

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

15 november 2000

**ONTWERP VAN ALGEMENE
UITGAVENBEGROTING**
voor het begrotingsjaar 2001

BELEIDSNOTA

van de minister van Sociale Zaken
en Pensioenen (21)
voor het begrotingsjaar 2001 (*)

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
1. INLEIDING	7
2. HET GEBOUW VAN DE SOCIALE ZEKERHEID : EEN AANTREKKELIJK EN STEVIG HUIS VOOR IEDEREEN	8
2.1. Een schuldenvrije sociale zekerheid met een ge- waarborgd niveau van alternatieve financiering	8
2.2. Aanpassing van de sociale bescherming aan be- langrijke evoluties op het vlak van economie, arbeidsvormen en gezinsstructuren.....	13

Voorgaande documenten :

DOC 50 **0905/...** :
001 tot 006 : Beleidsnota's.
007 : Ontwerp van algemene uitgavenbegroting.
008 tot 015 : Beleidsnota's.
016 en 017 : Verantwoording van de algemene uitgavenbegroting.
018 tot 020 : Beleidsnota's.

(*) Overeenkomstig artikel 79, n° 1, van het Reglement van de Kamer van volksvertegenwoordigers heeft de minister van Sociale Zaken en Pensioenen de beleidsnota van het departement en de betrokken instellingen overgezonden.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

15 novembre 2000

**PROJET DE BUDGET GÉNÉRAL
DES DÉPENSES**
pour l'année budgétaire 2001

NOTE DE POLITIQUE GÉNÉRALE

du ministre des Affaires sociales
et des Pensions (21)
pour l'année budgétaire 2001 (*)

SOMMAIRE

	Blz.
1. INTRODUCTION	7
2. LA MAISON DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UNE MAISON AGRÉABLE ET SOLIDE POUR CHA- CUN	8
2.1. Une sécurité sociale libérée de ses dettes et bénéficiant d'un niveau garanti de financement alternatif	8
2.2. Adaptation de la protection sociale aux impor- tantes évolutions sur le plan de l'économie, des formes de travail et des structures familiales....	13

Documents précédents :

DOC 50 **0905/...** :
001 à 006 : Notes de politique générale.
007 : Projet de budget général des dépenses.
008 à 014 : Notes de politique générale.
016 et 017 : Justification du budget général des dépenses.
018 à 020 : Notes de politique générale.

(*) Conformément à l'article 79, n° 1, du Règlement de la Chambre des représentants, le ministre des Affaires sociales et des Pensions a transmis la note de politique générale du dépassement et des organismes concernés.

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CVP	:	Christelijke Volkspartij
FN	:	Front National
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	:	Parti socialiste
PSC	:	Parti social-chrétien
SP	:	Socialistische Partij
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 50 0000/000 :	Parlementair document van de 50e zittingsperiode + nummer en volgnummer	DOC 50 0000/000 :	Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Integraal Verslag (op wit papier, bevat de bijlagen en het Beknopt Verslag, met kruisverwijzingen tussen Integraal en Beknopt Verslag)	CRIV :	Compte Rendu Intégral (sur papier blanc, avec annexes et CRA, avec renvois entre le CRI et le CRA)
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)
CRABV :	Beknopt Verslag (op blauw papier)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)
PLEN :	Plenum (witte kaft)	PLEN :	Séance plénière (couverture blanche)
COM :	Commissievergadering (beige kaft)	COM :	Réunion de commission (couverture beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : alg.zaken@deKamer.be</i>	<i>e-mail : aff.generales@laChambre.be</i>

2.3. Modernisering van het beheer van de sociale zekerheid	13	2.3. Modernisation de la gestion de la sécurité sociale	13
2.4. Administratieve vereenvoudiging — Handvest van de sociaal verzekerde	15	2.4. Simplification administrative — Charte de l'assuré social	15
2.5. Responsabilisering van de instellingen voor sociale zekerheid	15	2.5. Responsabilisation des institutions de sécurité sociale	15
2.6. Sociale bescherming voor « vergeten groepen »	16	2.6. Protection sociale en faveur des catégories oubliées	16
2.6.1. Sociale bescherming voor kunstenaars.	16	2.6.1. Une protection sociale pour les artistes..	16
2.6.2. Een sociaal statuut voor de erkende en de gesubsidieerde onthaalouders	17	2.6.2. Un statut social pour les gardiennes et gardiens d'enfants agréés et subventionnés	17
2.6.3. Een eigen sociaal statuut voor de meewerkende echtgenoot van een zelfstandige	17	2.6.3. Un statut social propre au conjoint aidant d'un travailleur indépendant	17
2.7. Een sociale zekerheid met een hoog niveau van sociale bescherming	18	2.7. Une sécurité sociale offrant un haut niveau de protection sociale	18
2.7.1. Een verhoging van de minima in de sector invaliditeit	19	2.7.1. Une majoration des minima dans le secteur de l'invalidité	19
2.7.2. Een verbetering van de moederschapsbescherming	20	2.7.2. Une amélioration de la protection de la maternité	20
2.7.3. Uitbreiding van de lijst van erkende beroepsziekten	20	2.7.3. Extension de la liste des maladies professionnelles reconnues	20
2.7.4. Bestrijding van de armoede en de bestaansonzekerheid bij gezinnen met kinderen via gerichte maatregelen in de gezinsbijslagen	20	2.7.4. Lutte contre la pauvreté et la précarité d'existence des ménages avec enfants par des mesures ponctuelles dans les prestations familiales	20
2.8. Mensen die leven van een uitkering en die de stap naar betaalde arbeid zetten, hiervoor ook belonen	22	2.8. Récompenser les personnes qui vivent d'une allocation et qui sautent le pas en vue de trouver un travail rémunéré	22
2.9. Versnelde aanpassing van de sociale uitkeringen aan de evolutie van de index	23	2.9. Adaptation plus rapide des allocations sociales à l'évolution de l'indice des prix	23
3. EEN STEVIG FUNDAMENT VOOR DE TOEKOMST	23	3. DES FONDATIONS SOLIDES POUR LE FUTUR	23
3.1. Budgettaire gegevens	23	3.1. Données budgétaires	23
3.2. De inzet voor de toekomst	24	3.2. Les enjeux du futur	24
3.3. Zilverfonds — Schuldafbouw	25	3.3. Fonds de vieillissement — Diminution de la dette	25
3.4. De tweede pijler	27	3.4. Le deuxième pilier	27
3.5. De uitdaging van de tewerkstellingsgraad	29	3.5. Le défi du taux d'occupation	29
3.5.1. De instelling van een « tijdskrediet » dat in aanmerking genomen wordt voor de pensioenberekening in de openbare sector	29	3.5.1. L'instauration d'un « crédit-temps » pris en compte pour le calcul de la pension dans le secteur public	29
3.5.2. Activeringsmaatregelen in de privé-sector	30	3.5.2. Mesures d'activation dans le secteur privé	30
3.6. Een adequate sociale bescherming	30	3.6. Une protection sociale adéquate	30
3.6.1. Versterking van de band tussen het pensioen en het laatste beroepsinkomen : verhoging van het plafond dat in aanmerking genomen wordt voor de berekening van het pensioen	30	3.6.1. Renforcement du lien entre la pension et le dernier revenu professionnel : augmentation du plafond entrant en ligne de compte pour le calcul de la pension	30
3.6.2. Blijvende verzekering van een voldoende hoog pensioen : aanpassing van de pensioenen aan de stijging van de welvaart	31	3.6.2. Assurance permanente d'une pension assez élevée : adaptation des pensions à l'évolution du bien-être	31
3.6.3. Verzekering van een minimuminkomen voor bejaarden : de inkomensgarantie voor ouderen	32	3.6.3. Assurance d'un revenu minimal aux personnes âgées : la garantie de ressources aux personnes âgées	32
3.7. Administratieve vereenvoudiging — Inspraak en dienstverlening aan de bevolking	33	3.7. Simplification administrative — Participation et service rendus à la population	33
3.8. Ambtenarenpensioenen	33	3.8. Pensions des fonctionnaires	33
3.8.1. Technische wijzigingen	33	3.8.1. Modifications techniques	33

3.8.2. Responsabiliseringsbijdrage ten laste van sommige werkgevers van de openbare sector	34	3.8.2. Contribution de responsabilisation à charge de certains employeurs du secteur public	34
3.8.3. Financiering van het stelsel van sociale zekerheid en pensioen van het personeel van de politie	34	3.8.3. Financement du régime de sécurité sociale et de pension du personnel de police	34
3.9. Individuele pensioenrekening	34	3.9. Compte pension individuel	34
3.10. Modernisering van de pensioenen ten laste van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ)	35	3.10. Modernisation des pensions à charge de l'Office de Sécurité sociale d'outre-mer (OSSOM)	35
4. INVESTEREN IN DE TOEGANKELIJKHEID, DE MENSELIJKHEID EN DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG	35	4. INVESTIR DANS L'ACCESSIBILITÉ, L'HUMANITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ	35
4.1. Inleiding	35	4.1. Introduction	35
4.1.1. Doelstellingen, prioriteiten en middelen	35	4.1.1. Objectifs, priorités et moyens	35
4.1.2. Basisprincipes van gezondheidszorg in de actieve welvaartstaat	36	4.1.2. Principes de base des soins de santé dans l'État social actif	36
4.1.3. Doelstellingen van het gezondheidszorgbeleid	37	4.1.3. Objectifs de la politique en matière de soins de santé	37
4.1.4. Omvang en besteding van de middelen voor gezondheidszorg	38	4.1.4. Ampleur et affectation des moyens pour les soins de santé	38
4.1.4.1. Bijkomende middelen bestemd voor specifieke doeleinden	38	4.1.4.1. Moyens complémentaires destinés à des fins spécifiques	38
4.1.4.2. Responsabilisering van de actoren	40	4.1.4.2. Responsabilisation des acteurs	40
4.2. Strategische prioriteiten voor de gezondheidszorg	43	4.2. Priorités stratégiques pour les soins de santé ..	43
4.2.1. Gelijke toegang	43	4.2.1. Egalité d'accès	43
4.2.1.1. Vaststellingen, knelpunten en mogelijke oplossingen	43	4.2.1.1. Constatations, points sensibles et solutions possibles	43
4.2.1.2. De Maximale Gezondheidsfactuur als algemene maatregel om de toegankelijkheid tot gezondheidszorg te waarborgen ..	45	4.2.1.2. La Facture de santé maximale comme mesure en vue de garantir l'accès aux soins de santé	45
4.2.1.2.1. Bestaande maatregelen	45	4.2.1.2.1. Mesures existantes	45
4.2.1.2.2. De Maximale Gezondheidsfactuur	46	4.2.1.2.2. La Facture de santé maximale	46
4.2.1.3. Zorg op maat en een meer adequate terugbetaling van dure prestaties als specifieke maatregelen voor chronisch zieken	47	4.2.1.3. Soins sur mesure et remboursement plus adéquat des prestations onéreuses comme mesures spécifiques en faveur des malades chroniques	47
4.2.1.4. Een betere toepassing van de regeling derde betalende in de ambulante zorgverstrekking : een specifieke maatregel voor de laagste inkomensgroepen	47	4.2.1.4. Une meilleure application du régime du tiers payant en ambulatoire : une mesure spécifique pour les groupes à revenus faibles ...	47
4.2.2. Meer menselijkheid in de zorg	48	4.2.2. Davantage d'humanité dans les soins	48
4.2.2.1. Geïntegreerde zorg op basis van de behoeften van patiënten en zorgvernieuwing	48	4.2.2.1. Soins intégrés sur la base des besoins des patients et de la rénovation des soins	48
4.2.2.2. Respect en waardering voor patiënten, zorgverstrekkers en zorgarbeid	49	4.2.2.2. Respect et prise en considération des patients, des dispensateurs de soins et du travail en matière de soins	49
4.2.2.2.1. De uitvoering van het sociaal akkoord van 1 maart 2000	49	4.2.2.2.1. L'exécution de l'accord social du 1 ^{er} mars 2000	49

4.2.2.2.2. Patiëntenrechten	50	4.2.2.2.2. Droits des patients.....	50
4.2.2.2.3. Medische aansprake- lijkheid	51	4.2.2.2.3. Responsabilité médi- cale	51
4.2.3. Betere kwaliteit voor gezondheidszorg door meer doelmatigheid	52	4.2.3. Une meilleure qualité des soins grâce à plus d'efficacité	52
4.2.3.1. Meer doelmatigheid in de organi- satie en werking van het gezondheidszorgsysteem (macroniveau)	52	4.2.3.1. Plus d'efficacité dans l'organisa- tion et le fonctionnement du sys- tème des soins de santé (macroniveau)	52
4.2.3.1.1. Beleidsvoorbereiding.	52	4.2.3.1.1. Préparation de la poli- tique	52
4.2.3.1.1.1. Beleids- voorbereidend en -on- dersteunend onder- zoek	52	4.2.3.1.1.1. Recher- ches en vue de la pré- paration et du soutien de la politique	52
4.2.3.1.1.2. Beleids- voorbereiding door de administraties	53	4.2.3.1.1.2. Prépara- tion de la politique par les administrations	53
4.2.3.1.2. Doelmatigheid op be- stuurlijk niveau	54	4.2.3.1.2. Efficacité au niveau ad- ministratif	54
4.2.3.1.2.1. Institutio- nele samenwerking ..	54	4.2.3.1.2.1. Collabora- tion institutionnelle	54
4.2.3.1.2.2. Respon- sabilisering en hervor- ming van het RIZIV ..	54	4.2.3.1.2.2. Respon- sabilisation et réforme de l'INAMI	54
4.2.3.2. Kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening (microniveau).....	55	4.2.3.2. Qualité et efficacité de la dispensation de soins (micro- niveau)	55
4.2.3.2.1. Op evidentie geba- seerde medische zorg- verlening	55	4.2.3.2.1. Dispensation des soins médicaux basée sur l'évidence médicale ...	55
4.2.3.2.2. Verstandig omgaan met innovaties	56	4.2.3.2.2. Approche intelligente des innovations	56
4.2.3.3. Instrumenten bij het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid op niveau van de zorgverlening	56	4.2.3.3. Instruments de promotion de la qualité et de l'efficacité au niveau de la dispensation des soins	56
4.2.3.3.1. Van gegevensverza- meling naar kwaliteits- informatie : de be- staande databanken .	57	4.2.3.3.1. De la saisie de don- nées à l'information de qualité : les banques de données existantes ...	57
4.2.3.3.2. Accreditering en <i>peer- review</i>	58	4.2.3.3.2. Accréditation et <i>peer review</i>	58
4.2.3.3.3. Thematische campag- nes voor de verbetering van de kwaliteit	60	4.2.3.3.3. Campagnes thémati- ques en vue de l'amé- lioration de la qualité .	60
4.2.3.4. De herwaardering van de centrale rol van de huisarts en het globaal medisch dossier	60	4.2.3.4. La revalorisation du rôle central du médecin de famille et le dos- sier médical global	60
4.2.3.5. Informatie- en communicatie- technologie	60	4.2.3.5. Technologie de l'information et de la communication	60
4.2.3.6. Samenwerking tussen diverse zorgverstrekkers	61	4.2.3.6. Collaboration entre divers dispen- sateurs de soins	61
4.2.4. Aanbodbeheersing	62	4.2.4. Maîtrise de l'offre	62
4.3. Specifieke domeinen waar een sterk vernieuwd beleid wordt gevoerd	63	4.3. Domaines spécifiques dans lesquels une politi- que rénovée est menée	63
4.3.1. Een vernieuwd geneesmiddelenbeleid..	63	4.3.1. Une politique rénovée en matière de mé- dicaments	63
4.3.2. Het ziekenhuisbeleid en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering	64	4.3.2. La politique hospitalière et la réforme du financement des hôpitaux	64
4.3.2.1. Het ziekenhuisbeleid	64	4.3.2.1. La politique hospitalière	64
4.3.2.2. De hervorming en modernisering van de ziekenhuisfinanciering ..	66	4.3.2.2. La réforme et la modernisation du financement des hôpitaux	66

