'ailleurs, les immenses besoins auxquels vous devez répondre avec les trop faibles moyens dont vous disposez. Et je suis persuadé que vous en êtes conscient.

Les pouvoirs publics, les universités, la recherche, le monde médical, déploient pourtant des efforts prodigieux. Les progrès de la science et des techniques reculent chaque jour davantage les limites de la recherche et de la lutte contre la maladie. Cependant, monsieur le ministre, c'est d'un seul sujet que je voudrais vous parler ce soir: du tabac.

Tous les jours, sa consommation est la cause de dégâts et de ravages que rien n'explique. Serait-il à ce point entré dans nos usages qu'il en deviendrait presque un droit?

Des collègues ont évoqué tout à l'heure le problème du tabac. On sait qu'il coûte à la société plusieurs dizaines de milliards de francs dont vous pourriez si utilement disposer dans d'autres domaines.

Les cancers, les accidents cardio-vasculaires, les bronchites chroniques dus au tabac pèsent lourd, non seulement à votre budget, mais aussi sur le plan social. C'est pourquoi je voudrais vous demander quelle politique avez-vous prévue pour la prévention, l'éducation et la dissuasion à l'égard de la consommation du tabac.

A ce sujet, je voudrais vous citer un seul chiffre, chiffre donné par le professeur Maisin, l'éminent cancérologue. Celui-ci estime en effet, que le paquet de cigarettes qui coûte environ soixante francs, devrait, s'il fallait chiffrer toutes les dépenses qu'il entraîne et qui pèsent sur votre budget, être facturé à plus de cent francs.

Dès lors, face à une telle situation, face au danger de l'usage du tabac chez nos très jeunes gens et nos très jeunes filles, nous vous demandons de mettre tout en œuvre pour en arrêter les ravages en vous rappelant que nous avons simplement voulu attirer votre attention et vous rappeler avec insistance la nécessité d'appliquer effectivement une politique efficace d'éducation et de dissuasion.

Je terminerai en évoquant le problème, comme l'a fait juste avant moi à cette tribune notre collègue Peeters, de la médecine préventive. Il est bien évident que son coût est moins élevé; elle permet des thérapeutiques plus efficaces et plus précoces, des guérisons beaucoup plus faciles et plus certaines. Par conséquent, des économies substantielles pour votre budget.

Je pense, par exemple, au dépistage des maladies de la vue et de l'ouïe qui handicapent de tout petits enfants. Lorsqu'on découvre ces handicaps à l'école, il est déjà trop tard; il n'y a plus de solution et cela grève lourdement votre budget.

95 p.c. des enfants naissent en maternité. Pourquoi ne pas équiper toutes les cliniques-maternités d'appareils permettant de détecter immédiatement les déficiences de l'ouïe? Il n'en coûterait que 20 à 25 000 francs par clinique. Pourquoi ne pas permettre aux pouvoirs publics

subordonnés — CPAS, provinces et communes, et particulièrement ces deux dernières — de détecter les déficiences de la vue sur le terrain en étant subventionnés par vous? Pour la vue, c'est vers l'âge de vingt mois que le dépistage de telles déficiences est le meilleur; l'enfant réagit et il est encore temps de palier un handicap éventuel.

Les personnes disposant de revenus élevés qui vont consulter un oculiste sont remboursées. Mais le pouvoir public qui organise de telles consultations de dépistage pour des gens pauvres et de pauvres gens à la fois — vous voyez ce que je veux dire — n'est pas remboursé. Cela me paraît illogique. Ne serait-il pas possible de lui venir en aide? Cela représenterait très peu dans votre budget, mais à la fin du compte, ce serait intéressant, principalement du point de vue social. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

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

De heer Lowis. — Mijnheer de Voorzitter, mijnheer de minister, mijnheer de staatssecretaris, geachte collega's, ik wil in mijn uiteenzetting even stilstaan bij problemen die het OCMW aanzienlijk belasten.

Op de eerste plaats is er het probleem van de bejaarden die worden opgenomen in rusthuizen en de maatregelen die moeten worden genomen om in dit verband de uitgaven van de OCMW in te dijken.

Op termijn scheppen die uitgaven grote moeilijkheden voor het gemeentelijke OCMW. Wanneer de bejaarden immers over onvoldoende middelen beschikken, kan er een beroep worden gedaan op de diensten van het OCMW. Gezien de stijgende kosten en het vergrijzen van de bevolking, zal dit meer en meer gebeuren. De mogelijkheid blijft wel open om de steunverlening te verhalen op de familieleden van de bejaarden, want er is de onderhoudsplicht waarover ook de heer Verbist heeft gesproken.

Vanuit de praktijk durf ik te beweren dat er ons op dit gebied grote moeilijkheden zullen te wachten staan. Een OCMW dat, bijvoorbeeld, een bedrag als onderhoudsgeld vordert, zal slechts voldoening bekomen na lang over en weer gepraat. Dat is niet alleen tijdrovend maar heeft ook financiële implicaties op de begroting van het OCMW en op die van de gemeente omdat de administratieve diensten bijkomend werk moeten verrichten.

