

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
COMMISSIE VOOR DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN**SÉANCE DU MERCREDI 29 JANVIER 1997**
VERGADERING VAN WOENSDAG 29 JANUARI 1997**SOMMAIRE :**

DEMANDES D'EXPLICATIONS (Discussion):

Demande d'explications de M. Destexhe à la ministre des Affaires sociales sur «la hausse des dépenses dans le secteur des soins de santé».

Orateurs : **M. Destexhe, M. le président, Mme De Galan**, ministre des Affaires sociales, p. 656.

Demande d'explications de M. Ph. Charlier au ministre de la Santé publique et des Pensions sur «la fabrication et la commercialisation de médicaments à base de plantes».

Demande d'explications de M. Ph. Charlier au ministre de la Santé publique et des Pensions sur «le fonctionnement du service de santé administratif».

Demande d'explications de M. Vergote au ministre de la Santé publique et des Pensions sur «les conséquences sociales de l'amour du jeu».

Ajournement. — *Orateurs* : **MM. Vergote, Ph. Charlier, M. le président**, p. 663.

INHOUDSOPGAVE :

VRAGEN OM UITLEG (Bespreking):

Vraag om uitleg van de heer Destexhe aan de minister van Sociale Zaken over «de stijging van de uitgaven in de sector van de geneeskundige verzorging».

Sprekers : **de heer Destexhe, de voorzitter, mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken, blz. 656.

Vraag om uitleg van de heer Ph. Charlier aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over «het produceren en commercialiseren van geneesmiddelen op basis van planten».

Vraag om uitleg van de heer Ph. Charlier aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over «de werking van de administratieve Gezondheidsdienst».

Vraag om uitleg van de heer Vergote aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over «de sociale gevolgen van gokverslaving».

Verdaging. — *Sprekers* : **de heren Vergote, Ph. Charlier, de voorzitter**, blz. 663.

PRÉSIDENTICE DE M. COENE, PREMIER VICE-PRÉSIDENT
VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER COENE, EERSTE ONDERVOORZITTER

La séance est ouverte à 10 h 15.
De vergadering wordt geopend om 10.15 uur.

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE M. DESTEXHE À LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES SUR «LA HAUSSE DES DÉPENSES DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ»

VRAAG OM UITLEG VAN DE HEER DESTEXHE AAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN OVER «DE STIJGING VAN DE UITGAVEN IN DE SECTOR VAN DE GENEESKUNDIGE VERZORGING»

M. le président. — L'ordre du jour appelle la demande d'explications de M. Destexhe à la ministre des Affaires sociales sur «la hausse des dépenses dans le secteur des soins de santé».

La parole est à M. Destexhe.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Monsieur le président, je dirai d'emblée à Mme la ministre que cette demande d'explications ne m'inspire aucun enthousiasme car j'ai l'impression que depuis mon élection, voici un an et demi, je me suis déjà livré à cet exercice au moins trois ou quatre fois sur le même sujet.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Deux fois, monsieur Destexhe.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Peut-être, mais il faut y ajouter quelques questions orales.

Au début, je m'étais quelque peu laissé prendre à vos explications. Je vous posais des questions précises et vous me répondiez par des chiffres, des mesures, etc. Quatre ou cinq mois plus tard, on répétait le même scénario. Je pense que ce sera encore le cas aujourd'hui. Je dois pourtant vous dire que je n'ai plus aucune confiance dans ce type de réponses qui sont systématiquement les mêmes, qui nous annoncent de belles mesures de correction alors que l'on constate quelques mois plus tard que la situation n'a cessé de s'aggraver. Les mesures que vous avez prises n'ont pas fonctionné et celles que vous avancez n'offrent aucune perspective de clarifier la situation.

En outre, la lecture de la presse permet de constater vos contradictions. Vous annoncez toute une série de choses qui ne se réalisent jamais. Considérons, par exemple, votre interview accordée à la revue *Le Vif-L'Express* du 20 décembre 1996. Dans tout ce que vous annoncez, pratiquement rien ne se réalise. «Nous portons nos efforts dans trois grands secteurs: les hôpitaux, les médicaments et les personnes âgées», dites-vous. En fait, ce sont plutôt

les professions médicales qui sont directement visées. Vous nous annoncez que «vous percevez moins de résistance chez les médecins que par le passé»...

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Ce n'est pas contradictoire.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Un mois plus tard, ils dénoncent les conventions. On vous pose la question de savoir si vous envisagez une augmentation de la participation financière des patients. Vous répondez que «ce n'est pas à l'ordre du jour» mais vous savez comme moi que les conséquences des mesures que vous avez prises en fin d'année pèseront sur les patients car les établissements hospitaliers et les médecins ne sont pas disposés — à mon avis, pour de légitimes raisons — à les supporter eux-mêmes. Et vous terminez de façon superbe en disant: «Je pense sincèrement que ce que nous avons semé depuis plusieurs années commence à porter ses fruits et que les mentalités évoluent.» Avec les réalités que nous connaissons, il faut vraiment oser affirmer ce genre de choses.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Il n'y a pas de contradiction.

M. Destexhe (PRL-FDF). — J'en viens à la norme de croissance de 1,5 % si contestée aujourd'hui, et que j'approuve pourtant, car il faut définir un cadre d'augmentation. À cet égard, vous dites dans *Le Vif-L'Express* du 20 décembre 1996 que «cette norme de croissance doit être respectée pour deux raisons essentielles». Mais le 17 janvier 1997 — ce n'est pas beaucoup plus tard — vous reconnaissez dans *Le Soir* que la norme de croissance de 1,5 % n'est plus tenable. C'est pour le moins surprenant.

On est aussi édifié à la lecture de l'interview de Michel Jadot dans *Le Ligueur* de cette semaine. On a l'impression que tout va bien, que les mesures ont été prises et qu'il subsiste seulement quelques problèmes conjoncturels. Des problèmes se posent et les mesures que vous nous annoncez n'offrent aucune perspective d'amélioration.

J'aimerais souligner quelques points et, tout d'abord, le manque de clarté et de transparence dans les chiffres.

Je ne comprends pas comment on peut gérer la sécurité sociale de cette façon. On ne sait jamais quelles sont les périodes de référence des chiffres et les données ne sont pas fournies en temps réel.

Vous nous annoncez que les journées forfaitaires d'hospitalisation ont augmenté de 24 % en un an. En tant qu'administrateur d'un hôpital, j'aimerais obtenir des précisions

à ce sujet. Aucun de mes collègues de divers partis politiques ne connaît une structure hospitalière dont les journées hospitalières aient augmenté à ce point.

Vous nous dites qu'il s'agit d'un chiffre consolidé après centralisation des chiffres par les mutuelles, mais n'est-il pas possible d'obtenir ces données en temps réel au départ de chaque établissement de soins plutôt qu'une sorte de compte consolidé dans lequel personne ne se reconnaît ?

Je doute de votre capacité à régler ce problème. Depuis un an et demi, vous avez toujours répondu de façon très détaillée à mes questions mais, à ce jour, vos précisions ne se sont jamais traduites dans les faits.