4.3.3. Doelgroepenbeleid	67	4.3.3. Politique vis-à-vis des groupes cibles	67
4.3.3.1. Het palliatief beleid	67	4.3.3.1. La politique palliative	67
4.3.3.2. Thuisverpleging	68	4.3.3.2. Soins infirmiers à domicile	68
4.3.3.3. Ouderenzorgbeleid	69	4.3.3.3. Politique de santé pour les personnes âgées	69
5. EUROPESE SOCIALE SAMENWERKING : VAN PRINCIPES NAAR REALITEIT	70	5. COLLABORATION SOCIALE EUROPÉENNE : DES PRINCIPES À LA RÉALITÉ	70
5.1. Inleiding	70	5.1. Introduction	70
5.1.1. De context van de Europese Integratie .	70	5.1.1. Le contexte de l'intégration européenne	70
5.1.2. Convergentie van ideeën	71	5.1.2. Convergence des idées	71
5.1.3. Doelstellingen en methode	71	5.1.3. Objectifs et méthodes	71
5.2. Strategische prioriteiten van het Belgisch voorzitterschap van de Europese Unie	72	5.2. Priorités stratégiques de la présidence belge de l'Union européenne	72
5.2.1. Sociale bescherming : een gemeenschappelijke strategie	72	5.2.1. Protection sociale : une stratégie concertée	72
5.2.2. Sociale insluiting : naar gemeenschappelijke doelstellingen en indicatoren van vooruitgang	73	5.2.2. Inclusion sociale : vers des objectifs communs et des indicateurs de progrès	73
5.2.2.1. Doelstellingen	73	5.2.2.1. Objectifs	73
5.2.2.2. Indicatoren	74	5.2.2.2. Indicateurs	74
5.2.2.3. Doelstellingen en indicatoren verbinden	75	5.2.2.3. Établir un lien entre les indicateurs et les objectifs	75
5.2.3. Pensioenen : een cruciale uitdaging voor het Europees sociaal model	76	5.2.3. Retraites : un enjeu décisif pour le modèle social européen	76
5.2.3.1. Uitdagingen	76	5.2.3.1. Enjeux	76
5.2.3.2. Doelstellingen	76	5.2.3.2. Objectifs	76
5.2.4. Lopende en nieuwe wetgevende initiatieven	77	5.2.4. Travail législatif en cours et initiatives nouvelles	77
5.3. De centrale uitdaging van het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie : van principes voor samenwerking komen tot een doeltreffende samenwerking	78	5.3. Le défi majeur de la présidence belge de l'Union européenne : traduire les principes de coopération en coopération effective	78
6. BIJLAGEN	79	6. ANNEXES	79
6.1. Overzicht van de wetsontwerpen die aan de wetgevende kamers voorgelegd zullen worden	79	6.1. Liste des projets de loi à traiter par les chambres législatives	79
6.2. Toelichting van de prioriteitenlijst	81	6.2. Commentaire sur la liste des priorités	81
6.3. Vernieuwd geneesmiddelenbeleid : doelstellingen en beleidslijnen	87	6.3. Politique rénovée en matière de médicaments : objectifs et lignes d'action	87
6.4. Vierde rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land (Rapport-Jadot)	104	6.4. Quatrième rapport sur l'application uniforme de la législation dans le pays (Rapport-Jadot)	104
6.5. Beleidsnota ziekenhuizen : uitdagingen en perspectieven binnen een geïntegreerde gezondheidszorg	108	6.5. Note de politique hôpitaux : défis et perspectives dans le cadre de soins de santé intégrés ..	108
6.6. Oriëntaties betreffende een hervorming en modernisering van de ziekenhuisfinanciering ..	116	6.6. Orientation concernant une réforme et une modernisation du financement des hôpitaux	116
6.7. Beleidsplan palliatieve zorg	119	6.7. Soins palliatifs	119

DAMES EN HEREN,

1. INLEIDING

De « actieve welvaartsstaat » is de leidraad voor het sociale zekerheidsbeleid van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen. De uitdrukking « actieve welvaartsstaat » vat drie ideeën samen. Ten eerste verwijst ze naar « de verstandig actieve staat », een overheid die haar sociaal beleid wil uitvoeren op een pro-actieve wijze, via maatwerk en met daartoe aangepaste structuren. Ten tweede verwijst ze naar een doelstelling, namelijk een « samenleving van actieve mensen », een samenleving met een hogere participatiegraad maar waarin geen scherpe scheidingslijn bestaat tussen hyperactieven aan de ene kant en totaal niet-actieven aan de andere kant : het model van de « ontspannen » actieve welvaartsstaat, waar arbeid, gezin en persoonlijk leven soepel combineerbaar zijn. Overigens komt participatie niet alleen tot stand in de formele arbeidsmarkt : ook vrijwilligerswerk houdt een sociale meerwaarde in. De actieve welvaartsstaat moet diverse vormen van maatschappelijke activiteit een plaats bieden. En ten slotte verwijst de term « welvaartsstaat » naar de fundamentele ambitie om adequate sociale bescherming te bieden, inspeland op bestaande en nieuwe behoeften.

De actieve welvaartsstaat is nodig om twee fundamentele redenen.

Ten eerste vergt het traditionele takenpakket van de klassieke naoorlogse welvaartsstaat heel wat meer inspanningen dan voorheen. Hier kan verwezen worden naar de impact die de demografische evolutie heeft op de pensioenen of naar de vooruitgang van de medische wetenschap, die tot steeds nieuwe mogelijkheden leidt, maar ook tot een voortdurend groeiende vraag naar sociale verzekering van zorgen.

Ten tweede zijn er nieuwe taken bijgekomen omwille van het ontstaan van nieuwe sociale risico's en van nieuwe sociale behoeften. Met « nieuw » wordt bedoeld risico's en behoeften die ofwel niet ofwel in veel mindere mate aanwezig waren toen de traditionele welvaartsstaat vorm kreeg. Het is dan ook geen toeval dat in deze beleidsnota veel aandacht gaat naar het toegenomen risico op langdurige zorgafhankelijkheid in een individualiserende samenleving en, meer in het bijzonder, naar de verzorging van chronisch zieken.

Wil men het gevaar afwenden dat de vruchten van de spectaculaire medische vooruitgang niet voor iedereen beschikbaar blijven en dat men in de richting van een gezondheidszorg met verschillende snelheden opschuift, dan is er niet minder maar méér welvaartsstaat nodig. Er is nood aan een verstandige overheid die méér middelen op een efficiënte manier inzet daar waar nieuwe behoeften duidelijk zijn. Een actieve welvaartsstaat biedt

MESDAMES, MESSIEURS,

1. INTRODUCTION

La notion d'« État social actif » constitue le fil conducteur de la politique du ministre des Affaires sociales et des Pensions en matière de sécurité sociale. L'expression « État social actif » condense en fait trois idées. *Primo*, elle renvoie à un « État social avisé », c'est-à-dire à des pouvoirs publics qui veulent exécuter leur politique sociale de manière proactive, par du sur mesure et des structures adaptées à cette fin. *Secundo*, la notion renvoie aussi à un objectif, à savoir une « société de personnes actives », une société offrant un degré de participation élevé mais ne présentant pas de démarcation nette entre les hyperactifs d'un côté et les non-actifs de l'autre, donc le modèle de l'État social actif « décontracté » où travail, famille et vie privée peuvent se combiner avec souplesse. D'ailleurs, la participation n'apparaît pas seulement dans le marché de travail formel : le bénévolat présente également une plus-value sociale. L'État social actif se doit en effet d'accueillir différentes formes d'activité sociale. Et *tertio*, le terme « État social actif », renvoie à l'ambition fondamentale d'offrir une protection sociale adéquate, répondant aux besoins existants et à de nouveaux besoins.

L'État social actif est nécessaire pour deux raisons fondamentales.

D'une part, les tâches traditionnelles de l'État-providence classique de l'après-guerre demandent beaucoup plus d'efforts qu'auparavant. À cet égard, référence peut être faite à l'impact que l'évolution démographique a sur les pensions ou les progrès de la médecine, qui génère toujours plus de possibilités, mais aussi une demande croissante d'assurance sociale en matière de soins.

D'autre part, de nouvelles tâches sont venues s'ajouter en raison de l'apparition de nouveaux risques et besoins sociaux. Par « nouveau », nous entendons les risques et les besoins qui n'étaient pas présents ou qui étaient présents dans une mesure beaucoup moindre lorsque l'État-providence traditionnel a pris forme. Ce n'est dès lors pas un hasard si la présente note politique porte une grande attention au risque accru de dépendance de longue durée dans une société de plus en plus individualiste et, plus particulièrement, aux soins en faveur des malades chroniques.

Si nous voulons parer au danger d'une dualisation des soins de santé et éviter que les fruits des progrès spectaculaires de la médecine ne soient pas accessibles à tous les citoyens, l'État social actif ne doit pas restreindre sa présence mais, au contraire, la renforcer. Il est essentiel pour des pouvoirs publics prévoyants de disposer de plus de moyens et de les utiliser avec efficacité là où c'est nécessaire. Un État social actif offre

de overheid die vrijheidsgraad, want met de verhoogde activiteit groeien ook de sociale zekerheidsinkomsten en dalen vermijdbare uitgaven, op de eerste plaats in de sector werkloosheid. De actieve welvaartsstaat is een noodzakelijke voorwaarde om de welvaartsstaat zélf verder uit te bouwen.

De lezer van deze beleidsnota zal merken dat er veel wetgevend werk in het verschiet ligt ⁽¹⁾. De minister heeft bij de bespreking van de vorige programmawet veel vraagtekens geplaatst bij het stilaan toegenomen gebruik van programmawetten.

Consequent met deze beschouwingen worden in het bij de Kamer neergelegde ontwerp van programmawet enkel wetsbepalingen opgenomen die ofwel strikt budgettair zijn ofwel een snelle uitvoering vergen. Als gevolg hiervan zullen de voorstellen van wetgeving over het Zilverfonds, de inkomensgarantie voor ouderen, het nieuw geneesmiddelenbeleid, de tweede pensioenpijler, de maximumfactuur ..., apart aan het Parlement worden voorgelegd. Het zal zowel voor de wetgevende als voor de uitvoerende macht een boeiende uitdaging worden om regulier wetgevend werk te verrichten op een tegelijk inhoudelijk uitputtende en snelle wijze.

2. HET GEBOUW VAN DE SOCIALE ZEKERHEID : EEN AANTREKKELIJK EN STEVIG HUIS VOOR IEDEREEN

2.1. EEN SCHULDENVRIJE SOCIALE ZEKERHEID MET EEN GEWAARBORGD NIVEAU VAN ALTERNATIEVE FINANCIERING

Een actieve welvaartsstaat moet aan iedereen een hoog niveau van sociale bescherming garanderen, vandaag en in de toekomst. Om de financiële situatie van de sociale zekerheid duurzaam te versterken, neemt de regering de schulden van de sociale zekerheid volledig over. Eind 2000 zullen deze schulden 34,0 miljard Belgische frank bedragen in het stelsel van de werknemers ⁽²⁾.

Deze operatie heeft vanzelfsprekend gevolgen voor het niveau van de alternatieve financiering. In 2001 wordt

⁽¹⁾ Een lijst van alle onderwerpen waarvoor wetsontwerpen zullen worden ingediend, wordt als bijlage bijgevoegd.

⁽²⁾ Ook in het stelsel van de zelfstandigen worden de schulden, die 23,5 miljard Belgische frank bedragen, overgenomen.

cette possibilité aux pouvoirs publics, car avec l'augmentation du taux d'activité, s'accroissent aussi les recettes de la sécurité sociale, de même que diminuent les dépenses évitables, en premier lieu dans le secteur du chômage. L'État social actif est une nécessité pour que l'État social actif lui-même se développe davantage.

Le lecteur de la présente note politique remarquera qu'il y a beaucoup de travail législatif en perspective ⁽¹⁾. Lors de l'examen de la loi-programme précédente, le ministre a posé de nombreux points d'interrogation quant à l'utilisation, en progression constante, des lois-programmes.

Suite à ces considérations, seules sont insérées dans le projet de loi-programme déposé à la Chambre les dispositions de loi qui soit ont un caractère strictement budgétaire, soit réclament une exécution rapide. En conséquence, les projets relatifs au Fonds de vieillissement, à la garantie de ressources aux personnes âgées, à la nouvelle politique en matière de médicaments, au deuxième pilier de pension, à la facture maximale seront soumis séparément au Parlement. Ce sera pour le pouvoir législatif comme pour le pouvoir exécutif un défi passionnant que d'effectuer ce travail législatif de manière prompte mais exhaustive sur le plan du contenu.

2. LA MAISON DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UNE MAISON AGRÉABLE ET SOLIDE POUR CHACUN

2.1. UNE SÉCURITÉ SOCIALE LIBÉRÉE DE SES DETTES ET BÉNÉFICIAIRE D'UN NIVEAU GARANTI DE FINANCEMENT ALTERNATIF

Un État social actif doit garantir à tous un haut niveau de protection sociale, aujourd'hui et à l'avenir. Pour renforcer de manière durable la situation financière de la sécurité sociale, le gouvernement reprend intégralement les dettes de la sécurité sociale. Fin 2000, ces dettes seront de 34,0 milliards de francs belges dans le régime des travailleurs salariés ⁽²⁾.

Cette opération aura bien sûr des conséquences sur le niveau du financement alternatif. Dans le régime des

⁽¹⁾ Est jointe en annexe une liste de tous les sujets pour lesquels des projets de loi seront déposés.

⁽²⁾ Dans le régime des travailleurs indépendants, les dettes, d'un montant de 23,5 milliards de francs belges, seront également transférées.

in het stelsel van de werknemers het niveau verminderd met het bedrag van de overgenomen schulden ⁽³⁾. De alternatieve financiering voor het stelsel van werknemers bedraagt in 2001 daarmee 134,5 miljard Belgische frank. Dat is 6,4 miljard Belgische frank minder dan in 2000.