Bij weigering van de aangezochte familieleden om de verschuldigde som voor onderhoud te betalen, kan het OCMW een procedure instellen bij de vrederechter. Die procedure is echter zeer omslachtig en heeft soms tot resultaat dat de vrederechter zich onbevoegd verklaart. Zolang het maar om enkele gevallen gaat, valt de situatie nog te klaren, maar u weet dat «... voorbeelden trekken». Ik vraag mij af wat met de begroting van het OCMW in de toekomst gaat gebeuren.

De middelen van de bejaarden zullen immers verhoudingsgewijs dalen, waardoor de aanvragen voor bijstand in aantal zullen toenemen.

Een tweede ervaring die ik uit de praktijk heb opgedaan, heeft betrekking op de interpretatie van de beslissingen van het OCMW door de Beroepskamer. Dit was reeds het thema van sommige ontmoetingsdagen. Ondanks het feit dat de beslissing gewetensvol en gemotiveerd werd genomen, kan zij zonder meer van de tafel worden geveegd door een Beroepskamer, met als resultaat dat de betaling toch moet worden uitgevoerd. Het moet mij van het hart dat bepaalde beslissingen die door de Beroepskamer worden genegeerd, waardoor tot uitvoering wordt verplicht, beslissingen ex cathedra zijn, zonder dat er rekening werd gehouden met de eerlijkheid en de grondigheid van het onderzoek dat ter plaatse werd gedaan. Missen is echter menselijk aan beide kanten.

Ik wil ook even uitweiden over problemen in verband met het Instituut voor oorlogsslachtoffers.

Mijnheer de staatssecretaris, in een commissievergadering hebt u gezegd dat de terugbetalingen zullen moeten verlopen volgens de normen van het Riziv à 100 pct. met uitzondering van enkele verstrekkingen, namelijk in de kinesitherapie. Daarvoor zou een remgeld worden gevraagd.

Ik begrijp niet waarom men nu weer in deze kosten wil snoeien, omdat ik van oordeel ben dat de last van een handicap vaak blijvend is en eerder zal toenemen dan afnemen met het ouder worden van de patiënt. De patiënt heeft met het ouder worden minder aanpassingsvermogen aan zijn handicap. In 1982 heb ik de minister van Sociale Zaken reeds gevraagd welke de behartenswaardige gevallen zouden zijn die in aanmerking komen voor verhoogde tussenkomst. Ondanks herhaalde beloften is hier nog altijd geen antwoord op gegeven. Ik heb er dan ook steeds op gewezen dat die verminderde tegemoetkoming — ik denk vooral aan de lagere inkomens — veel personen van hun verzorging doen afzien of alleszins die verzorging beperken.

Ik ben blij dat mevrouw Coorens daarstraks hetzelfde probleem heeft opgeworpen. Ik stel dan de vraag waar men met die personen heen moet, want door het gebrek aan voldoende verzorging, gevolgd door het voortijdig afzien van het tot op heden zelfstandig geleid leven, wordt een fase van afhankelijkheid ingeluid en worden de betrokkenen naar bejaardencentra verwezen.

Uit het gehele verhaal van de begroting meen ik te mogen opmaken dat de opname in ziekenhuizen, bejaardentehuizen en revalidatiecentra moet worden verminderd. De onafhankelijkheid moet worden bevorderd en de vicieuze cirkel moet worden doorbroken.

Ik wil besluiten met te zeggen dat deze personen, die in zekere mate aan hun lot worden overgelaten, terug in deze gesloten cirkel geraken ondanks het feit dat men er herhaalde malen de aandacht heeft op gevestigd dat men hen zo lang mogelijk zelfstandig moet laten zijn en zo lang mogelijk moet integreren in de maatschappij.

Deze maatregel maakt, ik herhaal het, een voortijdig einde aan hun zelfstandig zijn, en ik ben van oordeel dat een fysieke geschiktheid de waarborg is voor een langer zelfstandig leven. (*Applaus op de banken van de Volksunie.*)

De Voorzitter. — Indien de regering ermede akkoord gaat, gegeven het gevorderde uur, dat alleen de minister vanavond nog antwoordt en indien de staatssecretaris eveneens akkoord is om morgen om 15 uur uur op de gestelde vragen te antwoorden, dan meen ik dat ook deze vergadering met dit voorstel akkoord zal gaan.

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Wij zijn ter beschikking van de Senaat, mijnheer de Voorzitter.

De Voorzitter. — Dan geef ik u nu het woord, mijnheer de minister.

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Mijnheer de Voorzitter, om het met de woorden van mevrouw Jortay te zeggen, stel ik vast dat er toch nog een aantal senatoren zo aan het werk zijn verslaafd dat zij hier nog aanwezig zijn. Maar, indien ik mevrouw Jortay goed begrepen heb is dat slecht voor de gezondheid. Zij heeft ten andere zelf ook de conclusies daaruit getrokken. (*Gelach.*)

Op het einde van deze algemene bespreking wil ik op een aantal van de gemaakte opmerkingen ingaan. Ik zal van mijn kant eerst behandelen het probleem van het aantal geneesheren, dan het hier veel besproken probleem van de geneesmiddelen en dan dat van de ziekenhuizen, terwijl staatssecretaris Aerts het morgen zal hebben over de vragen betreffende de OCMW, het bestaansminimum, de preventie in het algemeen, het leefmilieu, de oorlogsslachtoffers en enkele andere thema's die hier werden behandeld.

