

SEANCES DU MARDI 31 JANVIER 1989
VERGADERINGEN VAN DINSDAG 31 JANUARI 1989ASSEMBLEE
PLENAIRE VERGADERINGSEANCE DU SOIR
AVONDVERGADERING

SOMMAIRE:

PROJETS DE LOI (Discussion):

Projet de loi contenant le budget du ministère de la Prévoyance sociale pour l'année budgétaire 1988.

Discussion générale (Reprise). — *Orateurs*: MM. Diegenant, Minet, Vandekerckhove, Pataer, Delloy, M. Busquin, ministre des Affaires sociales, p. 1574.

Discussion et vote des articles, p. 1583.

Projet de loi contenant le budget du ministère de la Santé publique et de l'Environnement pour l'année budgétaire 1988.

Discussion générale. — *Orateurs*: Mme Herman-Michielsens, MM. Barzin, Diegenant, Peeters, Gryp, M. Delizée, secrétaire d'Etat à la Santé publique et à la Politique des Handicapés, adjoint au ministre des Affaires sociales et, en ce qui concerne le Fonds national de reclassement social des handicapés, au ministre de l'Emploi et du Travail, p. 1585.

Discussion et vote des articles, p. 1597.

Ann. parl. Sénat — Session ordinaire 1988-1989
Parlem. Hand. Senaat — Gewone zitting 1988-1989

INHOUDSOPGAVE:

ONTWERPEN VAN WET (Beraadslaging):

Ontwerp van wet houdende de begroting van het ministerie van Sociale Voorzorg voor het begrotingsjaar 1988.

Algemene beraadslaging (Hervatting). — *Sprekers*: de heren Diegenant, Minet, Vandekerckhove, Pataer, Delloy, de heer Busquin, minister van Sociale Zaken, blz. 1574.

Beraadslaging en stemming over de artikelen, blz. 1583.

Ontwerp van wet houdende de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu voor het begrotingsjaar 1988.

Algemene beraadslaging. — *Sprekers*: mevrouw Herman-Michielsens, de heren Barzin, Diegenant, Peeters, Gryp, de heer Delizée, staatssecretaris voor Volksgezondheid en Gehandicaptenbeleid, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en, wat betreft het Rijksfonds voor sociale reclassering van de minder-validen, aan de minister van Tewerkstelling en Arbeid, blz. 1585.

Beraadslaging en stemming over de artikelen, blz. 1597.

PRESIDENCE DE M. SWAELEN, PRESIDENT
VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER SWAELEN, 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 20 m.
De vergadering wordt geopend te 19 h 20 m.

ONTWERP VAN WET HOUDENDE DE BEGROTING VAN
HET MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG VOOR
HET BEGROTINGSJAAR 1988

*Hervatting van de algemene beraadslaging en stemming
over de artikelen*

PROJET DE LOI CONTENANT LE BUDGET DU MINIS-
TERE DE LA PREVOYANCE SOCIALE POUR L'ANNEE
BUDGETAIRE 1988

Reprise de la discussion générale et vote des articles

De Voorzitter. — Wij hervatten de algemene beraadslaging over het ontwerp van wet houdende de begroting van het ministerie van Sociale Voorzorg voor het begrotingsjaar 1988.

Nous reprenons la discussion générale du projet de loi contenant le budget du ministère de la Prévoyance sociale.

Het woord is aan de heer Diegenant.

De heer Diegenant. — Mijnheer de Voorzitter, ik ben niet de eerste om vast te stellen dat het geld van deze begroting reeds besteed is. Mijn toespraak zal dan ook niet handelen over centen. Ik zal vooral twee beleidsaspecten trachten te benaderen.

In de eerste plaats vraag ik aandacht voor een globaal geneesmiddelenbeleid. Het geneesmiddelenbeleid heeft uiteraard te maken met Volksgezondheid, maar ook met Sociale Voorzorg, wat de toegankelijkheid ervan betreft, met Economie en met Wetenschappelijk Onderzoek. Te vaak ziet men dat de verscheidene aspecten van het geneesmiddelenbeleid los van elkaar worden behandeld. Ik doe dan ook een oproep voor een meer gecoördineerd globaal beleid ter zake.

België heeft een goede faam inzake research en ontwikkeling en tevens inzake commercialisering van geneesmiddelen. De toegevoegde waarde in deze sector wordt niet zozeer geleverd door de grondstoffen, maar wel door de mens en zijn denkkwaliteiten. Onze faam is opgebouwd op basis van realisaties en wij moeten dan ook alles in het werk stellen om deze initiatieven in ons land te houden en de mensen die ermee bezig zijn de kansen geven om verder te doen.

Het geneesmiddel heeft er in belangrijke mate voor gezorgd dat de levensverwachting toeneemt en dat ook de levenskwaliteit verbetert. Het geneesmiddel heeft eveneens in belangrijke mate bijgedragen tot de prijsbeheersing in de sociale zekerheid. Ik

zag onlangs een Engelse statistiek waarin werd aangetoond dat het ter beschikking stellen van nieuwe geneesmiddelen had bijgedragen tot een vermindering van het aantal ligdagen in de ziekenhuizen. Toch merken wij en dit is ook gebleken op de ronde tafel in verband met de ziekteverzekering, dat vragen worden gesteld nopens de deelname van de geneesmiddelen in het RIZIV-budget.

Op het ogenblik bedraagt dit iets minder dan 20 pct. van het globale budget. Dit is ongetwijfeld een gevolg van de goede prijsbeheersing van de geneesmiddelen in ons land, wat ook vanuit sociaal oogpunt bijzonder belangrijk is.

Wij worden voorts geconfronteerd met problemen in verband met de industriële en economische activiteiten die met de geneesmiddelen gepaard gaan. Onderzoek en ontwikkeling vergen enorme investeringen. De vraag rijst of die haalbaar blijven in ons land. Wanneer de referenteprijs, of de prijs voor geneesmiddelen die in ons land worden ontwikkeld, laag is, geven multinationale ondernemingen er de voorkeur aan om niet in ons land te produceren. Een hogere referenteprijs is interessanter voor hun uitvoer en ook degenen die geneesmiddelen invoeren, hebben daar baat bij. Dit belangrijk probleem werd tijdens de vorige legislatuur gedeeltelijk opgevangen via de programma-akkoorden die met een zestal bedrijven werden gesloten. Door het wegvallen van die akkoorden worden wij echter opnieuw met dit probleem geconfronteerd. Ik wens dan ook de minister te vragen welk beleid hij ter zake zal voeren en hoe hij deze problematiek zal aanpakken. Wij moeten er in elk geval, in het kader van een globaal geneesmiddelenbeleid, voor zorgen dat de geneesmiddelenindustrie in ons land kan blijven.

Gezien de faam die ze heeft verworven, kan dat ook nuttig zijn voor de volksgezondheid.

In het kader van zijn pleidooi inzake een globaal geneesmiddelenbeleid vraag ik ook de aandacht van de regering — hoewel het in de eerste plaats een materie is voor de minister van Economische Zaken — voor de hele problematiek in verband met het octrooirecht in de farmaceutische nijverheid.

Toen een nieuw werkzaam produkt wordt ontdekt, wordt een patent genomen dat gedurende twintig jaar een marktbescherming biedt. Ingevolge de maatregelen die door de overheid met het oog op de volksgezondheid werden genomen, is de feitelijke tijd tussen het ontdekken van de nieuwe werkzame molecuul en de commercialisering ervan ingekort tot 10 à 12 jaar, aangezien registratie en dergelijke zaken zoveel tijd vergen. De periode van de economische bescherming wordt dus met bijna de helft verminderd.

Toen wij dit probleem in de herfst van vorig jaar in de Senaat hebben besproken, heeft minister Claes als zijn mening te kennen gegeven dat men tot een herstel van de bescherming van het octrooierecht op de farmaceutische uitvindingen diende te komen en dat de termijn van effectieve bescherming opnieuw op twintig jaar diende te worden gebracht. Hij voegde eraan toe dat deze maatregel moest worden genomen op het Europese vlak. Degenen die betrokken waren bij het debat in de Senaat, konden instemmen met deze visie van de regering. Nu stellen wij echter vast dat de raad van bestuur, die de Conventie van München inzake het octrooierecht begeleidt, bijeen is gekomen in december jongstleden, onder meer op initiatief van de Europese Commissie. Alle afgevaardigden van de Europese landen gingen akkoord met het herstel van de termijn die het nieuwe medicament moet beschermen, behalve de Belgische. Het lijkt me belangrijk dat de visie inzake het geneesmiddelenbeleid die hier in het Belgisch Parlement wordt ontwikkeld, ook wordt verdedigd bij de internationale instanties. Ik zal dan ook zo vrij zijn de Vice-Eerste minister en minister van Economische Zaken daarover volgende donderdag te ondervragen.

Ten tweede, en ook naar aanleiding van de uiteenzetting die de heer Egelmeeers daarnet heeft gehouden, wil ik zeer in het kort iets zeggen over de responsabilisering in de sector van de sociale zekerheid.

Het regeerakkoord en de visie die eraan ten grondslag ligt, evenals de interpersoonlijke solidariteit, bepalen dat de sociale zekerheid nationaal blijft. Wij hebben hiervoor gekozen met het oog op het in-stand-houden van de Belgische economisch-monetaire unie. Indien de bijdragen voor de sociale zekerheid zouden verschillen van streek tot streek, en dus uiteindelijk in beduidende mate ook het loon, dan komt deze unie in het gedrang. Dat is de sector sociale zekerheid, afdeling «bijdragen».

Als ik zie hoe men om de uitgaven te beheersen, meer en meer verantwoordelijkheden oplegt via het enveloppesysteem, stel ik de vraag of ook een gewestelijke aansprakelijkheid via het enveloppesysteem niet zou kunnen werken. Het gaat niet meer over de bijdragen, maar over de bestedingen.

Ik ben trouw aan het regeerakkoord, maar ik meen dat er voor deze aangelegenheid ruimte zou moeten worden geschapen voor onderzoek.

Zonder de solidariteit in het gedrang te brengen, denk ik dat andere manieren van besteding, alleen op basis van medisch-culturele, gevoels- maar persoonsgebonden factoren, tot een even goede dekking van de sociale-zekerheidsrisico's kunnen leiden. Via het systeem van de sociale zekerheid wordt immers de toegankelijkheid tot de volksgezondheid en de elementen die ertoe bijdragen, bepaald. Volgens mij is een meer gepersonaliseerd en gedifferentieerd gezondheidsbeleid op die manier mogelijk.

Mijnheer de minister, wij kunnen over deze aangelegenheid eventueel verder praten op een meer geschikt ogenblik, bijvoorbeeld tijdens een bespreking in commissie.

Ik wou vandaag alleen de nadruk leggen op deze twee punten: een globaal geneesmiddelenbeleid en een grotere verantwoordelijkheid bij de besteding van de sociale-zekerheidsmiddelen, misschien doorheen de gewestelijke enveloppes. (*Applaus.*)

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

M. Minet. — Monsieur le Président, je tiens tout d'abord à dire aux ministres combien je me réjouis de tout le travail qui a pu être accompli dans leurs départements et dans un laps de temps de quelques mois à peine.

De même, je désire saluer l'œuvre qui a été entreprise et menée à bien au sujet des problèmes de la sécurité sociale, domaine très complexe mais vital pour la population dont nous sommes les représentants.

Je suis enfin très satisfait de les avoir vu maintenir le cap qui nous est cher, à savoir le souci de restaurer, maintenir, améliorer tout l'appareil complexe de notre solidarité publique en matière de défense de la santé, et d'avoir vu se confirmer la volonté

d'assurer les moyens de cette politique passant obligatoirement par l'équilibre financier du régime des soins de santé.

Je voudrais très rapidement énumérer quelques matières dont vous vous êtes déjà très efficacement occupés, messieurs les ministres, à savoir : simplification du système d'assurance maladie-invalidité, mesures dans le secteur hospitalier, dans la biologie clinique, dans le domaine des soins oculaires et de dentisterie, revalorisation du statut du personnel infirmier qui est encore à l'étude bien que des mesures aient été déjà concrétisées, banques de données, hausse des minima dans le secteur invalidité, harmonisation des rentes en matière d'accidents du travail, transparence du secteur des soins de santé, simplification du système des allocations familiales. Cet actif est déjà considérable.

Je voudrais m'étendre un instant sur les mesures prises et sur les projets envisagés en matière de médicaments.

L'idée directrice, à laquelle je souscris entièrement, devrait être de mieux rembourser les médicaments qui concernent des pathologies lourdes et chroniques, de diminuer le remboursement des frais afférents à des pathologies plus banales, ponctuelles, nécessitant un traitement relativement court et, enfin, de ne pas négliger la recherche de solutions originales pour soulager la charge financière considérable que la maladie et son traitement occasionnent à la famille. Par ailleurs, dans le même esprit, j'attends avec beaucoup d'impatience et d'espoir les mesures qui vont modifier les catégories de différents médicaments, et je souligne l'importance du déjà acquis à propos des médicaments génériques. Ceux-ci ont pour but — je tiens à le préciser — de permettre à un plus grand nombre de malades de mieux recourir à une série de médicaments dont le prix est devenu, sous cette présentation, plus abordable.

Comme je l'ai déjà fait lors d'une question parlementaire, je désire insister sur l'importance que revêt à mes yeux la prescription magistrale. Il serait erroné de croire qu'elle n'a qu'une validité et une utilité très limitées dans le temps et que l'on peut donc se dispenser d'indiquer sur l'emballage du médicament la date de péremption : au contraire, l'indication de cette date éviterait maints gaspillages.

Je voudrais encore souligner que tant les amis de la santé publique que ceux des arts ont beaucoup apprécié votre volonté d'admettre — mais le problème technique est considérable et sa solution demandera du temps, j'en conviens — les artistes au bénéfice de la réparation de maladies professionnelles.

Il s'agit de reconnaître comme professionnelles certaines affections qui les touchent plus particulièrement, eu égard à la pratique de leur art, et d'intégrer dans la liste des entreprises reconnues, les entreprises de spectacle.

Le monde des arts du spectacle avait manifesté son intérêt pour la proposition que j'avais eu l'honneur de déposer à ce propos devant le Sénat : il souhaite avec insistance, que les affections qui frappent très durement certains de ses membres soient reconnues. En effet, ces artistes, une fois malades, ont un avenir très sombre : ils sont amenés à quitter leur profession sans que soit reconnue la cause professionnelle de leur affection et sans qu'il leur soit possible de retrouver du travail dans leur spécialité.

Je terminerai en insistant sur deux autres points. Autour de nous, et notamment en France, se pose, de façon inéluctable, le problème du sort que nous réservons aux embryons congelés qui deviennent surnuméraires par rapport à l'usage auquel on les destine actuellement : fécondation artificielle, appelée Fivete, c'est-à-dire la fécondation *in vitro* et transplantation embryonnaire.

Quatre solutions peuvent être envisagées :

— Réserver exclusivement aux couples à l'origine des embryons l'utilisation de ceux-ci;

— Permettre l'adoption des embryons par d'autres couples eux-mêmes stériles;

— Les supprimer;

— Les réserver pour les utiliser à des fins de recherches scientifiques.

Il serait très dangereux de fermer les yeux sur les dérives qui peuvent se produire en cette si délicate matière, notamment par la production médicale d'enfants et par la manipulation des embryons ainsi congelés. Je pourrais vous citer des exemples assez affreux d'utilisation d'embryons congelés à toutes sortes de fins exécrables, notamment la fabrication de cosmétiques. L'absence de cadre juridique est un obstacle qu'il nous faudra vaincre un jour. Ce m'est l'occasion d'exprimer un souhait: À l'avenir, les services médicaux compétents devraient suffisamment informer les couples « donneurs d'embryons » et vérifier la nature et la profondeur de leur désir d'un transfert d'embryons.

Retenons qu'aujourd'hui on compte en France 3 à 4 000 embryons humains conservés par congélation. Le conseil d'éthique français estime qu'il ne faut pas conserver les embryons plus de vingt et un mois. Il me paraît donc utile de se pencher sur le problème afin de pouvoir contrôler la destination des embryons et donner un cadre juridique adéquat à cette pratique.

La dernière question que j'aborderai devant vous se situe, elle aussi, aux frontières de l'éthique, du droit et de la médecine. Les expériences de transfert de gènes sont actuellement pratiquées de manière très courante en biologie animale.

Je ne vous apprendrai pas que le gène est précisément le support, le matériau de la transmission des caractères profonds de l'être, végétal ou animal. Ces techniques ont été récemment employées en biologie humaine.

Appliquer à l'homme les méthodes de transfert de gènes pose un problème très redoutable. En effet, ces méthodes peuvent impliquer l'introduction de matériel génétique dans les cellules reproductrices: il s'ensuit que le patrimoine génétique de l'humanité court ainsi le risque de s'en trouver modifié, avec les inévitables conséquences qui en découlent.

Devant ces deux questions, graves, et qui nous interpellent, le Parlement a donc le devoir de s'exprimer, de mettre en garde l'opinion publique et les milieux concernés, et d'entreprendre de combler le vide juridique actuel, si inquiétant.

À titre personnel, j'exprime le souhait que vous preniez, messieurs les ministres, l'initiative de constituer un groupe de travail et de réflexion, multidisciplinaire, pluraliste. Il procéderait à la collecte des informations chez nous et dans les pays où ces méthodes sont pratiquées. Il permettrait la confrontation des points de vue. Il préparerait notre législation à aborder demain un droit européen unifié, lequel me paraît par ailleurs souhaitable lorsque l'on aborde des questions aussi importantes, aussi délicates. (*Applaudissements.*)

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

De heer Vandekerckhove. — Mijnheer de Voorzitter, in de eerste plaats bekent ik dat mijn uitgangspositie een beetje wankel is. Ik had in de documenten van de Kamer de uiteenzetting van de minister van Sociale Zaken over het hospitaalwezen gelezen. Gelet op de titel meende ik dat het over het departement van Sociale Zaken ging. Dokter Peeters wees mij erop dat het over het departement van Volksgezondheid ging. Gezien de materies gemengd zijn, zult u mij dit wel niet kwalijk nemen.

Een tweede reden van mijn wankel positie is dat ik in de krant heb gelezen dat de voorstanders van een federalisering van de Sociale Zekerheid door de minister *des Flamings rabiques* zijn genoemd. De minister ziet hier nu een *Flamingant rabique* op het spreekgestoelte staan; immers ik ben daar inderdaad voorstander van en ik voel mij door die uitlating van de minister dus ook niet beledigd.

Vanavond, bij de bespreking van de begroting van Sociale Voorzorg en van Volksgezondheid, wil ik de aandacht van de minister en de staatssecretaris vragen voor het probleem van het ziekenhuisbeleid. Ik ga uit van mijn eigen ervaring en wil een aantal maatregelen doorlichten.

De ziekenhuizen zijn een belangrijke post in het budget van de gezondheidszorg. Ze vertegenwoordigen een bedrag van 90 miljard.

In de voorbije jaren, vóór de maatregelen-Dehaene, brachten de programmaties, die gebeurden op verscheidene niveaus, geen

vermindering van het aantal ziekenhuisbedden met zich. Integendeel, ze gaven in die periode aanleiding tot een stijging van het aantal ziekenhuisbedden. Ook de verhoging van de ligdagprijs, te wijten aan hotelkosten, lonen enzovoort, heeft van de ziekenhuizen een belangrijke kostenverwekkende factor in de gezondheidszorg gemaakt. Het was dus noodzakelijk om op één of andere manier in te grijpen.

Dat ingrijpen is gebeurd door een reeks voorschriften van de centrale regering. De regering kon daar in tegenstelling tot vele andere materies veel grondiger ingrijpen. Ze had een veel grotere greep op het bepalen van de ligdagprijs, op het afremmen van het aantal ziekenhuisbedden, op normen en voorschriften voor rekeningen, enzovoort.

Als ik de voorbije periode naga, heb ik de indruk dat er twee grote groepen van maatregelen waren in het ziekenhuisbeleid. Er is de omzetting van ziekenhuisbedden naar RVT-bedden met het bekende tweemaal-een-systeem: twee RVT-bedden voor één ziekenhuisbed. Er is voor de RVT-bedden de lagere ligdagprijs in vergelijking met de ligdagprijs van de ziekenhuizen.

Vele van deze bedden zijn gelegen buiten het normale ziekenhuiscircuit.

De weerslag van deze eerste reeks maatregelen hebben wij teruggevonden in de statistieken die in het verslag zijn opgenomen.

Een tweede reeks maatregelen was het toepassen van parameters als de gemiddelde ligduur, de bezettingsgraad van de verscheidene diensten, en ingrepen in de aard van deze parameters, namelijk het sluiten van bepaalde diensten en het verplicht omzetten in RVT-bedden.

Wat heeft dit tot gevolg gehad? Als men het louter budgettair bekijkt, is het gebruik van de kredieten verbeterd. Ik heb al gezegd dat ik twijfels heb bij de tweemaal-een-rekening omdat ik er vanaf het begin van overtuigd was dat de ligdagprijs voor de RVT-bedden zal moeten worden opgetrokken. Naarmate er meer RVT-bedden komen, zal dit gebeuren met het gevolg dat hoe dichter deze prijs de ziekenhuisprijs benadert hoe meer de rekening opnieuw zal oplopen.

Ik wil het vanavond niet hebben over de budgettaire aspecten die ongetwijfeld gunstig zijn. Zoals men in het leger zou zeggen, zal ik u rapport brengen van de toestand te velde. Die is minder rooskleurig dan uit de cijfers blijkt. Allereerst hebben deze maatregelen meegebracht dat — en dat moeten wij erkennen — de leefbaarheid van vele kleinere en zelfs middelgrote ziekenhuizen bedreigd is. Wij weten allen dat kleinere ziekenhuizen zijn verdwenen en dat er steeds meer fusies zijn van ziekenhuizen. Op zich kan dat geen kwaad, maar wij moeten er wel rekening mee houden dat de meer menselijke aspecten van de geneeskunde, in tegenstelling tot de meer technische, heel vaak het uitgelezen terrein waren van deze kleinere ziekenhuizen. Het wordt steeds moeilijker om in grotere ziekenhuizen het menselijk aspect van de geneeskunde in stand te houden.

Dat doet mij terugdenken aan de jaren waarin ik assistent was in het *Unfallkrankenhaus* te Graz in Oostenrijk, waar de arbeidsongevallen uit Steiermark terecht kwamen. De mensen kwamen nog met de tram. Als de tram stopte, zei ik de bestuurder: « Knochenreparaturwerkstätte. Aussteigen ». En dat gebeurde dan ook.

Ik heb de indruk dat de ziekenhuizen, ondanks alle goede pogingen om meer menselijk te zijn, meer en meer *Reparaturwerkstätte* worden. Meer en meer wordt er gewerkt — en ik spreek me met een bijna oneerbiedig woord uit — als een soort garagisten die moeten maken wat stuk is gegaan.

Het is misschien meer uitgesproken in mijn beroepssector dan in andere sectoren. Toch is het een aspect waarmee wij voldoende rekening moeten houden. Ik werk zelf niet in een kleiner ziekenhuis, ik praat dus niet voor mezelf, maar in kleinere ziekenhuizen kunnen bepaalde aspecten van de geneeskunde en verzorging beter gebeuren dan in bepaalde mastodontziekenhuizen.

Een tweede effect is dat grotere en regionale ziekenhuizen op het ogenblik overbelast worden. Ik kan dit uit eigen ervaring

getuigen. Men kan niet ontkennen dat er in grotere ziekenhuizen steeds langere wachtlijsten komen. Er is geen mogelijkheid om meteen opgenomen te worden. Deze wachtlijsten kunnen niet worden weggewerkt. Ik heb vanmorgen nog mensen ontmoet die vier weken op de wachtlijst staan en wegens een gebrek aan bedden niet kunnen worden opgenomen. Er groeit een reëel tekort aan bedden, vooral in de chirurgische diensten van de grote ziekenhuizen. De *turnover* van patiënten is zeer groot geworden. In ziekenhuisjargon zegt men dat «het bed warm wordt gehouden». De *turnover* is inderdaad zo groot dat de ene zit te wachten tot de andere vertrekt. Voor vele ingrepen werkt men bijna met het systeem van de dagkliniek, zodat patiënten op de dag van de ingreep zelf reeds naar huis mogen.

Dit alles brengt mee dat er ook voor de verpleegkundigen, daarop vestig ik extra de aandacht, een enorme werkbelasting is ontstaan. Deze werkbelasting bestaat vooral in bepaalde diensten, zoals intensieve diensten, vlot draaiende heelkundige diensten en operatiezalen. Het personeel is niet in aantal toegenomen. Men zit met dezelfde mankracht, maar er gebeuren veel meer ingrepen, precies door de vergrote *turnover*. De situatie is bijna onmogelijk geworden.