Vanaf 1 januari 2001 wordt 23,514 % van de opbrengst van de belasting over de toegevoegde waarde als alternatieve financiering toegewezen aan de sociale zekerheid met dien verstande dat de alternatieve financiering voor de stelsels van werknemers en zelfstandigen nooit minder mag bedragen dan 178,2318 miljard Belgische frank. Dit bedrag wordt jaarlijks aangepast aan de procentuele verandering van het gemiddelde indexcijfer van de consumptieprijzen.

De ontvangsten uit bijdragen stijgen met 27,4 miljard Belgische frank. Dit heeft in hoofdzaak te maken met de verwachte toename van de loonmassa van de privé-sector.

De bijdrageverminderingen zijn, zoals de fiscale uitgaven, discretionaire uitgaven die verminderde parafiscale ontvangsten tot gevolg hebben. In 2001 bedragen de bijdrageverminderingen 150,6 miljard Belgische frank of 30,5 miljard Belgische frank meer dan in 2000. De stijging houdt voornamelijk verband met de structurele bijdrageverminderingen (75 % van de totale vermindering van de werkgeversbijdragen) en met de verlaging van de persoonlijke bijdragen. De verhoging van de structurele bijdrageverminderingen, de verminderingen van de persoonlijke bijdragen evenals de bijdrageverminderingen voor de startbanen en de uitbreiding van de sociale Maribel, die in 2000 werden beslist, hebben immers slechts volledige uitwerking in 2001.

Het geïndexeerd bedrag van de globale staatstoelage beloopt 199,2 miljard Belgische frank. Dat is 3,9 miljard Belgische frank meer dan in 2000. Daaraan moeten de toelagen voor de invaliditeitspensioenen van de mijnwerkers (946 miljoen Belgische frank), voor de ziekten en invaliditeitsverzekering van de zeelieden (194,5 miljoen Belgische frank) en voor de werkloosheidsverzekering van de zeelieden (215 miljoen Belgische frank) toegevoegd worden. Doordat de Staat de schulden van de sociale zekerheid overneemt, worden de stelsels ook ontlast van de te betalen intresten op en de aflossing van die schulden. Dit verhoogt de staatstoelage in het stelsel van de werknemers *de facto* met 9,8 miljard Belgische frank ⁽⁴⁾.

Als gevolg van deze operaties vertoont de begroting 2001 van de sociale zekerheid voor werknemers een globaal positief saldo van 1,3 miljard Belgische frank.

⁽³⁾ In het stelsel van de zelfstandigen wordt, om het financieel evenwicht van het stelsel te bewaren, de verlaging van de alternatieve financiering ten belope van de overgenomen schulden over meerdere jaren gespreid.

⁽⁴⁾ 1,5 miljard Belgische frank aan uitgespaarde intresten en 8,3 miljard Belgische frank aan uitgespaarde aflossingen.

travailleurs salariés ⁽³⁾, en 2001, ce financement alternatif sera diminué du montant des dettes reprises et sera de 134,5 milliards de francs belges, soit 6,4 milliards de francs belges de moins qu'en 2000.

À partir du 1^{er} janvier 2001, 23,514 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée seront attribués à titre de financement alternatif à la sécurité sociale, étant entendu que le financement alternatif pour les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants ne pourra jamais être inférieur à 178,2318 milliards de francs belges. Ce montant sera adapté annuellement au changement en pour cent de l'indice moyen des prix à la consommation.

Les recettes des cotisations augmenteront de 27,4 milliards de francs belges, principalement en raison de la hausse escomptée de la masse salariale du secteur privé.

Les réductions de cotisations sont, comme les dépenses fiscales, des dépenses discrétionnaires entraînant une réduction des recettes parafiscales. En 2001, les réductions de cotisations s'élèveront à 150,6 milliards de francs belges, soit 30,5 milliards de francs belges de plus qu'en 2000. Les causes de cette augmentation sont les réductions structurelles des cotisations (75 % de la réduction totale des cotisations de travailleurs salariés) et l'abaissement des cotisations personnelles. L'accroissement des réductions structurelles des cotisations, les réductions des cotisations personnelles ainsi que les réductions des cotisations pour les premiers emplois et l'extension du Maribel social, mesures décidées en 2000, ne produiront en effet leur plein effet qu'en 2001.

Le montant indexé de la subvention globale de l'État sera de 199,2 milliards de francs belges, soit 3,9 milliards de francs belges de plus qu'en 2000. Il faut y ajouter les subventions pour les pensions d'invalidité des ouvriers mineurs (946 millions de francs belges), pour l'assurance maladie-invalidité des marins (194,5 millions de francs belges) et pour l'assurance chômage des marins (215 millions de francs belges). Étant donné que l'État reprend les dettes de la sécurité sociale, les régimes sont également soulagés des intérêts et de l'amortissement de ces dettes. La subvention de l'État au régime des travailleurs salariés est ainsi majorée *de facto* de 9,8 milliards de francs belges ⁽⁴⁾.

Suite à ces opérations, le budget 2001 de la sécurité sociale pour les travailleurs salariés affichera un solde positif global de 1,3 milliard de francs belges.

⁽³⁾ Dans le régime des travailleurs indépendants, la diminution du financement alternatif à concurrence des dettes reprises sera étalé sur plusieurs années, afin de préserver l'équilibre financier.

⁽⁴⁾ 1,5 milliard de francs belges économisés en intérêts et 8,3 milliards de francs belges économisés en amortissements.

De regering wil in 2001 en 2002 de activiteitsgraad telkens met één procent verhoogd zien. Hierdoor komen er 50 000 nieuwe jobs bij. Dit heeft automatisch meer inkomsten voor de sociale zekerheid tot gevolg. Dit toont nog eens aan dat de actieve welvaartstaat de beste garantie is voor een duurzame financiering van de sociale zekerheid.

In uitvoering van de passus in het regeerakkoord over het financiële evenwicht van de sociale zekerheid ⁽⁵⁾ wordt voor de middellange termijnprojectie (2001-2005) als referentie een reële groei van de sociale uitgaven voorzien van 1,5% per jaar. Bovenop de referentegroei worden in de begroting 2001 extra middelen vrijgemaakt om in te spelen op nieuwe behoeften (met name in de gezondheidszorg), om sommige uitkeringen te verhogen en om de systemen van uitkeringen te verbeteren.

Le gouvernement veut augmenter en 2001 et 2002 le degré d'activité chaque fois d'un pour cent. Cette mesure créera 50 000 nouveaux emplois, ce qui entraîne plus de recettes pour la sécurité sociale. Cela démontre une fois encore que l'État social actif est la meilleure garantie pour un financement durable de la sécurité sociale.

Conformément au passage de l'accord du gouvernement sur l'équilibre financier de la sécurité sociale ⁽⁵⁾, une croissance réelle de 1,5 % par an des dépenses sociales est retenue comme référence pour la projection à moyen terme (2001-2005). En sus de la norme de référence, il est prévu de libérer, dans le budget 2001, des moyens supplémentaires afin de répondre aux nouveaux besoins (notamment dans les soins de santé), de majorer certaines allocations et d'améliorer les systèmes des indemnités.

⁽⁵⁾ « ... het financiële evenwicht van een kwaliteitsvolle sociale zekerheid (te) garanderen waarbij de noodzakelijke middelen vrijgemaakt worden om de gevolgen van de demografische vergrijzing op te vangen zonder de huidige bescherming in vraag te stellen ... »

⁽⁵⁾ « ... respect de l'équilibre financier d'une sécurité sociale de qualité pour laquelle les moyens financiers nécessaires sont libérés afin de rencontrer les besoins liés au vieillissement de la population sans mettre en cause les protections actuelles ... »

TABEL 1
Inkomsten en uitgaven van de sociale zekerheid — stelsel der werknemers
Begroting 2001
 (In miljoen Belgische frank)

TABELAU 1
Recettes et dépenses de la sécurité sociale — régime des travailleurs salariés
Budget 2001
 (En millions de francs belges)

	RIZIV-GZ INAMI-SS	RIZIV-Ujt INAMI-Ind	RVP ONP	RKW ONAFTS	FAO FAT	FBZ FMP	RVA ONEm	Mijnw. Inv.pens. Mineurs Pens. Inv.	Zeeleden Marins	Uitkerings- instellingen org. pres- tataires	RSZ- globaal beheer ONSS- gestion globale	Geconsoli- deerd totaal Total consolidé
2001 (Initieel)	21 633	20	3 341	3 067	95	0	0	0	0	28 156	1 175 900	1 204 056
2001 (Initial)	21 633	20	3 341	3 067	95	0	0	0	0	28 156	1 015 439	1 015 439
Bijdragen. - Cotisations	0	0	0	0	0	0	0	0	26	26	115 698	115 698
gewone bijdragen. - cotisations ordinaires.....											44 763	44 763
loonmatiging. - modération salariale											210 347	210 347
specifieke bijdragen. - cotisations spécifiques												
Staatstoelagen (²). - Subventions de l'État (²)												
Alternatieve financiering (³). - Financement alternatif (³)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	134 464	134 464
Toegewezen ontvangsten. - Recettes affectées	21 692	3 882	2 398	0	0	0	7	0	10	27 989	24 849	52 838
Overdrachten. - Transferts	3 842	0	286	0	6 806	0	4 654	0	1	15 589	0	15 589
Opbrengsten beleggingen. - Revenus de placements	91	10	30	14	5	26	15	0	4	195	2 211	2 406
Diversen. - Divers	7 405	135	2	11 301	72	0	2 952	0	8	21 875	2 280	24 155
EIGEN ONTVANGSTEN. - RECETTES PROPRES	54 663	4 047	6 057	14 382	6 978	26	7 628	0	49	93 830	1 550 051	1 643 881
Overdrachten binnen het globaal beheer. - Transferts au sein de la gestion globale.												
RSZ-FGB (¹) (²). - ONSS-GFG (¹) (²)	508 529	115 448	515 470	128 919	1 205	13 366	245 864	901	576	1 536 976		1 536 976
Andere instellingen. - Autres organismes											1 940	1 940
TOTAAL LOPENDE ONTVANGSTEN. - TOTAL RECETTES COURANTES	563 192	119 495	521 527	143 301	8 183	13 392	253 492	901	625	1 630 806	1 551 990	

(¹) RIZIV : Het globaal beheer financiert, naast de behoeften 2001, de financiële verantwoorde-
 lijkheden van het RIZIV, na het afsluiten van de rekeningen 1999 : 5 589,0 miljoen Belgische frank.

(²) Inbegrepen de indexatie-provisie van 6,7 miljard Belgische frank.

(³) Inbegrepen de tussenkomst voor intresten op leningen (1 496,0 miljoen Belgische frank) en
 de aflossingen van leningen (8 341,0 Belgische frank).

(⁴) Ten gevolge van de overname van de Staat, wordt de alternatieve financiering vermindert met
 34,0 miljard Belgische frank.

(¹) INAMI : La gestion globale finance, en plus des besoins 2001, la responsabilité financière de
 l'INAMI après la clôture des comptes 1999 : 5 589,0 millions de francs belges.

(²) Y compris la provision pour indexation de 6,7 milliards de francs belges.

(³) Y compris l'intervention pour les intérêts sur emprunts (1 496,0 millions de francs) et pour les
 amortissements d'emprunts (8 341,0 millions de francs belges).

(⁴) Suite à la reprise de la dette par l'État, le financement alternatif est réduit de 34,0 milliards de
 francs belges.

(VERVOLG)	(SUITE)										Geconsolideerd totaal Total consolidé	
	RIZIV-GZ INAMI-SS	RIZIV-Uit INAMI-Ind	RVP ONP	RKW ONAFTS	FAO FAT	FBZ FMP	RVA ONEM	Mijnw. Inv.pens. Mineurs Pens. Inv.	Zeeleden Marins	Uitkerings- instellingen org. pres- tataires		RSZ- globaal beheer ONSS- gestion globale
2001 (Initieel) 2001 (Initial)												
LOPENDE UITGAVEN. - DÉPENSES COURANTES	501 029	113 368	514 676	127 417	5 620	12 548	240 163	706	550	1 525 077		1 525 077
Prestaties. - Prestations	0	0	438	102	16	29	0	5	0	590		590
Betalingskosten. - Frais de paiement	25 165	5 679	3 911	4 454	511	758	11 443	100	60	52 081	3 921	56 002
Beheerskosten. - Frais d'administration	0	0	1 106	27	52	0	0	90	1	1 276		1 276
Overdrachten. - Transferts	547	0	223	0	0	0	23	0	5	798	698	1 496
Intresten op leningen. - Intérêts sur emprunts	17 029	448	0	11 301	45	57	1 839	0	3	30 722	12 356	43 078
Diversen. - Divers										6 699		6 699
Indexatie 2001. - Indexation 2001												
TOTAAL LOPENDE UITGAVEN VOOR OVERDRACH- TEN. - TOTAL DÉPENSES COURANTES AVANT TRANSFERTS	552 770	119 495	520 354	143 301	6 244	13 392	253 468	901	619	1 617 242 ⁽²⁾	16 975	1 634 217
Overdrachten binnen het globaal beheer. - Transferts au sein de la gestion globale					1 940					1 940	1 536 976	1 940
RSZ-FGB. - ONSS-GFG												
Andere instellingen ⁽¹⁾ . - Autres organismes ⁽¹⁾												
TOTAAL LOPENDE UITGAVEN. - TOTAL DÉPENSES COURANTES	552 770	119 495	520 354	143 301	8 183	13 392	253 468	901	619	1 619 182 ⁽²⁾	1 553 952	
SALDO LOPENDE REKENINGEN. - SOLDE COMPTES COURANTS	10 422	0	1 173	0	0	0	24	0	6	11 625	- 1 961	9 663
KAPITAALREKENINGEN. - COMPTE DE CAPITAL.												
Leningen. - Emprunts	4 833	0	1 173	0	0	0	24	0	6	6 036	2 329	8 365
Aflossingen. - Amortissements												0
SALDO KAPITAALREKENINGEN. - SOLDE COMPTE DE CAPITAL	- 4 833	0	- 1 173	0	0	0	- 24	0	- 6	- 6 036	- 2 329	- 8 365
BUDGETTAIR RESULTAAT ⁽¹⁾ . - RÉSULTAT BUDGÉTAIRE ⁽¹⁾	5 589	0	0	0	0	0	0	0	0	5 589	- 4 290	1 298

⁽¹⁾ RIZIV : Het globaal beheer financiert, naast de behoeften 2001, de financiële verantwoorde-
lijkheid van het RIZIV, na het afsluiten van de rekeningen 1999 : 5 589,0 miljoen Belgische frank.

⁽²⁾ Inbegrepen de indexatie-provisie van 6,7 miljard Belgische frank.