Mme Coorens a souligné la continuité dans la politique du gouvernement; je reconnais sa continuité dans l'opposition. (*Sourires.*)

J'ajoute que si l'on me reproche une certaine continuité dans ma politique, je considère qu'il s'agit plutôt là d'un compliment.

Wij hebben gepoogd een beleid uit te stippelen en het systematisch uit te voeren.

Sommige leden hebben gewezen op het proportioneel kleine aandeel van deze begroting in het geheel van de begrotingen. Uiteindelijk is slechts een beperkt deel van de uitgaven voor de volksgezondheid terug te vinden in deze begroting. Het grootste gedeelte van de curatieve uitgaven komt voor rekening van de ziekteverzekering, die op haar beurt terug te vinden is in de begroting van het Riziv. Bovendien wordt voortaan een gedeelte van de uitgaven voor volksgezondheid ingeschreven op de begroting van de gemeenschap. Men mag zich dus niet blind staren op de geciteerde percentages.

Verschillende sprekers wezen op het belang van een preventief beleid en ik wil hen ter zake volmondig bijtreden.

Ik ben het ook eens met degenen die hebben beklemtoond dat wij meer belang moeten hechten aan de zelfzorg. Ik ben mij er echter van bewust dat dit gemakkelijker gezegd is dan gedaan, maar wij moeten desalniettemin onze inspanningen ter zake verhogen. De problematiek van het leefmilieu en het geheel van onze voedingsgewoonten moeten daarom in het kader van het globale volksgezondheidsbeleid worden besproken.

Ik wil nu ingaan op de drie hoofdthema's die ik daarnet heb aangekondigd en wil beginnen met het probleem van het medisch en paramedisch aanbod.

Ik kan mij op dit gebied in belangrijke mate aansluiten bij collega Vandekerckhove. Ik heb bij mijn weten immers nooit een pleidooi gehouden voor een numerus clausus of voor dwingende afremmende maatregelen op het niveau van de universiteiten. Ik ben het ook eens met zijn vaststelling dat wij in de jongste tien jaar een spontane en spectaculaire daling van het aantal studenten hebben meegemaakt en dat deze tendens in de komende jaren nog zal worden versterkt. De eerstejaarsstudenten die zich op het ogenblik van de universiteit inschrijven, werden immers nog niet geboren in die jaren waarin wij een laag geboortecijfer kenden. Indien deze spontane tendens zich verder zet in de jaren dat de invloed het lage geboortecijfer zich doet voelen zal de tendens van het lager aantal inschrijvingen nog worden versterkt. Het probleem van de inschrijvingen van eerstejaarsstudenten zal zo grotendeels spontaan worden opgelost.

Ik wil deze spontane tendens echter zo mogelijk nog versterken. Vandaar mijn informatiecampaïne. Bovendien wil ik deze tendens terugvinden in het hele verloop van de studies. Daarom streven mijn collega's van Onderwijs en ikzelf ernaar te komen tot een andere financiering van de universiteiten.

Ik wil in dit verband niemand beschuldigen. Een financiering per student in een periode waarin het aantal studenten om demografische redenen niet anders kan dan dalen, is echter een voor de hand liggende bekoring, zodat de demografische weerslag niet terug te vinden is in de volgende universiteitsjaren. Meer heb ik daarover niet gezegd.

Daarentegen heb ik wel in de brochure die ik publiceerde, voor het eerst op een systematische manier de problematiek van de herverdeling van de arbeid onder geneesheren aan de orde gebracht. Het is al te eenvoudig zich alleen maar zorgen te maken over de toevloed als er ook een probleem van werkverdeling bestaat. Die verdeling is zeer ongelijk niet alleen tussen de medici, maar ook tussen de paramedici. Ik heb ter zake in mijn brochure een aantal oriënteringen gegeven die ik trouwens voor advies aan de Hoge Raad van specialisten en huisartsen heb gestuurd.

Ik kan het trouwens in dit verband eens zijn met een aantal bedenkingen van de heer Peeters, in die zin dat wij moeten pogen een vorm van stopzetting van activiteiten boven een bepaalde leeftijd te bepalen. En dit raakt dan weer het probleem van het sociaal statuut in verband waarmee ook vorderingen werden gemaakt. Ik wil terloops de heer Vandekerckhove erop wijzen dat er inzake invaliditeit mogelijkheden werden gecreëerd meer bepaald voor de sociale-voorzorgskas die nu over meer mogelijkheden beschikt dan vroeger.

In het kader van die brochure werden ook de cumulaties behandeld. De regering heeft voor de administratie algemene cumulatietoelagen genomen. Wat mijn administratie betreft, waarin heel wat dokters zijn tewerkgesteld, heb ik deze maatregelen strikt toegepast. Heel wat artsen hebben dus moeten kiezen tussen het opzeggen van een privé-praktijk maar een voltijdse betrekking van ambtenaar, of een halftijdse betrekking van ambtenaar gecombineerd met een privé-praktijk.