J'en viens à la méthode que vous utilisez pour prendre des correctifs, dont nous avons déjà débattu en septembre ou octobre dernier. Vous demandez au corps médical de décider de mesures. Les différentes associations médicales se concertent et prennent les dispositions nécessaires, mais brutalement, fin décembre, vous annoncez une série de mesures extrêmes. Vous reconnaîtrez pourtant que nous discutons du dérapage des soins de santé depuis plus d'un an au Parlement. Les dispositions sont publiées le 15 ou le 17 janvier et prennent effet rétroactivement au 31 décembre. J'ai donc demandé aux directeurs d'une série d'institutions hospitalières dans quel régime ils se situaient entre le 1^{er} et le 15 janvier; aucun ne le savait.

Il est quand même extraordinaire que l'on fonctionne de façon aussi imprécise pour un budget d'environ 430 milliards.

Enfin, en ce qui concerne le déconventionnement, il me semble qu'il se pose un problème vis-à-vis du corps médical. En effet, vous demandez, en partie avec raison, aux médecins de faire quelques efforts. Un bon nombre d'entre eux y consentent, mais vos mesures touchent tout le monde de façon linéaire et arbitraire et finalement, vous « punissez » le corps médical de façon collective.

Je vous rappelle qu'au mois de juillet dernier, nous avons eu de nombreuses heures de discussions sur les lois-cadres portant sur la modernisation de la sécurité sociale, que tout le monde qualifie aujourd'hui de pouvoirs spéciaux.

Vous disposerez encore de ces pouvoirs spéciaux durant quelques mois. Aucune modernisation n'est toutefois intervenue dans le domaine des soins de santé durant les neuf mois précédents. Vous utilisez toujours les mêmes recettes pour combler le déficit. J'aimerais donc savoir comment vous allez réagir dans le cadre du déconventionnement. Comptez-vous par ailleurs nous présenter de réelles mesures de modernisation d'ici le mois de juillet ? Continuez-vous, au contraire, à prendre des mesures linéaires, arbitraires et antisociales en vue d'essayer de diminuer le déficit ?

Parlant de dispositions antisociales, vous savez aussi bien que moi que c'est le patient qui fera les frais de vos mesures. À cet égard, les reproches portent principalement sur votre mutisme. Dans l'hebdomadaire *Le Vif-L'Express*, vous avez clairement déclaré qu'il n'était pas à l'ordre du jour de faire porter le chapeau au patient. Or, vous savez très bien que ce dernier payera, y compris dans les hôpitaux publics relevant des C.P.A.S. Les gestionnaires d'hôpitaux sont confrontés à l'augmentation des frais fixes — frais de personnel infirmier notamment — et au remboursement d'actes techniques. La situation sera identique dans le secteur privé et dans le secteur public. Les deux ou trois pour-cent de différence seront automatiquement reportés sur le patient. Quelques cas sociaux échapperont peut-être à cette augmentation, mais l'effet des mesures sera néanmoins directement à la charge de la grande majorité des patients.

J'aimerais donc que vous nous disiez clairement que ces mesures frapperont le patient. Pourraient-elles d'ailleurs frapper quelqu'un d'autre ? On ne voit pas très bien comment il est possible de prétendre, les frais des structures augmentant et les remboursements diminuant, que personne ne sera pénalisé.

Le corps médical — médecins, kinésithérapeutes et infirmiers indépendants — est profondément démoralisé. Je suppose que vous avez pris connaissance du sondage paru dans *Le journal du médecin* qui démontre que 80 % de nos médecins sont démoralisés et considèrent que l'on cherche à les rendre responsables des augmentations. Je pense que de telles considérations sont justifiées. En effet, les médecins qui tentent d'adopter des mesures

correctrices sont finalement pénalisés de façon linéaire et systématique. En fin de compte, on comprend qu'ils ne vous fassent pas tellement confiance.

En octobre, vous avez demandé aux organisations médicales de prendre des mesures correctrices pour le mois de décembre. Alors qu'elles agissent dans le sens de votre demande, vous leur assénez un grand coup de massue sur la tête. Cette méthode n'est évidemment pas de nature à les rendre confiantes.

À cet égard, je rappellerai quelques éléments de politique de destruction systématique du corps médical. La question du *numerus clausus* n'est toujours pas définitivement réglée. Par ailleurs, les problèmes concernant l'âge maximum pour l'exercice d'une profession, les normes médicales et la définition des critères de bonne pratique médicale découragent largement les médecins et les kinésithérapeutes.

Il me semble également que la responsabilisation financière des mutuelles est largement remise en cause par vos plans de restructuration successifs. Finalement, on a l'impression que cette responsabilisation financière est systématiquement contournée grâce à la possibilité donnée aux mutuelles — ou à leur système informatique — de jongler avec les chiffres qu'elles reportent d'une année à l'autre. Dès lors, on ne voit poindre aucune ombre d'une réelle responsabilisation financière des mutuelles.

À l'occasion de plusieurs interviews, vous avez déclaré que les problèmes communautaires et régionaux constituaient une contrainte supplémentaire. Les régions ou les communautés ont la possibilité de délivrer une agrégation pour les maisons de repos ou pour l'achat d'appareillages sophistiqués, par exemple. Or, c'est en fait le pouvoir fédéral qui paye. Vous avez voté ce type de loi.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Cela remonte à 1980 !

M. Destexhe (PRL-FDF). — Quoi qu'il en soit, vous êtes au pouvoir depuis 1987 et auriez donc eu le temps d'agir. M. Coene interviendra peut-être plus tard de façon plus précise en étayant son intervention avec des chiffres.

À une certaine époque, on a cru pouvoir maîtriser le flux des dépenses en matière de santé. Aujourd'hui, nous sommes confrontés au dérapage.

En conclusion, j'aimerais savoir si vous avez l'intention de nous proposer un réel projet de modernisation de la sécurité sociale avant le mois de juillet. Tous les articles parus ces quinze derniers jours arrivent à la conclusion que le système n'est plus tenable. Certains affirment qu'il faudrait remettre en cause la norme de 1,5 %. À cet égard, un grand débat national s'impose afin de déterminer ce que nous sommes prêts à consacrer aux soins de santé compte tenu des problèmes liés à la compétitivité des entreprises et des charges sociales; le tout à la lumière des demandes de la société. Ce débat serait tout à fait légitime, mais il semble que vous vous orientiez plutôt vers une sorte de « division des augmentations ». La norme de 1,5 % subsisterait pour une série de choses, alors que d'autres, comme le vieillissement de la population et le progrès technique médical seraient classés « hors normes ». Quelle incohérence ! L'ensemble des observateurs — médecins, mutuelles, organisations ouvrières et patronales — s'accorde à reconnaître que le système n'est plus tenable.

En ce qui me concerne, je pense qu'il est impératif d'obtenir, avant toute chose, des chiffres clairs et transparents. Nous avons déjà attiré votre attention à de multiples reprises sur cette nécessité. En effet, il conviendrait de savoir en temps réel ce qui se passe dans chaque structure hospitalière. Il est impossible de gérer un budget de 440 milliards d'une autre façon. Aucune entreprise privée ne survivrait à une gestion telle que celle actuellement appliquée à la sécurité sociale !