⁽¹⁾ INAMI : La gestion globale finance, en plus des besoins 2001, la responsabilité financière de
l'INAMI après la clôture des comptes 1999 : 5 589,0 millions de francs belges.

⁽²⁾ Y compris la provision pour indexation de 6,7 milliards de francs belges.

2.2. AANPASSING VAN DE SOCIALE BESCHERMING AAN BELANGRIJKE EVOLUTIES OP HET VLAK VAN ECONOMIE, ARBEIDSVORMEN EN GEZINSSTRUCTUREN

De Ministerraad heeft op 19 mei 2000 de minister van Sociale Zaken en Pensioenen en de minister van Landbouw en Middenstand opdracht gegeven een werkgroep samen te stellen, onder leiding van Bea Cantillon, die tot taak heeft te onderzoeken hoe de sociale zekerheid aangepast kan worden aan de belangrijke evoluties op het vlak van economie, arbeidsvormen en gezinsstructuren.

De werkgroep kreeg als opdracht om onder meer te onderzoeken :

- of er nu niet meer dan vroeger nood is aan toenadering tussen de stelsels voor werknemers en zelfstandigen;

- welke concrete verbeteringen dit kan meebrengen op het vlak van de sociale bescherming in een moderne maatschappij die aan elkeen gelijke kansen wil bieden; er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de veralgemening van de verplichting tot verzekering tegen kleine risico's in de ziekteverzekering en aan de verzekering van een voldoende hoog bedrag inzake kinderbijslag voor elk kind, ongeacht de beroepssituatie van de ouders;

- of de gewenste aanpassingen doorgevoerd kunnen worden (a) binnen een kader dat toelaat de sociale zekerheid in evenwicht te houden, (b) op basis van een solidaire financiering (c) met minimale mogelijkheden om wetten en reglementen te ontwijken en (d) met mechanismen die garanderen dat de sociale uitkeringen ook op langere termijn een adequate sociale bescherming blijven bieden;

- of het nuttig is in een sociaal vangnet te voorzien op basis van meer geïndividualiseerde basisrechten, voor diegenen die, omwille van hun beroepssituatie of hun gezinstoestand, het risico lopen uit de boot te vallen.

Het eerste verslag van deze werkgroep zal nog voor het einde van dit jaar meegedeeld worden aan de Ministerraad en het Parlement. Het Parlement zal uitgenodigd worden om hierover een ruim en fundamenteel debat te organiseren. De regering zal, op basis van de bevindingen van de werkgroep en van het parlementair debat, snel de passende initiatieven nemen.

2.3. MODERNISERING VAN HET BEHEER VAN DE SOCIALE ZEKERHEID

Het streven om de sociale bescherming permanent en beter te garanderen, om snel tegemoet te komen aan nieuwe noden, om hiervoor de nodige inkomsten te waarborgen en om misbruiken te bestrijden, heeft als neven-

2.2. ADAPTATION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX IMPORTANTES ÉVOLUTIONS SUR LE PLAN DE L'ÉCONOMIE, DES FORMES DE TRAVAIL ET DES STRUCTURES FAMILIALES

Le 19 mai 2000, le Conseil des ministres a chargé le ministre des Affaires sociales et des Pensions et le ministre de l'Agriculture et des Classes moyennes de constituer un groupe de travail dirigé par Bea Cantillon, ayant comme mission d'examiner comment la sécurité sociale peut être adaptée aux importantes évolutions sur le plan de l'économie, des formes de travail et des structures familiales.

Le groupe de travail a reçu pour mission d'examiner entre autres :

- si un rapprochement entre les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants ne s'impose pas plus qu'auparavant;

- quelles améliorations concrètes un tel rapprochement peut apporter au niveau de la protection sociale dans une société moderne offrant à chacun les mêmes possibilités. On peut penser par exemple à la généralisation de l'obligation de s'assurer contre les petits risques en matière d'assurance maladie et à la garantie d'un montant suffisamment élevé en matière d'allocations familiales pour chaque enfant, quelle que soit la situation professionnelle des parents;

- si les adaptations souhaitées peuvent s'effectuer (a) dans un cadre permettant de maintenir la sécurité sociale en équilibre, (b) sur la base d'un financement solidaire, (c) avec des moyens minimaux pour contourner des lois et règlements et (d) avec des mécanismes garantissant que les avantages sociaux continuent à plus long terme à garantir une protection sociale adéquate;

- s'il est utile de prévoir un filet social de sécurité sur la base de droits fondamentaux plus individualisés en faveur de ceux qui, en raison de leur situation professionnelle ou familiale, risquent d'être oubliés.

Le premier rapport de ce groupe de travail sera communiqué au Conseil des ministres et au Parlement, avant la fin de cette année. Le Parlement sera invité à organiser un débat approfondi et fondamental sur le sujet. Sur la base des résultats du groupe de travail et du débat parlementaire, le gouvernement prendra rapidement les initiatives appropriées.

2.3. MODERNISATION DE LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le souci de garantir une protection sociale de façon meilleure et permanente, de répondre rapidement aux besoins nouveaux, de garantir les recettes nécessaires et de combattre les abus a eu pour effet secondaire une

effect dat een inflatie aan regelgevingen en een verzwarende van de administratieve verplichtingen voor de werkgevers en de sociaal verzekerden ontstonden.

Nog los van de vraag naar de doeltreffendheid ervan, leidden deze alsmaar toenemende administratieve formaliteiten niet zelden tot een verhoging van de kosten en hadden ze een remmend effect op de tewerkstelling.

Met het ambitieuze project « modernisering van het beheer van de sociale zekerheid » wil de regering gebruik maken van de mogelijkheden die de nieuwe ICT-technologieën bieden om een drastische rationalisering en vereenvoudiging in de administratieve verplichtingen door te voeren.

Deze vereenvoudiging zal onder andere gerealiseerd worden via :

- de overstap van een papieren aangifte naar een elektronische aangifte van de RSZ-gegevens;
- een nieuwe manier van aangifte van sociale risico's (bijvoorbeeld arbeidsongeval, werkloosheid, ziekte);
- de onmiddellijke aangifte van tewerkstelling (DIMONA) en de vereenvoudiging van sociale documenten, dit wil zeggen de elektronische aangifte van het begin of de beëindiging van een arbeidsrelatie en de vereenvoudiging die hierdoor kan worden gerealiseerd bij het bijhouden van sociale documenten.

Door deze vereenvoudiging zal de regering niet alleen bijdragen tot het scheppen van een ondernemingsvriendelijk klimaat dat de werkgelegenheid ten goede komt, maar zal ze tevens van de sociale zekerheid een voorbeeld maken op het vlak van *e-government*. De onmiddellijke aangifte van tewerkstelling (DIMONA) laat daarenboven toe de strijd tegen het zwartwerk doelmatiger te voeren.

Een groot gedeelte van de noodzakelijke reglementaire aanpassingen die te maken hebben met de harmonisering van het begrippenapparaat in het arbeidsrecht en het sociale zekerheidsrecht, zal eerstdaags worden goedgekeurd.

Tijdens het komende jaar moet in overleg met de sociale partners nog verder worden gewerkt aan :

- de organisatie van de nieuwe gegevensstromen tussen de instellingen van sociale zekerheid onderling en tussen de instellingen van sociale zekerheid en de werkgevers;
- de creatie van een uniek loket via een server gekoppeld aan het extranet van de sociale zekerheid;
- de opstelling van een nieuwe RSZ-aangifte;
- de opstelling van nieuwe algemene en technische onderrichtingen;
- de uitwerking van de aangifte van sociale risico's;
- de wijziging van de reglementering;
- de organisatie van een informatiecampaagne ten behoeve van de werkgevers en de sociale secretariaten.

inflation des textes réglementaires et un renforcement des obligations administratives pour les employeurs et les assurés sociaux.

Indépendamment de la question quant à leur efficacité, ces formalités administratives toujours plus nombreuses s'accompagnaient souvent d'un accroissement des frais et constituaient même un frein à l'emploi.

Avec l'ambitieux projet de la « modernisation de la gestion de la sécurité sociale », le gouvernement souhaite recourir aux possibilités offertes par les nouvelles technologies ICT pour rationaliser et simplifier radicalement les obligations administratives.

Cette simplification sera concrétisée entre autres par :

- le passage d'une déclaration sur papier à une déclaration électronique des données de l'ONSS;
- une nouvelle procédure de déclaration des risques sociaux (par exemple accidents du travail, chômage, maladies);
- la déclaration immédiate de l'emploi (DIMONA) et la simplification des documents sociaux, c'est-à-dire la déclaration par voie électronique du début ou de la fin d'une relation de travail et la simplification qui peut en découler sur le plan de la tenue des documents sociaux.

Cette simplification permettra non seulement au gouvernement de contribuer à la création d'un climat favorable à l'entreprise et propice à l'emploi mais aussi de faire de la sécurité sociale un exemple au niveau de l'*e-government*. La déclaration immédiate de l'emploi (DIMONA) permet en outre de lutter plus efficacement contre le travail au noir.

Une grande partie des adaptations réglementaires nécessaires relatives à l'harmonisation des notions en droit du travail et en droit de sécurité sociale sera approuvée prochainement.

Dans le courant de l'année prochaine, les travaux suivants devront être poursuivis en concertation avec les partenaires sociaux :

- l'organisation des nouveaux flux de données entre les différentes institutions de sécurité sociale et entre ces institutions et les employeurs;
- la création d'un guichet unique via un serveur relié à l'extranet de la sécurité sociale;
- l'élaboration d'une nouvelle déclaration ONSS;
- l'établissement de nouvelles instructions générales et techniques;
- l'élaboration de la déclaration des risques sociaux;
- les adaptations à apporter à la réglementation;
- l'organisation d'une campagne d'information à l'intention des employeurs et des secrétariats sociaux.

Vanaf 1 januari 2003 wordt een nieuw tijdperk ingeleid met een elektronisch beheerde sociale zekerheid. Met de veralgemening van DIMONA zal — weliswaar op basis van vrijwilligheid — zelfs vroeger worden gestart. De ondernemingen of sectoren die DIMONA voor al hun personeelsleden toepassen vóór 1 januari 2003 worden beloond met een vervroegde vereenvoudiging van de bij te houden sociale documenten.

2.4. ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING — HANDVEST VAN DE SOCIAAL VERZEKERDE

De regering wil ingaan op de terechte vraag van de bevolking om het administratieve verkeer te vereenvoudigen. Met de uitwerking van het Handvest van de Sociaal Verzekerde zijn in de sociale zekerheid op dit vlak reeds belangrijke stappen gezet. Aan dit Handvest zal dan ook verder uitvoering gegeven worden. Zo zal er, in samenwerking met de regeringscommissaris belast met de administratieve vereenvoudiging en met de vereenvoudigingsambtenaren die in de verschillende instellingen van sociale zekerheid aangeduid werden, op toegezien worden dat aan de sociaal verzekerde geen gegevens meer gevraagd worden die reeds beschikbaar zijn bij een andere instelling van sociale zekerheid. Ook zal onderzocht worden hoe een ambtshalve toekenning van sociale prestaties in zoveel mogelijk gevallen doorgevoerd kan worden.

2.5. RESPONSABILISERING VAN DE INSTELLINGEN VOOR SOCIALE ZEKERHEID

Zoals andere instellingen in de publieke sector worden de sociale parastatalen geconfronteerd met grotere verwachtingen inzake efficiëntie, effectiviteit en klantgerichtheid.

Om daarop een gepast antwoord te geven moet hen meer bestuursruimte en verantwoordelijkheid gegeven worden. Het nieuwe werkkader dat daarvoor vereist is, wordt hen geboden door het systeem van bestuursovereenkomsten ⁽⁶⁾.

In overleg met de toezichthoudende ministers en de ministers, bevoegd voor Begroting en Ambtenarenzaken, zullen de eerste bestuursovereenkomsten in 2001 getekend kunnen worden.

⁽⁶⁾ De bestuursovereenkomsten worden tussen de parastatalen en de regering gesloten in uitvoering van het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid.

Le 1^{er} janvier 2003 s'ouvrira une nouvelle ère qui sera marquée par une sécurité sociale gérée par voie électronique. La généralisation de DIMONA, prendra même effet plus tôt sur une base volontaire. Les entreprises ou secteurs qui appliqueront DIMONA à tous les membres de leur personnel avant le 1^{er} janvier 2003 auront l'avantage d'une simplification anticipée des documents sociaux à tenir.

2.4. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE — CHARTE DE L'ASSURÉ SOCIAL

Le gouvernement veut accéder à la demande légitime de la population visant à simplifier les démarches administratives. Avec la mise au point de la Charte de l'assuré social, de grands pas ont déjà été faits sur ce plan dans la sécurité sociale. L'exécution de cette charte sera dès lors poursuivie. Ainsi, il sera veillé, en collaboration avec le commissaire du gouvernement chargé de la simplification administrative et des fonctionnaires qui ont été désignés à cet effet dans les différentes institutions de sécurité sociale, à ce qu'il ne soit plus demandé à l'assuré social des données disponibles auprès d'une autre institution de sécurité sociale. Il sera également examiné dans quelle mesure les prestations sociales peuvent être octroyées d'office.

2.5. RESPONSABILISATION DES INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Comme d'autres institutions du secteur public, les parastataux sociaux sont confrontés à de grandes attentes en matière d'efficacité, d'efficacités et de satisfaction du client.

Pour y répondre de manière adéquate, il faut donner davantage de marge de gestion et de responsabilité aux parastataux sociaux. Le nouveau cadre de travail nécessaire leur est offert par le système de contrats d'administration ⁽⁶⁾.

D'un commun accord avec les ministres de tutelle et les ministres compétents pour le Budget et la Fonction publique, les premiers contrats d'administration pourront être signés en 2001.

⁽⁶⁾ Les contrats d'administration sont conclus entre les parastataux et le gouvernement en exécution de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.

2.6. SOCIALE BESCHERMING VOOR « VERGETEN GROEPEN »

Een actieve welvaartsstaat wil aan zoveel mogelijk mensen de kans geven om op een creatieve manier hun bijdrage te leveren aan de samenleving. Dat kan gebeuren via het klassieke economische circuit. Maar heel wat mensen leveren een — belangrijke — creatieve bijdrage in de marge van of buiten dat klassieke economische circuit. Hoewel hun engagement onmiskenbaar een meerwaarde biedt aan onze samenleving, ontberen zij vaak de nodige sociale bescherming en rechtszekerheid. Aan deze « vergeten groepen » — denken we hier onder meer aan de kunstenaars, de « meewerkende echtgeno(o)t(e) » van zelfstandigen, de topsporters die niet door een arbeidsovereenkomst zijn verbonden en de gesubsidieerde en erkende onthaalouders — wil de regering de sociale bescherming bieden die zij tot op vandaag vaak ontberen.

Ook vrijwilligerswerk geeft aan onze samenleving een belangrijke meerwaarde. Het is dan ook niet toevallig dat 2001 door de Verenigde Naties uitgeroepen is tot het Internationale Jaar van het Vrijwilligerswerk. Voor die gelegenheid zal een interministeriële conferentie georganiseerd worden om een statuut voor de vrijwilligers uit te werken.