Door de echelonnering kwam er ruimte vrij voor de organisatie van de geneeskunde. Hierdoor kan men tot een betere verdeling van het werk komen zowel tussen specialisten en huisartsen als tussen specialisten onderling en huisartsen onderling. Men zou hierbij bijvoorbeeld, kunnen denken aan een zekere normering van het aantal specialisten per aantal bedden in een ziekenhuis. Om aldus een soort *closed shop* te vermijden. Voor de huisartsen zou men aan vormen van echelonnering kunnen denken omdat wij naar een situatie gaan — die mij overigens nogal normaal lijkt als men de geneeskunde voor een stuk in pyramidale vorm wenst op te bouwen — waarin het aantal huisartsen sneller zal stijgen dan het aantal specialisten.

Dit wordt dus een omkering van de huidige toestand waarbij we meer specialisten hadden dan huisartsen.

De vraag of men voor die werkverdeling onder huisartsen het Nederlandse abonnementsstelsel moet adopteren, laat ik op het ogenblik in het midden. Dit lijkt mij wel een onderwerp dat moet worden besproken en waarover een ruim overleg zou kunnen plaatsgrijpen. In mijn rapport heb ik in dit verband ook gedacht aan oriënteringen naar de ontwikkelingslanden toe.

Ik kom nu tot het tweede onderwerp waaraan hier veel aandacht werd geschonken, met name het probleem van de geneesmiddelen in het algemeen en de magistrale bereidingen in het bijzonder.

Ik herhaal wat ik reeds zegde tijdens een onderbreking daarjuist. In ons land bestaat een tendens om teveel geneesmiddelen te slikken en te snel naar geneesmiddelen te grijpen. Vandaag nog las ik in een krant het verslag van een persconferentie naar aanleiding van het verschijnen van

een boekje over geneesmiddelen, onder de titel « Wij slikken veel te veel pillen ». Volgens mij klopt dat.

In feite heeft collega Peeters hier vanop deze tribune uitdrukkelijk gezegd dat er in onze bevolking een verwachtingspatroon leeft, inhoudend dat men niet goed is verzorgd als men geen medicamenten heeft gekregen bij een doktersbezoek. Daarbij stelde hij vast dat het voorgeschreven geneesmiddel vaak alleen psychologisch is bedoeld. In veel gevallen wordt de medicatie trouwens niet genomen. Bij ophalingen van geneesmiddelen ziet men het resultaat in de vorm van resten van geneesmiddelen die niet werden genomen.

Daar is iets ongezon, en ook op dat vlak bestaat er een taak van gezondheidsopvoeding.

Ik stel vast dat wij een veel hoger farmaceutisch verbruik hebben dan in de ons omringende landen.

De geneesheren, en meer bepaald de huisartsen, hebben een opvoedende taak op dit gebied. Ik weet echter dat zij het niet makkelijk hebben, want zij staan vrijwel onder een soort chantage van de patiënt die zegt dat hij naar de buur-geneesheer gaat als hij geen geneesmiddelen krijgt. Ik weet ook hoe die verhouding ligt en wat de moeilijkheden zijn. Toch mag dat geen reden zijn om het probleem niet ten gronde te stellen.

Met de genomen maatregelen willen wij pressie uitoefenen én op de patiënt én op de geneesheer om minder voorschriften te hanteren en niet te gemakkelijk terug te grijpen naar die soort placeboconsumptie.

Bovendien bevatten de maatregelen ook een keuze volgens prioriteiten, wat regelmatig is terug te vinden in het door ons gevoerde beleid. Wij hebben gepoogd hier selectief op te treden en een aantal minder noodzakelijke zaken te schrappen om de meer noodzakelijke dingen te kunnen behouden en beveiligen.

Ik weet niet meer wie hierover heeft gehandeld, maar dat heeft niets te maken met het niet-kennen van het beroep van de geneesheer. Ik stel alleen vast dat wetenschappelijke onderzoeken inzake farmacologie, gedaan door onafhankelijke instanties, het nut van een aantal producten in twijfel trekken. Daaruit besluit ik dat minder of geen consumptie van bepaalde producten aangewezen is.

Een tweede bedenking heeft te maken met de magistrale bereidingen. Naast het schrappen of het invoeren van een groter remgeld voor een aantal specialiteiten, heb ik inderdaad ook een aantal maatregelen genomen inzake de magistrale bereidingen.

Het uitgangspunt daarvoor was dat het schrappen van een aantal specialiteiten maar het blijven terugbetalen van dezelfde producten in magistrale bereidingen, automatisch tot een verschuiving van de specialiteit naar de magistrale bereiding zou leiden.

Ik wil toch een aantal gegevens mededelen die hebben meegespeeld bij het nemen van die beslissing. Een vergelijking met het buitenland leidt tot de vaststelling dat in ons land, de magistrale bereidingen ongeveer 10 pct. vertegenwoordigen van het zakencijfer voor geneesmiddelen van de apotheker, terwijl dit in Frankrijk 2 pct., in Nederland 2,7 pct. en in Groot-Brittannië slechts 1,2 pct. bedraagt. Bovendien stel ik vast dat nagenoeg 80 pct. van de magistrale bereidingen overeenstemt met niet-terugbetaalde specialiteiten, wat mij doet besluiten dat de keuze tussen een magistraal voorschrift en een specialiteit niet zozeer te maken heeft met de individualisering, maar vooral wordt ingegeven door financiële overwegingen.