Ensuite, il faudrait absolument introduire des critères de performance d'activités dans le système et effectuer des études de qualité. On ne cesse de nous répéter que notre système est le meilleur du monde alors qu'aucun critère objectif d'évaluation n'est disponible. Vous n'ignorez pas que des gens subissent des implantations inutiles et que, par ailleurs, les coûts varient de 1 à 4 pour une pathologie donnée selon les hôpitaux, indépendamment des facteurs de dispersion individuels et des facteurs de risques.

De voorzitter. — Ik wens toch even uit mijn voorzittersrol te stappen om mij aan te sluiten bij de opmerkingen van de heer Destexhe over de ontwikkeling van de uitgaven voor geneeskundige verzorging.

Deze regering schermt met een heleboel cijfers om weg te steken wat voor iedereen al een hele tijd duidelijk is, namelijk dat er een ernstige ontsporing is in de uitgaven van de gezondheidszorg. Ik heb dit probleem trouwens reeds aangekaart in juni jongstleden bij de bespreking van de sociale volmachtenwet. Toen verwees ik naar mijn grafiek van de maand april die op een ontsporing wees. Die tendens zette zich door. Men kan dus niet meer beweren dat het gaat om verschuivingen van het einde van het jaar naar het begin van het jaar of dat het om tijdelijke fenomenen gaat.

Ik heb trouwens ook een grafiek gemaakt die de uitgaven voor de geneeskundige verzorging vanaf begin 1990 tot nu weergeeft. Uit deze grafiek die over verschillende jaren loopt, worden alle toevallige factoren van verschuivingen uitgesloten. Daaruit blijkt een twaalfmaandelijks voortschrijdend gemiddelde en blijkt dat de ontsporing reeds midden 1995 begonnen is. De uitgaven stijgen van dan af systematisch. Voor oktober is er bijvoorbeeld een stijging van 10 %. Het is dus onjuist dat er geen cijfermateriaal bestaat, het wordt alleen niet publiek gemaakt. De toename van de facturatie wordt bijvoorbeeld niet vermeld omdat die bedragen zogenaamd nog niet zijn uitgegeven. Met andere woorden, men schermt met concepten om de waarheid te verbergen.

Ik ga nu even in op de cijfers voor 1996. In de begroting 1996 was voor de gezondheidszorg 549,5 miljard ingeschreven. Na tien maanden, plus de ramingen van november en december, bedragen de uitgaven al meer dan 615 miljard. Dat is dus een ontsporing van meer dan 65 miljard of meer dan 12 % boven de normale groei van 1,5 %. Het gaat dus niet om een toevallig, maar wel om een fundamenteel probleem, namelijk dat de uitgaven helemaal niet worden beheerst. De, wat ik noem, optische beheersing die in 1994 en 1995 werd vastgesteld is louter een statistisch fenomeen te wijten aan het feit dat in de twee vorige jaren de uitgaven versneld werden geboekt. Sinds midden 1995 is die illusie echter verdwenen en kennen wij opnieuw een groeiritme van de uitgaven van 7,5 tot 10 % per jaar.

Ondanks de geruststellende woorden van de minister moeten wij toch vaststellen dat de maatregelen, aangekondigd door deze en de vorige regering, geen effect hebben. De uitgaven blijven stijgen. Wij besluiten daaruit dat de regering onvoldoende maatregelen heeft genomen ofwel te veel achterpoortjes openhield, zodat de diverse sectoren wat ze via het ene kanaal verloren via een ander kanaal konden recupereren.

Bijzonder merkwaardig was de maatregel tot responsabilisering van de mutualiteiten in de hoop daarmee de uitgaven toch nog te kunnen beperken. Dit mechanisme blijkt in de praktijk echter ofwel niet te worden toegepast ofwel niet effectief te zijn. De conclusie is alleszins dat wij te maken hebben met een fundamenteel en niet met een tijdelijk probleem, dat de beheersing van de uitgaven nog altijd niet is gerealiseerd en dat dit ook niet zal gebeuren met het soort maatregelen dat werd genomen. Zowel de huidige als de vorige regering hebben het voortdurend over de noodzaak van de modernisering van de sociale zekerheid en dan vooral van de sector gezondheidszorgen, maar daar komt nog altijd niets van in huis. Toen wij een dergelijk scenario bij de invoering van de maatregelen voorspelden, werden wij daarvoor weggelachen en afgewezen als ondeskundigen. Vandaag geven de cijfers ons gelijk. Zij kunnen niet meer onder de mat worden geveegd. Het jaarlijks groeiritme van de uitgaven van de gezondheidszorg belooft ongeveer 10 % en als de cijfers van november en december daarbij komen, zal blijken dat er in het beste geval een stabilisatie te zien valt. Een groeiritme van 10 % is onmogelijk vol te houden. Er moeten dus dringend ingrijpende maatregelen worden genomen.

La parole est à Mme De Galan, ministre.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le président, avant de répondre aux questions précises de M. Destexhe, je voudrais revenir sur les propos que vous avez tenus au début de votre intervention. Vous avez évoqué les contradictions existant sur le plan de l'attention portée à certains secteurs, la crédibilité de la norme de 1,5 %, la nécessaire réforme du système et la concertation entre les acteurs.

Vous vous êtes référé à une interview, monsieur Destexhe. Je me réfère, quant à moi, à la note de politique générale et à la décision que le gouvernement a prise d'entériner une note rédigée notamment par Mme Oleffe, décédée depuis lors, concernant la réforme du monde hospitalier.

En 1994, la décision a été prise de maintenir dans la mesure du possible la norme fixée à 1,5 %, hors index, mais en tenant compte des facteurs exogènes comme, par exemple, une révision générale des barèmes qui n'a rien à voir avec la maîtrise des coûts ou la gestion des hôpitaux; c'est un facteur extérieur.

Les conséquences de certains «rattrapages» ont également été prises en considération en 1994, 1995 et 1996. Les prix à la journée ont en effet fait l'objet d'une révision, bénéfique à certains hôpitaux.

Pour des raisons qu'il me semble inutile d'expliquer, le maintien de la norme de 1,5 % en 1997 est, en tout cas, essentiel. En effet, nous devons nous conformer à la norme dite de Maastricht. Je ne reviendrai pas sur ce point. C'est la raison pour laquelle nous devons prendre des mesures drastiques, parfois même quelque peu aveugles et linéaires.

Quant aux années suivantes, un travail de réflexion est actuellement réalisé au sein de la commission des Affaires sociales de la Chambre. Il en découle que s'il est possible de déterminer des éléments essentiels ou qui ne sont pas induits par le système lui-même, ceux-ci peuvent être pris en considération. Je n'évoquerai pas de manière caricaturale le vieillissement de la population, dont l'effet sera surtout perceptible à partir de 2010. Il est clair qu'il convient de tenir compte de ce facteur. De même, l'évolution des technologies médicales ne constitue évidemment pas un facteur exogène.

Vous me demandez également si l'électrochoc de la réduction linéaire est une bonne méthode pour parvenir à des solutions structurelles. La réponse est peut-être positive puisque je suis saisi de trois dossiers très importants depuis cette décision.