Ook het administratieve werk, de paperasserie is enorm toegenomen. Op onze afdeling moeten de verpleegsters soms tot één uur nablijven om alle paperasserie af te handelen. Het kan heel mooi lijken om onderzoek te verrichten naar de minimale verpleegprestaties in een ziekenhuis, maar ik vraag mij af wat men kan leren indien men moet invullen hoeveel maal men de bedpan heeft gegeven en of men dit alleen, of met zijn tweeën heeft gedaan. Dit gaat toch wel te ver en daaraan moet men een einde maken. Hetzelfde geldt voor patiënten die slechts één of twee dagen blijven. Voor het toedienen van medicijnen, één of twee pilletjes, moet een volledig papier worden ingevuld en moeten de redenen van de medicatie worden opgegeven. Bij maagklachten wordt er soms zelfs gevraagd of men een gastroscopie heeft uitgevoerd. Iemand met dergelijke klachten zou men dan eigenlijk nog zo'n onderzoek dat 5 000 frank kost moeten laten ondergaan, om dit papier te kunnen invullen. Er komt een teveel aan administratief werk en dit is voor de verpleegkundigen een zware dobber.

Een derde aspect is de steeds groter wordende budgettaire afhankelijkheid van de technische diensten. Wij beleven ter zake een totale ommekeer. In het ziekenhuis waar ik werk, wordt 60 pct. van het budget door drie diensten geleverd: radiologie en medische beeldvorming, laboratorium en nucleaire onderzoeken. Er loopt iets verkeerd als meer dan 60 pct. van het budget op deze manier wordt geleverd. De realiteit is dat een hele reeks andere medici, «ambachtelijke» mensen, die niet werken met machines, bij de directie gewoon geen gehoor meer vinden. Wat is het belang van deze mensen met hun 3,4 of 5 pct. van het ziekenhuisbudget!

Men ziet ons daar niet eens staan. Het hele ziekenhuisgebeuren wordt gericht op de technische prestaties, die u meer en meer geld zullen kosten, mijnheer de minister. Deze prestaties houden immers de mogelijkheid tot overconsumptie in, want daar kan men de onderzoeken uittentreuren herhalen. Daar ligt de grootste oorzaak van de stijging van de onkosten, maar uw maatregelen voor de ziekenhuizen veranderen daar niets aan. De ziekenhuizen hebben er intengende voordeel bij om de technische prestaties te vermeerderen.

Ik heb de indruk dat u zich dit niet realiseert, mijnheer de minister. U meent allicht, dat wat ik zeg, niet waar is, maar ik werk te velde en weet beter. Ik wil er echter niet verder over discussiëren.

U hebt ook een nieuw voorstel voor de permanentiediensten in de ziekenhuizen. Er zijn verscheidene soorten van permanentiediensten. Er is de normale wacht, die goed is en nodig blijft.

Nu moet er echter nog een tweede en zelfs een derde permanentiedienst komen. De personen die deze permanentiediensten moeten waarnemen, blijven inslapen. In de realiteit vraagt men in de ziekenhuizen aan de artsen van deze tweede en derde permanentiedienst enkel te blijven inslapen, maar men verbiedt ze te werken, omdat zij anders de afspraken over de

wacht verstoren. Wat is dan de zin van een dergelijke permanentie? Is dit geen geldverspilling?

Voorts is er de scheeftrekking van de nomenclatuur ten gunste van de technische prestaties. In de geneeskundige technische commissies lopen de belangen samen. De artsen moeten hun inkomen beveiligen en de ziekenhuizen moeten zorgen voor hun budget. En ook de andere betrokkenen hebben belang bij het opdrijven van de technische prestaties. U staat dus aan een druk bloot, mijnheer de minister, die u zeer moeilijk kan weerstaan.

Mijn betoog is niet gericht tegen uw beleid of tegen uw persoon. Ik wil alleen een noodkreet laten weerklinken. Mijns inziens is immers de grens van de samendrukbaarheid van het aantal ziekenhuizen bereikt. Wel is een ingrijpende beperking van de technische prestaties nodig. Indien men wil besparen, moet men andere maatregelen treffen. U sprak over het historisch forfait, mijnheer de minister. Welnu, dit forfait is de bekroning van degenen die steeds in het wilde weg hebben geconsumeerd en nooit hebben bespaard. Dit kan toch niet.

Ik kan de maatregelen die u moet nemen, niet zo maar op een schaalte aanbieden. Maar men zou bijvoorbeeld voor sommige klinische onderzoeken met een enveloppesysteem per geval kunnen werken. Men zou toch niet altijd het hele rijtje van onderzoeken moeten verrichten, wanneer er echt geen reden toe is. Op het ogenblik stelt men immers vaak geen diagnose meer, maar men gaat gewoon met eliminatie te werk. Uit de hele reeks van röntgenfoto's en andere technische en klinische onderzoeken, moet er een diagnose te voorschijn komen.

De arts die in de ziekenhuizen niet met de machines, maar wel met zijn handen en zijn hoofd werkt, geraakt in de verdrukking. De voorbeelden zijn legio. Een huidarts geraakt in een ziekenhuis met zijn consultaties niet uit de kosten. Zo zijn er nog anderen. Het ziekenhuisbudget moet dan ook worden losgekoppeld van het immer stijgende en steeds meer woekerende geheel van de technische geneeskunde.

Tot slot, mijnheer de minister, wil ik u zeggen dat een deel van de eisen van het verplegend personeel redelijk zijn. Hier moet iets worden gedaan. Het gaat toch niet op dat die mensen voor een paar luttele honderd frank, als zij die krijgen, hele nachten moeten werken in drukke ziekenhuizen.

Hun werkkraft is zeer groot. Hun ongenoegen is terecht. Ik vraag u ook om voor hen iets te doen, niet alleen qua loon, maar eveneens qua promotiemogelijkheden en werkatmosfeer.

Ik ben van oordeel dat, wil u de kwaliteit van de geneeskunde niet aantasten, de grens van de samendrukbaarheid, zeker van de acute bedden, in de ziekenhuizen is bereikt. (*Applaus.*)

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

De heer Pataer. — Mijnheer de Voorzitter, het verheugt mij hier onmiddellijk te kunnen aansluiten bij het betoog van collega Vandekerckhove vermits ik hoofdzakelijk zal spreken over de problematiek van het ziekenhuispersoneel.

Het behoort tot de allereerste opdracht van de volksvertegenwoordiging te luisteren naar wat leeft in de samenleving en daarover op een geëngageerde wijze te rapporteren in het Parlement. Het is trouwens zowat het enig zinvolle dat we hier kunnen doen bij de bespreking van begrotingen die helemaal zijn opgebruikt.

Ik heb vorige week meegestapt langs de klassieke Noord-Zuid-betogingsroute te Brussel, welbekend bij alle betogers in het gezelschap van zowat 40 000 zorgenverstrekken en andere welzijnswerkers. Ik was getroffen door de vastberadenheid, maar ook door de bitterheid van de betogers. Die bitterheid was ingegeven door ontgoocheling en onbegrip. Niet omdat er geen begrip zou bestaan voor hun eisen. Iedereen in het Parlement, in de regering en ver daarbuiten is het erover eens dat verplegenden, opvoeders enzovoorts onderbetaald en tegelijk overwerkt zijn. Inzake dat overwerkt zijn wil ik erop wijzen dat de grotere intensiteit en de grotere belasting van de arbeid van het ziekenhuispersoneel mede het gevolg is van het beleid van de voorbije regeringen.

Door het drastisch inkorten — hier zit ik geheel op dezelfde lijn als collega Vandekerckhove — van de verblijfsperiode van de patiënten in de ziekenhuizen is ook de temperatuur van het verplegend personeel met schokken de hoogte ingegaan. Toen de patiënten langer in de ziekenhuizen verbleven was het verzorgingstempo aanzienlijk lager en was er enig evenwicht tussen de piekmomenten en de rustiger periodes.

Nu is er nog nauwelijks tijd om te ademen. Ook de door de overheid aangewakkerde deeltijdse tewerkstelling heeft de arbeidsbelasting gevoelig verhoogd. In nogal wat ziekenhuizen heeft de uitbreiding van de deeltijdse arbeid nauwelijks aanleiding gegeven tot het aanwerven van bijkomend personeel, met alle gevolgen van dien. Door een vermindering van het arbeidsvolume wordt er vanzelfsprekend meer arbeid gepresteerd door minder mensen, zodat de stress en de spanning in heel wat ziekenhuizen als het ware te snijden valt. De uitbreiding van de personeelsomkadering is ten minste even dringend als een aanpassing van de bezoldiging.

Ik sprak over ontgoocheling en onbegrip. Ik heb het gevoel dat die ontgoocheling en dat onbegrip te maken hebben met ons aller onmacht om de elementaire eisen van het actievoerende personeel te beantwoorden. Ze begrijpen niet dat wij ons blijven verschuilen achter budgettaire imperatieven en dat wij niet bij machte zijn een fundamenteel antwoord te geven op een tweetal vragen:

1. Waarom kan hier geen programmaovereenkomst worden gemaakt, gespreid over verscheidene jaren, ten einde de onaanvaardbare achterstanden inzake menswaardige bezoldiging in te halen? Wat mogelijk is voor andere « vitale » sectoren zoals legeraankopen en elektriciteitsproductie, moet hier toch ook kunnen!

2. Waarom wordt in het Parlement, de regering en de rondetafelconferentie over de ziekteverzekering geen grondig debat gevoerd over een herverdeling van de inkomens tussen alle zorgenverstrekkers die in hetzelfde ziekenhuis toch samen instaan voor alle zieken en gewonden? Men begrijpt niet dat binnen het budget van eenzelfde ziekenhuis er tussen een verpleegkundige en een arts vaak een loonspanning bestaat van 1 tot 10. Zoals wij ook niet kunnen begrijpen dat een aantal gevestigde artsen het moeten stellen met een inkomen dat niet hoger ligt dan 500 à 600 000 frank per jaar, terwijl andere artsen soms tientallen miljoenen per jaar verdienen. Dat is niet houdbaar. Zulke situatie hypothekeert niet alleen de gezondmaking van onze ziekteverzekering, maar vormt een tijdbom binnen de wereld van de verpleegkundigen, die het niet langer nemen de lastigste, smerigste en meest zenuwslopende prestaties te moeten leveren, nagenoeg continu, waar anderen tenslotte de grootste pecuniaire vruchten van plukken.

Het is dan ook mijn overtuiging dat de financiering van de gerechtvaardigde eisen van het ziekenhuispersoneel niet alleen van de Schatkist en dus van de belastingbetaler kan komen. Er moet worden overgegaan tot een grondige herschikking van de geldstroom binnen de ziekenhuiswereld op basis van solidariteit.

Ik sluit mij dus volkomen aan bij de uiteenzetting in dezelfde zin die door kamerlid Lode Hancké werd gehouden bij de bespreking van deze begroting in de Kamer en, naar verluidt, eveneens tijdens de ronde-tafelconferentie over de ziekteverzekering. In verband met de geldstroom binnen de ziekenhuizen wil ik ook iets zeggen over de ondoorzichtigheid van de boekhouding in heel wat privé-ziekenhuizen.

Ik wil eraan herinneren dat een boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen werd ingevoerd bij koninklijk besluit van 14 december 1987, wat wij van harte hebben toegejuicht, maar dat een recent koninklijk besluit van 22 juli 1988 de toepassing ervan op een aantal punten heeft uitgesteld. Ik wil hier toch het feit aanklagen dat de rekeningen van de ziekenhuizen dikwijls letterlijk « verduisterd » worden door de akkoorden die gesloten worden tussen de beheerders en de geneesheren. Op een ogenblik dat de druk op de ziekenhuisbegrotingen alsmaar groter wordt en de arbeidsvoorwaarden van het personeel alsmaar zwaarder, is een opheldering van bedoelde cijfers enorm belangrijk. De vakbonden van het ziekenhuispersoneel hebben de minister gevraagd dat er een audit zou worden georganiseerd

over de conventies gesloten tussen de ziekenhuizen en de geneesheren.

De ziekenhuissector, ook de privé-sector, leeft voor het grootste gedeelte uit de hand van de overheid. Het is dan ook niet meer dan vanzelfsprekend dat de rekeningen van de ziekenhuizen het voorwerp worden van voldoende openbaarheid. Hetzelfde geldt trouwens voor de aanwending van de investeringskredieten die aan de ziekenhuizen worden toegekend. Het is niet altijd zo duidelijk dat deze worden aangewend waarvoor ze waren bestemd en het is absoluut niet vanzelfsprekend dat bepaalde ziekenhuizen proberen een spaarpotje aan te leggen voor latere expansie, met het oog op de soms onverbiddelijke concurrentiestrijd tussen de ziekenhuizen, die onder meer wordt gevoerd met een maximum aan bakstenen en luxueuze hoogtechnologische uitrustingen.

Een Antwerpse krant publiceerde vandaag een ontstellend bericht in verband met de zwarte handel die wordt gevoerd in rust- en verzorgingsbedden, in gewone ziekenhuisbedden en zelfs in fictieve ligdagen. Het artikel meldt: « Instellingen die maar al te graag aan de klaagmuur staan blijken als het erop aankomt te beschikken over royale fondsen, waarmee zij fel begeerde rust- en verzorgingsbedden kunnen kopen. »

Het bezoldigingsstatuut, namelijk de weddeschalen en de functieclassificatie, van het ziekenhuispersoneel in de gesubsidieerde instellingen wordt in principe ingevuld naar het voorbeeld van dat van het overheidspersoneel. Kenmerkend voor het overheidspersoneel is het geringe carrièreperspectief op de lagere niveaus. Als compensatie daarvoor wordt dan meestal verwezen naar de vastheid van betrekking en het relatief voordelig pensioenstelsel, twee voordelen die de werknemers in de niet-openbare ziekenhuizen moeten ontberen. De vaststelling dat de afgelopen 12 jaar noch in de openbare sector noch in de gesubsidieerde sectoren geen enkele substantiële weddeverbetering werd toegekend, is derhalve extra schrijnend voor die gesubsidieerde sectoren. Men kan nu zelfs spreken van een groeiende kloof tussen de privé-welzijnssector en de overheidssector. De forfaitaire weddeverhoging van 1 000 frank wordt bijvoorbeeld in de OCMW-ziekenhuizen uitbetaald sinds 1 juli 1988, terwijl in de privé-ziekenhuizen diezelfde verhoging pas sinds 1 januari 1989 wordt toegekend en dan nog niet overal. Ik denk hier aan de ziekenhuizen behorend tot de federatie van dokter Wynen. Vermits het in beide soorten van ziekenhuizen toch om een kostenelement van dezelfde ligdagprijs gaat, begrijp ik niet goed hoe dit verschil kan worden verantwoord. Graag kreeg ik dan ook enige uitleg over deze verschillende toepassingsdata.

Mijnheer de minister, u hebt vorige vrijdag, en ook gisteren nog, medegedeeld dat u de 2 pct. weddeverhoging in de openbare sector wil opnemen in de ligdagprijs voor de privé-ziekenhuizen vanaf september van dit jaar en dat u ook de verhoging van het vakantiegeld met 6 000 frank wil subsidiëren, samen met een betere vergoeding voor de onregelmatige prestaties. Dat lijkt ons consistent. Ik ben wel nieuwsgierig te vernemen hoe u dit concreet zult realiseren. Ik moet u zeggen dat de vakbonden uit de openbare sector en de privé-sector enigszins vrezen tegen elkaar te worden uitgespeeld.

Ik prijs uw voornemen om de statuten van het personeel van de openbare en van de privé-instellingen meer op elkaar te laten aansluiten, liefst in alle klaarheid. De harmonisering van het extra loon voor onregelmatig werk door bijvoorbeeld de 20 pct. toeslag tot 30 pct. op te trekken mag niet gebeuren ten koste van de uitbetaling van achterstallige vergoedingen of toe te kennen weddeverhogingen.

Politiek is het meestal geen goede zaak al te lang te treuzelen met het tegemoetkomen aan gewettigde looneisen. Het risico van opbod en van een aanzwellend eisenpakket wordt dan levensgroot. Vorig jaar, op 4 oktober 1988, werd er betoogd voor een weddeverhoging van 3,5 pct. vanaf 1 juli 1988, wat zou overeenkomen met de gemiddelde loonsverhoging in de diverse sectoren tijdens 1987 en 1988. Vorige vrijdag was die eis nergens meer te bespeuren. De gevraagde en opgeëiste loonsverhogingen zijn intussen met sprongen naar omhoog gegaan. De niet gerealiseerde eisen van 1988 worden nu blijkbaar gecuc-

muleerd met nieuwe eisen voor 1989 en 1990. Het is dus verkeerd besprekingen te rekken — ik beweer niet dat dit uw bedoeling is, mijnheer de minister — in de hoop dat de acties dan zullen stilvallen. Ik vrees voor het tegendeel.

Tenslotte wil ik beklemtonen dat de strijd van de verplegende en andere ziekenhuiswerkers, zoals collega Vandekerckhove ook heeft opgemerkt, inderdaad niet alleen draait om centen. Ik weet trouwens dat u dat zelfs zeer goed beseft. Hoe kan dit anders als ik lees wat een van uw rechtstreekse medewerkers, tevens nursing-directrice van een universitair ziekenhuis, heeft toevertrouwd aan *Le Soir* van 16 november 1988: «Le découragement, l'insatisfaction du travail non fini, la fatigue accumulée, le stress lié à la peur de l'erreur peuvent influencer directement l'investissement d'un professionnel et, par là, avoir un effet négatif sur la qualité des soins.»

Volgens dezelfde bevoorrechte getuige voelt het ziekenhuispersoneel en vooral het verplegend personeel zich geprangd in een helse cirkel. Om de arbeidsbelasting te verlichten zou er meer personeel moeten worden aangeworven, maar dat personeel is op de arbeidsmarkt nauwelijks te vinden. Er zou op dit ogenblik in de algemene ziekenhuizen een tekort bestaan van 2 500 gekwalificeerde verpleegkundigen, naast een tekort van 3 000 verpleegkundigen en 2 000 hulpkrachten in de geriatrie instellingen. Meer en meer mist het beroep aantrekkingskracht, met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit van de geneeskundige verzorging. Meer personeel, betere arbeidsvoorwaarden, meer motivatie enzovoort wordt derhalve een zaak van elementaire volksgezondheid.

Een kwalitatieve eis van eerste orde is ook de inspraak in het beleid van de ziekenhuizen. Ik heb vanop deze tribune, de voorbije jaren, reeds herhaalde malen erop gewezen dat het puur onrecht was en een miskenning van de professionele inbreng van de verplegenden, wel een medische raad op te richten, en dan nog bij volmachtsbesluit, maar geen algemene ziekenhuisraad waarin alle beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn. Ik pleit voor een algemene raad in ieder ziekenhuis en dus niet voor een raad van verpleegkundigen naast andere raden. We moeten ons samen behoeden voor het institutionaliseren van het corporatisme dat welig tiert in de medische sector.

Ziekenhuiswerk is ploegwerk. Prestatiegeneeskunde en een te ver gaande arbeidsverdeling staan haaks op een moderne en humane ziekenzorg. Wij moeten structuren creëren waarin medici en paramedici in staat worden gesteld solidair de noden op te vangen in een vergrijzende en harder wordende maatschappij.

Het kan zijn dat, zelfs na een solidaire inspanning van alle betrokkenen, dat soort politiek de maatschappij meer zal kosten. Het zij zo. Het humaan houden van de samenleving is een prijs waard.

Ik weet, mijnheer de minister, dat u gevoelig bent voor deze benadering en ik vertrouw er dan ook op dat dit uw beleid blijvend zal inspireren. (*Applaus.*)

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

M. Delloy. — Monsieur le Président, le Parlement a mené à bien les deux premières phases de la réforme de la Constitution. Désormais, Communautés et Régions seront maîtresses de leur sort. Comme beaucoup, d'entre nous, je m'en réjouis.

Il semble dès à présent évident que d'autres phases seront nécessaires pour amener notre pays à une efficacité optimale dans le respect des intérêts de chaque Communauté.

Comme plusieurs orateurs l'ont souligné, il est inutile d'entamer une discussion sur le budget 1988 proprement dit.

Toutefois, comme certaines voix se sont élevées pour revendiquer la régionalisation de la sécurité sociale, je profite de la discussion du budget des Affaires sociales pour remettre en évidence ce qui, à mes yeux, semble primordial dans le cadre d'un Etat fédéral qui se doit d'affirmer, dans certaines matières, sa solidarité envers toutes les composantes du pays.

La pérennité de notre système de sécurité sociale ne peut être assurée si nous ne renforçons pas la stabilité de son financement.

L'actuel financement basé sur la participation obligatoire des travailleurs, des employeurs et de l'Etat ne peut absolument pas être remis en cause.

Pour ce qui concerne les travailleurs et les employeurs, leurs cotisations revêtent une double signification: d'une part, elles permettent de visualiser l'importance des volumes financiers qui sont nécessaires à la protection sociale. Sans cette perception, aurions-nous vraiment une approche judicieuse et éclairée du coût du système et de ses exigences? D'autre part, par leur caractère obligatoire, les cotisations confirment l'indispensable solidarité qui lie tous les citoyens.

L'idée qu'au devoir de cotiser est assorti le droit à une assurance devrait être exaltée en ces temps où nous fêtons le bi-centenaire de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

Pour certains, mon discours pourrait apparaître comme la répétition lassante de propos sans couleurs. Et pourtant, deux dangers menacent nos mécanismes de protection sociale.

Tout d'abord, l'insidieuse émergence des propositions déjà formulées sous d'autres gouvernements qui visaient à permettre aux citoyens de verser une simple cotisation de base et d'avoir recours, pour le surplus, aux assurances commerciales.

Cette conception n'est pas morte. Elle aurait pour effet de miner le système et de nous renvoyer à l'image du désastre social que connaissent les Etats-Unis d'Amérique. C'est pourquoi il me semble important de ne pas favoriser ce type d'assurances.

A ce sujet, j'aimerais souligner le rôle irremplaçable des mutuelles qui, en tant qu'associations d'usagers, ne visent aucun but commercial et toutes les modalités de protection du patient, devraient leur être réservées.

Au-delà de toute autre considération, je me plais à souligner, dans l'organisation de la plupart des mutuelles, le côté irremplaçable et incontestablement humain du contact direct avec les membres.

J'espère, monsieur le ministre, que vous êtes convaincu du bien-fondé de ma proposition et que vous vous en inspirerez lors de l'examen de la loi sur les mutuelles.

Le second danger que je veux épingler a trait aux conséquences des positions nationalistes ou régionalistes de ceux qui souhaitent la communautarisation de la sécurité sociale.

Chacun a le droit de désigner les tenants de cette thèse dans les termes qu'il juge les plus adéquats; il n'est pas question d'insultes. Quant à moi, je souhaite simplement mettre en évidence les aspects dangereux qu'une telle position peut engendrer.

Rappelons que notre système n'est acceptable et viable que dans la mesure où il répartit les risques sur un plus grand nombre.

Nous ne pouvons accepter cette conception qui serait néfaste à tous sans distinction de langues.

A terme, la sécurité sociale, dont la base viendrait à se réduire, implique des restrictions de couvertures, le contrôle rigoureux des situations particulières, l'exclusion quasi automatique des consommateurs à risques et, en parallèle, la prospérité des assureurs privés.

La sécurité sociale laisserait la place, au travers de toutes ses investigations, à une police sociale.

C'est une ineptie dans l'Europe en construction.

Dans notre pays, si certains se laissaient aller à considérer que la solidarité peut être adaptée en fonction de la langue ou du lieu de naissance, la Belgique éclaterait immédiatement, ne fût-ce que parce que les citoyens rechercheraient spontanément à s'appuyer sur une collectivité plus nombreuse, plus généreuse, plus solidaire.

Dans le budget qui nous est présenté aujourd'hui, les principes de solidarité sont sauvegardés; c'est l'essentiel.

Pour le reste, je plaide pour un moratoire pour toutes les mesures qui pourraient frapper, surtout dans le domaine de la santé, le citoyen malade ou bien portant.

Monsieur le ministre, si notre mission consiste à préserver l'essentiel, notre objectif est de nous orienter plus que jamais vers la recherche d'économies. Pour ce faire, il faut viser certes ceux qui abusent, mais surtout ceux qui incitent aux abus.

Je suis persuadé que vous partagerez mon point de vue. En ce qui me concerne, je vous accorde toute ma confiance. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Busquin, ministre.

M. Busquin, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le Président, bien que les préoccupations des intervenants qui se sont succédé à cette tribune s'inscrivent dans le cadre du budget 1988, nous aurons, dans cette assemblée, l'occasion d'y revenir lorsque nous examinerons les budgets de la Sécurité sociale et de la Santé publique pour 1989, qui seront déposés prochainement.

Monsieur le Président, ma réponse à M. Anthuenis, qui s'est excusé de ne pouvoir participer à nos travaux ce soir, ne comportera pas tous les détails que sa présence aurait justifiés. M. Anthuenis me prête des intentions qui sont le fruit de son imagination. Nous n'envisageons pas de créer de nouvelles institutions qui engendreraient des coûts supplémentaires ou nouveaux.

Ce que nous souhaitons, c'est tendre vers une plus grande humanisation des appareils de la sécurité sociale, permettre, grâce à l'informatique, un accès plus direct et mieux coordonné aux données et aux informations. Un projet de loi sera déposé prochainement au Parlement dans ce sens. L'objectif visé est, d'une part, une meilleure distribution de l'information entre les différents organismes de sécurité sociale et, d'autre part, une simplification, une harmonisation. Ces mesures rejoignent l'esprit des commissions Petit ou du rapport Dielemans-Vandevorst.