Men opteert dus voor een magistraal voorschrift omdat in dat geval de patiënt wordt terugbetaald, wat niet het geval is voor specialiteiten. Het is lovenswaardig dat de geneesheren rekening houden met dit element maar ik moet daarbij wel de bedenking maken dat magistrale bereidingen over het algemeen duurder uitvallen dan specialiteiten.

Indien men mij andere gegevens kan bezorgen, zoals mevrouw Hanquet voorstelde, ben ik steeds bereid die te onderzoeken maar uit de gegevens waarover ik tot nog toe beschik en die ook werden verstrekt door de apothekers, blijkt dat het grootste deel van de magistrale bereidingen niet bestaat uit complexe bereidingen zoals wel eens wordt beweerd, maar uit enkelvoudige bereidingen die in feite overeenstemmen met bestaande specialiteiten.

Ik moet dus opnieuw besluiten dat het voorschrijven van magistrale bereidingen niet zozeer te maken heeft met geïndividualiseerde therapie, maar veeleer met financiële overwegingen. Ik herhaal dat ik daarvoor begrip kan opbrengen, maar ik moet eraan toevoegen dat dit niet blijvend kan worden gedragen door de ziekteverzekering.

Welke gevolgen de voorgestelde maatregelen zullen hebben voor de patiënten zal in belangrijke mate afhangen van de manier waarop de huisartsen op die maatregelen inspelen. Dit is ook de reden waarom ik mij voor het afkondigen van die maatregelen in de allereerste plaats heb

gericht tot de artsen. Het is niet mijn gewoonte mij halsstarrig te houden aan bepaalde maatregelen indien zou blijken dat correcties kunnen worden aangebracht. Dit is dan inderdaad ook gebeurd, mijnheer Peeters.

Naast die welke u hebt opgesomd werden ook nog enkele andere correcties aangebracht. Bovendien wil ik er nogmaals op wijzen dat hoogstens 20 pct. van de magistrale bereidingen worden getroffen door de maatregelen die wij thans bespreken.

Ik wil niet nalaten — zij het ten behoeve van het verslag — even in te gaan op het probleem van de leverextracten dat door de voorzitter van de commissie werd aangeraakt. Ik voeg er onmiddellijk aan toe wat ik hem trouwens deze ochtend reeds heb gezegd naar aanleiding van zijn uiteenzetting dat ik zijn bijkomende suggesties heb genoteerd. Hieruit moge blijken dat voorstellen die hier worden gedaan niet altijd vergeefs zijn.

Uit de adviezen die mij werden verstrekt aangaande de kwestie van de leverextracten blijkt dat daar waar in gevallen van anemie de behandeling op basis van leverextracten vroeger de regel was, de wetenschap er thans in geslaagd is andere en efficiënter therapieën toe te passen. De behandeling met leverextracten wordt nu eerder als voorbijgestreefd beschouwd. Sommigen beweren zelfs dat er aanwijzingen tegen zijn omwille van de allergische reacties die zij teweegbrengen. Ik verwijs naar een tijdschrift dat in de medische wereld als gezaghebbend wordt beschouwd, namelijk het Amerikaanse *Drug Evaluation*, dat zelfs het gebruik van leverextracten afraadt. Het gaat hier dus om een advies vanuit de wetenschapswereld dat mede aan de basis heeft gelegen van de getroffen maatregelen.

Tenslotte kom ik aan het laatste punt dat ik in mijn uiteenzetting wens te behandelen, namelijk het geheel van de ziekenhuisproblematiek, die hier herhaalde malen en terecht aan de orde is gekomen.

Ten eerste, wil ik er de nadruk op leggen — ik heb dit voortdurend herhaald en het blijkt nodig te zijn om een element van continuïteit in het beleid te brengen — dat het ziekenhuisbeleid niet louter budgettair gemotiveerd is. In dit beleid zit ook een heroriëntering die poogt rekening te houden met enerzijds de veroudering van de bevolking en anderzijds probeert te stimuleren in de richting van het minder snel een beroep doen op ziekenhuizen en de specialistische infrastructuur.

In verband met de veroudering van de bevolking heb ik met veel belangstelling kennis genomen van een brochure die gisteren is verschenen en waarin enkele interessante oriënteringen worden aangegeven. Voor de bejaarden moet meer de nadruk worden gelegd op zelfredzaamheid en thuisverzorging. Desbetreffend werden hier een aantal suggesties gedaan waarop ik even wil ingaan.

Sommige van de kritieken die men heeft op een aantal maatregelen, zoals bijvoorbeeld de remgelden in de kinesitherapie, zouden aldus kunnen worden opgevangen. Op het ogenblik wordt in mijn diensten gewerkt in het kader van de ziekteverzekering aan een tegemoetkoming voor hulp van derden. Deze hulp zou niet afgestemd zijn op een specifieke dienstverlening, maar zou aan de patiënt die aan een aantal kenmerken beantwoordt, moeten toelaten een dienstverlening mede te financieren.