Tout d'abord, un travail est réalisé, en commun, par tous les hôpitaux académiques du pays. Ceux-ci ont dépassé leurs différences, qu'elles soient linguistiques, philosophiques ou autres, et ont établi, ensemble, une note contenant les éléments de sauvetage essentiels pour l'avenir.

Ensuite, alors qu'une conférence de presse aura lieu le 4 février prochain, j'ai déjà reçu une série de propositions structurelles et à long terme de la part de l'industrie pharmaceutique, qui accepte de mettre certains tabous à plat. Je pense notamment à la promotion concernant certains produits plutôt que d'autres, pratiquée auprès des médecins généralistes. Il s'agit d'une évolution dans les mentalités, qui s'est quelque peu accélérée ces derniers temps.

Enfin, les organismes assureurs ont formulé une série de propositions communes, de même que les syndicats médicaux. Parmi ces derniers, les deux principaux font encore état de certaines nuances, notamment quant au rôle et à la revalorisation de la première ligne, mais les propositions ne sont, en général, pas dénuées d'intérêt.

L'ensemble des propositions à long terme devrait permettre d'aboutir non pas à une réformette qui se limiterait à colmater les trous pour l'année en cours, même si c'est nécessaire, mais bien à une vision plus précise de l'avenir, sans toutefois tomber dans l'excès de prévoir les chantiers du XXI^e siècle.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Quand tout cela se traduira-t-il concrètement?

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Monsieur Destexhe, si nous voulons aboutir, toute une série de pistes devront être mises en chantier au cours du premier trimestre de cette année. C'est le cas notamment pour les hôpitaux, et pas uniquement pour les hôpitaux universitaires. Notre pays compte, en effet, d'autres réseaux d'hôpitaux au sein desquels existent diverses tendances et sensibilités. Je ne pense pas ici aux différences entre le nord et le sud mais bien aux différences entre les hôpitaux privés et publics, qui ont leur spécificités propres. Donc, au cours du premier trimestre de cette année, nous saurons si cette manière de «secouer le terrain» nous donnera non seulement une

maîtrise de l'année en cours, ce qui n'est d'ailleurs pas suffisant, comme l'a dit M. Coene, mais aussi une meilleure vision à long terme qui devrait permettre aux acteurs de se mettre d'accord.

J'en arrive maintenant à vos questions. Vous m'avez d'abord demandé si je dispose oui ou non de données fiables. À la suite d'une question que vous aviez posée au sein du Sénat, j'ai demandé à l'I.N.A.M.I. ...

M. Destexhe (PRL-FDF). — Tout arrive !

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — En effet. Nous comptons d'ailleurs sur l'opposition constructive pour développer des idées.

D'abord un mot d'explication sur la manière de travailler au sein de l'I.N.A.M.I. : pour l'année 1996, nous ne pourrions disposer d'une vision correcte, au franc près, par rapport aux comptes, qu'au début du mois d'avril 1997. J'ai donc demandé que, parallèlement à cette méthode de travail comptable, on procède désormais à l'imputation de la dépense, donc de la prestation, non pas au jour de la facturation ni à celui de la rentrée de la facture à l'organisme assureur, mais bien à la date où la prestation est effectuée. Cela permettra déjà d'éviter toutes les interrogations évoquées par M. Coene pour les années 1995 et 1996 : l'imputation est-elle correcte ? N'a-t-on pas surfacturé ou défacturé ?, etc. On pourra ainsi rattacher la dépense au jour de la prestation faisant l'objet de ladite dépense.

Comme vous l'avez souligné, pour la période d'avril, mai et juin 1996, nous avons une idée du dépassement important qui s'est produit ; il ne faut pas le cacher. Aussi, lors de la préparation du budget 1997, toutes les demandes supplémentaires des commissions de convention ont été refusées. Je rappelle qu'au sein de l'I.N.A.M.I., chacune de ces commissions de convention établit son budget — à l'instar des administrations — en fonction de ses besoins.

Lors du Conseil général du 4 novembre 1996, le président de la Commission de contrôle budgétaire, organe qui pilote trimestriellement les dépenses, concluait déjà à un niveau de dépenses prévisibles pour 1996 de 441 milliards. Aujourd'hui, les estimations techniques les plus récentes tablent sur un montant de 444,6 milliards. Bien qu'estimés à deux mois de distance, ces montants sont fort proches. Le Conseil des ministres du 23 décembre 1996, auquel vous avez fait allusion, a donc dû prendre dans l'urgence une série de mesures additionnelles d'économies pour dix milliards, qui viennent s'ajouter aux 19,5 milliards d'économies décidés au conclave de l'été.

En outre, l'I.N.A.M.I. fournit les données de trésorerie avec seulement un mois de décalage par rapport aux dépenses réellement effectuées, donc, comme l'a dit M. Coene, elles sont disponibles jusque fin novembre 1996. Ces données constituent un bon indicateur de l'évolution des dépenses, et ce avec deux à trois mois de décalage.

Les nouvelles estimations que M. Praet, du service actuair de l'I.N.A.M.I., établit pour le moment nous permettront de juger de la situation au début du mois de février. Nous aurons pu alors comparer et corriger les chiffres sur une période de neuf mois, ce qui nous donnera une idée précise de l'évolution au cours de 1996.

Quant aux causes de cette croissance, les travaux de la Commission de contrôle budgétaire identifient les secteurs ou sous-secteurs responsables du risque de dépassement budgétaire. Seuls huit secteurs sur dix-huit — soins infirmiers à domicile, dentistes, revalidation, « audiciens », opticiens, accoucheuses, maisons de soins psychiatriques et initiatives d'habitations protégées — respecteront leur objectif budgétaire partiel en 1996.

Si la commission du Sénat souhaite recevoir cette note, je puis la lui transmettre, étant donné que je l'ai également communiquée à la Chambre.

Les causes de l'augmentation des dépenses sont déjà largement connues et peuvent être synthétisées comme suit.

Premièrement, les phénomènes purement comptables, comme l'accélération de la facturation des institutions de soins et les glissements de facturation de 1995 à 1996 de la part des organismes assureurs.

Deuxièmement, la fin de l'application des accords sociaux de 1991 pour le personnel soignant et les montants de rattrapage pour les prix de journée des hôpitaux.

Je rappelle qu'à la suite de la *witte woede*, à savoir la colère des infirmières, la dernière partie de l'accord social tripartite conclu avec les ministres des Affaires sociales et de l'Emploi et du Travail de l'époque, ainsi que les syndicats d'infirmières a dû être honorée, tant en termes de barèmes que de rattrapages pour les hôpitaux.

Troisièmement, la reprise de la croissance des volumes de prestations.

Quatrièmement, un glissement vers des prestations de plus en plus chères, tant sur le plan des médicaments que des prestations médico-techniques, et qui résulte soit de la sophistication croissante de l'appareillage, soit d'une volonté du patient d'accéder à des prestations plus chères.