L'idée est de rendre accessibles aux citoyens les organismes de la sécurité sociale qui, à nous-mêmes, paraissent parfois complexes, par une décentralisation vers les communes ou les CPAS. A cette fin, j'ai demandé aux différents parastataux de la sécurité sociale de quels éléments de décentralisation ils disposaient dès maintenant afin de rencontrer cet objectif.

Contrairement à ce que M. Anthuenis affirme, j'œuvre donc dans le sens d'une simplification, d'une information et d'une transparence afin que le citoyen ait un meilleur contact avec les administrations.

J'en viens aux frais administratifs et au fameux audit Andersen. A cet égard, le document dont vous disposez est la présentation la plus complète que je possède. Ainsi, lorsque Mme Herman m'a interpellé dernièrement à ce sujet, après lui avoir répondu synthétiquement, je lui ai transmis, en sa qualité de présidente de la commission, le rapport complet. En commission de la Table ronde, chaque groupe disposait de ce même rapport. Ce que l'on me demande maintenant, ce sont apparemment les outils de travail de l'entreprise Andersen, les calculs qu'elle a effectués et qui ont peut-être été saisis par le Comité supérieur de contrôle. Je n'ai pas à m'immiscer dans une entreprise privée. Si pareille attitude devait être prise, plus aucun audit ne serait possible.

Je répète donc que le rapport complet, confidentiel, aux pages numérotées — afin d'éviter les fuites malencontreuses — a été remis et est à la disposition des membres du Sénat et de la Chambre, des commissions compétentes et des membres de la Table ronde de l'INAMI. Je voudrais, dès lors, que l'on cesse de me parler de ce manque de transparence du rapport Andersen.

Par ailleurs, les frais administratifs des mutuelles ont été maintenus au niveau de 1985. Dans ce secteur, où une informatisation doit être réalisée et où les coûts salariaux ont augmenté, l'effort accompli en vue d'atteindre l'équilibre n'est pas négligeable.

En outre, la Table ronde au niveau national terminera ses travaux sous peu. Le 6 février se tiendra la dernière réunion de la commission relative aux équilibres financiers et je recevrai le rapport de cette Table ronde à la mi-février. L'horaire prévu sera donc respecté.

Je tenais à apporter ces précisions car M. Anthuenis ne devait pas disposer de tous ces éléments d'appréciation lors de son intervention à cette tribune.

Il affirme, par ailleurs, que je pourrais m'orienter vers un déséquilibre de la sécurité sociale alors que j'estime que c'est le budget 1987 qui a contribué le plus au déséquilibre de ce secteur. En effet, à Val-Duchesse, par des mesures soi-disant linéaires mais aveugles et ne tenant pas compte de l'évolution, on a prétendu diminuer les dépenses de dix milliards alors que l'on savait que leur accroissement serait au moins de cet ordre. C'est ce qui explique le déficit de 21 milliards de l'INAMI. Comparons les budgets! J'espère, sans en avoir la certitude, que le budget de 1988 permettra à l'INAMI d'atteindre l'équilibre.

La meilleure façon de défendre les structures de la sécurité sociale est de maintenir les régimes en équilibre. Le faire en opérant des transferts n'est peut-être pas, je le reconnais volontiers, le processus le plus adéquat d'un point de vue budgétaire, mais il traduit au moins la volonté réelle d'apporter une solution au problème.

Bien sûr, monsieur Egelmeers, certains faits inattendus peuvent se produire, par exemple dans le domaine de l'assurance maladie-invalidité. On peut, entre autres, imaginer que la propagation du sida entraîne des dépenses imprévisibles. Mais, grosso modo, nous espérons — et c'est ce que je défendrai dans le cadre du budget 1989 — aboutir, comme en 1988, à un équilibre des systèmes de la sécurité sociale en général, pilier de notre vie sociale, pilier de l'équilibre qui doit régner dans un pays double au point de vue économique et social. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce secteur représente un montant de 2 000 milliards ou 35 à 36 p.c. de notre produit intérieur brut.

Il faut prendre en considération toute l'activité économique qui est étroitement liée à l'ensemble de notre système de sécurité sociale. Il est donc important de maintenir ce système en équilibre, en veillant aussi bien aux recettes qu'aux dépenses.

En ce qui concerne les recettes, il faut faire en sorte que le secteur soit alimenté de façon correcte par les cotisations patronales et salariales. En effet, on constate actuellement qu'une tendance vise à diminuer le montant des cotisations sociales. Il faut exercer un contrôle en cette matière car nous ne pouvons nous priver de recettes qui sont, en fait, disponibles.

En ce qui concerne les dépenses, il faut évidemment porter le fer partout où des abus et des gaspillages se produisent. C'est ce que nous essayons de faire et vous aurez l'occasion d'en mesurer les effets en examinant le budget 1989 et, entre autres, la partie relative à la biologie clinique.

Vous pouvez donc être rassuré, monsieur Egelmeers. Je suis, comme vous, un adversaire des mesures linéaires et aveugles. J'ai suffisamment protesté contre l'injustice sociale que me semblait constituer le fait de vouloir résoudre les problèmes en ayant recours à des restrictions linéaires frappant également les défavorisés et les autres.

Toute l'action du département tend à moduler les économies à réaliser en fonction des cas qui se présentent, tâche délicate car elle exige une analyse plus fine des problèmes et implique le droit à l'erreur. En ce qui concerne les médicaments, par exemple, nous serons peut-être amenés à rembourser dans une moindre mesure certains médicaments au profit d'autres dont l'utilité sociale est plus évidente. J'y reviendrai tout à l'heure lors de la ma réponse à M. Diegenant. Il s'agit donc d'une tâche difficile et susceptible d'entraîner certaines erreurs mais je réclame le droit à l'erreur. Je préfère prendre des mesures adaptées à chaque cas et comportant un certain pourcentage d'erreurs plutôt que d'imposer des mesures linéaires et aveugles qui engendreront certainement des inégalités. En politique, l'erreur est, de toute façon, toujours réparable: il suffit de la corriger par d'autres mesures.

Vous avez donc bien fait, monsieur Egelmeers, de rappeler les différents principes de la sécurité sociale, héritage européen. L'Europe est, en effet, le berceau de la sécurité sociale basée sur deux principes: l'assurance et la solidarité.

Il est paradoxal de constater qu'alors que l'Europe se construit, l'Europe sociale éprouve les plus grandes difficultés à se constituer.

Vous avez fait allusion à des débats et à des conférences. Nous nous sommes d'ailleurs rencontrés à l'occasion d'un colloque européen au cours duquel les sociétés d'acteurs essayaient de définir les perspectives pour 1992 et les années suivantes. Il est clair que l'harmonisation des régimes inspire des craintes. En effet, ils sont très diversifiés et pourraient faire l'objet d'un nivellement par le bas ou de dérégulations contraires aux souhaits des populations. Je répète que cela constitue un paradoxe parce que si l'idée de la sécurité sociale, basée sur la solidarité et l'assurance, est née de l'Europe, c'est également l'Europe qui éprouve les plus grandes difficultés à aménager aujourd'hui son système dans le cadre d'un marché intérieur qu'on voudrait unique.

Cela constitue non seulement un réel défi auquel nous devons nous préparer parce qu'il comporte de multiples implications — à titre d'exemple, je citerai les médicaments — mais cela concerne aussi une série d'autres phénomènes étant donné que la sécurité sociale touche de très près à la vie quotidienne des individus. Comme tout mouvement de personnes qui se produit au sein de la Communauté européenne aura nécessairement des conséquences sur la santé, l'emploi et la pension, il me paraît indispensable d'intensifier les efforts, au niveau européen.

M. Diegenant a abordé le problème des médicaments, thème, à mon sens, fort important pour la Belgique, dans le cadre européen, notamment pour ce qui concerne la philosophie des contrats-programmes. En effet, nous avons mené une politique basée sur la volonté de favoriser la recherche et le développement, ainsi que l'emploi, par la procédure des contrats-programmes. Cette politique, vous ne l'ignorez pas, est actuellement examinée, au niveau européen. Nous sommes, en effet, accusés de « concurrence déloyale » et avons été contraints d'abandonner ce système à la date du 1^{er} janvier 1989.

Comme j'ai eu l'occasion de l'expliquer précédemment, la loi-programme prévoit aujourd'hui une procédure de négociation et de dialogue avec l'industrie pharmaceutique afin d'essayer de concilier deux éléments: d'une part, maintenir, en Belgique, d'une activité de haut niveau, en matière de recherche scientifique et liée au développement de l'emploi et, d'autre part, veiller à éviter que les patients ne subissent les effets de la suppression de la loi-programme.

Du point de vue de l'INAMI, il faut donc éviter l'accroissement des coûts de remboursements et peut-être envisager une meilleure distribution de ceux-ci. Cela rejoint ce que j'ai dit à M. Egelmeers: en matière de politique pharmaceutique, nous préparons, en collaboration avec toutes les instances qui doivent être consultées, au niveau de l'INAMI et en dialogue avec l'industrie et les partenaires sociaux, une révision du prix des médicaments dont l'effet devrait prendre cours au 1^{er} avril 1989. Cette politique devra non seulement intégrer le fait que les contrats-programmes, en termes économiques, ne peuvent plus être maintenus, mais aussi l'idée de remboursements, plus ou moins importants, selon le cas. Nous nous orientons vers une politique liée à la pathologie, ce qui signifie que les médicaments pour les pathologies qui entraînent des coûts importants, seraient davantage remboursés qu'actuellement, alors que des éléments plus ponctuels, moins nécessaires, le seraient dans une moindre mesure. J'aurai l'occasion de développer cette politique lors de la discussion du budget 1989.

Ma vision des choses consiste à affirmer que l'on peut réaliser des économies, tout en respectant les principes de justice sociale. Il s'agit d'opérer des choix judicieux en matière de remboursement mais, je le répète, la perfection n'existe pas.

Pour ce qui regarde le problème de la solidarité nationale dans le secteur de la sécurité sociale, je voudrais que l'on ne déforme pas mes propos en les retirant de leur contexte. Les hommes politiques connaissent bien l'adage: « Donnez-moi une

phrase et je fais pendre un homme. » C'est vieux comme le monde!

Je répète simplement et fermement que si nous sommes entrés dans une nouvelle phase de régionalisation de l'Etat belge, la loi précise clairement que la sécurité sociale doit, elle, rester nationale. Ce n'est pas au moment où l'on réalise pratiquement la fédéralisation de notre pays, avec tous les transferts qu'elle implique, qu'il faut déjà soulever un nouveau problème sur ce point, qui a recueilli un consensus politique absolu.

Le traitement des dossiers sera identique partout en Belgique et les abus seront poursuivis de la même manière où que ce soit et quelle que soit la situation.

Telle est la démarche que j'ai entreprise, sans aucune compromission ni complaisance envers qui que ce soit. Je m'exprime très clairement à ce sujet, et puis me livrer à toutes les démonstrations que vous souhaitez.

Je remercie M. Minet pour ses paroles d'encouragement. Il a reconnu, avec raison, que depuis les sept ou huit mois que nous sommes installés, nous essayons de développer une série d'actions, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans celui de la politique familiale. J'aurai prochainement l'occasion de vous parler d'un thème qui me tient fort à cœur, l'assurance-maternité, qui me semble être un élément de sécurité sociale intéressant à développer. Elle solidariserait les problèmes posés par l'emploi des femmes enceintes et ne causerait plus à celles-ci de préjudice. Cette idée est un élément de la politique familiale dynamique que nous voulons développer.

Dans le secteur des maladies professionnelles, de nouveaux types d'affection doivent être mieux définis et davantage protégés.

La sécurité sociale comprend donc encore tout un champ d'investigation qui doit être développé dans les limites budgétaires évidemment, mais nous devons ensemble, sur la base de propositions ou de projets de loi, essayer d'améliorer la politique sociale actuelle.

En ce qui concerne les problèmes éthiques et de santé, posés par M. Minet à propos des embryons, mon collègue M. Delizée y répondra dans le cadre du budget de la Santé.

La demande de M. Minet portait, je crois, sur la création d'un groupe de réflexion; je suppose qu'il n'y a aucune difficulté à mettre sur pied un tel groupe.

M. Vandekerckhove a abordé les problèmes rencontrés par les hôpitaux. A l'entendre, je suppose qu'il en a l'expérience et qu'il connaît la réalité sur le terrain. Il peut donc émettre des opinions tout à fait pertinentes et je l'invite à nous faire connaître et à dénoncer toutes les anomalies qu'il pourrait être amené à constater.

Je dois personnellement me baser sur les avis qui me sont transmis et par les commissions et par les instances compétentes.

On me dit, par exemple, que le RIM — résumé infirmier médical — est un outil de gestion efficace pour demain.

Ce matin encore, j'ai eu l'occasion de dire, à des spécialistes en la matière, que ce RIM semblait quelque peu énerver les infirmières parce qu'il leur occasionne du travail supplémentaire.

Il m'a été répondu que nous sommes dans la phase expérimentale et qu'à l'issue de celle-ci, nous comprendrons combien la démarche est intéressante.

Comme je ne suis ni médecin, ni gestionnaire d'hôpital, ni infirmier, je me base sur les avis de ceux qui agissent au niveau des instances concernées, notamment en fonction de leur compétence scientifique, c'est, du moins, ce que j'espère.

En ce qui concerne le RIM, j'attends de connaître les conclusions de l'expérience pour prendre position. Je suis tout à fait libre-exaministe, dans le bon sens du terme, et si on me démontre que le RIM n'est pas utile, j'en déduirai qu'il n'y a pas lieu de

poursuivre l'expérience, mais, jusqu'à présent, la preuve n'en a pas été établie de manière scientifique; au contraire, les milieux dits « bien informés » sont d'avis qu'il faut maintenir le RIM car il s'agit d'un outil intéressant, pas uniquement au niveau de la gestion hospitalière, mais également en ce qui concerne la connaissance statistique de la politique de la santé et de recherche de qualité permanente, en la matière.

Même si nous avons comme objectif de nous occuper des problèmes du personnel et de gestion, il ne faut pas oublier la finalité qui est de mener une politique de santé de qualité. Cette finalité ne doit, bien entendu, jamais être absente de notre esprit, quelle que soit notre volonté d'éviter des dérapages financiers ou autres.

Actuellement, monsieur Vandekerckhove, je souhaite poursuivre l'expérience du RIM; c'est un exemple, parmi ceux que vous citez, du malaise qui existe dans les milieux hospitaliers.

A propos de la notion d'actes techniques par rapport aux actes intellectuels j'ai dit, depuis que je suis en charge de ce secteur et sans être un spécialiste de la question, qu'il fallait revaloriser les actes intellectuels par rapport aux actes techniques.

Au niveau de la philosophie en la matière, je n'ai donc aucune difficulté à vous suivre. Seule la manière d'y arriver fait problème. Nous le pouvons déjà, par exemple, par le biais de la mesure que nous avons prise en matière de biologie clinique; nous appliquons, en effet, des forfaits avec l'idée, qui ne me plaît pas nécessairement au départ, du forfait historique, puisqu'on n'a pu trouver une autre formule. J'ai demandé qu'on me soumette des propositions plus scientifiques et davantage cohérentes, au niveau des mesures à prendre. J'attends toujours. Peut-être suis-je un homme pressé, mais j'ai horreur d'attendre. C'est la raison pour laquelle je prends des dispositions qui ne sont que transitoires. Il n'a jamais été question que le forfait historique constitue une base finale. De plus, je le pondère afin d'en corriger la partialité; en effet, en tant que mathématicien, je le réduis, pour les déciles qui consomment le plus et qui seront ainsi pénalisés; le forfait historique sera donc diminué de 5 p.c. pour le décile supérieur, de 4 p.c. pour le deuxième décile et de 3 p.c. pour le troisième. Si cela continue, ils seront encore pénalisés. Vous ne pouvez dès lors considérer que nous nous bornons à mener une politique de continuation des faits; nous essayons, au contraire, d'intégrer notre politique dans les limites budgétaires, bien entendu. J'imagine d'ailleurs que votre groupe ne sera pas le premier à veiller à ce que je respecte une certaine orthodoxie budgétaire.

Si je pouvais obtenir davantage de moyens de M. le ministre du Budget la vie me serait, je vous assure, grandement facilitée! Mais je ne pense pas que ce sera le cas.

Il me paraît souhaitable de mesurer, aujourd'hui, les efforts fournis. Tout est, j'en conviens, loin d'être parfait. La situation doit, en effet, encore s'améliorer mais des matières aussi délicates ne peuvent changer du jour au lendemain.

Les efforts de M. Dehaene pour donner une meilleure transparence à la politique des hôpitaux nous permettent de disposer d'outils de gestion qui n'existaient pas auparavant. Le plan comptable sera mis sur pied et des éléments d'appréciation nouveaux seront alors mis à notre disposition.

Dans ce domaine, chacun appréciera les efforts fournis par M. Dehaene pour doter les hôpitaux des meilleurs outils de gestion, quelles que soient les considérations qui peuvent être émises sur d'autres points.

Pour en revenir à la gestion des hôpitaux, je ferai remarquer à M. Pataer, sur un mode humoristique, que je suis, depuis 1974, conseiller provincial. Je suis, comme vous le savez sans doute, un homme politique, d'opinion socialiste, proche des gens.

Nous sommes en 1989. Vous avez eu la chance de manifester, m'avez-vous dit, avec le personnel hospitalier et paramédical. Moi, qui me veux proche des gens, je n'ai jamais eu cette chance en quinze ans de mandat socialiste car, durant toute cette période, ils n'ont pas manifesté. Ce problème existait donc bien avant mon arrivée à la tête de ce département. Si l'on a permis

qu'une situation aussi catastrophique persiste, la responsabilité n'en incombe pas uniquement au gouvernement, mais à tous les niveaux et l'on est en droit de s'interroger sur les capacités de prise de conscience du problème par les intéressés eux-mêmes.

Cela étant, je tiens simplement à ramener les choses à leur juste niveau. Il ne faut pas croire que l'on puisse faire en un mois ou deux ce que l'on n'a pu réaliser en quinze ans, surtout dans un contexte financier qui n'est pas complètement assaini. L'effet boule de neige, dont on parle tant, atteint d'autres départements; je pense à la Fonction publique et aux policiers notamment.

Le gouvernement, en l'occurrence, a réagi promptement. La manifestation était à peine terminée que je recontrais le personnel concerné. A défaut de conseils, je vous suggère donc, monsieur Pataer, de modérer quelque peu votre enthousiasme à propos des manifestations, alors que nous avons eu la volonté de rencontrer le problème dans un cadre et avec des moyens définis. Je ne suis pas un grand lecteur de la Bible, mais le monde ne s'est pas fait en un jour!

Nous avons déjà introduit des propositions, lesquelles, il ne faut pas se leurrer, ne répondront certainement pas de manière satisfaisante aux demandes du personnel, même si vous manifestez avec lui toutes les semaines! Peut-être vous accompagnerai-je d'ailleurs à l'une ou l'autre occasion?

Nous devons donc essayer de rencontrer les difficultés, notamment sous l'angle pécuniaire au niveau duquel un effort a déjà été fourni. Il serait souhaitable d'envisager, comme vous le suggérez à juste titre, une forme de programmation parallèle à une programmation de la politique de santé et du coût des dépenses qu'elle entraîne. Je ne puis m'empêcher de sourire quand je vois ceux-là qui réclament une augmentation pour le personnel — eux qui ne doivent pas le payer — et qui envoient des messages de sympathie aux manifestants, refuser, lors de la table ronde, que l'on définisse un cadre de politique de santé et d'équilibre en matière de maladie-invalidité.

La responsabilité de la situation n'incombe évidemment pas uniquement au gouvernement ou au ministère de la Prévoyance sociale, mais aussi aux gestionnaires des hôpitaux, au système mis en place aujourd'hui et au Conseil médical qui distribue les honoraires.

Qu'il y ait, dans la répartition des revenus à l'intérieur d'une structure hospitalière, des disparités assez grandes est un secret de polichinelle.

Déterminer les responsabilités à tous les niveaux sous l'angle du respect du personnel et de l'organisation de son travail est une tâche dont je m'acquitterai très rapidement.

Nous prendrons nos responsabilités. Ainsi, des modifications doivent être apportées en ce qui concerne le coût de la journée d'entretien. Le système, tel qu'il est conçu à présent, ne garantit pas toujours — vous avez eu raison de le souligner — que ces améliorations que l'Etat peut apporter profiteront au personnel. C'est d'ailleurs l'objet des discussions que j'ai actuellement avec les organisations syndicales: le bénéfice des augmentations doit aller à qui de droit, c'est-à-dire aux personnes qui accomplissent les prestations, souvent dans des conditions difficiles et un climat tendu.

Des modifications de normes doivent intervenir. J'aurai l'occasion de revenir plus en détail sur les mesures que nous pouvons prendre à cet égard. Il faut toutefois savoir que l'ordre de grandeur devient très vite important. Ainsi, une unité supplémentaire dans les unités de soins représente trois milliards de francs. Bien sûr, si le Sénat me garantit des compléments de l'ordre de 3 à 8 milliards de francs, je serai aussi généreux qu'il le souhaite!

Personnellement, je pense que ce problème fait partie d'un ensemble qu'il faut améliorer petit à petit avec la volonté — que je pense avoir démontrée — de s'attaquer davantage qu'auparavant au caractère humain du problème tout en sachant que les progrès de la médecine sont liés à des progrès techniques et scientifiques, comme les nouveaux médicaments ou les installations plus performantes mais plus coûteuses, et que les uns ne

vont pas sans les autres. Il faut trouver un équilibre. Pour ma part, je pense qu'il faut valoriser les aspects intellectuels et humains des prestations par rapport à leur aspect technique.

Enfin, M. Delloy a utilement rappelé la ligne de conduite du gouvernement, à savoir éviter de tomber dans un système d'assistance — comme certains l'auraient peut-être souhaité — mais garder les principes fondamentaux de solidarité et d'assurance de notre système qui est basé sur la dignité des individus et le progrès social. C'est bien ce que nous essayons de faire en dépit des contraintes et des limites de chaque budget. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Plus personne ne demandant la parole dans la discussion générale, je la déclare close et nous passons à l'examen des articles du projet de loi.

Daar niemand meer het woord vraagt, is de algemene beraadslaging gesloten en gaan wij over tot de bespreking van de artikelen van het ontwerp van wet.

Personne ne demandant la parole dans la discussion des articles du tableau, je les mets aux voix.

Daar niemand het woord vraagt in de behandeling van de artikelen van de tabel, breng ik deze in stemming.

— Ces articles sont successivement mis aux voix et adoptés. (*Voir document n° 528-1, session 1988-1989, du Sénat.*)

Deze artikelen worden achtereenvolgens in stemming gebracht en aangenomen. (*Zie stuk nr. 528-1, zitting 1988-1989, van de Senaat.*)

M. le Président. — Les articles du projet de loi sont ainsi rédigés :

*Crédits pour les dépenses courantes (Titre I)
et pour les dépenses de capital (Titre II)*

Article 1^{er}. § 1^{er}. Il est ouvert, pour les dépenses du ministère de la Prévoyance sociale afférentes à l'année budgétaire 1988 des crédits s'élevant aux montants ci-après (en millions de francs):

	Crédits dissociés		
	Crédits non dissociés	Crédits d'engage- ment	Crédits d'ordonnan- cement
TITRE I			
Dépenses courantes . . .	171 808,8	—	—
TITRE II			
Dépenses de capital . . .	2 231,1	—	30,1
Totaux	174 039,9	—	30,1

Ces crédits sont énumérés aux titres I et II du tableau annexé à la présente loi.

§ 2. Les allocations de base qui résultent de la ventilation des crédits entre divisions organiques et programmes d'activités, telles qu'elles sont reprises dans les tableaux de moyens budgétaires du programme justificatif, font l'objet d'un suivi comptable.

§ 3. Lorsque la décomposition entre divisions organiques ou programmes est opérée dans les tableaux de moyens budgétaires, le ministre, ou le fonctionnaire qu'il délègue à cet effet, peut, dans la limite de chacun des crédits ouverts au tableau de la loi, procéder à une redistribution des allocations de base.

§ 4. Le contrôleur des engagements et la Cour des comptes veillent à ce que les dépenses soient correctement imputées sur les allocations de base et à ce que ces dernières ne soient pas dépassées, compte tenu le cas échéant des redistributions opérées conformément au § 3.

*Kredieten voor de lopende uitgaven (Titel I)
en de kapitaaluitgaven (Titel II)*

Artikel 1. § 1. Voor de uitgaven van het ministerie van Sociale Voorzorg voor het begrotingsjaar 1988 worden kredieten geopend ten bedrage van (in miljoenen franken):

	Gesplitste kredieten		
	Niet- gesplitste kredieten	Vast- leggings- kredieten	Ordonnan- cerings- kredieten
TITEL I			
Lopende uitgaven . . .	171 808,8	—	—
TITEL II			
Kapitaaluitgaven . . .	2 231,1	—	30,1
Totaal	174 039,9	—	30,1

Deze kredieten worden opgesomd onder de titels I en II van de hierbijgaande tabel.