De minister heeft een ontwerp van koninklijk besluit uitgewerkt dat rechtszekerheid zal bieden inzake de vrijstelling van sociale bijdragen op de vergoedingen die vrijwilligers ontvangen. Dit ontwerp ligt voor advies bij de Nationale Arbeidsraad.

2.6.1. Sociale bescherming voor kunstenaars

Hoewel iedereen het erover eens is dat kunstenaars een belangrijke rol spelen in onze samenleving, moeten ze het nu reeds gedurende 30 jaar stellen zonder aangepaste sociale bescherming. Daarom werd een studie toevertrouwd aan een interuniversitaire onderzoeksequipe en het Nationaal Kunstenaarsplatform, en werd een begeleidingscommissie opgericht die bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken ministers. Deze commissie moet op zeer korte termijn een haalbaar en praktisch voorstel uitwerken.

De krachtlijnen van de sociale bescherming moeten zijn :

— administratieve eenvoud : een belangrijke reden waarom het koninklijk besluit van 1969 in de praktijk voor veel uitvoerende kunstenaars dode letter is gebleven, is dat occasionele organisatoren niet bij machte zijn de administratieve verplichtingen die gepaard gaan met het werkgeverschap te vervullen. Daarvoor moet een werkbare oplossing geboden worden;

2.6. PROTECTION SOCIALE EN FAVEUR DES CATÉGORIES OUBLIÉES

L'État social actif veut offrir au plus grand nombre possible de personnes l'occasion d'apporter de manière créative leur contribution à la société. Cela peut se faire par le circuit économique classique. Mais nombreuses sont les personnes qui apportent une contribution créative — considérable — en marge ou en dehors de ce circuit économique classique. Quoique leur engagement offre indéniablement une plus-value à notre société, ces personnes sont souvent privées de protection sociale et de sécurité juridique. À ces catégories oubliées — parmi lesquels les artistes, les conjoints aidants des travailleurs indépendants, les sportifs de haut niveau non liés par un contrat de travail ainsi que les gardiennes et gardiens d'enfants subventionnés et agréés — le gouvernement veut offrir la protection sociale qui leur a souvent fait défaut jusqu'aujourd'hui.

Le bénévolat apporte également à notre société une importante plus-value. L'année 2001 n'est pas par hasard proclamée Année internationale du volontariat par les Nations Unies. À cette occasion, une conférence interministérielle sera organisée afin de mettre au point un statut pour les bénévoles.

Le ministre a élaboré un projet d'arrêté royal qui donnera une sécurité juridique en matière d'exemption de cotisations sociales sur les rétributions que perçoivent certains volontaires. Ce projet est actuellement soumis à l'avis du Conseil national du travail.

2.6.1. Une protection sociale pour les artistes

Bien que tout le monde s'accorde à dire que les artistes jouent un rôle important dans notre société, une protection sociale adéquate leur fait défaut depuis déjà 30 ans. Une étude a dès lors été confiée à une équipe de recherche inter-universitaire et à la Plate-forme nationale des artistes. Il a en outre été créé une commission d'accompagnement composée de représentants des ministres concernés et ayant pour mission d'élaborer à très bref délai une proposition réalisable et pratique.

Les lignes de force de la protection sociale doivent être :

— la simplicité administrative : une raison importante pour laquelle l'arrêté royal de 1969 est, dans la pratique, resté lettre morte pour nombre d'artistes de spectacle est que les organisateurs occasionnels ne sont pas en mesure de satisfaire aux obligations administratives liées à la fonction d'employeur; une solution pratique à ce problème doit être recherchée;

— betaalbaarheid : er moet gestreefd worden naar een financieringsregeling, die vermijdt dat de kostprijs van artistieke producten de toegankelijkheid ervan in het gedrang brengt;

— aanpassingen in de diverse takken van de sociale zekerheid, in functie van het specifieke profiel van het kunstenaarsberoep (bijvoorbeeld, de vereiste wachttijden om rechten te openen, het basisloon dat wordt gehanteerd voor de berekening van de uitkeringen, ...).

2.6.2. Een sociaal statuut voor de erkende en de gesubsidieerde onthaalouders

Door de groeiende activiteitsgraad van vrouwen is er een sterke nood aan kinderopvang. Velen doen daarvoor beroep op erkende en gesubsidieerde onthaalouders. De prestaties van deze onthaalouders openen evenwel geen rechten in de sociale zekerheid. Voor een aantal kandidaat-onthaalouders is dit totaal gebrek aan sociaal statuut een drempel om daadwerkelijk onthaalouder te worden.

De minister zal in overleg met de minister van Werkgelegenheid en met de gemeenschappen onderzoeken hoe voor de erkende en gesubsidieerde onthaalouders een regeling van sociale bescherming uitgewerkt kan worden.

2.6.3. Een eigen sociaal statuut voor de meewerkende echtgenoot van een zelfstandige

In een actieve welvaartstaat moet elke arbeid erkend worden, zijn juiste beloning krijgen en een aangepaste sociale bescherming krijgen. Dit geldt ook voor arbeid die rechtstreeks bijdraagt tot de winsten van de activiteit van de zelfstandige. De meewerkende echtgenoot van een zelfstandige heeft echter geen eigen statuut en kan dus geen eigen rechten vormen. Hij/zij geniet slechts afgeleide rechten via de echtgenoot-zelfstandige.

Om de activiteit van de meewerkende echtgenoot van een zelfstandige te kunnen erkennen en herkennen, zal de minister, in samenwerking met de minister van Middenstand en de minister bevoegd inzake Gelijke Kansen, onderzoeken hoe de meewerkende echtgenoot onderworpen kan worden aan het sociaal statuut voor zelfstandigen en een aangepaste sociale bescherming kan genieten. Daarbij zal ook in de nodige begeleidende en overgangsmaatregelen voorzien worden.

— un prix abordable : il faut chercher un système de financement qui évite que le coût des productions artistiques compromette leur accessibilité;

— des adaptations dans les divers secteurs de la sécurité sociale, en fonction du profil spécifique de la profession d'artiste (par exemple les périodes d'attente requises pour l'ouverture des droits, le salaire de base appliqué pour le calcul des allocations ...).

2.6.2. Un statut social pour les gardiennes et gardiens d'enfants agréés et subventionnés

Le taux d'activité croissant des femmes crée un fort besoin de garderies d'enfants. C'est pourquoi beaucoup font appel à des gardiennes et gardiens d'enfants agréés et subventionnés. Les prestations de ces gardiennes et gardiens d'enfants n'ouvrent cependant pas de droits en sécurité sociale. Pour nombre de candidats gardiens et gardiennes d'enfants, cette absence totale de statut social constitue un obstacle à devenir effectivement gardien ou gardienne.

Le ministre examinera, en concertation avec la ministre de l'Emploi et avec les communautés, le moyen d'élaborer un régime de protection sociale en faveur des gardiennes et gardiens d'enfants agréés et subventionnés.

2.6.3. Un statut social propre au conjoint aidant d'un travailleur indépendant

Dans un État social actif, tout travail doit être reconnu et recevoir sa juste rétribution accompagnée d'une protection sociale adéquate. Ce principe s'applique également au travail qui contribue directement aux bénéficiaires de l'activité du travailleur indépendant. Le conjoint aidant d'un travailleur indépendant n'a pourtant pas de statut propre et ne se constitue donc pas de droits propres mais uniquement de droits dérivés, par le biais du conjoint travailleur indépendant.

Afin de pouvoir connaître et reconnaître l'activité du conjoint aidant d'un travailleur indépendant, le ministre examinera, en collaboration avec le ministre des Classes moyennes et la ministre compétente pour l'Égalité des chances, la possibilité d'assujettir le conjoint aidant d'un travailleur indépendant au statut social des travailleurs indépendants et de lui accorder une protection sociale adéquate. À cette fin, les mesures d'accompagnement et de transition qui s'imposent seront également examinées.

2.7. EEN SOCIALE ZEKERHEID MET EEN HOOG NIVEAU VAN SOCIALE BESCHERMING

Zelfs in een actieve welvaartstaat, die aan zoveel mogelijk mensen de kans wil bieden om te participeren op de arbeidsmarkt, zijn nog altijd een groot aantal mensen (langdurig) aangewezen op een uitkering. Denken we maar aan zieken, invaliden, werklozen, slachtoffers van een arbeidsongeval of een beroepsziekte en het toenemend aantal gepensioneerden. Ook zij moeten verzekerd zijn van een hoog niveau van sociale bescherming en moeten kunnen delen in de stijging van de welvaart.

Via selectieve maatregelen wil de regering ervoor zorgen dat mensen die aangewezen zijn op een sociale uitkering, kunnen beschikken over een afdoende inkomen en kunnen delen in de algemene welvaartsevolutie.

De regering heeft zich er in het kader van de opmaak van de begroting 2001 toe geëngageerd om tijdens deze legislatuur een substantieel gedeelte van de budgettaire marge, die geleidelijk ontstaat en zal aangroeien, aan te wenden voor de verhoging van een aantal minimum-uitkeringen en voor selectieve welvaartsaanpassingen. Hierbij zal er bijzondere aandacht gaan naar de uitkeringen die reeds geruime tijd geleden zijn ingegaan.

TABEL 2

Overzicht van de sociale correcties in de sociale zekerheid, beslissingen begroting 2001, met vermelding van de budgettaire weerslag

(in miljoen Belgische frank)

Begroting 2001 sociale correcties	Ingang — <i>Prise de cours</i>	2001	2002	Budget 2001 corrections sociales
DEEL 1 : NIET-ACTIEVEN.				
— Pensioenen (welvaartsaanpassing 1 % -> 2 % in 2002)	1-01-2002	0,0	1650,0	— Pensions (adaptation au bien-être 1 % -> 2 % en 2002).
— Invaliditeit (regelmatige/onregelmatige)	1-07-2001	589,0	1195,0	— Invalidité (réguliers, irréguliers).
— « Prijs der Liefde » (voor samenwonende gehandicapten)*	1-07-2001	0,0	400,0	— « Prix de l'Amour » (handicapés cohabitants)*.
— IVT (2 %)*	1-07-2001	182,0	363,8	— ARR (2 %)*.
— Inactiviteitsvallen in arbeidsongeschiktheidsregeling en uitkeringen voor gehandicapten	1-01-2002	0,0	213,0	— Pièges de l'inactivité (incapacité de travail-indemnités aux handicapés).
Totaal deel 1		771,0	3821,8	Total partie 1.
DEEL 2 : WERKLOOSHEIDSVALLLEN.				
— Toegelaten inkomen partner**	1-04-2001	75,0	115,0	— Revenu autorisé partenaire**.
— Inkomen artikel 80**	1-04-2001	122,3	187,8	— Revenu article 80**.
— Administratieve vereenvoudiging (sancties)**	1-04-2001	2,0	3,0	— Simplification administrative (sanctions)**.
— Tewerkstellingsmaatregelen vreemdelingen in vreemdelingenregister**	1-04-2001	27,6	50,0	— Étrangers — mesures relatives au chômage.
— Aanpassing stelsel inkomensgarantie-uitkering**	1-04-2001	907,3	2619,3	— Adaptation du système d'allocation de garantie de revenu**.
Totaal deel 2		1134,2	2975,1	Total partie 2.

2.7. UNE SÉCURITÉ SOCIALE OFFRANT UN HAUT NIVEAU DE PROTECTION SOCIALE

Même dans un État social actif qui veut offrir à un maximum de gens la possibilité de prendre part au marché du travail, de nombreuses personnes doivent vivre (pendant une longue durée) d'une allocation. Pensons aux malades, aux invalides, aux chômeurs, aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et au nombre croissant de pensionnés. Ces personnes doivent également être assurées d'un haut niveau de protection sociale et doivent pouvoir participer à l'accroissement du bien-être.

Par des mesures sélectives, le gouvernement veut veiller à ce que les personnes réduites à demander une allocation sociale puissent disposer d'un revenu suffisant et participer à l'évolution du bien-être général.

Dans le cadre de l'établissement du budget 2001, le gouvernement s'est engagé à consacrer, au cours de la présente législature, une part substantielle de la marge budgétaire qui se crée progressivement et s'accroîtra, à la majoration d'un certain nombre d'allocations minimums et à des adaptations sélectives au bien-être. À cet égard, une attention particulière sera portée aux allocations octroyées depuis longtemps.

TABLEAU 2

Aperçu des corrections sociales en sécurité sociale, décisions sur le budget 2001 et mention de l'incidence budgétaire

(en millions de francs belges)

Begroting 2001 sociale correcties	Ingang — <i>Prise de cours</i>	2001	2002	Budget 2001 corrections sociales
DEEL 3 : ARMOEDEBESTRIJDING.				PARTIE 3 : LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ.
— BM + 4 % in 2002 (met inbegrip van hervorming sociale steun)*	1-01-2002	0,0	410,0	— Minimex + 4 % en 2002 (réforme aide sociale incluse)*.
— IVT + 2 % in 2002*	1-01-2002	0,0	363,8	— ARR + 2 % en 2002*.
— Modernisering (onderhoudstoelage, invoeginterim, hervorming inkomensonderzoek)*	1-01-2001	201,8	236,1	— Modernisation(alimentation intérim d'insertion, examen sur les ressources)*.
— Verhoging minima gezinshoofd met 800 Belgische frank/maand**	1-01-2001	449,0	449,0	— Augmentation minima chômeurs avec charge de famille (800 francs belges/mois)**.
— Verhoging minima alleenstaande met 800 Belgische frank/maand**	1-01-2001	244,0	244,0	— Augmentation minima chômeurs isolés (800 francs belges/mois)**.
— Verhoging loonplafond werkloosheidsverzekering**	1-01-2002	0,0	500,0	— Augmentation du plafond salarial de l'assurance chômage**.
Totaal deel 3		894,8	2202,9	Total partie 3.
Algemeen totaal		2800,0	8999,8	Total général.
DEEL 4 : ZELFSTANDIGEN				PARTIE 4 : TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS.
— Pensioenen (welvaartsaanpassing 1 % -> 2 % in 2002)	1-01-2002		350,0	— Pensions (adaptation au bien-être 1 % -> 2 % en 2002).
— Werkloosheid — Samenwonen met zelfstandige**	1-04-2001	20,0	25,0	— Chômage — cohabitation avec un travailleur indépendant**.
— Verhoging kinderbijslag*** en/of verhoging invaliditeitsuitkering		280,0	525,0	— Augmentation des allocations familiales*** et/ou des indemnités invalidité.
Totaal deel 4		300,0	900,0	Total partie 4.
DEEL 5 : DIVERSE				PARTIE 5 : DIVERS.
— Meewerkende echtgenoot		PM	PM	— Statut social du conjoint aidant d'un travailleur indépendant.
— Borstvoedingspauze		PM	PM	— Pausas d'allaitement.
— Geweld bij vrouwen		PM	PM	— Violence contre les femmes.
— Onthaalmoeders		PM	PM	— Gardiennes encadrées.
— Statuut kunstenaars		PM	PM	— Statut des artistes.
— Werkgroep Cantillon		PM	PM	— Groupe de travail Cantillon.
— Extra maatregelen gezondheidszorgen grote steden		PM	PM	— Mesures supplémentaires soins de santé grandes villes.
— Zelfredzaamheidsverzekering		PM	PM	— Assurance indépendance.
— Uitbreiding lijst beroepsziekten		PM	PM	— Élargissement de la liste des maladies professionnelles.