Cinquièmement, sur le plan des journées d'hospitalisation, une augmentation de la part de marché des hôpitaux à prix de journée élevé. Comme vous connaissez bien un certain hôpital, lequel pratique le prix de journée le plus élevé de Belgique, je vous invite, monsieur Destexhe, à interroger son gestionnaire à ce propos. Je précise que cela ne concerne pas nécessairement les hôpitaux universitaires.

Quelle est l'évolution des dépenses en matière de soins de santé depuis dix ans et quel est le taux de croissance annuel hors inflation ? Compte tenu de tous les bouleversements qui ont eu lieu en dix ans en matière de sophistication, les chiffres dont nous disposons sont purement indicatifs et doivent être interprétés. Je rejoins donc ici le tableau de M. Coene, qui s'établit comme suit : le taux de croissance nominal est, pour 1993-1992, de plus 3,5 % ; pour 1994-1993, de plus 2,7 % ; pour 1995-1994, de plus 5,5 % ; l'estimation étant, pour 1996-1995, de plus 11,2 %.

Pour obtenir le taux de croissance hors inflation, il convient de réduire les taux nominaux de 2 %. 1996 marque une rupture radicale avec l'évolution des dernières années, revenant à une croissance à deux chiffres que l'on n'avait plus connue depuis la fin des années 80.

J'en viens à la publication des mesures intervenues en janvier. Vous m'avez interrogée sur l'effet du déconventionnement sur les tarifs, aussi bien à l'égard des médecins que des patients.

Comme vous le savez, monsieur Destexhe, l'accord médico-mutualiste a été dénoncé par les organisations de médecins — si une seule organisation s'était élevée contre cet accord, cela aurait suffi — et cette dénonciation produit des effets rétroactifs, quelle que soit la date à laquelle elle a été introduite.

L'accord n'existant plus, les médecins ne sont plus en mesure de le respecter. Cette situation a trois effets.

D'abord, les médecins retrouvent leur liberté tarifaire. J'ai lu comme vous, dans le *Journal du médecin*, hier, que si huit sur dix d'entre eux étaient dépressifs, ils n'avaient pas jusqu'à présent augmenté leurs tarifs.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Y aurait-il un lien de cause à effet ?

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Peut-être. Sans dire que la pléthore règle tous les problèmes, les partenaires sont actuellement dans une position attentiste et comptent sur des réformes structurelles, lesquelles permettraient non seulement d'avoir une vision sur l'avenir, mais également de rapporter, dans le temps, la mesure linéaire. Celle-ci ne peut en effet être prise pour une durée de six mois, renouvelable une fois au plus. Elle s'étalera donc sur un an maximum, le Conseil d'État ayant précisé qu'au-delà de la portée de la loi U.M. de telles mesures ne pouvaient être appliquées.

Ensuite, à partir du moment où l'accord médico-mutualiste est dénoncé, il n'existe plus de statut social, ce qui constitue un important problème dans le chef des médecins conventionnés. Il conviendra donc de trouver une solution dans les meilleurs délais, afin que l'I.N.A.M.I. octroie un statut social aux médecins qui le souhaitent. Ce statut représente 1,7 milliard par an.

Enfin, un autre problème inquiète les médecins: il porte sur l'incertitude juridique entourant le système d'accréditation, lequel implique des suppléments non seulement dans le chef du médecin ayant opté pour ce système, mais aussi au niveau des actes médicaux posés par lui.

L'absence d'accord n'empêche toutefois pas les médecins de respecter les tarifs.

Les dirigeants des hôpitaux estiment qu'il leur sera impossible d'assumer la diminution de 3% au niveau des actes techniques. En effet, le financement des hôpitaux est assuré grâce à des prélèvements sur les honoraires — on est loin du retour à l'acte intellectuel pur — et, quoique d'aucuns y pensent, cela engendrerait des complications. Ils ont donc l'intention de reporter temporairement cette charge sur les patients, sauf pour certains cas particuliers, à savoir les V.I.P.O., les personnes âgées, etc. J'ai donc immédiatement demandé aux cinq unions nationales mutualistes de procéder à une évaluation, sur une période de quatre semaines, de l'ampleur du report de cette charge sur les patients. Je disposerai des résultats de cette enquête à la fin du mois de février et nous pourrons en discuter.

Les tarifs peuvent être imposés d'autorité, monsieur Destexhe. Cependant, je souhaite donner l'occasion aux partenaires de proposer un certain nombre de mesures, en vue d'accomplir des réformes structurelles.

Vous m'avez interrogée sur les autres mesures qui sont envisagées en la matière. Vous avez évoqué l'indice de performance. Comme vous le savez, une partie de l'enveloppe — réduite, il est vrai, par rapport à l'ensemble — est redistribuée aux hôpitaux en fonction des performances qu'ils enregistrent sur le plan de la qualité, des pathologies et de la durée de séjour des patients.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Trois ans plus tard ?

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Non, les données R.C.M. étaient d'anciennes données. Désormais, nous travaillerons sur des données validées portant sur 1994, 1995, et non plus sur 1993. C'est déjà un progrès.

Nous avons également décidé d'accélérer le processus en la matière et de pénaliser davantage les hôpitaux non performants sur le plan de la qualité, des pathologies et de la durée de séjour des patients.

Pour certains hôpitaux publics — ceux qui vous intéressent plus particulièrement, monsieur Destexhe — variant de 50 à 200 millions, sur une période de trois ans — des corrections seront apportées au niveau des montants, et ce en raison de facteurs sociaux. En effet, comme vous le savez, certains hôpitaux hébergent des patients dont la situation sociale est particulièrement pénible, mais c'est un autre problème.

La structure multipartite a été chargée de dégager des pistes en vue d'une plus grande forfaitarisation. Comme vous y avez fait allusion, des différences entre les hôpitaux sont observées. Ainsi, comme l'a souligné la structure multipartite, l'usage de l'antibiotique de manière prophylactique varie de 1 à 27 en volume. Un arrêté royal a été pris et se trouve actuellement au Conseil d'État; l'objectif est de fixer une enveloppe par institution de soins en la matière. Les universités proposent d'ailleurs de se diriger vers une plus grande forfaitarisation en ce domaine ainsi que pour certaines prestations et d'autres types de médicaments utilisés en milieu hospitalier.

En ce qui concerne les médicaments, plusieurs mesures sont intervenues: je citerai le blocage des prix; le déremboursement des spécialités à utilité douteuse; enfin, le parallélisme établi avec des spécialités dont certaines sont magistrales.

D'autres mesures sont en cours, comme la révision des critères d'admission au remboursement de médicaments qui ont connu une véritable explosion au cours des trois dernières années. Je veux parler des antibiotiques sophistiqués, des euphorisants — du type Prozac, Serlain, entre autres —, des médicaments contre le cholestérol et des inhibiteurs de la pompe à protons. Un premier résultat concret a donc été atteint. En effet, désormais, le médecin généraliste pourra, pour un délai de huit semaines, prescrire ce type de médicament — Losec, Logastric, etc. — sans faire procéder à des examens techniques préliminaires, comme par exemple

la gastroscopie. Ces médicaments sortent donc du chapitre IV pour un délai de huit semaines et, en échange, les firmes baissent de 20% les prix de leurs spécialités. Une économie évaluée à 600 millions par l'I.N.A.M.I. est ainsi réalisée sur les prestations techniques gastriques. L'aspect douleur du patient est pris en compte. Si des molécules comme les liposolubles peuvent être utilisées, des économies pourront être enregistrées à la fois à l'échelon des prestations et à celui du prix des médicaments.