§ 2. De basisallocaties die voortvloeien uit de ventilatie van de kredieten over organisatie-afdelingen en activiteitenprogramma's, zoals ze hernomen worden in de tabellen van de begrotingsmiddelen van het verantwoordingsprogramma, maken het voorwerp uit van een boekhoudkundige opvolging.

§ 3. Wanneer de uitsplitsing tussen organisatie-afdelingen of programma's gemaakt wordt in de tabellen van de begrotingsmiddelen, kan de minister, of de gedelegeerde ambtenaar, binnen de grens van elk van de kredieten geopend in de wetstabel, overgaan tot een herverdeling van de basisallocaties.

§ 4. De controleur der vastleggingen en het Rekenhof zien erop toe dat de uitgaven op de basisallocaties juist worden aangerekend en zorgen bovendien ervoor dat deze laatste, eventueel rekening houdend met de overeenkomstig § 3 doorgevoerde herverdelingen, niet overschreden worden.

— Adopté.
Aangenomen.

Dispositions particulières relatives aux dépenses courantes

Art. 2. Par dérogation à l'article 15 de la loi organique de la Cour des comptes du 29 octobre 1846, des avances de fonds d'un montant maximum de 20 000 000 de francs peuvent être consenties aux comptables extraordinaires du département à l'effet de payer des créances n'excédant pas 100 000 francs ainsi que, quels qu'en soient les montants, les frais de consommation d'eau, de gaz, d'électricité, les frais de téléphone, de même que les avances consenties aux fonctionnaires et experts chargés de missions.

Bijzondere bepalingen betreffende de lopende uitgaven

Art. 2. Bij afwijking van artikel 15 van de wet van 29 oktober 1846 op de inrichting van het Rekenhof, mogen geldvoorschotten tot een maximumbedrag van 20 000 000 frank verleend worden aan de buitengewone rekenplichtigen van het departement, met het oog op de uitbetaling van de schuldvorderingen die geen 100 000 frank overschrijden en welk ook het bedrag moge zijn, van de verbruikskosten van water, van gas, van elektriciteit, de kosten van telefoon alsmede de voorschotten verleend aan de ambtenaren en experts belast met opdrachten.

— Adopté.
Aangenomen.

Art. 3. Le paiement des allocations de naissance et des indemnités pour frais funéraires s'effectue conformément aux règles

établies par l'article 23 de la loi du 15 mai 1846 sur la comptabilité de l'Etat.

Art. 3. De betaling van de geboortetolagen en van de vergoedingen wegens begrafeniskosten geschiedt volgens de regels vastgesteld bij artikel 23 van de wet van 15 mei 1846 op de rijkscomptabiliteit.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 4. Le ministre des Affaires sociales est autorisé à payer, à charge de l'article 11.04, aux contrôleurs des Contributions et aux receveurs de l'Enregistrement et des Domaines les allocations afférentes à l'année budgétaire 1988 qui sont dues respectivement pour l'établissement des ressources et les renseignements à fournir aux contrôleurs des Contributions en vue de l'instruction des demandes introduites dans le régime des allocations aux handicapés.

Art. 4. De minister van Sociale Zaken is ertoe gemachtigd, ten laste van artikel 11.04, aan de controleurs der Belastingen en aan de ontvangers der Registratie en Domeinen, de tolagen te betalen met betrekking tot het begrotingsjaar 1988 en die respectievelijk verschuldigd zijn voor het vaststellen van de bestaansmiddelen en de inlichtingen te verstrekken aan de controleurs der Belastingen voor het onderzoeken van de aanvragen in de regeling van de tegemoetkomingen aan de mindervaliden.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 5. Le montant des remboursements effectués par les agents du département pour les prêts consentis à charge de l'article 11.05 peut être porté au crédit d'un compte spécial ouvert au titre IV — Section particulière, section I, chapitre II, à gérer par le comptable du service social en vue d'être réutilisé sous forme de prêts.

Art. 5. Het bedrag van de terugbetalingen gedaan door de personeelsleden van het departement voor de leningen toegestaan ten laste van artikel 11.05, mag op het credit gebracht worden van een bijzondere rekening geopend onder titel IV — Afzonderlijke sectie, sectie I, hoofdstuk II, te beheren door de rekenplichtige van de sociale dienst om opnieuw gebruikt te worden onder vorm van leningen.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 6. Le traitement de M. A. Didden, secrétaire d'administration au ministère de la Prévoyance sociale, dont la promotion au grade de conseiller adjoint a été annulée par l'arrêt n° 26.566 prononcé le 23 mai 1986 par le Conseil d'Etat, est maintenu pour la période du 28 septembre 1982 au 31 mai 1986.

Le traitement de M. M. Gabriëls, secrétaire d'administration au ministère de la Prévoyance sociale, dont la promotion au grade de conseiller adjoint a été annulée par l'arrêt n° 26.566 prononcé par le Conseil d'Etat le 23 mai 1986, est maintenu pour la période du 28 septembre 1982 au 31 mai 1986.

Le traitement de M. G. Verstraeten, secrétaire d'administration au ministère de la Prévoyance sociale, dont la promotion au grade de conseiller adjoint a été annulée par l'arrêt n° 26.566 prononcé par le Conseil d'Etat le 23 mai 1986, est maintenu pour la période du 28 septembre 1982 au 31 mai 1986.

Art. 6. De wedde van de heer A. Didden, bestuurssecretaris bij het ministerie van Sociale Voorzorg, wiens bevordering tot de graad van adjunct-adviseur werd vernietigd bij arrest nr. 26.566 uitgesproken door de Raad van State op 23 mei 1986, wordt behouden voor de periode van 28 september 1982 tot en met 31 mei 1986.

De wedde van de heer M. Gabriëls, bestuurssecretaris bij het ministerie van Sociale Voorzorg, wiens bevordering tot de graad

van adjunct-adviseur werd vernietigd bij arrest nr. 26.566 uitgesproken door de Raad van State op 23 mei 1986, wordt behouden voor de periode van 28 september 1982 tot en met 31 mei 1986.

De wedde van de heer G. Verstraeten, bestuurssecretaris bij het ministerie van Sociale Voorzorg, wiens bevordering tot de graad van adjunct-adviseur werd vernietigd bij arrest nr. 26.566 uitgesproken door de Raad van State op 23 mei 1986, wordt behouden voor de periode van 28 september 1982 tot en met 31 mei 1986.

— Adopté.

Aangenomen.

Section particulière (Titre IV)

Art. 7. Les opérations effectuées sur les fonds spéciaux figurant au titre IV du tableau joint à la présente loi sont évaluées à 14 208,0 millions de francs pour les recettes et à 14 203,9 millions de francs pour les dépenses.

Afzonderlijke sectie (Titel IV)

Art. 7. De verrichtingen op de speciale fondsen die voorkomen in titel IV van de tabel gevoegd bij deze wet, worden geraamd op 14 208,0 miljoen frank voor de ontvangsten en op 14 203,9 miljoen frank voor de uitgaven.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 8. Le mode de disposition des avoirs mentionnés aux fonds inscrits au titre IV du tableau annexé à cette loi, est indiqué en regard du numéro de l'article se rapportant à chacun d'eux.

Les fonds dont les dépenses sont soumises au visa préalable de la Cour des comptes sont désignés par l'indice A.

Les fonds et comptes sur lesquels il est disposé à l'intervention du ministre des Finances sont désignés par l'indice B.

Les fonds et comptes sur lesquels il est disposé directement par les comptables qui ont opéré les recettes sont désignés par l'indice C.

Art. 8. De wijze van beschikking over het tegoed vermeld voor de fondsen ingeschreven in titel IV van de tabel gevoegd bij deze wet, wordt aangeduid naast het nummer van het artikel dat betrekking heeft op elk dezer.

De fondsen waarvan de uitgaven aan het voorafgaand visum van het Rekenhof worden voorgelegd, worden door het teken A aangeduid.

De fondsen en rekeningen waarop door tussenkomst van de minister van Financiën wordt beschikt, worden door het teken B aangeduid.

De fondsen en rekeningen waarop rechtstreeks wordt beschikt door de rekenplichtigen die de ontvangsten hebben gedaan, worden door het teken C aangeduid.

— Adopté.

Aangenomen.

M. le Président. — Il sera procédé ultérieurement au vote sur l'ensemble du projet de loi.

Wij stemmen later over het ontwerp van wet in zijn geheel.

ONTWERP VAN WET HOUDENDE DE BEGROTING VAN
HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEF-
MILIEU VOOR HET BEGROTINGSJAAR 1988

Algemene beraadslaging en stemming over de artikelen

PROJET DE LOI CONTENANT LE BUDGET DU MINIS-
TERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNE-
MENT POUR L'ANNEE BUDGETAIRE 1988

Discussion générale et vote des articles

De Voorzitter. — Wij vatten de bespreking aan van het ontwerp van wet houdende de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu voor het begrotingsjaar 1988.

Nous abordons l'examen du projet de loi contenant le budget du ministère de la Santé publique et de l'Environnement pour l'année budgétaire 1988.

De algemene beraadslaging is geopend.

La discussion générale est ouverte.

Het woord is aan mevrouw Herman.

Mevrouw Herman-Michielsens. — Mijnheer de Voorzitter, zoals de minister van Sociale Voorzorg daarnet heeft gezegd, gaat ook deze bespreking over feiten die al zijn gebeurd en over kredieten die al zijn opgebruikt. Ik zal in deze algemene bespreking dus alleen enkele items aanhalen en herinneren aan noden en problemen waarbij het beleid tekort schiet en kan worden verbeterd.

Ik wil het allereerst hebben over aids. Aids is de jongste jaren in de belangstelling gekomen, maar stroomt mee met de actualiteit. Naar aanleiding van een of ander voorval, en dan nog in een speciale context zoals de levenswijze van een bepaalde categorie van mensen onder wie bij voorbeeld filmacteurs, wordt aan dit probleem pseudo-wetenschappelijke aandacht besteed. Plotseling ebt de belangstelling weg en is het probleem niet meer aan de orde.

Uiteraard is het een belangrijk probleem waaraan het beleid niet kan voorbijgaan. Voor de volksgezondheid is een intensiever en meer gediversifieerd voorkomingsbeleid noodzakelijk. In de vorige legislatuur werd door de staatssecretaris een trouwens niet negatieve maatregel genomen. Folders werden rondgedeeld bij de bevolking. U weet echter hoe het gaat. Men krijgt de brochure in de brievenbus en kijkt ze even door. Ze wordt in verband gebracht met ander nieuws in de krant. Daarna verdwijnt de belangstelling.

Een voorkomingsbeleid moet «aanhoudend» zijn en de aandacht van de bevolking gaande blijven houden. Het moet meer gediversifieerd zijn.

Dat vereist middelen. In Antwerpen is nagegaan dat voor een behoorlijke preventiecampagne jaarlijks ongeveer 10 miljoen moet worden uitgetrokken. In de stad Antwerpen is er slechts 1 miljoen voor uitgetrokken. Ik ben van mening dat er ook op het nationaal niveau een dergelijke wanverhouding bestaat.

Ook het onderwijs heeft hier een belangrijke opdracht te vervullen zoals het aanleren van een bepaalde levensstijl in verband met seksueel gedrag.

Sinds deze ziekte in de actualiteit is gekomen heeft men vastgesteld dat men de besmettingsmogelijkheden veel te beperkt heeft gezien. Hoewel research buiten uw budget valt, mijnheer de minister, wil ik toch opmerken dat er ook in België meer onderzoek naar aids moet gebeuren.

Men is er nu vrijwel zeker van dat het aidsvirus tot de categorie behoort van bepaalde kankervirussen. Hierdoor zou het onderzoek naar aids het kankeronderzoek ten goede komen en vice versa. Vanmorgen las ik in de krant dat dit ook het geval zou zijn voor de multiple-sclerose virus. Een onderling verband tussen deze onderzoeken is een waardevol *approach* van research op dit gebied.

Er moeten nu reeds beleidsmaatregelen worden genomen. Men moet de patiënt ervan in kennis stellen dat aids een zware ziekte is, en de kans op besmetting in een juiste context plaatsen. Men moet erover waken dat de patiënt zich op een zodanige wijze gedraagt dat de kans om iemand met het aidsvirus te besmetten vermindert.

De groep van de sero-positieven en de aidslijders moet worden aangespoord tot een soort rechtvaardigheid ter zake omdat de ziekte zich door hun onverantwoord gedrag, hun onwil of door onwetendheid kan uitbreiden.

Het is de taak van iedere regering en van de internationale, overkoepelende organisaties, maatregelen te nemen en de nodige financiële middelen ter beschikking te stellen. Het zou goed zijn, mocht België hieraan meewerken. Op het internationale vlak is er, vooral de afgelopen jaren, een tendens om te vergaderen, teneinde een gezamenlijk standpunt te bepalen. Ik denk in dit verband aan de strijd voor de vrede.

Ook voor de bestrijding van bepaalde ziekten en voor de research op dit vlak is meer internationale samenwerking gewenst. Ook België dient hieraan mee te werken.

De nieuwe president van de Verenigde Staten, president Bush, zei dat drugs de grootste vijand zijn die de Verenigde Staten op het ogenblik moeten bestrijden. Deze ongewone uitspraak deed een Nederlandse politiek commentator vermoeden dat de president dit punt had aangesneden om niet te moeten spreken over de Oost-West verhoudingen. Ik heb de indruk dat de bestrijding van dergelijke bedreigingen van de mensheid nog altijd niet *au sérieux* wordt genomen. Het is alsof men denkt dat bij ontwapening geen enkel gevaar de mensheid nog kan bedreigen. Wie de evolutie volgt van de geweldplegingen in sommige steden van de Verenigde Staten stelt vast dat het overdadig geweld en de jeugdbendes het gevolg zijn van het druggebruik.

In sommige Amerikaanse steden brengt men zeer goedkope drugs op de markt, zodat er voor geen enkel niveau van de bevolking nog een hinderpaal bestaat om deze te gebruiken. Indien men de gevolgen daarvan bekijkt, geloof ik dat wij dit niet langer zo maar mogen afdoen als een minder groot gevaar dan oorlogen.

Een ander item is de geneesmiddelenindustrie en de Belgische geneesmiddelen die duurder dreigen te worden. Ik heb geluisterd naar de uiteenzetting van de minister van Sociale Zaken, maar ik meen toch dat de geneesmiddelen eigenlijk behoren tot de bevoegdheid van de staatssecretaris van Volksgezondheid.

Ik wil niet in herhaling vervallen. Ik zal dus niet nogmaals wijzen op het feit dat onder andere de gelijkschakeling van de prijzen op Europees niveau in België zeer zware prijsverhogingen zou teweegbrengen. Toch ga ik er even op in, precies omdat de minister van Sociale Zaken gezegd heeft dat men op dat punt het sociale aspect niet uit het oog zal verliezen en dat natuurlijk niet alle geneesmiddelen duurder zullen worden.

Men zal vooral proberen de prijs te behouden van geneesmiddelen die sociaal belangrijk zijn, omdat zij worden terugbetaald. Deze geneesmiddelen zouden zo min mogelijk aan prijsverhogingen onderhevig zijn. Men heeft berekend — ik heb het hier voor mij liggen — dat indien België naar het hoogste prijsniveau zou springen, namelijk dat van Duitsland, dit een meerkost van 50 miljard betekent. Hiervan zou 17 miljard ten koste van het RIZIV komen, 6 miljard ten koste van de gebruiker die voor geneesmiddelen die gedeeltelijk worden terugbetaald, meer remgeld zou moeten betalen en 27 miljard ten koste van de gebruiker van niet-terugbetaalde produkten.

Indien men deze 50 miljard wil behouden, kan men de bedragen anders verdelen, zodat de aangehaalde 27 miljard nog verhoogd wordt en de 17 miljard ten koste van het RIZIV verlaagd kunnen worden.

Bovendien maak ik de beleidsvoerders erop attent dat het niet alleen gaat over het vaststellen van de prijzen van de geneesmiddelen. Het is eveneens belangrijk na te gaan wie deze prijzen vaststelt. Dan komt men tot de eigenaardige conclusie dat nogal wat mensen van de ziekenfondsen deel uitmaken van de prijzencommissie.

Eigenlijk zijn het dus de mensen die de geneesmiddelen moeten terugbetalen, die eveneens de prijzen vaststellen. Dat is niet alleen het geval in deze commissie, maar in de gehele sector van de Sociale Voorzorg. De eerste grote bekommerning van de ronde-tafelconferentie moet dan ook zijn ervoor te zorgen dat gecontroleerden en controleurs niet uit één en dezelfde hoek komen.

De prijzencommissie zou moeten worden samengesteld uit volkomen onbevooroordeelde, neutrale en bevoegde personen, die de werkelijke kost, de werkelijke nood aan bepaalde geneesmiddelen en het gewenste of toegelaten gebruik van andere, voor de volksgezondheid niet zo noodzakelijke geneesmiddelen, kunnen vaststellen. Zij kunnen de prijzen zo berekenen dat ze draaglijk zijn. Zij kunnen de geneesmiddelen waarvan de grondstoffen zo duur zijn dat men de prijs niet kan verminderen, niet op de lijst van de terugbetaalde geneesmiddelen plaatsen.

Door een van uw voorgangers, mijnheer de minister, werd ooit zo een lineaire maatregel genomen. Een geneesmiddel dat uit vele grondstoffen was samengesteld, werd niet langer terugbetaald omdat een van de grondstoffen niet terugbetaalbaar was. Precies dat niet terugbetaalbare bestanddeel maakte het geneesmiddel efficiënt, maar de meestal oudere patiënten hadden vaak niet genoeg middelen om het op eigen kosten aan te schaffen. Dergelijke onrechtvaardigheden mogen in zo een sector niet voorkomen.

Een volgende punt staat volop in de actualiteit. Ik las immers nog maar net vanmorgen dat in een warenhuis beslag werd gelegd op een aantal geneesmiddelen. Volgens onze wetgeving mogen geneesmiddelen immers enkel in een apotheek door een apotheker worden verkocht. Onze wetgeving ter zake is zeer streng, veel strenger, bijvoorbeeld, dan die van Nederland en Groot-Brittannië, om maar een paar landen te noemen. In die landen mag zelfs reclame worden gemaakt voor geneesmiddelen — dat zien we dagelijks op de TV —, ook al moet er dan bijstaan dat het een geneesmiddel betreft. Bij ons mag dat niet. Men zou eventueel kunnen nagaan of onze wetgeving op dit vlak moet worden veranderd, maar hierbij moet men steeds de volksgezondheid en het welzijn van de patiënten op het oog hebben.

Ik wil hier niet pleiten voor een grote liberalisering. De volksgezondheid moet blijven primeren. Bovendien ben ik er ook niet direct van overtuigd dat een wijziging van onze wetgeving de prijs van de geneesmiddelen zal drukken. Uit het artikel vanmorgen vernam ik immers dat sommige van de producten die in het warenhuis werden te koop geboden, weliswaar goedkoper waren dan bij de apotheker, maar andere waren duurder. Deze zaak moet echter worden gevolgd, ook door het beleid.

Tot slot wil ik het nog hebben over de rationalisatie van de financiering van de gezondheidszorg. Uit het antwoord van de minister van Sociale Zaken heb ik opgemaakt dat de kostenbeheersing in de gezondheidszorg nog altijd een probleem is. Het is misschien een kleine troost te weten dat dit een probleem is in alle lid-staten van de OESO. Wij moeten er in elk geval voor zorgen dat de gezondheidszorg medisch verantwoord, rechtvaardig en sociaal, maar ook betaalbaar blijft. De hedendaagse, gesofistikeerde en dure geneeskunde heeft op het gebied van de levensduur inderdaad haar sporen verdiend, maar men moet toch niet proberen de kwadratuur van de cirkel te bereiken.

Ons land heeft echter onvoldoende gebruik gemaakt van de buitenlandse ervaringen ter zake om aan goede kostenbeheersing te doen of heeft wegen ingeslagen die andere landen reeds lang hebben verlaten. Een in het buitenland succesvol gebleken maatregel waarvan België geen gebruik heeft gemaakt is de methode van de zogenaamde homogene patiëntengroepen, de *diagnosis related groups*, de DRG's. Deze methode wordt gebruikt als betaalmechanisme en voor het opstellen van ziekenhuishbegrotingen en regionale budgetten voor gezondheidszorg. Daarbij wordt gebruik gemaakt van beschikbare medische dossier- en kostengegevens. De DRG-methode zou kunnen worden gebruikt om bijvoorbeeld de budgettenenvelopes te bepalen voor de ziekenhuislaboratoria, om

de terugbetaling te regelen van respectievelijk de budgettenenvelopes van beeldvormende diagnostiek, van het operatiekwartier, van de hospitalisatiekosten en om de integrale ziekenhuisopnamen te financieren.

Ik geef het als een mogelijk uit te diepen suggestie omdat ik geloof, de cijfers bewijzen het, dat de politiek ter zake van de ziekenhuissector nog altijd niet positief is gebleken. Het was het opzet van de vorige minister van Sociale Voorzorg om kleine ziekenhuizen af te schaffen en om als basis de middelgrote en de grote ziekenhuizen te nemen omdat kleine ziekenhuizen te moeilijk te runnen zouden zijn, ook al waren het precies niet de kleinste ziekenhuizen die de grootste tekorten vertoonden.

Vele kleine ziekenhuizen die verdwenen zijn in de eerste fase hadden bewezen dat zij zonder steun van buiten en praktisch zonder leningen hun ziekenhuis konden runnen. De hakbijl viel omdat zij het aantal bedden niet hadden en niet omdat zij geen voldoende bezetting kenden of met een tekort aan middelen te kampen hadden.

Men dacht het aantal ligdagen te verminderen met 800 000. Net het tegenovergestelde is gebeurd. Het Rekenhof heeft vastgesteld dat er in 1987 geen 800 000 ligdagen minder, maar dat het er 1 300 000 meer zijn. Als men het met cijfers moet zeggen dan is dat de negatieve conclusie van de idee dat er door het verdwijnen van de kleine ziekenhuizen een grotere rationalisering zou zijn en dat men kostenbesparend zou kunnen werken.

Tot daar, mijnheer de Voorzitter, wat ik wou zeggen over Volksgezondheid. Mag ik misschien tegelijkertijd enkele woorden zeggen over Leefmilieu?

De Voorzitter. — Leefmilieu wordt in hetzelfde budget besproken, mevrouw Herman. Gaat u dus verder.

Mevrouw Herman-Michielsens. — Mijnheer de minister, ik wil ook inzake Leefmilieu enkele overwegingen onder uw aandacht brengen. In het algemeen vindt men de research rond aids en andere ziekten niet zo belangrijk. Dergelijke problemen en ook vele milieuproblemen komen even in de kijker en zijn voor een korte tijd actueel. In België waar een groene beweging bestaat en een groene partij, die trouwens in het Parlement vertegenwoordigd is, leeft de idee dat best de groenen zich daarmee bezig kunnen houden.

De groenen hebben de alarmklok geluid, maar ik denk dat wij allen, om het even met welke politieke horizon, het respect voor het milieu als volwaardig en algemeen probleem moeten zien. Ons land is overigens niet vrij van milieuschandalen. Denk maar aan het asbest op de Hooge Maey, aan de bodemverontreiniging in het Leuvense en aan de geheime stortplaatsen in Wallonië. Een verscherpt toezicht en strafverzwaring zijn maatregelen die maar tijdelijk helpen. Het komt er vooral op aan bij iedereen een groter milieubewustzijn aan te kweken. Het beleid heeft ter zake een taak te vervullen. En preventief optreden is nog altijd beter dan te moeten sanctioneren. Ik meen dat het beleid zich niet kan onttrekken aan een opvoedende taak ter zake. Natuurbehoud is even belangrijk als de concurrentiekracht van onze economie, vooral voor toekomstige generaties. Het beleidsplan moet zo ruim mogelijk worden opgesteld, liever Europees dan nationaal.

Ten gevolge van de staatshervorming kennen wij meer beleidsniveaus en de bevoegdheden inzake milieubeleid zijn niet altijd zo duidelijk afgebakend. Hoewel de staatshervorming het milieubeleid tot de exclusieve bevoegdheid van de Gewesten heeft gemaakt, is het toch niet allemaal zo duidelijk. Was dit wel het geval dan zouden wij dit onderwerp vandaag niet behandelen. Er is dus nog een bepaalde taak voor de nationale wetgever en de nationale uitvoerende macht weggelegd. Deze onduidelijke begrenzing geldt trouwens niet alleen voor het milieubeleid. Dit is ook zo voor andere materies die in 1988, maar ook al in 1980 naar de Gewesten werden overgeheveld. Zo heeft men inzake jeugdbescherming een wet moeten uitvaardigen tot wijziging van de wet van 1980.

Voor het milieubeleid is dat niet moeten gebeuren, maar de grenzen zijn niet altijd duidelijk, zoals ik al zei. Deze onduidelijkheid zou niet tot gevolg mogen hebben dat België zich

onttrekt aan zijn verantwoordelijkheden, zoals het niet goedkeuren van bepaalde EG-richtlijnen die toch van een internationale aanpak getuigen. De achterstand die wij op dat stuk hebben opgelopen, moeten we zo snel mogelijk inhalen.