Deze maatregelen behoren tot de bevoegdheid van de minister van Maatschappelijke Integratie (*) en van de minister van Arbeid (**) en zullen ongetwijfeld besproken worden in hun beleidsnota's (***) in functie van de resultaten van de werkgroep « Cantillon ».

2.7.1. Een verhoging van de minima in de sector invaliditeit

Inzake invaliditeitsuitkeringen zullen vanaf 1 juli 2001 alle invalide « regelmatige werknemers » met een minimumuitkering, een maandelijks verhoging van hun uitkering ontvangen die overeenstemt met de verhoging die vanaf 1 juli 2000 werd toegekend aan de gepensioneerden met een minimumpensioen. Concreet betekent dit dat de minimumuitkering voor invaliden met gezinslast met 1 352 Belgische frank per maand zal stijgen, voor alleenstaanden zal de minimumuitkering stijgen met

Ces mesures relèvent de la compétence du ministre de l'Intégration sociale (*), de la ministre du Travail (**) et seront entièrement examinées dans leurs notes de politique (***) en fonction des résultats du groupe de travail « Cantillon ».

2.7.1. Une majoration des minima dans le secteur de l'invalidité

En ce qui concerne les indemnités d'invalidité, tous les invalides « travailleurs salariés réguliers » bénéficiant d'une indemnité minimum recevront, à partir du 1^{er} juillet 2001, une majoration mensuelle de leur indemnité correspondant à l'augmentation qui a été accordée à partir du 1^{er} juillet 2000 aux pensionnés recevant une pension minimum. Concrètement, cela signifie que l'indemnité minimum mensuelle augmentera de 1 352 francs belges pour les invalides avec charge de famille, de

1 040 Belgische frank per maand en voor samenwonenden met 962 Belgische frank per maand.

Vanaf dezelfde datum zullen ook de minimumuitkeringen voor de invalide « onregelmatige werknemers » stijgen met 1 352 Belgische frank per maand voor gerechtigden met gezinslast en met 1 014 Belgische frank voor alleenstaanden en samenwonenden. Hierdoor wordt voor hen de historische band met de minimumuitkeringen voor zelfstandigen hersteld.

2.7.2. Een verbetering van de moederschapsbescherming

De minister bereidt een koninklijk besluit voor dat bepaalt dat wanneer het prenataal verlof langer duurt dan 7 weken, de resterende periode tot aan de datum van de bevalling vergoed zal worden aan 75 % van het begrensde loon. Momenteel is dat 60 %. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan een IAO-richtlijn die een vergoeding van minstens 66 % van het gederfde loon voorziet. Deze maatregel zal ingaan op 1 januari 2001.

2.7.3. Uitbreiding van de lijst van erkende beroepsziekten

Aan het Fonds voor Beroepsziekten zal de opdracht gegeven worden om te onderzoeken in welke mate de bestaande lijst van erkende beroepsziekten geactualiseerd kan worden, rekening houdend met wetenschappelijke publicaties, bevindingen vanwege de arbeidsgeneesheren, aanvragen die in het open systeem ingediend worden en evoluties die zich in onze buurlanden voordoen. Er zal vooral nagegaan worden welke beroepsziekten die op de Europese lijst voorkomen of die voor inschrijving op die lijst in aanmerking komen, nog niet op de lijst van erkende beroepsziekten in België voorkomen.

2.7.4. Bestrijding van de armoede en de bestaansonzekerheid bij gezinnen met kinderen via gerichte maatregelen in de gezinsbijslagen

De minister heeft tijdens de afgelopen maanden van deze legislatuur een aantal belangrijke wetsvoorstellen en koninklijke besluiten uitgewerkt die tot doel hadden via gerichte maatregelen de doelmatigheid en de doeltreffendheid van het kinderbijslagstelsel van de werknemers en van de gewaarborgde gezinsbijslag te verhogen. In totaal werden voor ruim 250 miljoen Belgische frank beslissingen genomen.

De krachtlijnen achter deze maatregelen zijn :

— recht op kinderbijslag voor kinderen die door de mazen van de wetgeving (dreigen) te vallen, bijvoorbeeld de kinderen van grensarbeiders;

1 040 francs belges pour les invalides isolés et de 962 francs belges pour les invalides cohabitants.

À partir de la même date, les indemnités minimums mensuelles pour les invalides « travailleurs salariés irréguliers » augmenteront de 1 352 francs belges pour les bénéficiaires avec charge de famille et de 1 014 francs belges pour les isolés et les cohabitants. Ainsi, le lien historique avec les indemnités minimums pour travailleurs indépendants est rétabli.

2.7.2. Une amélioration de la protection de la maternité

Le ministre prépare un arrêté royal disposant que lorsque le congé prénatal dépasse 7 semaines, la période restant jusqu'à la date de l'accouchement sera indemnisée à raison de 75 % du salaire plafonné, au lieu des 60 % actuels. Cette mesure qui prendra effet le 1^{er} janvier 2001 est prise afin de satisfaire à une directive de l'OIT qui prévoit une indemnité d'au moins 66 % du salaire perdu.

2.7.3. Extension de la liste des maladies professionnelles reconnues

Le Fonds des maladies professionnelles sera chargé d'examiner dans quelle mesure la liste existante des maladies professionnelles reconnues peut être actualisée, compte tenu des publications scientifiques, des constatations des médecins du travail, des demandes introduites dans le système ouvert et des évolutions que connaissent les pays voisins. Il faudra vérifier en particulier quelles maladies professionnelles figurant sur la liste européenne ou susceptibles d'y être inscrites ne sont pas encore mentionnées sur la liste des maladies professionnelles reconnues en Belgique.

2.7.4. Lutte contre la pauvreté et la précarité d'existence des ménages avec enfants par des mesures ponctuelles dans les prestations familiales

Au cours des mois écoulés de la présente législature, le ministre a élaboré une série d'importantes propositions de lois et d'arrêtés royaux qui ont pour but d'augmenter, par des mesures ponctuelles, l'efficacité et l'efficacités du régime des allocations familiales des travailleurs salariés et des prestations familiales garanties. Au total, des décisions ont été prises pour un montant de plus de 250 millions de francs belges.

Les lignes directrices de ces mesures sont les suivantes :

— le droit aux allocations familiales pour les enfants qui passent (ou risquent de passer) au travers des mailles du filet législatif : par exemple les enfants de travailleurs frontaliers;

— inschakeling van de kinderbijslag in de aanpak van de werkloosheids- en inactiviteitsvallen : het koninklijk besluit van 1 maart 2000 en trimesterialisering van het recht op kinderbijslag;

— strijd tegen de armoede : bijvoorbeeld toekenning van de wezentoeslag in het stelsel van de gewaarborgde gezinsbijslagen, recht op gewaarborgde gezinsbijslag voor kinderen die zelf een bestaansminimum ontvangen, forfaitaire toeslag voor geplaatste kinderen in het stelsel van de gewaarborgde gezinsbijslag, ...

— naleving van het gelijkheidsprincipe : wegwerking van discriminaties op basis van het geslacht van de partners die het kind opvoeden en gelijke behandeling naar samenlevingsvormen door de invoering van het concept « feitelijk gezin » via de wet van 12 augustus 2000.

Een geactualiseerd overzicht van al deze maatregelen is terug te vinden onder de rubriek « realisaties » op de web-site van het kabinet van de minister : www.vandenbroucke.fgov.be.

In 2001 wenst de minister het beleid van gerichte correcties verder te zetten. De bestrijding van de armoede en bestaansonzekerheid zal hierbij bijzondere aandacht krijgen. Zo heeft de minister een koninklijk besluit in voorbereiding dat aanpassingen aanbrengt in de sociale toeslag voor kinderen van invaliden. Invalide gezinshoofden ontvangen een verhoogde kinderbijslag indien het gezinsinkomen een bepaalde grens niet overstijgt. Sommige invaliden ontvangen ook een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden. Het ontwerp heeft tot doel deze tegemoetkoming buiten beschouwing te laten bij het inkomensonderzoek.

Ook een aantal aanpassingen in het stelsel van de gewaarborgde gezinsbijslag zijn in voorbereiding. Zo is er een koninklijk besluit in de maak dat voorziet in de aanpassing van de inkomensgrenzen voor de toekenning van de gewaarborgde gezinsbijslag. Bovendien zal in het Parlement een wetsontwerp worden neergelegd dat voorziet in een vorm van « ambtshalve » toekenning van het bedrag van de gewaarborgde gezinsbijslag aan gezinnen die een bestaansminimum ontvangen. Vandaag genieten de bijslagtrekkende gezinnen van bestaansminimumtrekkers enkel de gewaarborgde gezinsbijslag indien er geen recht op kinderbijslag geopend kan worden in het stelsel van de werknemers of zelfstandigen, in hoofde van een rechthebbende die buiten het gezin verblijft. Voor een aantal ouders die een bestaansminimum ontvangen, komt hierdoor de vlotte toekenning van de gezinsbijslag in het gedrang. Concreet stelt deze problematiek zich voor sommige ouders na een scheiding. Zo ontstaat er een onderscheid tussen vergelijkbare gezinnen van bestaansminimumtrekkers. Een eenvoudige en doeltreffende oplossing bestaat erin om in het stelsel voor werknemers het bedrag van de gewaarborgde gezinsbijslag toe te kennen

— l'intégration des allocations familiales dans la lutte contre les pièges du chômage et de l'activité : l'arrêté royal du 1^{er} mars 2000 et la trimestrialisation du droit aux allocations familiales;

— la lutte contre la pauvreté : par exemple l'octroi de l'allocation d'orphelin dans le régime des prestations familiales garanties, droit aux prestations familiales garanties pour les enfants recevant eux-mêmes le minimex, le supplément forfaitaire dans le régime des prestations familiales garanties pour les enfants placés ...;

— le respect du principe d'égalité : la suppression de discriminations sur la base du sexe des partenaires qui élèvent l'enfant et égalité de traitement entre les formes de vie commune par l'instauration du concept de « ménage de fait » par la loi du 12 août 2000.

Un aperçu actualisé de toutes ces mesures figure sous la rubrique « réalisations » du site web du cabinet du ministre : www.vandenbroucke.fgov.be.

En 2001, le ministre souhaite poursuivre la politique de corrections ponctuelles. Dans ce cadre une attention particulière sera surtout portée à la lutte contre la pauvreté et la précarité d'existence. Ainsi, le ministre prépare un projet d'arrêté royal apportant des modifications au supplément social pour les enfants d'invalides. Les chefs de famille invalides reçoivent des allocations familiales majorées si le revenu familial ne dépasse pas un seuil déterminé. Certains invalides reçoivent également une allocation forfaitaire pour l'aide de tiers. L'objectif de ce projet est de ne pas prendre cette allocation en considération lors de l'examen sur les revenus.

Certaines adaptations dans le régime des prestations familiales garanties sont également en préparation. Ainsi, un projet d'arrêté royal prévoyant l'adaptation des plafonds de revenus en vue de l'octroi des prestations familiales garanties est actuellement en cours d'élaboration. Par ailleurs, un projet de loi sera déposé au Parlement, qui prévoit d'une certaine façon l'octroi « d'office » du montant des prestations familiales garanties aux ménages qui perçoivent le minimum de moyens d'existence. Les ménages allocataires composés de bénéficiaires du minimum de moyens d'existence ne bénéficient aujourd'hui des prestations familiales garanties que si aucun droit aux allocations familiales ne peut être ouvert dans le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés ou travailleurs indépendants, dans le chef d'un attributaire résidant en dehors du ménage. L'octroi des prestations familiales à certains parents bénéficiaires d'un minimum de moyens d'existence est ainsi rendu plus difficile. Ce problème se pose concrètement à certains parents après un divorce. Une différence existe ainsi entre des ménages comparables de bénéficiaires du minimum de moyens d'existence. Une solution simple et efficace pourrait être d'accorder dans le régime

van zodra en zolang in het bijslagtrekkende gezin het bestaansminimum wordt genoten.

In 2001 wordt het meetsysteem voor de toekenning van het recht op verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een aandoening gemoderniseerd. De vergoeding zal toegekend worden op basis van een globale evaluatie van de gevolgen van de aandoening ⁽⁷⁾. Het nieuwe meetsysteem zal ertoe leiden dat kinderen die nu reeds een vergoeding ontvangen én kinderen die volgens het bestaande en verouderde meetsysteem uit de boot vallen, een billijke vergoeding zullen krijgen.

Ten slotte wordt verder onderzocht hoe er een grotere gelijkheid tussen de vaders en de moeders gerealiseerd kan worden binnen de stelsels van gezins- tegemoetkomingen.

2.8. MENSEN DIE LEVEN VAN EEN UITKERING EN DIE DE STAP NAAR BETAALDE ARBEID ZETTEN, HIERVOOR OOK BELONEN

Een actieve welvaartsstaat mag zich niet beperken tot het passief toekennen van uitkeringen. Aan zoveel mogelijk mensen moet de kans gegeven worden om een creatieve bijdrage te leveren in de samenleving. Een belangrijke manier om mensen die leven van een uitkering aan te moedigen om de stap naar betaalde arbeid te zetten, is ervoor te zorgen dat de inkomenssituatie van henzelf en/of van hun gezin daardoor verbetert.

Een middel hiertoe is het wegwerken van inactiviteitsvallen. Naast de werkloosheidsvallen bestaan er immers ook in andere uitkeringsstelsels ⁽⁸⁾ inactiviteitsvallen. De minister heeft daarom samen met de minister van Maatschappelijke Integratie in september 1999 de studiedienst van het ministerie van Sociale Zaken belast met een studieopdracht inzake deze problematiek.

Een belangrijke inactiviteitsval, die naar aanleiding van deze studie werd vastgesteld, bestaat binnen het systeem van de « toegelaten arbeid » voor arbeidsongeschikten. Zij hebben de mogelijkheid om, onder bepaalde voorwaarden en binnen bepaalde inkomensgrenzen, hun uitkering te combineren met inkomen uit arbeid. Ongeveer 15 000 mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering werken in dit systeem.

In de huidige cumulregeling wordt elke bijkomende frank arbeidsinkomen boven een bepaald vrijgesteld bedrag afgeroomd. Ieder bijkomend inkomen uit arbeid boven de vastgestelde grens heeft bovendien een lager

⁽⁷⁾ Criteria zijn : medische ongeschiktheid, sociale gevolgen, inspanningen die nodig zijn voor behandeling en/of revalidatie en noodzakelijke aanpassingen aan de woning en in de leefomgeving.