Comme vous l'avez fait remarquer, monsieur Destexhe, en été, j'ai effectivement demandé à M. Jacques de Tœuf, président du Conseil technique médical, de faire l'exercice pour 1,5 milliard de révision de la nomenclature. Je souligne au passage que le fonctionnement des organes est assez lourd car, lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion doit être programmée. Le 19 décembre, M. de Tœuf m'a soumis une proposition de 830 millions d'économies sur les prestations techniques. Ces propositions signifient que l'on sort de la nomenclature, par exemple, l'examen de la densité osseuse chez les femmes arrivées à la ménopause, excepté pour le premier de ces examens. Autre exemple: deux échographies au maximum sont effectuées au cours d'une grossesse normale. Ces propositions émanant du corps médical ne sont donc pas neutres, elles ont aussi un impact sur le patient.

Pour un montant de 830 millions, l'exercice était complet. Pour le reste, le Conseil technique médical proposait de compléter grâce à une suppression d'indexation, ce qui avait déjà été fait lors d'une mesure antérieure.

Le département de la biologie clinique soumet, pour sa part, une proposition d'économies de 700 millions, à titre de mesure structurelle. Il me revient, quant à moi, d'accorder et d'articuler toutes ces propositions.

Au 1^{er} mars 1997, interviendra la diminution de 4% du prix de toutes les spécialités pharmaceutiques remboursées depuis plus de 15 ans. Il s'agit donc de la première forme galénique et de rien d'autre. Il est vrai que l'industrie insiste encore pour que la mesure s'étende à chaque forme galénique. Mais nous avons déjà admis le remboursement par rapport à la reconnaissance du secteur de la santé publique. Comme vous le savez, les procédures sont plus longues dans notre pays que dans d'autres. Il faut donc être juste.

J'en viens au système du prix de référence et à l'assimilation du prix de la copie — donc, le médicament pour lequel il n'y a plus de recherche ni de développement — au prix du générique. Toutes les firmes qui copient un médicament et lui attribuent un autre nom commercial ne pourront pas demander plus que le prix du médicament générique qui est la même molécule présentée sous un nom de produit blanc. Je pense notamment au Clamoxyl, à l'Amoxicilline, etc.

La première évaluation des données Pharmanet seront disponibles pour juin 1997. Un débat au Parlement pourra avoir lieu à cet égard. Il est fort intéressant de lire la première piste, celle qui est totalement anonyme pour le patient et qui permet déjà de dresser des profils de prescription de certaines spécialités par médecin. Cette analyse est parfois effrayante.

En ce qui concerne les prestations médicales et paramédicales, au Conseil général du 27, l'accent a été mis sur la nécessité que les partenaires proposent eux aussi des mesures structurelles. On ne cesse de montrer du doigt le gouvernement ou la ministre...

M. Destexhe (PRL-FDF). — Je trouve la ministre relativement épargnée, au contraire.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Nous ne lisons peut-être pas la même presse. Je pourrais vous donner des exemples.

Le problème ne doit pas s'éterniser. J'ai demandé au président du Conseil général de faire sortir du bois les partenaires traditionnels de l'assurance — il dispose de quinze jours — de même d'ailleurs que les nouveaux partenaires du Conseil général que sont les patrons et les syndicats. En effet, ces interlocuteurs sociaux classiques ont dit que l'assurance maladie devait atteindre seule son équilibre et qu'il n'était pas question d'écorner d'un franc les revenus de remplacement, à savoir le chômage, les pensions et les autres secteurs, pour atteindre l'équilibre de

l'assurance maladie. Chacun doit prendre ses responsabilités et définir quel coût maximum cette société évoluée peut accorder à un système de soins qui jusqu'à présent, de l'aveu même d'observateurs qui ne sont pas nécessairement mes meilleurs amis, est encore valable et relativement accessible à tous.

L'A.P.B. s'est plainte en ce qui concerne les prescriptions magistrales. J'ai conseillé à ces acteurs d'examiner les pistes structurelles. L'A.P.B. s'est toujours opposée au droit de substitution qui figure dans une loi et qui n'a jamais été appliqué. Or, les pharmaciens demandent à présent de pouvoir substituer certaines spécialités chères par des préparations magistrales dont ils demanderaient la reconnaissance de certaines substances qu'ils me disent actives. Il est temps que les acteurs fassent ensemble des propositions, mais qui ne soient pas dirigées contre l'un ou l'autre secteur. Il serait impensable que les pharmaciens s'opposent à l'industrie, les hôpitaux universitaires aux hôpitaux régionaux, etc. Chacun doit faire des propositions. Nous devons avoir une vision globale du secteur. Je ne parle pas des groupes de pression. Je ne pense pas que l'industrie pharmaceutique en soit un.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Prenons votre volonté de supprimer les hôpitaux de moins de 200 lits. Vous prenez une mesure que vous abandonnez sous l'effet de groupes de pression.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Monsieur Destexhe, avez-vous lu le texte du protocole d'accord en la matière ?

M. Destexhe (PRL-FDF). — Non.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Il n'est pas question de 200 lits, au grand dam de la structure Iris que vous connaissez bien et qui appréciait de voir l'autorité fédérale prendre une mesure qu'elle pouvait utiliser pour procéder à des regroupements sur le terrain. Il n'est plus question de 200 lits. Je vous fournirai les textes, ce qui vous permettra de constater que l'on favorise une série d'autres concepts : associations, mises en commun de pharmacies hospitalières, conseil médical commun, etc. Après de multiples négociations avec les communautés et régions, nous ne sommes pas loin d'un accord. Le déblocage surviendra peut-être demain.

Vous me dites que si vous étiez à ma place, vous privilégieriez les institutions performantes — nous y travaillons — et veilleriez à obtenir la clarté dans les chiffres. Nous espérons atteindre cet objectif l'année prochaine.

Un autre problème important est celui de l'hébergement des personnes âgées. Désormais, sur la base d'un «paquet» de soins à donner aux personnes âgées, une enveloppe est constituée et est répartie provisoirement. Si le secteur apporte des mesures structurelles, le montant de cette enveloppe sera corrigé.

Toujours pour les maisons de repos, je ne peux obtenir une programmation générale qu'après un accord avec les communautés puisque, comme vous le savez, ce sont les communautés et les régions qui reconnaissent les institutions d'hébergement et qu'une discussion est en cours actuellement au sein de la Communauté flamande, entre la ministre du Budget et le ministre responsable des maisons de repos, sur le point de savoir s'il convient d'agréer les maisons de repos ayant reçu un agrément provisoire. Le débat porte sur 1 500 places, chiffre considérable.

En fonction de la cartographie établie par les communautés et les régions, nous devons donc déterminer le nombre de places supplémentaires nécessaires.

En matière de norme de croissance, je crois vous avoir répondu que nous n'échapperons pas à la norme de 1,5 % pour 1997.