Ik heb nog een beschouwing over de kernafvalzwendel, een sector waar de concentratie van beslissingsmacht in handen van een kleine groep en de wetenschappelijke mythevorming een eventuele controle door de Gemeenschap bijna onmogelijk maakten.

In België bestaan er geen onafhankelijke deskundigen inzake nucleaire activiteiten. Alle deskundigen zijn ofwel nog betrokken bij de handel en wandel van de particuliere sector ofwel van de overheidsinstellingen. Een grotere aanwezigheid van echt onafhankelijke deskundigen die voor beide sectoren adviezen verstrekken is aangewezen.

Het gebrek aan openbaarheid van bestuur is altijd ondemocratisch, maar hier bovendien onverdedigbaar. Er mag geen ongezonde vermenging zijn van persoonlijke belangen en bedrijfsinteressen tussen de particuliere en de overheidssector. De kernindustrie zelf heeft trouwens, zowel op nationaal als op supranationaal vlak, belang bij een waterdichte controle.

Voor al na een aantal schandalen en rampen — gelukkig voor ons in het buitenland — groeit bij de publieke opinie het wantrouwen tegenover de kernindustrie. Het is niet langer aanvaardbaar dat het probleem van de ontmanteling van besmette nucleaire installaties onopgelost blijft door een gebrek aan voldoende financiële middelen. De reglementering voor het opslaan, het vervoer en de erkenning van onderaannemers was tot nu toe nog ontoereikend of onbestaande. De acht jaar oude wet van 9 februari 1981 inzake de voorwaarden voor de uitvoer van kernmateriaal, uitrusting of technologie moet onmiddellijk worden toegepast. De opbouw van een efficiënt veiligheidssysteem impliceert nauwe samenwerking tussen preventie en bestraffing met eventueel herstel van veroorzaakte schade. Alle nucleaire activiteiten moeten worden onderworpen aan het toezicht en de controle van een nieuwe instelling van openbaar nut die ter zake gerechtelijke bevoegdheid moet worden verleend.

Tot zover, mijnheer de Voorzitter, de opmerkingen die ik over de begroting van Volksgezondheid en Leefmilieu had geformuleerd.

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

M. Barzin. — Monsieur le Président, à l'occasion du débat sur le projet de loi contenant le budget du ministère de la Santé publique et de l'Environnement pour l'année budgétaire 1988, j'aurais souhaité aborder quatre sujets: la lutte contre le sida, la qualité de l'eau que nous buvons, la qualité de la viande que nous mangeons et le fait que certaines coopératives fournissent simultanément à des institutions des médicaments et des denrées alimentaires, circonstance qui leur permettrait de «faire des prix» au détriment des pharmaciens.

Je dis bien: «J'aurais souhaité...», tant il devient compliqué de savoir à qui s'adresser pour faire des observations et obtenir des réponses. Les compétences sont éparpillées, d'une part, en raison de la communautarisation de certaines prérogatives en matière de santé et, d'autre part, en raison de ce que, pour ce qui reste à l'Etat national, les compétences sont encore partagées entre trois ministres. Plus personne n'y comprend rien, même parmi les fonctionnaires, et surtout, cela nuit à l'efficacité et, plus exactement, à la rapidité d'intervention qui devrait être la règle quand il s'agit de réagir à des situations où la santé de notre population est en cause.

J'aurai l'occasion d'en parler tout à l'heure à propos de l'eau dont je me demandais si elle était encore potable, à Namur, tant elle sentait mauvais. Eh bien! un délai de trois mois s'est écoulé — très exactement du 13 octobre 1988 au 10 janvier 1989 — avant que la question transmise à M. le secrétaire d'Etat à la Santé publique parvienne au service compétent habilité à y répondre. Si un département de la santé met trois mois pour faire passer une information et toucher le service qui peut éventuellement répondre à une alerte, il me semble que la protection de notre population n'est pas très bien assurée.

Me soumettant à cette forme de déontologie ou, pourrait-on dire, de gymkhana institutionnel, je me rends compte que la lutte contre le sida est du ressort des Communautés, que le problème de la qualité de l'eau est de la responsabilité de Mme le secrétaire d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale, que la question de la qualité de la viande rentre dans les prérogatives de M. le secrétaire d'Etat à la Santé publique et à la Politique des Handicapés et, enfin, que le problème qui touche les pharmaciens est sans doute du ressort de M. le ministre des Affaires économiques. Il s'agit là du fruit de ma réflexion mais peut-être me trompé-je encore, dans lequel cas j'appelle au secours et compte beaucoup sur votre aide!

Quoi qu'il en soit, je vais me permettre d'aborder les quatre thèmes dont j'ai parlé, ne faisant qu'effleurer les deux thèmes pour lesquels je me suis rendu compte qu'ils concernaient d'autres instances.

D'abord le fléau du sida. Le rapport de la commission de la Chambre est extrêmement succinct sur cette matière. Je retiens qu'en ce qui concerne la prévention, s'agissant surtout, dites-vous, «d'éducation et de modifications de comportements», cette matière ressortit aux Communautés. Par ailleurs, je relève qu'il existe un Conseil national du sida qui gère des moyens financiers répartis entre toutes les universités.

D'emblée, je pose la question de savoir qui compose ce Conseil national du sida, de quelles sommes il a disposé en 1988, comment ces sommes ont été réparties, si les recherches se sont faites d'une façon coordonnée entre les différents centres et, surtout, si elles se sont articulées dans le cadre de la concertation indispensable avec toutes les institutions au monde qui se penchent sur le même problème.

Vous voyez que je n'aborde pas de questions techniques. Je demande simplement à avoir la garantie que les recherches que nous subsidions ne font pas, d'une façon flagrante, double emploi avec bien d'autres de par le monde.

J'imagine que des organismes, comme l'Organisation mondiale de la Santé, coordonnent les efforts de tous les Etats, sur base de programmes de recherches, qu'ils s'empressent de réactualiser en permanence, en fonction des espoirs que font naître certaines pistes, et qu'ils planifient, en tout cas dans la mesure du possible, tous les travaux qui se font en la matière.

S'il n'en est pas ainsi, je demande que la Belgique prenne des initiatives en ce sens.

Le deuxième thème que j'entends développer aujourd'hui concerne la qualité de l'eau que nous buvons. Je ne crois pas devoir insister sur l'élémentaire confort, et surtout l'élémentaire hygiène, que constitue une eau courante potable.

J'attire votre attention sur le fait qu'il s'agit non seulement d'une question d'hygiène, d'un élémentaire confort — qu'on est en droit d'attendre, dans nos régions, en cette fin de vingtième siècle — mais aussi d'une préoccupation sociale. En effet, étant donné que notre population doute de plus en plus que l'eau distribuée soit potable, beaucoup s'approvisionnent dans les magasins, en achetant l'une ou l'autre «marque» d'eau, ce qui alimente — si j'ose dire — tous les circuits commerciaux, y compris ceux de la publicité, mais qui coûte cher au consommateur, surtout à celui qui a charge de famille. Si une famille avec trois enfants, par exemple, doit acheter son eau au magasin, cela coûte cher, sans compter les désagréments de transport.

Cela dit, la question posée est de savoir si l'eau courante est potable et même, plus exactement, si elle n'est pas nocive.

Sans doute allez-vous me répondre que des analyses sont pratiquées régulièrement et qu'on ne décèle rien qui fasse obstacle à la consommation. Cette réponse est loin d'être rassurante: en effet, ce n'est pas parce qu'on ne décèle pas de substances nocives dans l'analyse que celles-ci n'existent pas. Les chimistes, qui sont chargés de l'analyse régulière de notre eau courante, admettent eux-mêmes que ces analyses ne peuvent déceler que certaines substances et que peuvent ne laisser aucune trace perceptible dans l'analyse — bien sûr, avec les moyens d'investigation actuellement utilisés — certains résidus provenant de produits chimiques utilisés par les agriculteurs et qui polluent l'eau par filtration. Voilà le problème: il existe sans

doute des analyses régulières; elles ne décèlent *a priori* rien de contre-indiqué mais certaines substances nocives échappent au contrôle de ces analyses.

Puis-je vous demander, monsieur le secrétaire d'Etat, si vous vous accommoder de cette situation, quelle est la mesure de garanties qu'offrent les analyses pratiquées sur l'eau, quelles dispositions prend le gouvernement pour remédier à cette situation, le cas échéant en interdisant l'usage, dans l'agriculture, de produits toxiques?

Le troisième thème que je souhaite aborder concerne la qualité de la viande. L'idée se répand de plus en plus que, sans doute, nos magasins sont bien fournis, qu'il n'y a pas chez nous de pénurie, qu'on ne doit pas faire la queue pour s'approvisionner, mais qu'en revanche, ce que nous consommons — et particulièrement la viande — est de plus en plus frelaté, le moteur de tout cela étant l'appât d'un gain plantureux et rapide.

Le progrès des sciences, s'il rend possible tous les espoirs, rend aussi possible toutes les falsifications.

En ce qui concerne la santé publique, il convient que l'Etat remplisse pleinement son rôle qui consiste, par des mesures préventives, à sauvegarder la qualité des produits qui sont offerts à la consommation. Il est clair que l'Etat, dans l'exercice de cette responsabilité — comme d'ailleurs dans les autres — ne se laisse pas influencer par des intérêts particuliers, exprimés par des groupes de pressions, aussi puissants ces lobbies soient-ils.

C'est dans cet état d'esprit que je me fais l'écho des préoccupations et inquiétudes de beaucoup. Certains prétendent, en effet, que l'utilisation de produits chimiques nocifs reste largement répandue dans le traitement de la viande offerte au consommateur.

Puis-je vous demander, monsieur le secrétaire d'Etat, si vous vous accommoder de cette situation, quels sont les résultats de vos services d'inspection et quelles sont les sanctions qui ont été prises à l'égard des fraudeurs? Je suppose, en effet, que ce qu'a constaté l'association « Test Achats » n'a pas surpris vos services chargés d'inspecter en permanence et censés être aussi bien informés que « Test Achats ». Quelles sont les suites réservées à ces fraudes par vos services d'inspection?

Ainsi que je l'ai annoncé, mon dernier propos concerne la distribution des médicaments et, plus exactement, la concurrence très efficace que font aux pharmaciens des sociétés de distribution de médicaments et de denrées alimentaires. Le problème résulte de l'attrait pécuniaire que ces sociétés constitueraient pour les clients, notamment les maisons de repos et de soins. C'est l'arrêté royal du 17 avril 1964, modifié par l'arrêté royal du 13 février 1967, qui règle la matière des ristournes, celles-ci ne pouvant dépasser 10 p.c. de la somme payée par le client.

Le moins qu'on puisse dire est qu'un malaise se développe chez de nombreux pharmaciens, qui voient leur clientèle d'institutions et de homes les quitter pour s'approvisionner auprès de sociétés coopératives, lesquelles fournissent à ces institutions et homes, non seulement les médicaments, mais aussi des produits d'épicerie et autres.

Sans doute l'alinéa 2 de l'article 2 de l'arrêté royal du 17 avril 1964 précise-t-il que « l'octroi de toute autre ristourne directe ou indirecte, remise, avantage, en nature ou sous toute autre forme, est interdit ». Cette disposition n'est pas suffisante pour rassurer les pharmaciens, qui se demandent si ce ne sont pas des prix avantageux consentis pour d'autres produits notamment alimentaires, qui font la différence.

Je sais, pour l'avoir lu dans les journaux, que la question des prix pratiqués au travers des ristournes, a retenu l'attention du ministre des Affaires sociales, et qu'il compte y mettre de l'ordre. Puis-je vous demander, monsieur le secrétaire d'Etat, de me préciser si le problème des pratiques concurrentielles que j'ai soulevé est intégré dans votre réflexion? Pourriez-vous déjà me dire si de telles pratiques sont compatibles avec le prescrit de l'alinéa 2 de l'article 2 de l'arrêté royal du 17 avril 1964, qui fait défense de pratiquer des ristournes indirectes, au-delà de la ristourne autorisée de 10 p.c.?

Comme vous l'avez dit en commission de la Chambre, il s'avère que, malgré la communautarisation de certaines prérogatives en matière de santé, « il est encore possible de faire œuvre utile et même d'innover ». J'en suis personnellement convaincu mais notre vigilance doit être vive si nous avons la prétention de progresser en matière de santé et non de régresser. (*Applaudissements.*)

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

De heer Diegenant. — Mijnheer de Voorzitter, wie de bevoegdheidsverdeling tussen het nationaal niveau en de Gemeenschappen in ons land bekijkt, stelt soms smalend de vraag welke invloed de nationale staatssecretaris van Volksgezondheid nog heeft op de volksgezondheid in ons land.

Ik zou willen antwoorden dat zijn taak belangrijk is gebleven. Het is niet omdat hij de grote verantwoordelijkheid heeft, ervoor te zorgen dat de Europese normen ook worden toegepast in onze Gemeenschappen, zonder daartoe over de middelen te beschikken, dat het niet belangrijk is dat hij de bewaker is en ook de bepaler van de normen inzake volksgezondheid en leefmilieu.

De kwaliteit van de volksgezondheid hangt ook sterk af van de normen die hij mede bepaalt of doet naleven inzake de uitoefening van de geneeskunde, de inrichting van de ziekenhuizen en de zorgen die er worden verstrekt en inzake de toegang tot de sociale zekerheid. Hij beschikt tevens — zij het in mindere mate dan vroeger — over kredieten voor wetenschappelijk onderzoek en hij kan nationale preventie-acties voeren. Al is zijn budget — dat van de ziekenhuizen uitgezonderd — niet zo enorm, zijn invloed kan dat wel zijn.

De kwaliteit van de volksgezondheid gaat samen met de kwaliteit van de verstrekkers van geneeskundige verzorging. Wij staan hier echter voor een nieuwe situatie. De opleiding van toekomstige artsen en paramedici valt voortaan onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen, terwijl het bepalen van de normen van de toegankelijkheid tot het beroep, een nationale bevoegdheid is. Om deze nieuwe relatie te kunnen uitbouwen, is overleg met de verantwoordelijken voor het onderwijs van de Gemeenschappen noodzakelijk. De noodzakelijke bekwaamheid van het medisch corps en de toegang tot de sociale zekerheid van hun patiënten worden evenwel bepaald aan de hand van nationale normen. In bepaalde takken van de geneeskundige verzorging is er een overaanbod van verstrekkers van geneeskundige verzorging. Er zal echter steeds een zekere fluctuatie optreden. Op bepaalde momenten zal men maatregelen moeten nemen om het tekort aan te vullen.

Er was een tijd dat er te veel verplegend personeel was. Nu is er te weinig. In sommige specialiteiten is er op een bepaald ogenblik een tekort, terwijl er op een ander ogenblik een overaanbod is. Wij moeten inspelen op die veranderende situaties met het oog op het voorkomen van een overaanbod van verstrekkers van medische verzorging. Overaanbod van deze laatste, zoals dit in bepaalde specialiteiten thans het geval is, leidt vaak tot onderbekwaamheid, dit bij gebrek aan voldoende medisch contact met de patiënten.

De wet die in ons land de uitoefening van de geneeskunde, de paramedische beroepen, de verpleegkunde en de werking van de medische commissies regelt, is meer dan twintig jaar oud. Hij werd twee keer grondig aangepast. Een eerste keer gebeurde dat in 1974 bij het tot stand komen van de spreidingswet inzake apotheken, en een tweede keer op het einde van de jaren zeventig toen de verpleegkunde in de wet werd ingeschreven.

Deze wet heeft tot nu toe niet de mogelijkheid geboden binnen het raam van de volksgezondheid een statuut te geven aan de paramedici.

Graag wilde ik het volgende ter overweging geven. Naar mijn mening moet het koninklijk besluit nummer 78 van 1967 worden aangepast wil men de paramedici het statuut bezorgen waarop zij recht hebben en waarop zij wachten. Ik bekken dat ik de grootste twijfels heb over de legaliteit van het ministerieel besluit van oktober jongstleden dat 16 technische prestaties opsomt om ze als paramedisch te kwalificeren. Ik ben ervan overtuigd dat

deze problematiek alleen bij koninklijk besluit kan worden geregeld en dat een aanpassing van het koninklijk besluit nummer 78 noodzakelijk is om een Hoge Raad voor de paramedische beroepen te installeren. Deze Hoge Raad zou dan adviezen kunnen verstrekken aan de hand waarvan de paramedische technieken en beroepen juist kunnen worden omschreven en hun beoefening kan worden geregeld. Indien de regering ter zake geen initiatieven neemt, zal ik zo vrij zijn zelf een voorstel te doen.

Mijnheer de staatssecretaris, meer in het bijzonder vraag ik ook uw aandacht voor het statuut van de kinesitherapeuten. Ik meen dat ook zij een statuut moeten krijgen dat beter in verhouding staat tot de waarde van het beroep dat zij uitoefenen. Er gaan steeds meer stemmen op om hun een statuut te verlenen in hoofdstuk I van de wet op de uitoefening van de geneeskunst. Dit zou een belangrijke maar gerechtvaardigde rangverhoging betekenen. Terecht want ten eerste, de kinesitherapeut stelt een eigen diagnose, aanvullend bij die van de verwijzende arts; ten tweede, hij maakt een evaluatie van de gezondheidstoestand van de patiënt in het domein dat hem eigen is; ten derde, hij stelt een behandeling in en evalueert ze; ten vierde, hij draagt de verantwoordelijkheid voor zijn handeling.

Wij menen dus dat de kinesitherapeut een plaats verdient in dit hoofdstuk I, naast de plaats toegekend aan de tandartsen en de apothekers. Ook voor deze problematiek vraag ik de aandacht van de regering. Een kwalificatieverhoging van de kinesitherapie kan meteen leiden tot het afremmen van het overaanbod in de sector.

Mijnheer de staatssecretaris, ik wil voorts uw aandacht vragen voor de tandartsen en meer in het bijzonder voor de orthodontie. Onlangs hebt u in het bulletin van *Vragen en Antwoorden* doen opmerken dat dit specialisme in ons land niet bestaat, terwijl het in een aantal andere EG-landen wel bestaat. Met het oog op de periode na 1992, meen ik dat ook in ons land initiatieven worden genomen tot erkenning van de orthodontie. Opleidingscriteria en -centra zijn aandachtspunten waarover dringend een beslissing moet worden genomen, want de discussie is reeds te lang aan de gang.

Enkele woorden nog over de geneesmiddelen, meer bepaald over de bijsluiters. De nieuwe bijsluiters worden progressief ingevoerd. Zij zijn een waardevol element van informatie voor de verbruikers.

Ik wil thans een lans breken voor betere geneesmiddelenbewaking. Via de medische vertegenwoordigers worden geneesmiddelen, niet altijd zonder commerciële bedoeling — maar dat is niet het essentiële — voorgesteld aan het medisch korps. Binnen het raam van een betere geneesmiddelenbewaking en voor een betere nazorg is ook voor deze vertegenwoordigers een taak weggelegd.

Mijnheer de minister, ik vraag mij af of u tijdens de contacten met de geneesmiddelenindustrie, met wie u het probleem van de bijsluiters heeft geregeld, ook niet de problematiek van de nazorg, van de geneesmiddelenbewaking dieper kan uitpraten.

Ook de informatica biedt nieuwe middelen tot geneesmiddelenbewaking. Door beter en meer geregeld contact tussen geneesheren en producenten kunnen de geneesheren, die geneesmiddelen voorschrijven de opgedane informatie over hun werking op gerichte wijze sneller ter beschikking stellen van de producenten en degenen die permanent onderzoek verrichten naar de verbetering van geneesmiddelen.

Het recent probleem ontstaan rond de verkoop van geneesmiddelen werd vandaag reeds aangesneden. Er is de verkoop in «grote winkels». Om de patiënt beter te informeren en ter bescherming van de volksgezondheid moeten wij de rol van de apotheker opnieuw accentueren. Wij wensen niet aan te sporen tot vrije consumptie van geneesmiddelen.

Wij blijven voorstander van een beheersing van de verkooppunten evenzeer als van de spreiding ervan die de wet voorschrijft. Wij hebben geen nood aan «quasi»-apotheken!

Tot slot heb ik een vraag in verband met het Pasteurinstituut. Ik heb in het verslag van de discussie in de Kamer gelezen dat er besprekingen waren tussen de provincie Brabant en de nationale overheid over een eventuele overname en inpassing van het Pasteurinstituut in het nationaal gezondheidsbeleid.

En ook, wat is op het ogenblik de situatie van het Instituut voor hygiëne en epidemiologie, dat soms in verband wordt gebracht met het Pasteurinstituut?

Ik wil mijn bezorgdheid voor beide instellingen beklemtonen en verzoek u ervoor te zorgen dat beide hun belangrijk werk kunnen voortzetten.

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

De heer Peeters. — Mijnheer de Voorzitter, dat het gezondheidsbeleid een van de belangrijkste, zo niet de belangrijkste politieke uitdaging is in ons sociaal-zekerheidsstelsel bewijst de bespreking van de begroting van Sociale Voorzorg en ook het antwoord van de minister, waarin bijna uitsluitend het gezondheidsbeleid aan bod is gekomen. Bij de bespreking van de begroting van Volksgezondheid ben ik zelf nagenoeg de laatste om onze meer specifieke beschouwingen te formuleren.

Ik beperk mij dan ook tot het hoofdprobleem van de financiering van ons ziekteverzekeringsstelsel zelf en dat bevat heel wat meer dan de ziekenhuisproblematiek waarop vandaag onder de, weliswaar gerechtvaardigde, druk van de actualiteit speciaal de aandacht wordt gevestigd. Ik heb zeer veel horen spreken over de financieringsproblemen; ik heb echter weinig of niets gehoord over mogelijke oplossingen.

Het grootste probleem van ons gezondheidsbeleid is meer en meer de betaalbaarheid van ons stelsel van gezondheidsverstrekkingen. Zeer terecht wordt er in het regeerakkoord van uitgegaan dat «teneinde de ziekteverzekering voor de toekomst te beveiligen men zich dient te beraden over een grondige hervorming van het stelsel».

Dat betekent inderdaad — ik citeer andermaal uit het regeerakkoord — «dat bij voorrang een efficiënte beheersing van de uitgaven en een optimale aanwending van de beschikbare middelen zal moeten worden gerealiseerd. Er dient gestreefd naar een aan de noden van de verzekerde aangepaste en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg tegen de laagst mogelijke prijs».

Het regeerakkoord somt een aantal middelen op en stelt verder: «Ter versterking van de solidariteit tussen zieken en gezonden, meer bepaald bij de niet-actieve gerechtigden, kunnen sommige bijdragen worden aangepast in functie van de financiële draagkracht van de betrokkenen.»

«Als sluitstuk van deze nieuwe reglementering dient een adequaat systeem van financiële verantwoordelijkheid te worden uitgewerkt voor alle bij de ziekteverzekering en het nationaal gezondheidsbeleid betrokken partijen, rekening houdend met de mogelijkheden die elk van de betrokkenen wordt toegekend om in te grijpen op de financiële gevolgen zowel van het globale beheer van het stelsel als van de wijze waarop de toegewezen middelen individueel worden aangewend.»

In zijn uiteenzetting bij de behandeling van deze begroting in de kamercommissie heeft minister Busquin, tot wie ik deze bedenkingen vooral richt, solidariteit en verantwoordelijkheid terecht de door hemzelf uitgezette bakens van het te voeren gezondheidsbeleid genoemd.

Eveneens ter uitvoering van het regeerakkoord en met hetzelfde doel, namelijk de beveliging van ons stelsel in de toekomst, wordt sedert eind november van vorig jaar op de rondetafelconferentie de discussie gevoerd over de problematiek inzake financiering, het verbintenissenstelsel en de geneeskundige en administratieve controle, met de bedoeling een grondige hervorming via een nieuwe organieke wetgeving concreet gestalte te geven.

Ook hier blijkt echter de financiering en de verdeling van de financiële verantwoordelijkheid tussen de financiers en de participanten en binnen de beide groepen, de grote struikelsteen om tot efficiënte besluitvorming en concrete voorstellen te komen.

Het is veelzeggend dat precies de werkgroep «Financieel Evenwicht» tot nagenoeg geen enkele eensluidende conclusie of alternatief is gekomen. Een deelnemer aan de werkgroep «Financieel Evenwicht» drukte het beeldrijk uit door te zeggen dat hij het gevoel had deel te nemen aan een balspel waar iedereen de bal zo vlug mogelijk aan een medespeler kwijt wil maar waar niemand er eigenlijk toe komt een worp op het doel te richten.

Kortom, de financiële verantwoordelijkheid blijft het hete hangijzer en is bijna een taboe.

Er is eerst en vooral geen eensgezindheid dat de discussie binnen de huidige begroting kan worden gevoerd.

Een bepaalde artsenkamer blijft stevast herhalen dat met het bestaand budget geen ernstige, kwalitatieve geneeskunde kan worden gewaarborgd. Wanneer over herverdeling binnen de begroting over de verscheidene deelsectoren wordt gediscussieerd, start onmiddellijk het gevecht voor het eigen aandeel.