⁽⁸⁾ Voorbeelden : ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, pensioenen, bestaansminimum, tegemoetkomingen aan gehandicapten, ...

des travailleurs salariés le montant des prestations familiales garanties à partir du moment où le ménage allocataire bénéficie du minimum de moyens d'existence, et ce tant qu'il en bénéficie.

En 2001, le système d'évaluation pour l'octroi du droit aux allocations familiales majorées pour les enfants présentant une affection sera modernisé. L'indemnité sera octroyée sur la base d'une évaluation globale des conséquences de l'affection ⁽⁷⁾. Le nouveau système d'évaluation permettra d'accorder une indemnisation équitable tant aux enfants qui en bénéficient actuellement qu'aux enfants qui, sur la base du système d'évaluation existant et dépassé, ne pouvaient y prétendre.

Il sera enfin examiné comment une plus grande égalité entre pères et mères peut être réalisée dans les régimes des prestations familiales.

2.8. RÉCOMPENSER LES PERSONNES QUI VIVENT D'UNE ALLOCATION ET QUI SAUTENT LE PAS EN VUE DE TROUVER UN TRAVAIL RÉMUNÉRÉ

Un État social actif ne peut se contenter d'octroyer passivement des allocations. Il faut donner au maximum de personnes la possibilité d'apporter une contribution créative à la société. Un moyen important d'encourager les personnes vivant d'une allocation à sauter le pas en vue d'un travail rémunéré est de veiller à ce que leur situation de revenu s'améliore pour eux-mêmes et/ou pour leur famille.

Un des moyens pour y parvenir est la suppression des pièges de l'activité. Outre les « pièges du chômage », il existe en effet des « pièges de l'activité » dans d'autres régimes d'allocations ⁽⁸⁾. Pour cette raison, le ministre et le ministre de l'Intégration sociale ont chargé, en septembre 1999, le service d'études du ministère des Affaires sociales d'examiner cette problématique.

Un important piège de l'activité, constaté à l'occasion de cette étude, existe dans le système du « travail autorisé » pour les personnes en incapacité de travail. Ces personnes ont la possibilité, sous certaines conditions et dans certaines limites de revenus, de combiner leur allocation avec le revenu d'un travail. Près de 15 000 personnes travaillent dans ce système et bénéficient d'une indemnité d'incapacité de travail.

Conformément aux règles de cumul actuelles, chaque franc supplémentaire issu du revenu du travail est prélevé de ce revenu dès que le niveau de revenu de travail exonéré est dépassé. Tout revenu supplémen-

⁽⁷⁾ Les critères sont : incapacité médicale, conséquences sociales, efforts nécessaires au traitement et/ou à la rééducation fonctionnelle, adaptations nécessaires au logement et au cadre de vie.

⁽⁸⁾ Exemples : indemnités de maladie et d'invalidité, pensions, minimum de moyens d'existence, allocations aux handicapés, ...

totaal netto inkomen tot gevolg ⁽⁹⁾. Er is dus geen aansporing om méér te werken.

In het kader van de opmaak van de begroting 2001 heeft de regering beslist dat vanaf 1 januari 2002 deze specifieke inactiviteitsval weggewerkt zal worden. Dit zal gebeuren door het arbeidsinkomen dat een vrijgesteld grensbedrag overschrijdt, nog slechts gedeeltelijk, maar in toenemende mate, in aanmerking te nemen voor de vermindering van de uitkering. Het bestaande mechanisme van « alles of niets » wordt dus ingeruild voor een proportionele reductie, toegepast op de verschillende schijven van het arbeidsinkomen bij toegelaten arbeid. Bovendien zal niet langer het bruto arbeidsinkomen maar het arbeidsinkomen na aftrek van de persoonlijke bijdragen voor de sociale zekerheid in aanmerking genomen worden voor de toepassing van de cumulregeling.

De aanpassing aan de reglementering die hiervoor vereist is, wordt in de loop van 2001 voorbereid.

2.9. VERSNELDE AANPASSING VAN DE SOCIALE UITKERINGEN AAN DE EVOLUTIE VAN DE INDEX

De regering is ingegaan op de uitdrukkelijke en sterke vraag van de sociale partners om te komen tot een versnelde aanpassing van het bedrag van de sociale uitkeringen aan de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen.

De regering zal onderzoeken hoe dit concreet toegepast zal worden.

3. EEN STEVIG FUNDAMENT VOOR DE TOEKOMST

3.1. BUDGETTAIRE GEDEVENS

In de begroting 2001 werd voor de pensioenen een bedrag van 784,2 miljard Belgische frank voorzien, gefinancierd via de sociale zekerheid en de federale begroting. Dit is op een jaar tijd een stijging met 3,6 %.

TABEL 3

Budgettaire uitgaven

	Begroting 2001 (in miljard Belgische frank)
Pensioenen voor werknemers	518,1
Pensioenen voor zelfstandigen	75,2
Gewaarborgd inkomen	10,3
Pensioenen voor ambtenaren	184,0

⁽⁹⁾ Vermits de cumulebeperking gebeurt op niveau van het bruto arbeidsinkomen geeft een overschrijding van het grensbedrag aanleiding tot een reëel (en substantieel) inkomensverlies : elke frank uitkering wordt vervangen door een meer belaste (fiscaliteit en parafiscaliteit) frank arbeidsinkomen.

taire de travail au-delà des plafonds déterminés engendre une diminution du revenu net total ⁽⁹⁾. Les gens ne sont donc pas incités à travailler davantage.

Dans le cadre de l'établissement du budget 2001, le gouvernement a décidé qu'à partir du 1^{er} janvier 2002, ce piège spécifique de l'activité sera supprimé : le revenu du travail qui dépasse un montant immunisé ne sera pris en considération que partiellement et dans une mesure croissante pour la diminution de l'allocation. Le mécanisme existant du « tout ou rien » cède donc la place à une réduction proportionnelle, appliquée aux différentes tranches du revenu du travail autorisé. De plus, ce ne sera plus le revenu brut du travail qui sera pris en considération pour l'application des règles de cumul, mais le revenu du travail après déduction des cotisations personnelles de sécurité sociale.

L'adaptation de la réglementation requise en la matière sera préparée dans le courant de l'année 2001.

2.9. ADAPTATION PLUS RAPIDE DES ALLOCATIONS SOCIALES À L'ÉVOLUTION DE L'INDICE DES PRIX

Le gouvernement a accédé à la demande formelle et pressante des partenaires sociaux d'adapter plus rapidement le montant des allocations sociales à l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Le gouvernement examinera les modalités d'application pratiques.

3. DES FONDATIONS SOLIDES POUR LE FUTUR

3.1. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Un montant de 784,2 milliards de francs belges est prévu pour les pensions dans le budget de 2001, financé par la sécurité sociale et par le budget fédéral. Ceci représente une augmentation de 3,6 % en un an.

TABLEAU 3

Dépenses budgétaires

	Budget 2001 (en milliards de francs belges)
Pensions des travailleurs salariés	518,1
Pensions des travailleurs indépendants	75,2
Revenu garanti	10,3
Pensions des fonctionnaires	184,0

⁽⁹⁾ La limitation de cumul s'effectuant au niveau du revenu de travail brut, tout dépassant du plafond entraîne une perte réelle (et substantielle) de revenu : chaque franc d'allocation est remplacé par un franc de revenu du travail davantage taxé (fiscalité et parafiscalité).

3.2. DE INZET VOOR DE TOEKOMST

De demografische perspectieven laten weinig plaats voor twijfel : de eerste helft van de 21^e eeuw zal gekenmerkt worden door een sterke veroudering van de bevolking.

TABEL 4

Afhankelijkheidscoëfficiënt

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65 jaar en +	25,6	26,9	33,1	42,3	46,5	45,1
15 tot 64 jaar						

Bron : EUROSTAT.

We weten nu dat de samenhang tussen de veroudering en de andere structurele of functionele aspecten van onze samenlevingen veel complexer is dan we vroeger dachten. Wie deze complexiteit negeert, zal zonder enige twijfel een onaangepast beleid voeren.

Wij maken een cruciale periode door waarvan de geschiedenis van de veroudering van onze Europese samenlevingen nog verre van geschreven is. De individuele kenmerken van de ouderen blijven onzeker, net zoals de kenmerken van hun sociale omgeving. Beide hangen immers in grote mate af van collectieve keuzen die nog gemaakt moeten worden en van de manier waarop ingegaan zal worden op een aantal sociale uitdagingen.

Met de evolutie naar een oudere bevolking ligt ook een betere, meer gelijke en vrijere samenleving in het verschiet, ten minste als onze samenleving niet in de bestaande structuren en werkingsmethodes blijft vastzitten.

De te volgen weg moet conflicten tussen de generaties vermijden. Leeftijdsgrenzen moeten vervagen, in de organisatie van de levenscyclus moet afwisseling ingebouwd worden, het beroepsleven mag niet meer in vakjes verdeeld worden, en er moet geïnvesteerd worden in de sociale sectoren.

De samenlevingen die dit als eerste begrepen zullen hebben, gaan het derde millennium in met de beste kansen om hun omgeving aan de nieuwe omstandigheden aan te passen, en met een maximum aan troeven voor een geïntegreerde en harmonieuze ontwikkeling.

We moeten het bewijs leveren dat de veroudering van onze samenleving niet iets is waarvoor we bang moeten zijn maar integendeel de kans biedt om een stap in de

3.2. LES ENJEUX DU FUTUR

Les perspectives démographiques laissent peu de place au doute : la première moitié du XXI^e siècle sera marquée par une montée en puissance du vieillissement des populations.

TABLEAU 4

Coefficient de dépendance

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65 ans et +	25,6	26,9	33,1	42,3	46,5	45,1
de 15 à 64 ans						

Source : EUROSTAT.

Nous savons maintenant que les liens entre le vieillissement et les autres aspects structurels ou fonctionnels de nos sociétés sont beaucoup plus complexes qu'on ne le pensait auparavant et qu'il n'est pas possible de faire l'économie de cette complexité sous peine de mettre en place des politiques inadaptées.

Nous nous trouvons actuellement dans une période charnière où l'histoire du vieillissement de nos sociétés européennes est loin d'être encore complètement écrite. Les caractéristiques individuelles des personnes âgées demeurent incertaines tout comme les caractéristiques de leur environnement social. Les unes et les autres dépendront en effet dans une large mesure des choix collectifs encore à réaliser et de la façon dont seront traités un certain nombre d'enjeux sociaux.

La perspective d'une société meilleure, plus équitable, plus libre, peut apparaître avec l'émergence d'une population plus âgée à la condition d'éviter le blocage de notre société dans ses structures et modes de fonctionnement actuels.

La voie à suivre doit éviter les conflits intergénérationnels. Elle implique l'abolition des barrières des âges, l'instauration d'alternances dans l'organisation des cycles de vie, le décroisement de la vie professionnelle, l'investissement dans les secteurs d'utilité sociale.

Les sociétés qui l'auront compris les premières seront celles qui aborderont le troisième millénaire avec les meilleures chances d'adaptation aux conditions nouvelles de leur environnement et avec le maximum d'atouts pour un développement intégré et harmonieux.

C'est un défi que la Belgique mais aussi l'Europe doivent s'efforcer de relever : apporter la démonstration que l'entrée dans le vieillissement pour nos sociétés n'est

goede richting te zetten in de evolutie van onze geavanceerde technologische maatschappij. Dit is een uitdaging waar niet alleen België maar ook Europa voor staat.

De moderne maatschappij heeft nood aan een hoog niveau van sociale bescherming. Er moet gezorgd worden voor voldoende financiële middelen om te beletten dat ouderen aan de rand van de maatschappij terechtkomen. In een verouderende samenleving zouden volgens simulaties van het Federaal Planbureau de uitgaven in de sociale zekerheid met 4,2 % van het BBP toenemen in 2030. Oorzaak van de stijging zijn de pensioenen en de gezondheidszorgen. De andere uitgaven van de sociale zekerheid nemen af, ten gevolge van het dalende aantal geboorten, waardoor ook de actieve bevolking afneemt. Dankzij het globaal beheer van de sociale zekerheid werken de verschillende sectoren als « communicerende vaten ». Toch is dit ruim onvoldoende om de kosten in de sociale zekerheid van de vergrijzing te financieren.

TABEL 5

De pensioenen in de sociale zekerheid

	Toename BBP tussen 2000 en 2030
Pensioenen	+ 3,0 %
Gezondheidszorgen	+ 2,2 %
Andere	- 1,0 %
	<hr/>
Prestaties sociale zekerheid	+ 4,2 %

Bron : Federaal Planbureau.

De daling van de schuld en van de rentelast, door de gezondmaking van de overheidsfinanciën, moet ruimte creëren op de begroting om de vergrijzing te financieren.

3.3. ZILVERFONDS — SCHULDAFBOUW

De regering zal jaarlijks een « Zilvernota » opstellen, waarin haar beleid met betrekking tot de vergrijzing wordt uiteengezet. Dit moet gebeuren op basis van wetenschappelijk onderzoek. Voor de raming van de kosten in de wettelijke pensioenstelsels en de sociale zekerheid van werknemers en zelfstandigen die verbonden zijn aan de demografische evolutie, moet er vooral uitgegaan worden van volgende principes :

— Bij de economische groei moet rekening gehouden worden met een voorzichtige raming van de trendgroei, vooral dan met de mogelijke weerslag van de demografische evolutie op deze trendgroei.

pas à redouter mais qu'elle constitue une étape de l'évolution des sociétés technologiques avancées.

La société moderne a besoin d'un haut niveau de protection sociale. Des moyens financiers suffisants doivent être prévus pour que les personnes âgées ne soient pas en marge de la société. Il ressort des simulations du Bureau fédéral du Plan que les dépenses de la sécurité sociale dans une société vieillissante augmenteraient de 4,2 % du PIB en 2030. Ce sont les pensions et les soins de santé qui sont responsables de cette augmentation. Les autres dépenses de la sécurité sociale diminuent, suite à la dénatalité qui mène à une réduction de la population active. Grâce à la gestion globale de la sécurité sociale, les différents secteurs fonctionnent comme des « vases communicants ». C'est toutefois loin d'être suffisant pour financer la charge du vieillissement dans la sécurité sociale.

TABLEAU 5

Les pensions dans la sécurité sociale

	Augmentation du PIB entre 2000 et 2030
Pensions	+ 3,0 %
Soins de santé	+ 2,2 %
Autres	- 1,0 %
	<hr/>
Prestations sécurité sociale	+ 4,2 %

Source : Bureau fédéral du Plan.

La diminution de la dette et de la charge des intérêts, causée par l'assainissement des finances de l'État, doit créer la marge budgétaire nécessaire au financement du vieillissement.