Par ailleurs, tant au Parlement que dans les institutions, on réfléchit à la notion de facteur exceptionnel.

Je vous dirai, monsieur Destexhe, qu'une révision générale des barèmes ou un accord social n'est pas un événement imprévisible. Dans le futur, avant de conclure des accords interprofessionnels ou intersectoriels, il faudra étudier les répercussions qu'ils peuvent avoir sur l'évolution de ce secteur, à haute intensité de main-d'œuvre. Voyez où nous mène une augmentation de 2 % !

M. Destexhe (PRL-FDF). — Vous nous dites que nous n'échapperons pas à la norme de 1,5 %. Est-ce par rapport aux 11 % d'augmentation de cette année ?

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Il s'agit de 1,5 % par rapport aux prévisions budgétaires. Le budget est de 428,3 milliards en 1997.

M. Destexhe (PRL-FDF). — C'est donc moins qu'en 1996...

M. le président. — Ce n'est pas réaliste.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — C'est moins que l'estimation de 1996 et les dépassements. Nous étions à 444 milliards.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Vous nous assurez qu'en 1997, les chiffres réels seront de 20 milliards inférieurs à ceux de 1996 ?

M. le président. — Uniquement grâce à un blocage des honoraires ?

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Non. Au cours du conclave, 19,5 milliards d'économies ont été décidées dans le secteur des médicaments et des hôpitaux. Par ailleurs, 10 milliards additionnels portent sur des mesures linéaires — 7,4 milliards sur les honoraires et 2 milliards concernant les hôpitaux — auxquelles s'ajoutent les mesures correctrices de l'article 51.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Entre 1996 et 1997, votre budget subit une diminution de 20 milliards, si je vous comprends bien.

M. le président. — Vous ne tenez donc pas compte de la croissance automatique des dépenses à laquelle vous devrez faire face, madame la ministre.

Vous devriez réaliser une économie de 60 milliards pour arriver à ces 428 milliards.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Vous partez de 460 milliards.

M. le président. — Non, je pars du chiffre de 440 milliards.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — C'est celui qui est dépassé et qui concerne 1996.

Nous avons pris de façon linéaire 10 à 12 milliards d'économies supplémentaires, par rapport aux 20 milliards qui devaient maintenir l'enveloppe tel que l'objectif budgétaire avait été calculé pour 1997.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Je voudrais qu'il soit acté clairement dans le procès-verbal que, pour 1997, vous vous engagez à tenir un budget de 428,3 milliards et le 1^{er} février 1998, soit je vous félicite, soit vous démissionnez.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Je suis soulagée que vous avanciez seulement la date du 1^{er} février 1998 ! (*Sourires sur tous les bancs.*)

M. Destexhe (PRL-FDF). — Vous prévoyez des élections avant cette date ?

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Étant attendue à la Chambre pour la Conférence des présidents, j'aimerais à présent conclure, monsieur le président. Si vous le souhaitez, nous pourrions poursuivre ce débat à l'occasion d'une prochaine séance.

Vous avez évoqué la responsabilité des prestataires dans les institutions de soins en termes de maintien de la qualité. Vous avez abordé les problèmes des 3 % et du report sur les patients. Les termes de ma réponse sont basés sur les propositions que le secteur hospitalier adresse à mon cabinet concernant le maintien de son enveloppe. Une plus grande forfaitarisation sera nécessaire. En

effet, je crois qu'au-delà de la légitimité des demandes du corps médical concernant la liberté thérapeutique et le remboursement intégral, une évolution vers une plus grande forfaitarisation interviendra nécessairement.

Voici deux ans, nous avons notamment demandé au docteur De Tœuf d'établir une étude permettant d'évaluer la répercussion de l'augmentation de l'honoraire de base pour des prestations techniques annexes. Je pense notamment à la consultation gynécologique qui pourrait être augmentée contre l'intégration de l'échographie dans la prestation.

À cet exemple, l'I.N.A.M.I., par la voix de l'honorable docteur De Tœuf, répond que le système n'est pas valable car tous les gynécologues ne possèdent pas un matériel d'échographie. La question subsidiaire consiste alors à savoir si l'assurance maladie et la collectivité doivent assurer un revenu à tous types de prestataires, quel que soit leur équipement, ou si la problématique ne peut pas être considérée globalement.

Je citerai un autre exemple: lors d'une visite chez l'ophtalmologue, ce dernier fait un fond d'œil, mesure la tension et examine votre vue. Vous payez une consultation. Par contre, lorsque vous consultez un cardiologue, d'autres codes de nomenclature s'ajoutent à la consultation. N'est-il pas imaginable de considérer que l'acte intellectuel et un acte technique partiel constituent l'honoraire de base, lequel pourrait être revu et augmenté à la hausse? De même, s'il est fait référence à un spécialiste de première ligne, ne pourrait-il y avoir une sorte d'échelonnement ainsi qu'un accord plus concret?

Il est vrai que certains gynécologues ne possèdent pas de matériel échographique. Il est néanmoins clair que si vous consultez un ophtalmologue qui ne dispose pas du matériel permettant de mesurer votre fond d'œil, vous ne vous rendez plus chez lui. Il existe donc un problème en termes d'adaptation du corps médical.

Vous appuyez à juste titre la demande du corps médical qui souhaiterait un autre mode de financement des hôpitaux. Nous connaissons actuellement le système basé sur les honoraires. Cette question est d'actualité. En effet, les 3 % de réduction risquent d'entraîner une augmentation des prestations. J'ai également demandé que l'on vérifie si la réduction n'était pas doublement reportée: d'une part, sur le patient, d'autre part, sur la « planche à billets ». En fait, cela tient au financement de l'appareillage: le gestionnaire décide de l'achat d'un appareil que le docteur utilise: c'est le système de financement. Il faut donc peut-être également revoir ce système.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Faites-le! Vous faites partie du gouvernement depuis des années. M. Coene a démontré que ce type de dérapage était amorcé depuis deux ans. Les problèmes remontent d'ailleurs à une époque antérieure à ces deux années.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Vous m'avez enfin interrogée sur les mutualités. Selon vous, la disparition pure et simple de l'actuel système de convention mettrait à mal un des principaux instruments de la cogestion de l'assurance soins de santé. Parallèlement à cette problématique, je puis affirmer que le dialogue n'est pas interrompu. Par ailleurs, il y va de l'intérêt du corps médical, ne fût-ce qu'en termes de statut social et de sécurité tarifaire du patient, de conclure une nouvelle convention médico-mutuelliste, à la limite sur un terrain un peu plus restreint que le principal. Les médecins sont très intéressés par le système de l'accréditation, lequel va bien au-delà des 30 francs supplémentaires. Il concerne aussi le système des glems. Au sein des cercles locaux mis en place parallèlement au système d'accréditation, doit se pratiquer une évaluation de la qualité entre pairs, aboutissant à la formulation de propositions à la structure installée en collaboration avec M. Colla, pour écarter le spectre du pensionnement obligatoire, des normes de pratique et d'une évaluation médicale réalisée d'autorité par le ministre.

Monsieur le président, j'ai peut-être éludé certaines questions, mais je suis tenue par la Conférence des présidents. Quoi qu'il en soit, je suis disposée à poursuivre le dialogue dès la semaine prochaine.