Ik heb op de ronde tafel herhaaldelijk studies opgevraagd van de ziekenhuissector om een duidelijker inzicht te krijgen in de berekening van de ligdagprijs. Ik heb geen concrete cijfers gekregen; wij hebben immers weinig of geen toezicht op het beheer van de ziekenhuizen. Het is nochtans belangrijk een rechtvaardig gedeelte van het ziekenhuisbudget toe te kennen aan de verpleegkundigen, die toch de meeste directe verzorging aan de patiënten verstrekken.

Wij hebben vastgesteld dat zo'n discussie niet binnen de kruitlijnen kan worden gevoerd. Wij hebben dan ook vragen bij een ziekenhuisbeheer dat een markt ontwikkelt rond RVT- en ziekenhuisbedden waar de prijs voor een bed in een rust- en verzorgingstehuis en in een ziekenhuis 400 000 frank bedraagt. Dan gaat het nog om een «witte» prijs, want er worden nog aanzienlijke sommen in het zwart bijbetaald. Mijs inziens moet dan ook het hele budget van de gezondheidszorg opnieuw worden bekeken.

«Verantwoordelijkheid en solidariteit» waren de sleutelwoorden van de beleidsverklaring ter zake in de kamercommissie. Wij juichen dat van harte toe, maar op de ronde-tafelconferentie gaven de diverse acteurs helemaal geen blijk van verantwoordelijkheid of solidariteit. Wij hadden trouwens niet anders verwacht. Wij hebben daar nog niet lang geleden op deze tribune voor gewaarschuwd. Wij zullen hieromtrent onze politieke verantwoordelijkheid tegenover de machtsblokken moeten opnemen. Het verheugt mij dan ook dat minister Busquin op het einde van zijn antwoord meedeelde dat hij resoluut zinnens is dit ook te doen.

Na deelname aan alle vergaderingen van de werkgroep «Financieel Evenwicht» van de ronde-tafelconferentie kunnen wij alleen maar ons uitgangspunt opnieuw bevestigen: voor een structureel probleem zijn alleen structurele oplossingen afdoende. Een loutere herverkaveling van de financiële verantwoordelijkheid na de zoveelste negotiatie zal weinig zoden aan de dijk zetten. Zo kan ik het resultaat van deze werkgroep samenvatten. Wij moeten onze politieke verantwoordelijkheid opnemen en regelrecht opteren voor een stelsel waarin financiële verantwoordelijkheid en solidariteit als dusdanig zijn opgenomen.

Het is de minister van Sociale Zaken niet onbekend dat er in de Volksunie heel wat denkwerk is verricht over de financiering van de ziekteverzekering en over de organisatie van onze gezondheidszorg. Wij zijn overtuigd van de noodzaak van een structurele responsabiliserende hervorming van een solidaire gezondheids-politiek. Daarom blijven wij voorstander van de federalisering van de sociale zekerheid en van de gezondheidszorg in het bijzonder. Het is dus helemaal niet onze bedoeling van deze materie een twistappel te maken.

Dit betekent echter niet dat wij twijfelen aan de solidariteit tussen de burgers van ons land. Integendeel. Zoals de heer

Bosmans in de kamercommissie, wijzen ook wij erop dat er nog altijd geen rekening wordt gehouden met de toewijzing van een aantal bevoegdheden inzake gezondheidsbeleid aan de Gemeenschappen door de bijzondere wetten op staatshervorming van 1980 en 1988. De hiertoe noodzakelijke structuren kunnen evenwel bij ontstentenis van wetgeving en financiering niet worden opgericht.

Deze tweeslachtige beleidsverantwoordelijkheid, zoals de heer Bosmans het in de kamercommissie noemde, maakt een behoeftegericht eigen gezondheidsbeleid van de Gemeenschappen onmogelijk. Er werd reeds herhaaldelijk aangetoond, onder meer door de belangrijke uiteenzetting van de heer Moens, op de ronde-tafelconferentie dat beide Gemeenschappen een steeds verder uit elkaar groeiend medisch consumptiepatroon vertonen en duidelijk opteren voor een verschillend medisch model.

De federalisering van de gezondheidszorg bleek vooral nog bij de regeringsonderhandelingen niet haalbaar. De Volksunie stond op dit vlak vrijwel alleen. Tijdens dit debat heb ik echter een aantal signalen opgevangen; de recente uitspraken van Vice-Eerste minister Dehaene wijzen er onder meer op dat de Volksunie in de nabije toekomst, vroeger dan verwacht, zou kunnen gelijk krijgen. Wij zijn ervan overtuigd dat wij niet moeten federaliseren om te federaliseren maar dat wij de federalisering als middel moeten aanwenden om ons gezondheidsbeleid te saneren en te heroriënteren op het niveau van de beide volksgemeenschappen.

Het ligt voor de hand dat vooral inzake het sociaal en gezondheidsbeleid zowel inzake de wetgeving als de aanwending van de middelen de Vlaamse en Franstalige Gemeenschap de mogelijkheid moeten krijgen om binnen de huidige staatshervorming een eigen keuze te maken.

Op de ronde-tafelconferentie heeft de Volksunie een op korte termijn haalbaar initiatief voorgesteld. Hierbij hield zij rekening met de bevoegdheidsverdeling en met de besluiten van het eindverslag van de commissie-Dillemans. Dit initiatief doet geen afbreuk aan het regeerakkoord. Het heeft een dubbel doel, het huidige stelsel zo snel mogelijk saneren en tegelijk een aantal elementen aanreiken om een aan behoeften, consumptiepatroon en medisch model aangepast gezondheidsbeleid met een toekomstgerichte visie voor beide volksgemeenschappen te creëren.

Wij willen hier niet in detail op ons voorstel ingaan maar er slechts de grote lijnen van schetsen.

De Volksunie stelt voor het stelsel van de ziekteverzekering structureel op te delen in twee onderscheiden stelsels.

Het feit dat de begrotingen van Sociale Voorzorg en van Volksgezondheid door elkaar zijn behandeld, wijst op een col-lusie die een hypotheek legt op een heroriëntering van het stelsel.

De Volksunie stelt voor twee onderscheiden stelsels in te voeren: enerzijds een verplicht stelsel van nationale basisverzekering en anderzijds een bijkomende verzekering die wordt georganiseerd door de Gemeenschappen. De verplichte basisverzekering blijft nationaal en wordt berekend volgens de Europese normen voor basisuitkeringen, met andere woorden voor maxima, minima, basisvoorwaarden op uitkeringsrecht enzovoort.

In die zin stelden enkele collega's vast dat wij inzake gezondheidsbeleid en ziekteverzekering zeer snel moeten rekening houden met de groeiende Europese normering. Ik verwijs in dit verband naar een zeer interessante Europese studie: *La Sécurité sociale à l'horizon de l'an 2000*. Dit is een herwerkte studie van vier jaar geleden over de wijze waarop de sociale zekerheid en het gezondheidsbeleid in Europa evolueren.

Wij moeten hoe dan ook opteren voor een nationaal basisstelsel dat meer en meer een Europees basisstelsel zal zijn en dat de interpersonele solidariteit, niet alleen tussen de twee Gemeenschappen in een federaal België maar ook binnen een federaal Europa, moet waarborgen. Alleen op die wijze kan een interpersonele objectieve en doorzichtige solidariteit worden bereikt die niet toelaat dat, zoals thans nog altijd gebeurt, via het gebruik van de normen en criteria van dezelfde organieke wetgeving onverantwoorde transfers worden gerealiseerd.

Het verheugt mij dat minister Busquin deze boodschap heeft begrepen zoals blijkt uit zijn antwoord.

Vice-Eerste minister Dehaene heeft zijn boodschap trouwens in dezelfde zin gebracht. Voor deze onhoudbare toestand moet binnen de huidige organieke wetgeving zo snel mogelijk een oplossing worden gevonden. Hiervoor zijn echter zo weinig structurele middelen voorhanden dat ik twijfels heb over het resultaat. Ik verwijs naar de situatie in de onderwijssector. Zelfs binnen de begroting van Onderwijs werden wij al te vaak geconfronteerd met onverantwoorde transfers en wanneer uiteindelijk de rekening werd gepresenteerd, was het transfer nog groter geworden. Deze dubbele rekening stellen wij ook vast in de sociale zekerheid. Wij vragen ons af of een dergelijke onverantwoorde en ondoorzichtige solidariteit op die wijze kan worden voortgezet.

Met betrekking tot de financiering van die basisverzekering pleit de Volksunie voor een totaal ander financieringsstelsel.

Het is de logica zelf dat, enerzijds voor de gezondheidszorg en anderzijds voor de ongeschiktheidsuitkeringen, een andere financiering geldt.

De gezondheidszorg is een gemeenschapszorg bij uitstek. Dit debat heeft andermaal de juistheid van deze vaststelling bewezen. Daarom is het ronduit onlogisch dat de gezondheidszorg verder wordt gefinancierd louter en alleen door inhoudingen op het loon en door staatstoelagen. De ongeschiktheidsuitkeringen verzekeren op een horizontale wijze de actieven die bijdragen hebben betaald, tegen het verlies van hun inkomen ingevolge non-activiteit door ziekte en invaliditeit. Ze verzekeren op een solidaire wijze het inkomensverlies.

De Volksunie vindt dat het meer dan logisch is voor gezondheidszorg de weg van de fiscalisering op te gaan. De fiscalisering is een structureel middel om de financiering van de ziekteverzekering te saneren en dit via bijdragen naar draagkracht. Voor de uitkeringen pleit de Volksunie voor een stelsel van evenwicht tussen verzekeringswetmatigheid en solidariteit, gefinancierd door sociale bijdragen, echter niet zoals die thans rechtstreeks en uitsluitend gekoppeld zijn aan het inkomen uit arbeid. Zij zouden integendeel moeten voortvloeien uit een sociale belasting op de toegevoegde waarde per bedrijf.

De commissie-Dillemans waaraan ik ruim drie jaar heb meegewerkt, en waarin ook de sociale partners en de vertegenwoordigers van de betrokken kabinetten zaten, is na een discussie over die fameuze sociale BTW tot een zekere consensus gekomen over een zestal modellen die werden uitgediscussieerd op hun operationaliteit. In een secundaire verticale solidariteit zullen wellicht bijkomende overheidssubsidies nodig zijn.

Aan de uitgavenzijde pleit de Volksunie wat de gezondheidszorg betreft voor een groter evenwicht tussen «responsabilisering» en «solidariteit» en dit door een aantal structurele maatregelen. En vanmiddag heb ik hier wel horen klagen over verkeerd gegroeide toestanden, maar niemand heeft structurele maatregelen voorgesteld.

Deze structurele maatregelen kunnen zijn: een grondige herschikking van de nomenclatuur, een differentieel remgeldstelsel, een selectieve toepassing van de regeling van de derde betaler, een duidelijke echelonnering van de gezondheidszorg. En dit is het middel bij uitstek om, zoals nagenoeg elke regeringsverklaring stelt, de eerste-lijnsgesondheidszorg opnieuw te valoriseren.

Wij pleiten voor arbeidsherverdelende maatregelen. Enerzijds is er wel het overaanbod aan verstrekking van geneeskundige verzorging, maar anderzijds is er een ongestructureerde arbeidsverdeling waarvan jonge huisartsen het slachtoffer zijn. Na zeven jaar universitaire studies worden jonge huisartsen door een Europese richtlijn verplicht nog eens twee jaar zogezegde bijscholing te volgen.

Wij pleiten ervoor om de als het ware kromme eerste lijn een meer geëchelonneerd aanzicht te geven. Alleen structurele middelen kunnen een optimale aanwending en herschikking van de beschikbare middelen evenals een maximale kwaliteit van de gezondheidszorg garanderen.

Het is precies over die herschikking van de middelen dat men het bij de ronde-tafelbesprekingen na ettelijke discussies nog

altijd niet eens is. Dit door een aantal bekommelingen die ten gronde met het vrijwaren en de kwaliteit van ons systeem van geneeskundige verzorging niets of slechts zijdelings iets te maken hebben.

Zo kwam er op geen enkel ogenblik binnen de werkgroep Financiering een bespreking van de grond over de herschikking van de middelen binnen het hospitaalgevee in de richting van een rechtvaardiger bezoldiging en arbeidsbelasting van het verplegend personeel. Inzake het essentiële van het financieringsprobleem van de gezondheidspolitiek blijft tussen de diverse pressiegroepen een gesprek nog steeds onmogelijk of wordt het alleszins nog ontweken op de vooravond — volgende maandag bespreken we het eindrapport — van het besluit van deze rondetafelconferentie. Dit is voor ons niet zozeer een ontgoocheling want wij hadden niets anders verwacht, maar eerder een bevestiging van onze overtuiging dat voortaan de discussie op een heel andere wijze en volgens een aantal geheel nieuwe denkpatronen door ons, politieke verantwoordelijken, zal moeten worden gevoerd.

In het kader van de problematiek inzake de klinische biologie deed de Volksunie reeds een aantal concrete voorstellen. Met een aantal daarvan werd trouwens bij het opstellen van de programmawet rekening gehouden. De Volksunie formuleerde eveneens duidelijke voorstellen inzake sanering, de rol van de ziekenfondsen, de artsensyndicaten en de orde van geneesheren. Een betere organisatie van de gezondheidszorg zal reeds heel wat ingewikkelde regulerende en controlerende procedures overbodig maken.

Over ongeschiktheidsuitkeringen stelde de Volksunie een concreet alternatief voor. Dit is echter een discussie die binnen het raam van de globale herschikking van de sociale zekerheid moet worden gevoerd. Ik verwijs daarvoor naar het uitgebreid document dat wij aan de ronde-tafelconferentie ter bespreking hebben voorgelegd.

Mijnheer de Voorzitter, bij wijze van toelichting bij de uiteenzetting van de heer Diegenant, wijs ik erop dat de Volksunie naast de nationale basisverzekering voorziet in een stelsel van bijkomende verzekering dat door de Gemeenschappen wordt georganiseerd. Deze bijkomende gemeenschapsverzekering zou de kosten van de gezondheid en welszijnsvoorzieningen moeten financieren zoals zij door de bijzondere wetten van 1980 en 1988 betreffende gezondheidszorg en bijstand aan personen aan de Gemeenschappen zijn toegewezen. In ons alternatief wordt dit stelsel gefinancierd door geristoreerde belastingen uit het centrale fonds waarin de gefiscaliseerde heffingen voor de gezondheidszorg worden gestort. Dit financieringsstelsel zou uiteindelijk, op een doorzichtige wijze, de hybride regeling door dubieuze protocolakkoorden zoals dat voor de betrokken materies steeds gebeurde vervangen door een stelsel van eigen decreten op het niveau van de Gemeenschappen die slaan op de onderscheiden bevoegdheidsstructuren.

De problematiek van ons stelsel van verstrekking van geneeskundige verzorging is de jongste jaren uitgegroeid tot een van de belangrijke uitdagingen van ons politiek bestel. Toen ik recent *De Sociale Geschiedenis van België* van professor Vandeputte herlas, moest ik daaruit besluiten dat naarmate ons stelsel van sociale zekerheid werd uitgebouwd, het geleidelijk aan ook is uitgegroeid tot een van de belangrijkste problemen en die na vijftien jaar resulteert in een aantal straatacties waar ook minister Busquin naar heeft verwezen. Het betekent inderdaad het einde van een lange weg van groeiende problematiek die doorheen de verschillende niet-structurele benaderingen van het probleem het bekende resultaat heeft.

Met minister Busquin vragen wij ons af op welke wijze die ziekteverzekering die zo essentieel is voor onze volksgezondheid, en nog altijd het kostbaarste bezit in het menselijk leven, voor de toekomst beveiligd kan worden. Wij zijn er met hem van overtuigd dat een grondige hervorming van het stelsel een dringende maar tevens dwingende noodzaak is geworden.

Daarover is bijna iedereen het eens. Laten wij dan ook stoppen met symptoombestrijding. Laat de diagnose die andermaal door de ronde-tafelconferentie wordt bevestigd,

resulteren in een causale therapie. Daartoe wil de Volksunie positief bijdragen.

Tot slot wens ik meer specifiek een aantal vragen te stellen aan de staatssecretaris voor Volksgezondheid en Gehandicaptenbeleid over een probleem waarover ik zou hebben geïnterpeleerd indien de behandeling van deze begroting mij niet de gelegenheid had gegeven om mijn vragen rechtstreeks te stellen.

Mijn vragen betreffen de gevolgen van de wet van 27 februari 1987, op de tegemoetkomingen voor gehandicapten, aangevuld door het uitvoeringsbesluit van 6 juli 1987 en het ministerieel besluit van 30 juli 1987.

Thans, anderhalf jaar na de inwerkingtreding van deze nieuwe wet, zijn de klachten nog steeds legio. Ze zijn u, mijnheer de minister, wellicht nog meer bekend dan mij.

Er is niet alleen de blijvende klacht betreffende de gemiddelde wachttijd van 18 maanden vooraleer een beslissing inzake een gehandicapten dossier wordt getroffen. Bijkomend is de klacht dat ingevolge de afschaffing van de kinderbijslag op 21 jaar, op een ogenblik dat nog geen nieuwe tegemoetkomingen werden toegekend, een aantal gezinnen onverwacht en voor onbepaalde tijd een substantieel deel van hun inkomen verliezen. U heeft in antwoord op een parlementaire vraag weliswaar gezegd, mijnheer de minister, dat de aanvraag kan worden ingediend vanaf de twintigste verjaardag, maar met een gemiddelde wachttijd van 18 maanden moet men dan toch nog een half jaar wachten op de beslissing en op de uitkering van de tegemoetkoming.

Voorts zijn er heel wat bezwaren tegen de behandeling van de dossiers door één geneesheer in plaats van door een multidisciplinair deskundig team. Als praktiserend arts heb ik heel wat vragen bij de wijze waarop die dossiers door één geneesheer worden behandeld zodat men afhangt van een eenmalig advies voor de erkenning als gehandicapte.

In een aantal gevallen tenslotte zijn de financiële gevolgen van de nieuwe wet onverantwoord nadelig tegenover het oude stelsel, dit wegens een aantal anomalieën waarvoor wij indertijd bij de bespreking van het wetsontwerp van staatssecretaris Demeester in de commissie hebben gewaarschuwd. Wij moeten niet zonder enige verontwaardiging vaststellen dat wij toen gelijk hadden. Ik wil dit illustreren met enkele concrete voorbeelden.

Persoon A is ouder dan 25 jaar en valt onder het oude stelsel. Hij ontvangt maandelijks een bijzondere tegemoetkoming van 27 079 frank en een verlengde dubbele kinderbijslag van 4 945 frank of in totaal 32 024 frank. Daarbij komt een jaarlijkse tegemoetkoming voor hulp aan derden van 30 000 frank.

Persoon B is jonger dan 25 jaar en valt onder het nieuwe stelsel. Hij ontvangt maandelijks als inkomen en integratietegemoetkoming categorie II samen 20 854 frank. Bovendien wordt in dit geval de kinderbijslag niet meer uitbetaald vanaf 25 jaar.

Beide personen verblijven in dezelfde instelling, wonen in hetzelfde huis en werken in hetzelfde bezigheidsatelier. Het gaat hier dus om een ontoelaatbare anomalie die dringend moet worden weggewerkt.

Ik geef u een tweede voorbeeld. Volwassenen tewerkgesteld in een beschutte werkplaats zijn in vele gevallen nog meer benadeeld. Het weinige dat ze verdienen aan loon wordt in rekening gebracht voor het bepalen van de inkomensvervangende tegemoetkoming. Wat betreft de integratietegemoetkoming vallen zij meestal uit de boot of moeten tevreden zijn met een categorie 1. Van reële integratie zal geen sprake kunnen zijn omwille van de zwakke financiële situatie van de betrokkene.

Mijn derde voorbeeld.

Er is een geval bekend van een mentaal gehandicapte, werkende in een beschutte werkplaats, die geen aanspraak kan maken op inkomensvervangende tegemoetkoming, wel op integratietegemoetkoming zijnde 18 000 frank per jaar. Zijn inkomen bedraagt nu 12 000 frank per maand betaald door de ziekenkas in totaal dus 13 500 frank per maand.

Een in een instelling verblijvende gehandicapte dient een dagprijs van 804 frank te betalen; er rest hem dan alleen nog zijn gewaarborgd zakgeld ten bedrage van 4 595 frank per maand voor de arbeidsongeschikte mentaal gehandicapten. Dit bedrag is zeker niet van die aard om zijn integratie te bevorderen; hierdoor schiet heel het stelsel van de tegemoetkomingen aan haar doel voorbij.

Mijn vragen aan de staatssecretaris luiden:

1. Kunnen een aantal anomalieën bij eenvoudig koninklijk besluit binnen de geplande budgettaire ruimte worden verholpen of dienen hiertoe wetsvoorstellen te worden ingediend?

2. Vanaf september 1988 zou bijkomend personeel worden ingeschakeld om de berg van 70 000 aanvragen van gehandicapten zo snel mogelijk weg te werken. De staatssecretaris heeft daarvoor tijdens het begrotingsoverleg op Stuyvenberg 700 miljoen extra gekregen. Hoeveel staat het met het wegwerken van de achterstand sinds de personeelsbezetting werd opgevoerd?

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

De heer Gryp. — Mijnheer de Voorzitter, spreken op dit late uur over volksgezondheid is helemaal niet gezond. Het gaat dan nog over een begroting die al helemaal opgesoupeerd is. Wij zullen van de sereniteit van het debat gebruik maken om enkele suggesties aan de overheid te doen.

In de eerste plaats wil ik het even hebben, het is hier al vaak aan bod geweest, over geneesmiddelen, meer in het bijzonder naar aanleiding van de fameuze handelsoorlog tussen de Verenigde Staten en Europa, in verband met het aanwenden van de zogenaamde natuurlijke hormonen voor de vetmesterij. Wij hebben daar onze eigen wetgeving en de Europese richtlijn die het gebruik van deze hormonen totaal verbieden.

Ik heb in dat verband de volgende overwegingen. De Wereldgezondheidsorganisatie catalogeert deze producten sinds vele jaren als kankerverwekkend. Daaraan is niets veranderd. De enige betwisting gaat over de dosis waarbij zij kankerverwekkende eigenschappen vertonen.

De voorstanders van het gebruik van hormonen in de vetmesterij hanteren steeds het argument dat de residu's die in het vlees achterblijven zo miniem zijn dat ze geen kankerverwekkend effect meer hebben.

Ik wil daarop het volgende antwoorden. Het is voor ons volkomen onaanvaardbaar dat men voor economische doeleinden, en vooral voor de productie van voedsel, producten aanwendt die in bepaalde omstandigheden kankerverwekkend zijn, zelfs indien de kans groot is dat ze in minieme hoeveelheden geen schade berokkenen.

Ik wil u daarbij erop wijzen dat het hier in de eerste plaats gaat om geneesmiddelen. Volgens recente gegevens is het gebruik van hormonen reeds achterhaald. Men gebruikt nu geneesmiddelen zoals Clenbuterol om een abnormale gewichtstoename op te wekken bij fokdieren. Ik wil daarom de volgende overweging onder uw aandacht brengen. Ieder geneesmiddel heeft bepaalde nevenverschijnselen die in feite ziekteverschijnselen zijn. In de medische wetenschap noemt men ze iatrogene ziekten. Het zijn ziekteverschijnselen die optreden als gevolg van de therapeutische behandeling. Bij het gebruik van hormonen is de opgewekte gewichtstoename niet het gezochte resultaat, maar een bewust veroorzaakt nevenverschijnsel. Men brengt de dieren dus op een kunstmatige wijze in een ziekelijke toestand en dit enkel en alleen om op een onnatuurlijke wijze en op zeer korte tijd een belangrijke gewichtstoename op te wekken. Dit is boerenbedrog en voor ons volkomen onaanvaardbaar, zelfs als een ongevaarlijk hoestsiroopje wordt gebruikt om een dergelijk effect te verkrijgen.

Immers, het doel is om bij voorbeeld oude afgedankte melkkoaien op korte tijd om te toveren in malse biefstukken. Het is voor ons ethisch onaanvaardbaar dat nog langer geneesmiddelen worden aangewend voor andere dan therapeutische doeleinden. Ik wilde u dit ter overweging mededelen en uw aandacht erop vestigen dat dringend maatregelen dienen te worden genomen om dit boerenbedrog tegen te gaan.

In verband met de problematiek rond het leefmilieu werd ik daarstraks aangenaam verrast door mevrouw Herman, die op een voor mij onverwacht ogenblik mijn partij lof heeft toegeswaaid. Ik ben haar hiervoor zeer dankbaar. Het verheugt ons dat wij blijkbaar sinds onze aanwezigheid in de Senaat sinds 1981, een goede invloed hebben uitgeoefend op de andere partijen. Ik vind dit zeer aanmoedigend, maar ik blijf toch enigszins sceptisch.

De bewustwording van de milieuzorg bij de bevolking is dus onder onze invloed sterk vergoot. De analyse van de oorzaken is ook tamelijk goed ingeschat door alle partijen.