Meer in het algemeen wil ik erop wijzen dat in het geheel van de vorming — ik meen dat mevrouw Hanquet deze mening deelde — van medici en paramedici het element geriatrie meer aan bod zou moeten komen. De bejaardenzorg zal steeds meer nodig zijn in de maatschappij van morgen. Zij vereist een aanpak die enigszins verschillend is van de aanpak van jongere patiënten. Indien men daarmee rekening houdt, zal men kunnen vermijden dat de bejaarden reeds vroeg in het circuit van ziekenhuizen terechtkomen.

Het hele beleid dat wij pogen te voeren door in bepaalde ziekenhuizen het opnemen van geriatrische diensten, door het uitbouwen van rust- en verzorgingstehuizen en door het stimuleren van vormen van thuiszorg voor bejaarden, is onder meer vanuit deze inspiratie gegroeid. Wij zullen dat beleid ook in de komende jaren pogen verder te zetten, ook al zijn wij geremd omdat wij het moeten financieren vanuit besparingen in de sector van de ziekenhuizen en dat derhalve de middelen niet zo snel vrijkomen als wij het zouden wensen.

Meteen ben ik dan ook gekomen tot de maatregelen die in verband met de ziekenhuizen moeten worden getroffen. Ik wil terloops ingaan op een opmerking van collega Vandekerckhove wanneer hij het heeft over het lineair karakter van de maatregelen en wat zij onder meer voor de Limburgse situatie teweegbrengen. Ik wil toch even nuanceren wat hij heeft gesteld.

Indien Limburg inderdaad onder de programmatienormen ligt, dan is dit hoofdzakelijk het geval voor het geriatrisch aanbod. Wanneer men

de V-bedden uit de programmatienormen haalt, zit Limburg ook boven die normen, zij het niet in dezelfde mate als de andere streken. Zeer concreet komt het erop neer dat Limburg, wanneer die V-bedden terzijde worden gelaten, volgens de programmatie recht heeft op 4 189 bedden. Het heeft er op het ogenblik 4 213, dit wil zeggen, 24 boven de normen. Het is wel juist dat men er geriatrisch, zonder de V-diensten, gevoelig onder de normen blijft. Ik heb daarover deze week contacten gehad met beleidsverantwoordelijken uit Limburg en aangetoond dat ze moeten streven naar de omschakeling voor rust- en verzorgingstehuizen. Daaraan is in Limburg op het ogenblik nog een belangrijke nood. Er is een tekort van ruim duizend bedden.

De heer Vandekerckhove. — Indien we moeten omschakelen naar rustoordbedden moeten we eigenlijk meer dan 24 bedden overhouden.

De heer Dehaene, minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen. — Uw opmerking is terecht.

Ik wil daar een bijkomende nuancering aan toevoegen. Vermits men niet zoveel boven de normen is en zo sterk onder de normen voor het geriatrisch aanbod, moet er inderdaad naar middelen worden gezocht om de uitbouw van het geriatrisch aanbod in Limburg te koppelen aan de beperking van de ziekenhuisbedden. Het is een problematiek die samen met de gemeenschappen moet worden besproken. Dat is belangrijk.

Ik ben het met u eens dat wanneer men de groei van de ziekenhuisbedden en van de ligdagen onderzoekt, de problematiek van de universitaire bedden een zeer grote invloed heeft. Ter zake ben ik ervan overtuigd dat we voor de universitaire ziekenhuizen een specifiek beleid zullen moeten uitbouwen. Ik neem mij trouwens voor eerstdaags hierover met de verantwoordelijken van de universitaire ziekenhuizen overleg te plegen.

Inzake de algemene financiering van de ziekenhuizen hebben wij de bedoeling te komen tot een herschikking van de financieringswijze. Dat is reeds voor een stuk begonnen in de zin dat wij sinds een drietal jaren zijn omgeschakeld van de zuivere financiering op basis van ligdagen naar een financiering op basis van een enveloppe die slechts gesteund is op een aantal ligdagen. Wij moeten echter evolueren naar een budgetteringsstelsel waarbij meer rekening kan worden gehouden met de eigen activiteit van de verscheiden ziekenhuizen.

Nu is de wet ook op dit vlak eigenlijk te lineair waarbij alle ziekenhuizen op dezelfde wijze worden behandeld. Het uitgangspunt van het nieuwe financieringssysteem dat wij aan het uitbouwen zijn, is de investeringslasten die nu in de ligdagprijzen zitten, te isoleren. De grote prijsverschillen die men tussen de ligdagen heeft in de verschillende ziekenhuizen hebben vaak heel veel te maken met het feit of het gaat om een recent gebouwd of een oud ziekenhuis. Na het isoleren van de investeringskosten zal men tot een beter vergelijkbare basis komen van de ligdagprijzen.

Binnen dat overblijvende bedrag gaan wij dan een onderscheid maken tussen de algemene en de geneeskundige of verzorgingskosten van het ziekenhuis. Voor de verzorgingskosten ben ik ervan overtuigd dat wij te gelijkmatige normen hebben tussen de verschillende ziekenhuizen. Er moet meer differentiatie komen naargelang het gaat om urgentiediensten, zware diensten en zo meer. Voor de algemene kosten daarentegen zijn er veel te uiteenlopende normen. Daarvoor moeten strakkere normen worden vastgelegd.