M. le président. — La parole est à M. Destexhe.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Monsieur le président, je répondrai donc en style télégraphique. Mme la ministre s'engage à respecter un budget de 428,3 milliards en 1997. Voilà qui au moins à le mérite d'être clair.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le président, le gouvernement exigera en effet la fixation de cet objectif.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Quoi qu'il en soit, nous observons, d'une part, une série de mesures et, d'autre part, une croissance à deux chiffres... Par ailleurs, Mme la ministre semble confondre critères de performance, critères de qualité et normes, notions complètement différentes.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Je ne veux pas parler en termes de normes.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Finalement, vous l'avez dit, c'est le patient qui payera la facture.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — J'ai dit que la tentation sera grande de reporter le poids des mesures sur les patients. Par conséquent, j'ai demandé une enquête aux mutuelles.

M. Destexhe (PRL-FDF). — Vous ne pourrez pas diminuer les remboursements des hôpitaux alors que leurs frais fixes sont incontournables. En fin de compte, vous resterez nécessairement prisonnière de cette équation car les hôpitaux doivent tendre vers l'équilibre financier.

Nous avons l'impression d'observer un serpent qui se mord la queue. Vous prenez des mesures susceptibles d'entraîner une augmentation des actes techniques. Vous contrôlez les durées d'hospitalisation mais les taux d'occupation dans les hôpitaux augmentent. Toutes les mesures de correction contiennent les germes d'une auto-alimentation...

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Par conséquent, le moment est venu de changer les structures. Je suis persuadée que sans l'électrochoc de la réduction de 3 %, je n'aurais sans doute reçu aucune proposition cohérente à ce jour...

M. Destexhe (PRL-FDF). — Nous sommes favorables à la concertation. Cependant, les propositions doivent aussi émaner du ministre qui doit prendre des initiatives, coordonner...

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Je ne peux quand même pas imposer aux recteurs d'université de se mettre d'accord et de présenter un texte commun de trois pages!

M. Destexhe (PRL-FDF). — J'espère, madame la ministre, que vous nous présenterez une réforme au cours du premier ou du deuxième semestre 1997 et que vous ne vous contenterez pas de simples mesures linéaires.

M. le président. — On enregistre 440 milliards de dépenses en 1996, madame la ministre. Si nous tenons compte d'un taux d'accroissement moyen, les dépenses s'élèveront à 475 milliards en 1997. Or, votre objectif est de ramener ce chiffre à 428. La différence est donc de 47 milliards. Le conclave vous permet d'en « gagner » 20, mais un effort supplémentaire s'impose pour les 27 milliards restants.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Sans vouloir contredire l'éminent économiste que vous êtes, monsieur le président, je vous demande quand même de ne pas perdre de vue le fait qu'un certain nombre de facteurs *éénmalig* permettent d'expliquer les chiffres de 1996.

M. le président. — Je ne suis pas d'accord avec vous sur ce point. Là se situe le fond du problème.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Il convient notamment de tenir compte de certains «rattrapages»...

M. le président. — Les chiffres doivent être examinés sur le long terme.

Mme De Galan, ministre des Affaires sociales. — Si vous le voulez bien, nous en débattons à une prochaine occasion, monsieur le président.

M. le président. — L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE M. PH. CHARLIER AU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES PENSIONS SUR «LA FABRICATION ET LA COMMERCIALISATION DE MÉDICAMENTS À BASE DE PLANTES»

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE M. PH. CHARLIER AU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES PENSIONS SUR «LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ ADMINISTRATIF»

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE M. VERGOTE AU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES PENSIONS SUR «LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE L'AMOUR DU JEU»

Ajournement

VRAAG OM UITLEG VAN DE HEER PH. CHARLIER AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID EN PENSIOENEN OVER «HET PRODUCEREN EN COMMERCIALISEREN VAN GENEESMIDDELEN OP BASIS VAN PLANTEN»

VRAAG OM UITLEG VAN DE HEER PH. CHARLIER AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID EN PENSIOENEN OVER «DE WERKING VAN DE ADMINISTRATIEVE GEZONDHEIDSDIENST»

VRAAG OM UITLEG VAN DE HEER VERGOTE AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID EN PENSIOENEN OVER «DE SOCIALE GEVOLGEN VAN GOKVERSLAVING»

Verdaging

M. le président. — L'ordre du jour appelle les demandes d'explications de MM. Philippe Charlier et Vergote au ministre de la Santé publique et des Pensions.

Aan de orde zijn de vragen om uitleg van de heren Philippe Charlier en Vergote aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen.

Aangezien de minister van Volksgezondheid en Pensioenen in de commissie voor de Sociale Zaken van de Kamer van volksvertegenwoordigers nog moet antwoorden op interpellaties in verband met de volksgezondheid, zullen wij deze drie vragen om uitleg naar een latere datum moeten verschuiven.

Het woord is aan de heer Vergote.

De heer Vergote (VLD). — Mijnheer de voorzitter, ik betreur ten zeerste dat de Senaat blijkbaar als minderwaardig wordt beschouwd ten opzichte van de Kamer van volksvertegenwoordigers. Wanneer zullen onze vragen om uitleg dan op de agenda komen? Kan dat volgende week?

De voorzitter. — Mijnheer Vergote, dit heeft niets te maken met een zogenaamd minderwaardig statuut van de Senaat ten opzichte van de Kamer. Er is een overeenkomst waarbij minister Colla eerst in de commissie voor de Sociale Zaken aan de Kamer zou antwoorden op de interpellaties alvorens naar de commissie in de Senaat te komen en waarbij minister De Galan eerst in de commissie in de Senaat ter beschikking zou zijn om zich nadien naar de commissie in de Kamer te begeven. Er is alleen geen rekening mee gehouden dat in de commissie voor de Sociale Zaken eerst de eerste minister aan het woord zou komen. Het blijkt dat deze de hem voorbehouden tijd ruimschoots heeft overschreden. Hij is trouwens nog aan het woord. Dit heeft tot gevolg dat onze afspraak niet kan worden nageleefd. Het is alleszins de bedoeling deze drie vragen op de agenda van de eerstvolgende vergadering van onze commissie te plaatsen.

La parole est à M. Philippe Charlier.

M. Ph. Charlier (PSC). — Monsieur le président, je suis également déçu de l'absence du ministre de la Santé publique, et ce d'autant plus que ma présence était normalement requise, ce matin, au Parlement wallon. J'espère que l'ordre du jour des prochaines séances sera respecté car de tels contretemps sont très désagréables.

M. le président. — Nous tiendrons compte de votre remarque, monsieur Charlier. Je suis aussi désolé que vous de cette situation mais, en l'occurrence, nous sommes confrontés à un cas de force majeure.

Mesdames, messieurs, l'ordre du jour de la réunion publique de la commission des Affaires sociales est ainsi épuisé.

De agenda van de openbare vergadering van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden is afgewerkt.

La séance est levée.

De vergadering is gesloten.

(La séance est levée à 11 h 25.)

(De vergadering wordt gesloten om 11.25 uur.)