Waarover wij waarschijnlijk nog hemelsbreed van mening verschillen, is de aangereikte oplossing. Nog niet zo lang geleden hoorde ik een verklaring van de heer Bodson, voorzitter van de Vereniging van Belgische ondernemingen. Hij gaat akkoord met een leefmilieubeleid voor zover dat de economische bedrijvigheid geen schade berokkent. Onze benadering is net andersom: wij gaan akkoord met economie voor zover die het milieu geen schade berokkent. Dat is een totaal andere benadering. Wij zullen nog wel enige tijd moeten wachten voor hierover overeenstemming wordt bereikt.

Mevrouw Herman heeft heel terecht de aandacht gevestigd op de nogal chaotische toestand van de bevoegdheid inzake leefmilieu. Wie is voor wat bevoegd en wie kan normeren?

Ik breng in herinnering dat ik naar aanleiding van de bespreking van de bijzondere wet van 8 augustus 1988, namelijk tijdens de eerste fase van de staatshervorming, hierover het woord heb genomen. Ik heb erop gewezen dat in deze wet nog steeds geen oplossing is gevonden voor het probleem van de afdwingbaarheid, hoewel in het regeerakkoord duidelijk is gesteld dat tegelijk met de bevoegdheidsverdeling maatregelen moeten worden genomen en een oplossing moet worden gevonden voor de afdwingbaarheid van de Europese richtlijnen. Bovendien heeft minister Moureaux in zijn antwoord op mijn uiteenzetting verklaard naar een oplossing te zullen zoeken in de tweede fase. Van een hiërarchie der normen kan volgens hem echter geen sprake zijn. De tweede fase, met onder andere de financieringswet, is voltooid, maar er is nog steeds geen oplossing voor de afdwingbaarheid.

Het resultaat is dat België zich nu in een uitzonderlijke situatie bevindt. Bij gebrek aan goede wil van een of ander deelgewest heeft de nationale Staat geen enkel evocatierecht. Nochtans is die als enige verantwoordelijk tegenover de Europese Gemeenschap voor het uitvoeren van de Europese richtlijnen. Hij kan de deelgebieden niet dwingen tot het naleven van de richtlijnen. Ik herhaal dit voor de zoveelste maal.

Dit is een juridisch vacuüm waarvan ook regeringsleden zich nu blijkbaar bewust zijn. In een interview met *De Standaard* heeft Vice-Eerste minister Dehaene toegegeven dat er inderdaad nog altijd geen oplossing is voor het probleem van de afdwingbaarheid.

Nu belooft men nogmaals dat in de derde fase een oplossing zal worden gevonden. Ik vrees dat de oplossing halfslachtig zal zijn: nog maar eens een samenwerkingsakkoord of een overlegcomité waarin bij consensus moet worden beslist.

Wij gaan stilaan naar een situatie waarin België een unicum wordt in de Europese Gemeenschap. De ecologen zijn van oordeel dat de aanpak van het milieubeleid vooral internationaal moet gebeuren.

De ene deelstaat zou om economische doeleinden bedrijven kunnen aantrekken door de miliewetten toleranter te maken en de milieurichtlijnen niet te volgen. Iets dergelijks zal in ons land perfect mogelijk zijn. Wij blijven daarover zeer ongerust en maken van deze gelegenheid gebruik om dit opnieuw aan te klagen.

Ik kom nu tot mijn laatste punt. Het spijt mij dat staatssecretaris Smet niet aanwezig is, want zij is vaak betrokken bij de internationale milieuproblematiek. Ik hoop dat de inhoud van mijn uiteenzetting goed wordt overgebracht. Mevrouw Smet is gewoon geraakt aan de confrontatie met planetaire milieuproblemen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de conferentie van Montreal over de CFK's. Een van de grote bedreigingen, op

lange termijn misschien de belangrijkste bedreiging van allemaal, die boven ons hoofd hangt, is het fameuze broeikaseffect. Iedereen weet dat een van de grote oorzaken daarvan de thermische centrales zijn, vooral deze op steenkool, minder deze op petroleum en nog minder deze op aardgas.

Het is tijd dat mevrouw de staatssecretaris wordt ingelicht over het feit dat de nucleaire industrie deze zaak op een schandalige manier aangrijpt om nog maar eens een uitbreiding van de nucleaire activiteit te promoten. Deze mensen zijn ineens milieubewust geworden. Gedurende 20 jaar hebben zij ons opgescheept met een onoverzichtelijke afvalberg, waarvoor er nooit een oplossing komt. Nu vertellen zij dat de enige oplossing voor het broeikaseffect de algehele overschakeling op nucleaire elektriciteitscentrales is. Nochtans zijn de mensen in de nucleaire lobby gewoonlijk nogal verstandig. Nu geven zij echter blijk van een zekere overmoed.

Collega Lannoye heeft onlangs nog vermeld dat er een studie is gepubliceerd waaruit blijkt dat om het aandeel van het broeikaseffect, veroorzaakt door de thermische centrales, met nucleaire centrales op te vangen, er in de wereld om de twee à zes dagen, naargelang de vraag naar elektriciteit, een nieuwe kerncentrale zou moeten bijkomen. Geef toe dat dit volkomen onhaalbaar is en bij mensen die het goed menen met het leefmilieu, zelfs tot enige hilariteit aanleiding geeft.

Een aantal maatregelen kunnen de zaak nog in een goede richting sturen, indien zij nu onmiddellijk en gelijktijdig worden genomen.

Een eerste vereiste is rationeel energieverbruik, wat een belangrijke besparing in de energieproductie op korte termijn tot gevolg heeft. In een tiental jaren kan de energieproductie in zeer belangrijke mate, om en bij de 20 pct., worden gereduceerd. Ik ben niet eens zo optimistisch wanneer ik dit beweer.

Een tweede, bijkomende mogelijkheid is het omschakelen van thermische centrales van steenkool op aardgas. Dit heeft een reductie met 50 pct. van de koolstofdioxideuitstoot tot gevolg.

Ten derde kan men meer gebruik maken van gasstoomturbines.

Ten vierde moet men gebruik maken van het op het ogenblik weliswaar nog zeer dure systeem van decarbonatie.

Ten vijfde moet men werk maken van alternatieve en hernieuwbare energiebronnen en het studiewerk hieromtrent uitvoeren.

Ten zesde moet men stoppen met de zinloze ontbossing in de wereld. Dit is een uitzonderlijk belangrijk punt met betrekking tot het broeikaseffect, dat door de nucleaire lobby uit het oog wordt verloren. Men verniet systematisch de longen van de wereld, vooral in Zuid-Amerika. Het stoppen van de ontbossing en het herbebossen van braakliggende grond, ook bij ons, is een zeer belangrijk element in de strijd tegen dit fenomeen.

Tenslotte moet men overschakelen van de huidige chemische landbouwmethodes naar organische.

Mijnheer de staatssecretaris, aangezien uw collega, staatssecretaris Smet, waarschijnlijk de eerstvolgende dagen en zeker de komende jaren zal worden geconfronteerd met deze problemen, wilde ik niet nalaten u deze suggesties te doen. (Applaus.)

M. le Président. — La parole est à M. Delizée, secrétaire d'Etat.

M. Delizée, secrétaire d'Etat à la Santé publique et à la Politique des Handicapés, adjoint au ministre des Affaires sociales et, en ce qui concerne le Fonds national de reclassement social des handicapés, au ministre de l'Emploi et du Travail. — Monsieur le Président, je suppose qu'on ne m'en voudra pas si je ne reprends pas le discours de M. Busquin, qui a déjà répondu à un certain nombre de remarques et de suggestions. J'espère également qu'il ne me sera pas tenu rigueur si je ne réponds pas aux questions qui traitent des réformes institutionnelles, des affaires économiques et du secrétariat à l'Energie.

Le dernier discours, auquel vont mes préférences, est celui qui a trait à l'environnement et que j'ai prononcé, à plusieurs reprises, il y a dix ans.

Je voudrais, dans ma réponse, m'en tenir aux problèmes de la Santé publique, à propos desquels vous m'avez interrogé et, en particulier, à ceux relevant de ma compétence. J'ai l'intention de les traiter par thème, plusieurs orateurs ayant évoqué des problèmes importants sur lesquels, peut-être, M. Busquin n'a pas mis l'accent.

Un certain nombre d'intervenants, entre autres Mme Herman et M. Barzin, ont parlé du sida.

En fait, notre pays tient bien son rang en matière de lutte contre le sida. En 1983, cette maladie est arrivée à un moment où nous n'étions pas désarmés. Les premiers cas venaient d'Afrique centrale, et nos biologistes, comme nos médecins, étaient déjà à pied d'œuvre. L'Institut Pasteur du Brabant était déjà spécialisé dans la culture du rétrovirus, une équipe de la KUL venait de démontrer qu'un médicament — la suramine — était actif contre ce rétrovirus. A la faculté agronomique de Gembloux, une autre équipe était spécialisée dans l'étude des rétrovirus vétérinaires et à la faculté des sciences de l'ULB, les spécialistes des liposomes se servaient de vésicules de lipides à des fins de diagnostic ou de vaccination.

L'Institut de médecine tropicale était déjà bien rodé par l'examen des problèmes d'Afrique centrale. C'est donc très logiquement que de bonnes études belges concernant le sida ont été publiées dans les meilleures revues internationales et tout aussi logiquement que des crédits de recherche ont été octroyés pour l'équipe de la KUL qui poursuit ses recherches, notamment au niveau de nouvelles drogues, et qui nous a donné l'espoir d'un médicament supplémentaire grâce à un travail de collaboration avec des Japonais. Il fut aussi très logique de subsidier les efforts des virologues de l'ULB et de Gembloux qui, en collaboration avec l'Institut Pasteur de Lille, ont publié dans une revue anglaise *Nature*, un étonnant travail qui paraît expliquer pourquoi le virus HIV endommage le fonctionnement des cellules cérébrales des malades.

Je tiens à signaler qu'un médecin belge a été nommé à la présidence du groupe européen chargé de coordonner les essais cliniques de traitement du sida par de nouvelles associations de médicaments.

Un certain nombre d'actions ont donc été menées. Je vous en rappelle quelques-unes.

En 1987, le budget prévoyait un subside de l'ordre de 37,5 millions. Nous avons demandé un subside de 85 millions pour les centres de référence et de 15 millions pour la recherche.

En réponse à une question plus précise de M. Barzin, je dirai qu'en 1988, le Conseil supérieur pour la coordination de la lutte contre le sida a eu pour tâche de gérer les activités des centres de référence, ainsi que celles des divers sous-groupes réunis autour de certains thèmes relatifs aux problèmes soulevés par le sida.

Par ailleurs, des cellules créées par les ministres des Communautés se sont montrées très actives dans le domaine de la prévention et de l'éducation. L'un des sous-groupes du Conseil supérieur national concerne la prévention et sert, en quelque sorte, de point de rencontre pour un échange de vues sur les activités des Communautés. Le Conseil supérieur était composé, en 1988, de vingt membres appartenant à différentes disciplines médicales, sociologiques ou psychologiques et provenant de différentes universités du pays ou d'institutions scientifiques telles que l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et l'Institut Pasteur du Brabant.

Sur le plan national, les subsides ont été répartis comme suit : 85 millions aux centres de référence, soit 14 millions 625 mille pour l'UCL, 14 millions 875 mille pour la KUL, 16 millions 150 mille pour l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, 4 millions 425 mille pour l'Institut Pasteur, 9 millions 775 mille pour l'ULB, 8 millions 925 mille pour la VUB, 11 millions 150 mille pour l'Université de Liège, 8 millions 525 mille pour l'Université de Gand.

Afin d'exercer un contrôle sur la qualité du travail effectué par ces centres, les subsides sont accordés selon le processus suivant : 50 p.c. au départ pour permettre le démarrage de la recherche, 10 p.c. après approbation du programme de recherche, les 40 p.c. restant après analyse du rapport scientifique.

En outre, la recherche fondamentale sur le sida a été soutenue par les subsides suivants : 11 millions à la KUL pour l'étude de nouvelles drogues contre le sida, 9 millions à l'ULB pour des études sur la préparation d'un vaccin au stade préliminaire fondamental, 2 millions 300 mille à l'Université d'Anvers, 13 millions à deux laboratoires de l'ULB pour l'étude de doubles infections par le virus du sida et par le virus de l'herpès, situation très fréquente chez les malades atteints du sida.

Le budget de la politique scientifique accorde moins d'appui financier à la lutte contre le sida par comparaison à d'autres pays voisins. Il est vrai que notre pays est relativement privilégié car la proportion de séropositifs y est moins grande.

J'ajoute à l'attention de M. Barzin que, sur le plan de l'éducation, les Communautés ont consacré une partie de leur budget propre à ce problème tandis que le ministre Charles Picqué et moi-même avons octroyé une somme de 3 425 423 francs pour fournir des informations, par le biais de la télévision et des salles de cinémas.

Quant à la concertation avec les autres Etats, je puis témoigner de sa haute efficacité en citant quelques exemples. C'est un médecin belge qui préside le réseau européen de traitement du sida tandis qu'un autre chercheur est membre d'un même réseau ayant trait à la recherche sur les vaccinations. L'Institut de médecine tropicale joue un rôle de premier plan dans l'étude du sida en Afrique centrale.

Par ailleurs, un membre de mon cabinet ainsi qu'un médecin de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie participent aux travaux de la CEE et de l'OMS sur le sida.

Il est également facile d'objectiver la très haute qualité de la recherche belge en ce domaine. Il suffit de parcourir les revues scientifiques de tout premier niveau telles que les revues anglaises *Nature* et *Lancet* et américaines *Science*, *Proceedings of the National Academy of Sciences* pour y retrouver, maintes fois, le nom de plusieurs Belges. En fait, compte tenu du nombre d'habitants, notre production scientifique dans ce domaine est parmi les premières du monde.

Ainsi, l'on peut dire que les crédits alloués sont utilisés avec un maximum d'efficacité. Mais les budgets universitaires sont insuffisants pour permettre d'éventuellement suppléer au manque de moyens.

En ce qui concerne l'information, la prévention et les actions relevant de la Communauté, je ne puis que renvoyer au débat communautaire, car cette matière ne relève plus de la compétence nationale.

En ce qui concerne un deuxième thème abordé, celui de la présence d'hormones dans la viande, par exemple, je partage entièrement le souci des intervenants dans le cadre de la défense des consommateurs.

Je rappellerai tout d'abord que la lutte contre l'utilisation d'hormones se situe à plusieurs niveaux : au niveau de la vente des médicaments vétérinaires : plus d'une trentaine d'inspecteurs-pharmaciens s'en chargent ; ils constituent l'inspection de la pharmacie relevant de mes compétences ; au niveau de l'agriculture : les expertises s'opèrent sur des animaux vivants, chez les fermiers. Mon collègue, le secrétaire d'Etat à l'agriculture, est compétent, en cette matière, au niveau des abattoirs : les expertises sont réalisées par des inspecteurs de l'Institut de l'expertise vétérinaire et relèvent de ma compétence. Ce département compte 165 inspecteurs assermentés, employés à temps plein, et plus de 550 *part time*, chargés de missions, indépendants. J'ai d'ailleurs exigé auprès de ce service une application stricte et rigoureuse de la loi : blocage des carcasses en abattoirs lors de prélèvements d'échantillons et ce jusqu'à l'obtention des résultats définitifs ; saisies et destructions dans des usines prévues à cet effet des carcasses définitivement positives, c'est-à-dire après contre-expertise éventuelle ; en aval des abattoirs, c'est-à-dire dans les boucheries, le contrôle dépend des inspecteurs des

denrées alimentaires; ils sont au nombre de 46, et relèvent également de ma compétence.

Permettez-moi ensuite, à propos de l'étude de *Test Achats*, de relever l'incohérence de sa démarche. En effet, pas plus tard que la semaine dernière, en ce qui concerne les produits comme les oligo-éléments, les vitamines, les lunettes et les tests de grossesse mis en vente dans les grandes surfaces, *Test Achats* était d'accord — le CRIOC en tout cas — avec GB-Inno-BM, alors qu'antérieurement ces associations m'ont demandé de prendre des mesures contre les magasins vendant des produits à effets thérapeutiques. J'ai la lettre ici pour en attester.

Au sujet des hormones, on peut affirmer que cette association a travaillé dans un meilleur état d'esprit. Il est vrai que l'étude sur la qualité et le prix de la viande effectuée par *Test Achats* dans son numéro de janvier 1989 a été réalisée dans près de 500 boucheries. Par contre, les analyses sur les hormones n'ont été effectuées que dans 25 boucheries, ce qui est statistiquement très différent et contestable.

Cette parenthèse faite, je ne peux, contrairement à ce que vous me demandez, me prononcer sur la fiabilité de ces résultats car la méthode utilisée, les critères et la manière de les interpréter ne sont pas définis.

Cette remarque vaut également pour les résultats obtenus par le laboratoire de la ville de Gand, compte tenu du fait que ce dernier n'est pas agréé.

A l'Institut d'expertise vétérinaire, pour les trois premiers trimestres de 1988, la recherche hormonale a été réalisée sur 5 360 bêtes, dont 657, soit 12,25 p.c. se sont révélées positives.

En ce qui concerne la recherche plus spécifique sur les bovidés — les bœufs et les veaux — les analyses effectuées par l'Institut d'expertise vétérinaire ont donné 13,7 p.c. de résultats positifs contre 25 p.c. par *Test Achats*. Il faut remarquer que 4 665 bovidés contrôlés en neuf mois représentent quatre fois plus d'analyses que le nombre fixé par la directive européenne 86/469/CEE, soit 1 750 analyses par an.

De plus, les analyses de l'Institut d'expertise vétérinaire sont effectuées selon le programme déposé et accepté par la CEE. Ces chiffres valent pour la recherche hormonale, en général.

Les substances reprises par *Test Achats*, c'est-à-dire les hormones artificielles comme le MPA ou la nortestostérone, sont également mises en évidence par l'Institut d'expertise vétérinaire, respectivement, à raison de 2,2 p.c., 6,1 p.c. et 1 p.c. contre les 25 p.c. mentionnés par *Test Achats*.

Néanmoins, il me paraît intéressant de souligner que le professeur Debackere, dans *Le Soir* des 21 et 22 janvier 1989, révélait que, bien qu'étant le premier à avoir alerté le monde sur le problème du DSE — hormone cancérogène — il ne comprenait pas le phénomène d'hormonophobie du point de vue scientifique.

Je tiens à vous rassurer: aucune présence de ce DSE n'a été mise en évidence en Belgique.

Au terme d'hormone naturelle, ce professeur préfère néanmoins celui d'hormone endogène parce que les animaux produisent eux-mêmes ce type d'hormones. A certaines périodes, ils en produisent même plus que lorsqu'ils sont traités par implantation.

Pour M. Debackere, les trois hormones endogènes interdites par la législation européenne sont absolument sans danger pour le consommateur. Le professeur Lamming de l'université de Nottingham partage le même point de vue.

Une distinction doit donc être faite entre les hormones naturelles et les hormones de synthèse, en constatant que les scientifiques ont eux-mêmes des avis divergents en ce qui concerne les hormones naturelles ou endogènes.

Outre les inspections effectuées par l'Institut d'expertise vétérinaire, qui a dressé 466 procès-verbaux en 1988, l'Inspection de la pharmacie intervient chaque fois qu'elle a connaissance d'infractions en matière de médicaments. Plusieurs affaires, impliquant au total plus d'une centaine de personnes, sont actuellement à l'instruction dans plusieurs parquets.

En octobre 1988, j'ai demandé à cette Inspection de renforcer les contrôles habituels en la matière, de mener des opérations de contrôle dans certains points névralgiques, de lutter contre les prescriptions abusives destinées à couvrir un trafic illégal, de mettre en évidence, puis de sanctionner, la délivrance abusive de médicaments vétérinaires.

Le contrôle des médicaments, qui demande une formation spécifique, relève de la compétence des pharmaciens. Cependant, l'Inspection de la pharmacie a connu des restrictions de personnel causées par le blocage du recrutement au cours des années écoulées. Tout a néanmoins été mis en œuvre pour que les missions essentielles d'inspection, sur le terrain, ne soient jamais interrompues.

Enfin, que certains groupes de pression tentent d'intervenir est une évidence. Il appartient à l'administration d'appliquer strictement et uniformément les textes légaux et réglementaires.

Pour conclure sur ce point, je vous rappellerai que depuis mon entrée en fonction, j'ai demandé une enquête administrative sur le fonctionnement des expertises vétérinaires. Le 3 novembre 1988, une enquête complémentaire a été demandée au Comité supérieur de contrôle.

Le troisième problème important, qui a été abordé par plusieurs membres, est celui des médicaments et de la politique globale menée à cet égard.

Mon collègue, M. Busquin, y a déjà répondu. Je me bornerai donc à rappeler la philosophie générale en la matière.

Le médicament est l'objet d'énormes enjeux, particulièrement pour le secteur de l'industrie pharmaceutique dont le chiffre d'affaires, en 1986, a atteint 77 milliards en Belgique et qui occupait à cette époque 17 000 personnes, en ce compris les grossistes et les pharmaciens. L'enjeu est également important pour la sécurité sociale — en 1986, sur une valeur totale du marché belge des médicaments de 63 milliards, 33 milliards, soit 15,6 p.c. du total des dépenses de l'INAMI pour soins de santé, avaient été pris en charge par la sécurité sociale — et il l'est aussi pour la population que l'on estime « surmédicalisée » et parfois traitée de façon abusive, avec pour conséquences l'iatrogénicité et une répercussion financière élevée sur le budget des ménages.

C'est pourquoi la déclaration gouvernementale exprime expressément la volonté de lutter contre toutes les formes de surconsommation médicamenteuse. Le médicament n'est pas et ne peut pas devenir un objet de consommation courante; il ne peut donc être vendu dans les grandes surfaces et la publicité doit en être réservée aux professionnels.

La prescription du médicament est une des grandes libertés du médecin — l'automédication est estimée à quelque 10 p.c. du total des médicaments vendus — et il n'y a pas de raison de vouloir limiter cette liberté. Il faut cependant mieux informer le médecin généraliste, l'inciter davantage, par des moyens éventuellement originaux, à faire une prescription sage et rationnelle.

En effet, il est étonnant de constater que, bien souvent, des personnes très âgées absorbent plus de dix médicaments différents, alors que les effets secondaires chez ces personnes, les interactions entre les différents médicaments, augmentent à partir de la prise de quatre produits. Ces abus sont peut-être partiellement à l'origine du recours aux médecines parallèles.

Je voudrais vous dire deux mots de la Commission nationale d'enregistrement des médicaments dont il a été question. Cette commission est renouvelée tous les six ans. La prochaine échéance interviendra le 1^{er} mars 1989. A cette occasion et après discussion avec, principalement, les représentants de la commission et l'administration, on procédera à certaines modifications de son fonctionnement, on diminuera notamment de 18 à 8 le nombre de représentants au comité exécutif tout en augmentant de 3 à 4 le nombre de groupes de travail.

Cette nouvelle commission devrait ainsi comporter un groupe «pharmaco-toxico-clinique», le plus important puisque c'est lui qui se prononce sur l'efficacité et la toxicité du produit à enregistrer, un groupe «analyse», un groupe «médicaments vétérinaires» et, enfin, un groupe nouvellement créé, appelé pharmacognosie, qui s'occuperait de l'enregistrement des sub-

stances parapharmaceutiques, dont la phytopharmacie et l'homéopathie, ainsi que les produits appelés *borderline*. Chaque groupe devrait avoir son représentant au comité exécutif ainsi que des délégués au Marché commun.

Toutefois, le principal problème est lié au fonctionnement. Les membres de la commission se plaignent, en effet, régulièrement de l'insuffisance de l'infrastructure administrative, du manque de personnel ainsi que de la multiplicité des intervenants administratifs.

Tout cela devrait être corrigé avant la mise en place de la nouvelle commission et mon cabinet s'y attache très particulièrement.

J'en viens aux problèmes posés par « l'Europe 1992 ».

Le 1^{er} janvier 1993 devrait se concrétiser une des grandes idées européennes, à savoir la disparition complète des barrières douanières et la circulation sans réserve des biens. Il est évident que cette ouverture du Marché commun pose des problèmes en ce qui concerne les médicaments. En effet, le type d'enregistrement ou d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament est très différent d'un pays à l'autre, avec comme conséquence des écarts importants dans le nombre de médicaments sur le marché: 9 000 présentations différentes en Belgique, 3 000 au Danemark, 40 000 environ en Allemagne. Depuis quelque temps déjà, des négociations ont lieu au niveau de la Communauté européenne pour favoriser une harmonisation des législations.

En ce qui concerne l'autorisation de mise sur le marché, nous sommes pour un système centralisé d'enregistrement pour les produits à vocation internationale de haute technologie et pour une procédure dite « multi-Etats » pour les médicaments de moindre importance. En clair, cela veut dire que si une autorisation de mise sur le marché est accordée dans un pays, elle est quasi automatiquement accordée dans les autres pays du marché commun, sauf recours à une procédure d'appel devant le Conseil des spécialistes pharmaceutiques européens. Nous sommes également pour le maintien d'un enregistrement national pour les produits utilisés localement.