Ik wil maar één voorbeeld geven. Als men de algemene kosten isoleert in de ligdagprijs, dan zal men tot de vaststelling komen dat in sommige ziekenhuizen er om één vierkante meter te onderhouden, drie werksters nodig zijn terwijl dit in een ander ziekenhuis met een halve werkster kan gebeuren. Die elementen moeten meer worden genormeerd, zodanig dat er tot een betere vergelijking van de ligdagprijzen kan worden gekomen. Er hoeft dan in de berekening van de ligdagprijs minder te worden gespecificeerd hoe de ligdagprijs wordt samengesteld. Daardoor komt er een grotere ruimte voor eigen beheer van het ziekenhuis. Ik heb altijd gesteld dat ik op dat terrein grotere beheersverantwoordelijkheid wil geven aan het ziekenhuis zelf.

Dans le système d'enveloppes tel qu'il existe actuellement, nous avons limité l'enveloppe budgétaire sur la base du nombre de lits journée. Ce système a été mis au point d'une façon relativement linéaire, mais en permettant aux hôpitaux de conclure des arrangements entre eux. Ainsi, un hôpital qui n'atteignait pas le montant de son enveloppe lits/journée, avait la possibilité d'effectuer un transfert vers un hôpital qui, lui, dépassait son enveloppe et se voyait ainsi dépanné.

Pour 1983, ces échanges devaient nous être notifiés avant le 31 décembre dernier. Les dossiers sont à l'examen. Je puis vous dire que les transferts ont porté sur environ cent cinquante mille journées. Personnel-

lement, je me réjouis que de tels arrangements interviennent entre hôpitaux, car ils concrétisent la politique que nous avons voulu mener en prenant une mesure linéaire tout en permettant aux hôpitaux des ajustements à la suite de négociations à mener entre eux.

Je profite de ma réponse à cette question spécifique pour ajouter qu'il y a eu, en effet, en ce qui concerne les candidats stagiaires en chirurgie, quelques problèmes du côté francophone; ces problèmes sont toutefois en voie d'être résolus et aucun des stagiaires n'a été désavantagé par suite du retard.

Mme Hanquet. — La décision n'est pas encore prise, monsieur le ministre. Vous dites qu'aucun candidat n'a été désavantagé; il faudrait dire qu'aucun ne le sera.

M. Dehaene, ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles. — On s'attache à résorber le retard dû notamment au fait que la commission n'était pas nommée. Elle l'a été entre-temps. Le retard sera dès lors rapidement comblé.

In het kader van de problematiek van de ziekenhuizen is er het specifieke probleem van de publieke ziekenhuizen. Hier wil ik toch even reageren op de opmerking dat dit beleid zou zijn afgestemd op het privatiseren van de ziekenhuizen. Men moet toch een klein beetje ernstig blijven. Enerzijds heb ik uitdrukkelijk gesteld dat de meerderheid in het beheerscomité van de ziekenhuizen uit OCMW-leden zou moeten bestaan, dus uit politiek verantwoordelijken, en anderzijds dat de directie, die uiteindelijk ook door de mandatarissen benoemd is, daarbij kon worden betrokken. Ik meen toch dat wij niet de pretentie kunnen hebben te zeggen dat politiek verkozenen per definitie specialisten zijn in het beheer van ziekenhuizen.

Als u doorgaat met te zeggen dat een publieke instelling alleen maar publiek is wanneer ze door gekozen politici wordt beheerd, dan vraag ik mij af waar de parastatale instellingen moeten worden gerangschikt, want daar zit geen enkel politicus in en het zijn bij mijn weten toch nog altijd publieke instellingen. Met andere woorden, ik meen dat men er alle voordeel bij heeft, ook voor het goed functioneren van alle publieke ziekenhuizen, de mogelijkheid te bieden om in het beheerscomité een aantal specialisten inzake het ziekenhuisbeheer te betrekken. Dat heeft met privatisering niets te maken, maar misschien heel veel met de beveiliging van de publieke functie.

Ik heb inderdaad de druk op de publieke ziekenhuizen vergroot om te proberen de deficits weg te werken. Ik zie niet in waarom een privé-ziekenhuis per definitie een evenwicht zou moeten bereiken en een publiek ziekenhuis per definitie een deficit zou moeten hebben. Ik meen dat het in beide gevallen mogelijk moet zijn, op basis van een goed beheer, tot een evenwicht te komen. Ik heb hierbij, ik steek dat niet weg, de druk op de moedergemeente verhoogd.

En effet, je pars de l'idée que la commune-mère porte la responsabilité de l'hôpital et que, si elle peut, sans plus, répartir son déficit sur les communes environnantes voire sur toutes les communes du pays, il s'agit d'une solution de facilité. C'est bien pourquoi j'ai augmenté la pression sur la commune-mère afin de l'obliger à mener une saine gestion.