Cette position rejoint largement l'attitude préconisée par la commission. Elle se démarque de ceux qui veulent exclusivement un enregistrement centralisé et d'autres, comme l'industrie pharmaceutique, qui veulent un enregistrement automatique.

En ce qui concerne la notice pour le patient, l'arrêté royal du 9 juillet 1984 donnait injonction aux firmes pharmaceutiques d'inclure dans les boîtes de médicaments une notice à l'usage des patients. Cette notice devait être lisible et compréhensible. Il en a résulté un gros travail de formulation, de révision des notices anciennes et de validation. Actuellement, nous en sommes à la moitié du travail dans les trois langues nationales. Notre pays se trouve ainsi en pointe dans un domaine largement revendiqué par les associations de consommateurs. Il reste maintenant à évaluer l'influence de ces notices sur le comportement du consommateur de médicaments.

Un membre a parlé de l'IHE et de l'Institut Pasteur. Je partage l'intérêt qu'il porte à l'IHE dont les missions relèvent de la Santé publique et de l'Environnement et dépendent donc des divers ministères compétents.

Certains ont regretté que la répartition des compétences Santé publique entre trois personnes rende le système compliqué. Je m'étonne de cette remarque, particulièrement dans le chef de M. Barzin qui connaît bien la question, étant donné que le système est inchangé depuis six ans.

Les activités de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie se rapportent aux domaines de la microbiologie, de l'environnement, des médicaments, des denrées alimentaires, de l'épidémiologie, de la toxicologie et de la biologie clinique. En dehors des nombreuses tâches permanentes de l'IHE, souvent dictées par des directives européennes ou des réglementations nationales, je voudrais mentionner spécifiquement comme étant de mon ressort l'inspection et la vérification du respect des bonnes pratiques de laboratoire, Directives CEE du 18 décembre 1986 et du 7 juin 1988; le renforcement du contrôle de qualité des nouveaux vaccins et du potentiel biotechnologique; la confirmation du rôle que l'institut doit jouer et joue d'ailleurs dans le

cadre de la surveillance épidémiologique dans les différentes régions du pays, spécifiquement par le canal de son réseau « médecins-vigies », qui fait figure de modèle dans le monde entier.

Notre politique générale concernant l'IHE visera, en premier lieu, à améliorer sa production scientifique, tant au niveau national qu'au niveau communautaire. Cet institut dispose d'un équipement technique performant, aussi bien en ce qui concerne l'équipement de laboratoire que l'outil informatique.

Il est toutefois nécessaire de veiller à ce que chacun de ces appareils sophistiqués et coûteux soit réellement utilisé en mettant à profit toutes les potentialités. Par exemple, il faudra préciser les rôles spécifiques du CERIA — Centre d'étude et de recherche sur l'industrie agricole — et de l'IHE, en matière de mesures de nicotine et de goudron des cigarettes par machine à fumer.

Par ailleurs, l'IHE collabore avec l'UCL pour la mesure de cadmium dans le sang et dans les urines, sur des échantillons prélevés dans diverses régions du pays, tandis que l'analyse des données est effectuée à l'IHE. Les résultats préliminaires montrent les degrés d'exposition variables selon les régions.

L'IHE est, en outre, responsable du dosage des nitrates dans l'eau. A ce sujet, j'ai demandé au Conseil supérieur de l'hygiène de réunir d'urgence un groupe de travail pour se prononcer sur les conséquences éventuelles pour la santé de diverses concentrations de nitrates dans les aliments. C'est aussi l'IHE qui effectue le dosage d'amiantes floqués dans l'air. Nous lui avons demandé d'effectuer une évaluation de la faisabilité de tests sur une vaste échelle, afin d'évaluer à quel rythme pourraient être analysés des échantillons prélevés dans les bâtiments publics. Une liste des bâtiments publics construits après 1970 doit être dressée; nous l'avons demandée à plusieurs reprises aux diverses autorités responsables.

On sait que l'IHE se plaint de l'exiguïté de ses locaux et que des négociations ont eu lieu avec la province de Brabant en vue d'une reprise éventuelle du bâtiment B de l'Institut Pasteur à Uccle-Verrewinkel et un transfert à moyen terme de l'ensemble de l'IHE vers ce site. Chacun des deux instituts de haute renommée conserverait sa spécificité, tout en bénéficiant d'une collaboration scientifique ainsi que du partage de facilités telles que auditoire, bibliothèque, etc. Il entre dans mes intentions de veiller à préserver l'intégrité intellectuelle de ces deux institutions.

Toutefois, une solution proche ne semble pas en vue, notamment parce que les dépenses impliquées et les frais de fonctionnement sont apparus beaucoup plus élevés que prévu initialement, lorsque l'IHE a déposé un projet de construction de trois nouveaux bâtiments — C, D et E, — pour son usage, sur le site d'Uccle.

Actuellement, l'Institut Pasteur du Brabant a de nombreux contacts avec les autres Instituts Pasteur et notamment avec les instituts français, qui viennent de créer un modèle, qu'il est notamment question d'exporter aux Etats-Unis. Je pense que l'Institut Pasteur voudrait conserver son autonomie, tout en collaborant éventuellement avec les autres Instituts Pasteur européens et en se développant dans le sens que je viens d'indiquer.

J'ai été interrogé sur la politique des handicapés. Etant donné que les questions étaient fort précises, je serai assez long mais je suis tout disposé à répondre maintenant si le président m'y autorise.

M. le Président. — L'heure avance, monsieur Delizée!

M. Delizée, secrétaire d'Etat à la Santé publique et à la Politique des Handicapés, adjoint au ministre des Affaires sociales et, en ce qui concerne le Fonds national de reclassement social des handicapés, au ministre de l'Emploi et du Travail. — Je tenterai donc de répondre à un maximum de questions en un minimum de temps. Je partage totalement les préoccupations de M. Peeters en matière de politique des handicapés. A mon arrivée au département, j'ai trouvé 85 000 dossiers en attente.

Il est donc exact que les gens se plaignent et je reçois 4 à 5 000 plaintes par mois.

Quant à la question du rattrapage qui figure au point 1 de la déclaration gouvernementale, je puis préciser que 40 personnes ont été engagées en qualité de CMT pour résorber le retard. Toutefois, le personnel statutaire est mobile, comme dans les autres services. Mais cette mobilité s'exerce de l'intérieur du service vers l'extérieur et non en sens inverse.

En effet, le personnel doit fournir un certain rendement, traiter une quantité déterminée de dossiers. De surcroît, il dispose de peu de possibilités de promotion en raison de la structure non pyramidale de l'administration. Il a donc tendance à quitter le service et les CMT engagés sont donc destinés à remplacer une partie du personnel.

Le retard a été résorbé cette année grâce à une amélioration du rendement du personnel, chiffrée par la direction générale à 16 p.c. Un montant de 1 430 millions a été accordé pour financer cette résorption du retard et sur 85 000 dossiers en souffrance, il en subsiste 76 000 à traiter. Neuf mille dossiers ont donc trouvé une solution. Bien sûr, ces progrès sont insuffisants et je souhaiterais que des moyens financiers supplémentaires soient accordés pour améliorer la situation.

En ce qui concerne les anomalies constatées entre les différents systèmes, je précise que la réunion de la commission publique de la Chambre tenue la semaine dernière a démontré de la part des commissaires une volonté unanime de ne pas changer trop rapidement le système. En effet, il a fallu plus d'un an avant que l'informatisation prévue par la loi de 1987 permette un rendement maximum. Si l'on décide de changer les données maintenant, nous nous retrouverons confrontés aux mêmes difficultés et le stockage des dossiers remontera de 40 à 50 000. La prudence s'impose donc pour ces modifications et la préoccupation première doit demeurer la résorption des retards.

Je ne conteste pas les anomalies mais je suppose qu'il s'agit d'éléments extérieurs et non d'anomalies par rapport à l'application de la loi.

En matière de politique des handicapés, je souhaiterais répondre à une question posée au sujet de l'assujettissement.

Le Conseil national du travail a émis un avis à cet égard. Celui-ci a été examiné par le comité de gestion du Fonds national de reclassement des handicapés, qui dépend à l'heure actuelle du budget du département de l'Emploi et du Travail. Il s'agit donc d'un autre budget et d'un autre débat et une concertation doit nécessairement avoir lieu.

J'ai essayé, monsieur le Président, d'aborder un certain nombre de thèmes, mais il est très difficile, à cette heure tardive, de répondre en détail à toutes les questions posées, bien que je ne refuse pas de poursuivre si certains membres le désirent. Quelques mots encore sur le problème de l'environnement. Ma collègue, Mme Smet, m'a demandé de répondre aux questions qui lui étaient posées notamment par M. Barzin et Mme Herman. Je vous donne lecture du texte qu'elle m'a confié.

«L'environnement ne connaît pas de frontières. C'est un domaine où l'interdépendance des Etats est manifeste. Chaque pays doit bien évidemment contribuer aux efforts internationaux au départ de sa propre situation. Mais, les objectifs fixés ne peuvent pas être réalisés au niveau strictement national ou régional. Les points de vue internationaux doivent être intégrés dans une vision politique propre, si l'on veut sauvegarder l'environnement.

De plus, nous devons également faire valoir notre optique politique dans la prise de décision internationale, et cela n'est possible qu'au prix d'une politique progressiste.

C'est ce que nous avons fait en 1988 dans un certain nombre de domaines et nous avons poursuivi notre rôle de «moteur» de l'effort européen. Nous pouvons affirmer que nous sommes les seuls à avoir adopté un système permettant de suivre les transports transfrontaliers de déchets.

Nous menons une politique active de limitation des rejets de substances qui appauvrissent la couche d'ozone, dont l'objectif va bien au-delà des engagements internationaux actuels.

En ce qui concerne la politique de la Belgique dans le cadre de la CEE et l'application des directives, des accords de collaboration sont en élaboration avec les Régions. En matière de responsabilités nationales, la plupart des directives sont appliquées, mais des efforts importants doivent encore être accomplis par les Régions.

Pas moins de 17 directives sur 19 ont été exécutées et relèvent exclusivement de la compétence nationale.

Pour les directives impliquant une compétence partagée nationale-régionale, 14 ont été transformées sur 18.

De plus, parmi les directives d'harmonisation en matière d'environnement, 65 sur 80 ont été transposées. Il appartient aux Régions de transposer les directives en droit et une sur 8 seulement a été transposée par les trois Régions.

En ce qui concerne le contrôle des déchets radioactifs, celui-ci doit être accru et une décision de créer un organisme non lié a été prise par la commission Tchernobyl.

Enfin, en matière d'eaux potables, le gouvernement national se borne à élaborer des normes, les Régions étant compétentes pour exécuter les travaux en vue d'épurer les eaux jusqu'aux normes fixées.»

J'en termine par là, monsieur le Président. Je me suis efforcé de répondre par thème et non par intervenant car, dans ce dernier cas, ma réponse aurait nécessité plusieurs heures. (Applaudissements.)

M. le Président. — Plus personne ne demandant la parole dans la discussion générale, je la déclare close et nous passons à l'examen des articles du projet de loi.

Daar niemand meer het woord vraagt, is de algemene beraadslaging gesloten en gaan wij over tot de bespreking van de artikelen van het ontwerp van wet.

Personne ne demandant la parole dans la discussion des articles du tableau, je les mets aux voix.

Daar niemand het woord vraagt in de behandeling van de artikelen van de tabel, breng ik deze in stemming.

— Ces articles sont successivement mis aux voix et adoptés. (Voir document n° 529-1, session 1988-1989, du Sénat.)

Deze artikelen worden achtereenvolgens in stemming gebracht en aangenomen. (Zie stuk nr. 529-1, zitting 1988-1989, van de Senaat.)

M. le Président. — Les articles du projet de loi sont ainsi rédigés :

*Crédits pour les dépenses courantes (Titre I)
et pour les dépenses de capital (Titre II)*

Article 1^{er}. § 1^{er}. Il est ouvert, pour les dépenses du ministère de la Santé publique et de l'Environnement afférentes à l'année budgétaire 1988, des crédits s'élevant aux montants ci-après (en millions de francs) :

		Crédits dissociés	
	Crédits non dissociés	Crédits d'engage- ment	Crédits d'ordonnan- cement
TITRE I			
Dépenses courantes . . .	43 082,9	—	—
TITRE II			
Dépenses de capital . . .	2 224,7	1 329,5	996,6
Totaux	45 307,6	1 329,5	996,6

Ces crédits sont énumérés aux Titres I et II du tableau annexé à la présente loi.

§ 2. Les allocations de base qui résultent de la ventilation des crédits entre divisions organiques et programmes d'activités, telles qu'elles sont reprises dans les tableaux de moyens budgétaires du programme justificatif, font l'objet d'un suivi comptable.

§ 3. Lorsque la décomposition entre divisions organiques ou programmes est opérée dans les tableaux de moyens budgétaires, le ministre, ou le fonctionnaire qu'il délègue à cet effet, peut, dans la limite de chacun des crédits ouverts au tableau de la loi, procéder à une redistribution des allocations de base.

§ 4. Le contrôleur des engagements et la Cour des comptes veillent à ce que les dépenses soient correctement imputées sur les allocations de base et à ce que ces dernières ne soient pas dépassées, compte tenu le cas échéant des redistributions opérées conformément au § 3.

*Kredieten voor de lopende uitgaven (Titel I)
en de kapitaaluitgaven (Titel II)*

Artikel 1. § 1. Voor de uitgaven van het ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu voor het begrotingsjaar 1988 worden kredieten geopend ten bedrage van (in miljoenen franken):

	Gesplitste kredieten		
	Niet- gesplitste kredieten	Vast- leggings- kredieten	Ordonnan- cerings- kredieten
TITEL I			
Lopende uitgaven . . .	43 082,9	—	—
TITEL II			
Kapitaaluitgaven . . .	2 224,7	1 329,5	996,6
Totalen . . .	45 307,6	1 329,5	996,6

Die kredieten worden opgesomd onder de Titels I en II van de bij deze wet gevoegde tabel.

§ 2. De basisallocaties die voortvloeien uit de ventilatie van de kredieten over organisatie-afdelingen en activiteitenprogramma's, zoals ze hernomen worden in de tabellen van de begrotingsmiddelen van het verantwoordingsprogramma, maken het voorwerp uit van een boekhoudkundige opvolging.

§ 3. Wanneer de uitsplitsing tussen organisatie-afdelingen of programma's gemaakt wordt in de tabellen van de begrotingsmiddelen, kan de minister, of de gedelegeerde ambtenaar, binnen de grens van elk van de kredieten geopend in de wetstabel, overgaan tot een herverdeling van de basisallocaties.

§ 4. De controleur der vastleggingen en het Rekenhof zien erop toe dat de uitgaven op de basisallocaties juist worden aangerekend en zorgen bovendien ervoor dat deze laatste, eventueel rekening houdend met de overeenkomstig § 3 doorgevoerde herverdelingen, niet overschreden worden.

— Adopté.

Aangenomen.

Dispositions particulières relatives aux dépenses courantes

Art. 2. Par dérogation à l'article 15 de la loi organique de la Cour des comptes du 29 octobre 1846, des avances de fonds d'un montant maximum de 30 000 000 de francs peuvent être consenties aux comptables extraordinaires du département, à l'effet de payer les créances n'excédant pas 100 000 francs, ainsi que, quels qu'en soient les montants, les frais de consommation d'eau, de gaz et d'électricité, les frais de téléphone et les frais de consommation de mazout et de carburant pour voitures automobiles.

Autorisation est donnée à ces comptables de consentir aux fonctionnaires et experts en mission à l'étranger les avances nécessaires, même si ces avances sont supérieures à 100 000 francs.

Le paiement des rémunérations d'experts venant d'autres pays et des frais résultant des arrangements avec des pays étrangers peut également se faire par avance de fonds, quel qu'en soit le montant.

Bijzondere bepalingen betreffende de lopende uitgaven

Art. 2. Bij afwijking van artikel 15 van de wet van 29 oktober 1846 op de inrichting van het Rekenhof, mogen geldvoorschotten tot een maximumbedrag van 30 000 000 frank verleend worden aan de buitengewone rekenplichtigen van het departement, met het oog op de uitbetaling van de schuldvorderingen die geen 100 000 frank overschrijden, en welk ook het bedrag moge zijn van de verbruikskosten van water, van gas en van elektriciteit, de kosten van telefoon en de verbruikskosten van stookolie en van brandstof voor autovoertuigen.

Deze rekenplichtigen worden gemachtigd de nodige voorschotten te verlenen aan de ambtenaren en experten belast met een zending in het buitenland, zelfs indien deze voorschotten meer dan 100 000 frank bedragen.

De betaling van de erelonen van experten uit het buitenland en van de kosten voortspruitend uit regelingen met vreemde landen, mag eveneens per geldvoorschot gebeuren, welk ook het bedrag ervan zij.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 3. Le ministre des Affaires sociales, le secrétaire d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale et le secrétaire d'Etat à la Santé publique et à la Politique des Handicapés sont autorisés à accorder des provisions aux avocats, experts et huissiers de justice qui interviennent pour compte du département.

Art. 3. De minister van Sociale Zaken, de staatssecretaris voor Leefmilieu en Maatschappelijke Emancipatie en de staatssecretaris voor Volksgezondheid en Gehandicaptenbeleid worden gemachtigd provisies te verlenen aan de advocaten, deskundigen en gerechtsdeurwaarders die voor rekening van het departement optreden.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 4. Le paiement des allocations de naissance et des indemnités pour frais funéraires s'effectue conformément aux règles établies par l'article 23 de la loi du 15 mai 1846 sur la comptabilité de l'Etat.

Art. 4. De betaling van de geboortetoeelagen en van de vergoedingen wegens begrafeniskosten geschiedt volgens de regels vastgesteld bij artikel 23 van de wet van 15 mei 1846 op de rijkscomptabiliteit.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 5. Les paiements à charge des crédits de l'article 12.28 peuvent se faire par avance de fonds, quel qu'en soit le montant, dans les limites du tarif visé à l'article 4 de l'arrêté royal du 24 janvier 1969 pris en exécution de la loi du 3 juillet 1967 sur la répartition des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public.

Art. 5. De betalingen ten laste van de kredieten van artikel 12.28 mogen per geldvoorschot gebeuren, welk ook het bedrag ervan zij, en zulks binnen de perken van het tarief bedoeld bij artikel 4 van het koninklijk besluit van 24 januari 1969 genomen

ter uitvoering van de wet van 3 juli 1967 betreffende de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 6. Les dépenses des années budgétaires antérieures peuvent être imputées sur les crédits des articles du Titre I repris ci-après :

Articles 01.10, 12.01, 12.28, 33.16, 33.23, 33.25, 33.36, 33.51 et 33.80.

Art. 6. De uitgaven voor vroegere begrotingsjaren mogen aangerekend worden op de kredieten van de hierna vermelde artikels van Titel I :

Artikelen 01.10, 12.01, 12.28, 33.16, 33.23, 33.25, 33.36, 33.51 en 33.80.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 7. Le Trésor est autorisé, dans la limite des crédits budgétaires des articles du Titre I repris ci-après, à verser à charge de régularisation ultérieure, les provisions nécessaires pour assurer le paiement aux échéances convenues :

Articles 43.20, 43.23, 43.24.

Art. 7. De Schatkist wordt gemachtigd, binnen de perken van de begrotingskredieten van de hierna vermelde artikelen van Titel I, tot het verstrekken van de nodige provisijs om de uitbetaling op de overeengekomen vervaldagen te verzekeren, met verplichting deze provisijs later te regulariseren :

Artikelen 43.20, 43.23, 43.24.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 8. Le crédit inscrit à l'article 11.05 pourra être utilisé sous forme de subvention à l'ASBL « Service social du ministère de la Santé publique et de la Famille. »

Art. 8. Het krediet ingeschreven onder het artikel 11.05 zal mogen aangewend worden onder de vorm van toelage aan de VZW « Sociale Dienst van het ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin. »

— Adopté.

Aangenomen.

Dispositions particulières relatives aux dépenses de capital

Art. 9. Le Trésor est autorisé, dans la limite des crédits budgétaires des articles du Titre II repris ci-après, à verser à charge de régularisation ultérieure, les provisions nécessaires pour assurer le paiement aux échéances convenues :

Articles 63.20, 63.24.

Bijzondere bepalingen betreffende de kapitaaluitgaven

Art. 9. De Schatkist wordt gemachtigd, binnen de perken van de begrotingskredieten van de hierna vermelde artikelen van Titel II, tot het verstrekken van de nodige provisijs om de uitbetaling op de overeengekomen vervaldagen te verzekeren, met verplichting deze provisijs later te regulariseren :

Artikelen 63.20, 63.24.

— Adopté.

Aangenomen.

Section particulière (Titre IV)

Art. 10. Les opérations effectuées sur les fonds spéciaux figurant au Titre IV du tableau joint à la présente loi sont évaluées à 1 516,1 millions de francs pour les recettes et à 1 973,0 millions de francs pour les dépenses.

Afzonderlijke sectie (Titel IV)

Art. 10. De verrichtingen op de speciale fondsen die voorkomen in Titel IV van de tabel gevoegd bij deze wet worden geraamd op 1 516,1 miljoen frank voor de ontvangsten en op 1 973,0 miljoen frank voor de uitgaven.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 11. Le mode de disposition des avoirs mentionnés aux fonds inscrits au Titre IV du tableau annexé à la présente loi est indiqué en regard du numéro de l'article ou du littéra se rapportant à chacun d'eux.

Les fonds dont les dépenses sont soumises au visa préalable de la Cour des comptes sont désignés par l'indice A.

Les fonds et comptes sur lesquels il est disposé à l'intervention du ministre des Finances sont désignés par l'indice B.

Les fonds et comptes sur lesquels il est disposé directement par les comptables qui ont opéré les recettes, sont désignés par l'indice C.

Art. 11. De wijze van beschikking over het tegoed vermeld voor de fondsen ingeschreven onder Titel IV van de tabel gevoegd bij deze wet wordt aangeduid naast het nummer van het artikel of van de littera die betrekking heeft op elk dezer.

De fondsen waarvan de uitgaven aan het voorafgaand visum van het Rekenhof worden voorgelegd, worden door het teken A aangeduid.

De fondsen en rekeningen waarop door tussenkomst van de minister van Financiën wordt beschikt, worden door het teken B aangeduid.

De fondsen en rekeningen waarop rechtstreeks wordt beschikt door de rekenplichtigen die de ontvangsten hebben gedaan, worden door het teken C aangeduid.

— Adopté.

Aangenomen.

Organismes d'intérêt public (Titre VII)

Art. 12. Est approuvé le budget du Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales pour l'année 1988 annexé à la présente loi.

Ce budget s'élève pour les recettes à 2 994 600 000 francs et pour les dépenses à 3 049 500 000 francs.

Les recettes et les dépenses pour ordre sont évaluées à 119 900 000 francs.

Le Fonds est autorisé à donner des promesses fermes de subside pour un montant total de 396,6 millions de francs.

En ce qui concerne les articles 561.02 et 561.05, il pourra être fait usage, dès le 1^{er} janvier 1989, des crédits accordés par la présente loi et dont il n'aurait pas été fait usage au 31 décembre 1988, moyennant l'accord du ministre du Budget.

Instellingen van openbaar nut (Titel VII)

Art. 12. Goedgekeurd wordt de bij deze wet gevoegde begroting voor het jaar 1988 van het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen.

Deze begroting beloopt 2 994 600 000 frank voor de ontvangsten en 3 049 500 000 frank voor de uitgaven.

De ontvangsten en de uitgaven voor orde worden geraamd op 119 900 000 frank.

Het Fonds wordt gemachtigd om vaste toezeggingen tot betoelaging te doen voor een totaal bedrag van 396,6 miljoen frank.

Wat de artikelen 561.02 en 561.05 betreft, zullen vanaf 1 januari 1989 mogen aangewend worden de bij deze wet verleende kredieten, waarvan op 31 december 1988 geen gebruik zou gemaakt zijn, mits het akkoord van de minister van Begroting.

— Adopté.

Aangenomen.

Art. 13. Est approuvé le budget de l'Institut d'expertise vétérinaire pour l'année 1988 annexé à la présente loi.

Ce budget s'élève pour les recettes à 1 300 200 000 francs et pour les dépenses à 1 273 900 000 francs.

Les recettes et les dépenses pour ordre sont évaluées à 200 000 francs.

Art. 13. Goedgekeurd wordt de bij deze wet gevoegde begroting voor het jaar 1988 van het Instituut voor veterinaire keuring.

Deze begroting beloopt 1 300 200 000 frank voor de ontvangsten en 1 273 900 000 frank voor de uitgaven.

De ontvangsten en de uitgaven voor orde worden geraamd op 200 000 frank.

— Adopté.

Aangenomen.

M. le Président. — Il sera procédé ultérieurement au vote sur l'ensemble du projet de loi.

Wij stemmen later over het ontwerp van wet in zijn geheel.

Le Sénat se réunira demain, mercredi 1^{er} février 1989, à 14 heures.

De Senaat vergadert opnieuw morgen, woensdag 1 februari 1989, te 14 uur.

La séance est levée.

De vergadering is gesloten.

(La séance est levée à 23 h 45 m.)

(De vergadering wordt gesloten te 23 h 45 m.)