En même temps, j'ai limité le nombre des communes sur lesquelles le déficit peut être réparti. Vous connaissez, en effet, les réactions des communes à l'égard du système antérieur, selon lequel la ville d'Arlon, par exemple, pouvait se trouver confrontée à l'envoi d'une facture provenant de l'hôpital d'Ostende pour le seul motif que, par hasard, un Arlonnais avait été admis à l'hôpital d'Ostende. Toutes les lettres et les réactions diverses qui me parvenaient des communes étaient le résultat d'opérations de ce genre.

J'ai donc limité les communes appelées à intervenir à celles qui comptent au moins 2 p.c., non pas d'habitants admis, mais des admissions de malades. Je parlais de l'idée que ces communes se trouvaient dans la zone d'attraction de l'hôpital et qu'il était dès lors normal qu'elles interviennent dans le déficit, la même loi leur permettant par ailleurs d'exercer un droit de regard accru sur la gestion de l'hôpital.

Nous n'avons pas tenu compte de la durée des admissions parce que nous avons estimé qu'il existe statistiquement beaucoup de chances que

ces 2 p.c. d'admissions se rapprochent de la moyenne de la durée de séjour à l'hôpital; cet élément de durée de séjour avait pour nous moins d'importance que la notion même d'admission dans les hôpitaux publics.

Het streven naar een financieel evenwicht in de openbare ziekenhuizen legt geen hypotheek op het geheel van de openbare ziekenhuizen, maar bewijst integendeel een dienst aan deze ziekenhuizen.

Ik kom aldus tot het laatste element in het kader van de ziekenhuisproblematiek, met name het statuut van de ziekenhuisarts. Sinds jaren wordt een wetsontwerp ter zake beloofd. Op het ogenblik bevindt dit wetsontwerp zich voor advies bij de Raad van State en ik hoop het in de tweede helft van februari bij de Senaat te kunnen indienen. Dit moet de kans bieden tot een grondige, open en serene bespreking van deze problematiek, die zeer belangrijk is voor het beheer en de structuur van de ziekenhuizen. Ik hecht derhalve zeer veel belang aan dit ontwerp.

Mijn ontwerp poogt een evenwicht tot stand te brengen tussen de geneesheren en het ziekenhuisbeheer.

Ik ontken geenszins dat er ook problemen bestaan inzake het paramedisch personeel. Deze problemen vinden echter een gedeeltelijke oplossing door de inspraak die zij hebben in de personeelsraad, in het comité voor veiligheid en gezondheid en in de specifieke inspraakstructuren die ook in de openbare ziekenhuizen bestaan, onder meer in het kader van het syndicaal statuut.

Deze materie is zeer delicaat. Wij hebben gestreefd naar overreding en consensus eerder dan naar conflict. Er wordt een reële inspraak gegeven aan de geneesheren zonder dat zij evenwel het ziekenhuis als dusdanig kunnen blokkeren. De beheersverantwoordelijkheid blijft immers bij het beheer.

Bovendien wordt ook de juridische relatie tussen de geneesheren en het ziekenhuis geregeld. Dit is het geval voor de tarieven die in het ziekenhuis moeten worden toegepast, voor de betalingswijze van de honoraria aan de ziekenhuisgeneesheren en voor de financiële relatie tussen de geneesheren en de directie.

Ik ga niet nader in op het geheel van deze elementen, die in het ontwerp een oplossing krijgen. Het ontwerp wil een minimum opzetten waaraan ieder ziekenhuis moet beantwoorden, maar wil tevens de nodige ruimte laten voor ziekenhuizen die reeds verder staan of die verder willen gaan. Het ontwerp poogt geenszins deze materie eens en voor altijd vast te leggen.

Ik kom nu tot mijn besluit.

Zoals eerder gezegd zal staatssecretaris Aerts morgen op de andere elementen ingaan. Ik tracht in het domein waarvoor ik verantwoordelijk ben, meer bepaald op het curatieve vlak en daarin specifiek de ziekenhuizen, tot een beheersing komen van de uitgaven. Tegelijk wil ik de infrastructuur van het gezondheidsbeleid beter aanpassen aan de huidige opvattingen.

Iedereen is het erover eens dat tot nog toe te veel aandacht werd besteed aan de specialistische en intramurale zorgen. Er moet een verschuiving plaatsvinden van het curatieve naar het preventieve, van het intramurale naar de poliklinieken en van de tweede lijn naar de eerste lijn. Bovendien moet de infrastructuur worden aangepast aan de evolutie in de behoeften. Een vergrijzende bevolking zal immers andere noden creëren dan een jongere bevolking. Het komt er dus niet alleen op aan een financieel en budgettair beheer te voeren maar eveneens en ondanks de beperkte middelen een aangepaste infrastructuur tot stand brengt.

U mag er gerust van zijn, dames en heren, wij zullen hieraan zonder ophouden medewerken. *(Applaus op de banken van de meerderheid.)*

De Voorzitter. — Wij zullen morgen om 15 uur de algemene bespreking besluiten met het antwoord van staatssecretaris Aerts. Daarna volgt de artikelsgewijze bespreking en stemmen wij over het geheel.

Le Sénat se réunira demain jeudi le 2 février à 15 heures.

De Senaat vergadert opnieuw morgen donderdag 2 februari te 15 uur. La séance est levée.

De vergadering is gesloten.

(La séance est levée à 23 heures.)

(De vergadering wordt gesloten te 23 uur.)

1170