3.3. FONDS DE VIEILLISSEMENT — DIMINUTION DE LA DETTE

Le gouvernement rédigera chaque année une « note relative à l'état de vieillissement », reprenant sa politique concernant le vieillissement. La note devra être basée sur un examen scientifique. En ce qui concerne l'évaluation des coûts des régimes légaux de pension et de sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants liés à l'évolution démographique, on doit se fonder notamment sur les principes suivants :

— Pour ce qui est de la croissance économique, il y a lieu de tenir compte d'une évaluation prudente de la croissance tendancielle, particulièrement de l'impact éventuel de l'évolution démographique sur cette croissance.

— Voor de pensioenuitgaven wordt uitgegaan van de op dat ogenblik geldende wettelijke bepalingen, daarin inbegrepen diverse varianten inzake welvaartsaanpassing.

— Bij de uitgaven inzake gezondheidszorgen moet een afzonderlijke raming gemaakt worden van de invloed van veranderingen in de leeftijdstructuur van de bevolking en andere factoren, zoals de prijsevolutie en de evolutie van de medische technologie.

In dit kader zal de regering ook de sociale partners die vertegenwoordigd zijn in de Centrale Raad voor het Bedrijfsleven en de Nationale Arbeidsraad, consulteren.

De krachtlijnen van de Zilvernota zullen worden opgenomen bij de algemene toelichting bij de begroting, zoals die wordt ingediend bij de Kamer van volksvertegenwoordigers. De Zilvernota vormt de basis voor de werking van het Zilverfonds. Zij bepaalt niet alleen welke middelen aan het Zilverfonds worden toegekend, maar ook welke middelen vanuit het Zilverfonds aan de diverse wettelijke pensioenstelsels worden toegekend.

De middelen kunnen bestaan uit de niet-fiscale ontvangsten, de overschotten van de sociale zekerheid en een deel van de structurele begrotingsoverschotten. De opgebouwde reserves mogen slechts aangesproken worden in de periode 2010-2030 om de extra-uitgaven van de diverse wettelijke pensioenstelsels ten gevolge van de vergrijzing te betalen en ten vroegste vanaf het moment dat de schuldgraad lager is dan 60 %. Om zoveel mogelijk garanties te geven voor het correct gebruik en beheer van de middelen van het Zilverfonds zal dit opgericht worden onder de vorm van een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid. Het beheer ervan wordt toevertrouwd aan negen bestuurders, waarvan er vier voorgedragen worden door de eerste minister, de minister van Financiën, de minister van Begroting en de minister van Sociale Zaken en Pensioenen, één door de Nationale Bank van België en vier door de leden van het Beheerscomité van de Sociale Zekerheid en van de Raad van Beheer van het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen.

Het stelselmatig opbouwen van reserves in het Zilverfonds is een krachtig signaal dat de noodzakelijke middelen vrijgemaakt worden om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen, met name wanneer de naoorlogse babyboomgeneratie op pensioen gaat. Met het Zilverfonds krijgen het begrotingsoverschot en de versnelde schuldafbouw hun volle betekenis. De schuldafbouw krijgt als het ware een concreet doel : de betaalbaarheid van de pensioenen garanderen, zonder de sociale bescherming op een hoog niveau in gevaar te brengen.

De opbouw van een demografische reserve in de eerste periode, en het geleidelijk vrijmaken van deze reserves wanneer de kost van de vergrijzing begint door te wegen, kan ons voor ongelukken behoeden. Het is dan ook de evidentie zelf dat een deel van de vrijgekomen budgettaire marges de volgende jaren aan een

— En matière de dépenses de pension, il sera tenu compte des dispositions légales en vigueur, y compris différentes variantes d'adaptation au bien-être.

— Pour ce qui est des dépenses dans le régime des soins de santé, il convient de tenir compte, outre de l'influence de modifications dans la structure d'âge de la population, d'autres facteurs tels que l'évolution des prix et l'évolution de la technologie médicale.

À cet égard, le gouvernement consultera les partenaires sociaux représentés au sein du Conseil central de l'Économie et du Conseil national du travail.

Les lignes de force de la note sur l'état du vieillissement seront insérées dans l'exposé général du budget, tel qu'il est déposé à la Chambre des représentants. La note forme la base du fonctionnement du Fonds de vieillissement. Elle détermine non seulement quels moyens sont accordés au Fonds mais également les ressources qui à partir de ce Fonds sont déferées aux différents régimes légaux de pension.

Les moyens peuvent être constitués de recettes non fiscales, de surplus de la sécurité sociale et d'une partie des surplus structurels budgétaires. Les réserves constituées ne peuvent être utilisées que durant la période 2010-2030 afin de payer les dépenses supplémentaires des différents régimes légaux de pension occasionnées par le vieillissement et au plus tôt à partir du moment où le degré d'endettement est inférieur à 60 %. Le Fonds de vieillissement sera créé sous forme d'un organisme public doté de la responsabilité juridique afin d'offrir le plus de garanties possible à l'utilisation et à la gestion correctes de ses moyens. Son administration sera confiée à neuf administrateurs, dont 4 seront nommés sur proposition du premier ministre, du ministre des Finances, du ministre du Budget et du ministre des Affaires sociales et des Pensions, un sur proposition de la Banque Nationale de Belgique et quatre sur proposition des membres du Comité de gestion de la Sécurité sociale et du Conseil d'administration de l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

La constitution systématique de réserves dans le Fonds de vieillissement donne clairement le signal que les moyens nécessaires sont dégagés afin de compenser les conséquences du vieillissement, notamment lorsque la génération du babyboom d'après la guerre partira à la retraite. Avec le Fonds, l'existence d'un surplus budgétaire et la diminution de la dette prennent tout leur sens. La diminution de la dette obtient un objectif concret : garantir le paiement des pensions sans mettre en péril une sécurité sociale de haut niveau.

La constitution dans une première période d'une réserve démographique et la libération graduelle de cette réserve lorsque le coût du vieillissement commence à se faire sentir, peut nous préserver de tout accident. Il est évident qu'une partie des marges budgétaires libérées doit être réservée dans les années à venir à un

« Zilverfonds » moet worden toegewezen. Het Zilverfonds is immers slechts een technisch hulpmiddel voor één doel : versnelde schuldafbouw. Daartoe moeten de beleggingen van de reserves van het Zilverfonds aan volgende principes voldoen :

— Bij een schuldgraad hoger dan 100 % zullen de beleggingen uitsluitend gebeuren in effecten en fondsen van de overheid.

— Bij een schuldgraad onder 100 % zullen de beleggingen uitsluitend gebeuren in activa die, bij de berekening van de Maastricht-schuld, in mindering gebracht kunnen worden van de bruto-overheidsschuld.

Een Zilverfonds biedt niet alleen het voordeel transparant te zijn, maar dus ook dat aan de bevolking het signaal wordt gegeven dat er wel degelijk werk wordt gemaakt van de budgettaire opvang van sociale en demografische wijzigingen. Kort samengevat : deze techniek wordt voorgesteld omdat zij degenen die besturen een discipline oplegt, en degenen die bestuurd worden gerust stelt.

Een wetsontwerp zal worden neergelegd in het Parlement.

3.4. DE TWEDE PIJLER

Hoe essentieel de wettelijke pensioenen (« eerste » pijler) ook blijven, toch is het duidelijk dat de aanvullende pensioenen een belangrijke rol zullen spelen in het geheel van onze stelsels van sociale bescherming en meer bepaald voor het handhaven van de levensstandaard die de werknemers tijdens hun actief leven hebben gekend.

De manier waarop deze tweede pijler wordt geconcipeerd is dan ook van groot belang. Een tweede pensioenpijler die voor aanvullende sociale bescherming zorgt moet in de eerste plaats gedemocratiseerd worden : het einddoel moet zijn dat alle werknemers ervan gebruik kunnen maken.

Dit uitgangspunt indachtig, worden de volgende elementen ingevoerd :

— En kan worden gekozen tussen een rente-uitkering (maandelijks bijvoorbeeld) of een kapitaalsuitkering bij het bereiken van de pensioenleeftijd. Deze twee systemen zullen op dezelfde manier worden behandeld, ook op fiscaal gebied.

— Het zal verboden zijn de opgespaarde kapitalen nog tijdens de loopbaan te ontfemen (behalve voor het verkrijgen van onroerende goederen).

— Om een eerlijke verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de werknemer en de werkgever te garanderen wordt een gemiddelde minimale rendementsgarantie ingevoerd voor pensioenplannen waar de werkgever enkel de bijdragen betaalt, zonder enige garantie voor het beleggingsresultaat (« vaste bijdrage plannen »).

« Fonds de vieillissement ». Le Fonds de vieillissement ne représente en effet qu'un moyen technique voué à un seul objectif : la diminution de la dette. À cette fin, les placements des réserves du Fonds de vieillissement doivent satisfaire aux principes suivants :

— Lors d'un taux d'endettement supérieur à 100 %, les placements doivent se faire uniquement en titres et en fonds de l'État belge.

— Lors d'un taux d'endettement inférieur à 100 %, les placements doivent se faire uniquement en actifs qui, lors du calcul de la dette Maastricht, peuvent être portés en diminution de la dette publique brute.

Le Fonds de vieillissement offre non seulement l'avantage de la transparence, mais donne donc aussi à la population le signal que les changements sociaux et démographiques sont bien traduits sur le plan budgétaire. En résumé : cette technique est proposée parce qu'elle pourra discipliner les décideurs politiques et rassurer les citoyens.

Un projet de loi sera déposé au Parlement.

3.4. LE DEUXIÈME PILIER

Malgré le caractère essentiel de la pension légale (le « premier » pilier), il est clair que les pensions complémentaires joueront un rôle important dans l'ensemble de nos systèmes de protection sociale et plus particulièrement dans le maintien du niveau de vie dont ont bénéficié les travailleurs tout au long de leur vie active.

La manière dont les régimes de pension du deuxième pilier seront conçus, représente par conséquent une extrême importance. Un deuxième pilier assurant une protection sociale complémentaire doit en premier lieu être démocratisé : le but final doit être que tous les travailleurs salariés puissent y participer.

Partant de ce principe, les éléments suivants sont introduits :

— On peut choisir entre le paiement en rente (par exemple par mois) ou en capital à l'âge de la pension. Il y aura égalité de traitement entre ces deux systèmes, également sur le plan fiscal.

— Il sera interdit d'emprunter durant la carrière les capitaux épargnés (sauf pour l'obtention de biens immobiliers).

— Afin de répartir de manière équitable les responsabilités entre les travailleurs et les employeurs, une garantie moyenne minimale de rendement sera instaurée pour les plans pension où l'employeur paie les cotisations mais n'offre aucune garantie en ce qui concerne le résultat de l'investissement (plans « à contributions définies »).

— Transparantie en regelmatige en duidelijke informatie over bijvoorbeeld de evolutie van het rendement, de kostenstructuur, de berekening van de winst-deelname, enz. zijn een van de eerste vereisten.

Sectorplannen, waaraan alle bedrijven met alle betrokken werknemers moeten deelnemen, ook in sectoren waar er veel « kleine » KMO's zijn, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de democratisering van de tweede pijler. Sectorale stelsels kunnen meer sociale voordelen bieden dan bedrijfsgebonden stelsels. Zij bevorderen bovendien de solidariteit tussen de ondernemingen en tussen de werknemers uit de sector.

De inhoud van dergelijke solidariteitsafspraken moet het resultaat zijn van vrije onderhandelingen tussen de werknemers- en werkgeversorganisaties. Wil het plan echter boven de loonnorm gaan, een bijkomend fiscaal voordeel verkrijgen en de bedrijven een verbod opleggen om een eigen pensioeninstrument (pensioenfonds of groepsverzekering) te kiezen (« *opting-out* »), dan zal het een aantal minimale sociale rechten moeten bevatten.

De regering moet er zorg voor dragen dat pensioenbeloftes worden gerespecteerd. Dit heeft tot gevolg dat elke pensioentoezegging ook voor sectorplannen gefinancierd moet worden door reservevorming, waardoor zij onder de controle vallen van de Controledienst van de Verzekeringen (CDV). Daarbij is een voldoende lange overgangperiode naar reservevorming voor de bestaande sectorplannen nodig.

Ook alle bepalingen van de wet van 6 april 1995 betreffende de aanvullende pensioenen moeten van toepassing zijn op sectorplannen. De fiscale behandeling moet gelijkaardig zijn, maar met een supplementair fiscaal voordeel afhankelijk van de minimale sociale rechten. Wat betreft de pensioeninstellingen wordt aldus een eenvormige prudentiële controle van toepassing (bijvoorbeeld of de reserves voldoende zijn), moeten de sociaalrechtelijke bepalingen gerespecteerd worden en zal er een fiscaal gelijkwaardige behandeling zijn (« *level playing field* »).

De nodige initiatieven zullen worden genomen om tegemoet te komen aan de noodzaak aan meer coördinatie en samenwerking tussen de verschillende administraties (het ministerie van Sociale Zaken, het ministerie van Tewerkstelling en Arbeid en de CDV). Ook zal een adviesorgaan opgericht worden, samengesteld uit vertegenwoordigers van de sociale partners en de pensioeninstellingen. Dit orgaan zal op verzoek van de overheid of op eigen initiatief sociale problemen behandelen die verband houden met de tweede pijler en adviezen uitbrengen op dit vlak.

De nodige wetsontwerpen zullen worden neergelegd in het Parlement.

— La transparence et une information régulière et claire, par exemple sur l'évolution du rendement, la structure des frais, le calcul de la participation dans les bénéfices, etc.

Les plans sectoriels qui concernent toutes les entreprises et tous les travailleurs concernés peuvent apporter une contribution importante à la démocratisation du deuxième pilier notamment dans les secteurs où il y a beaucoup de « petites » PME. Des plans sectoriels peuvent offrir plus d'avantages sociaux que des plans d'entreprises. Ils favorisent en outre la solidarité entre les entreprises et entre les travailleurs du secteur.

Le contenu des décisions en matière de solidarité doit être le résultat de négociations libres entre les organisations de travailleurs et d'employeurs. Si le plan pension veut dépasser la norme salariale, obtenir un avantage fiscal supplémentaire et interdire aux entreprises de choisir par eux-mêmes un propre instrument de pension par le fonds de pension ou l'assurance de groupe (« *opting-out* »), il doit contenir un certain nombre de droits sociaux minimaux.

Le gouvernement doit veiller à ce que les promesses de pension soient respectées. Ce qui a pour conséquence que dans les plans sectoriels également chaque octroi de pension doit être financé par la constitution de réserves, de sorte qu'ils tombent sous le contrôle de l'Office de Contrôle des Assurances (OCA). Une période transitoire suffisamment longue doit être prévue, afin de permettre aux plans sectoriels existants de constituer des réserves.

Toutes les dispositions de la loi du 6 avril 1995 sur les pensions complémentaires doivent également être applicables aux plans sectoriels. Le traitement fiscal doit être le même avec cependant un avantage fiscal supplémentaire en fonction des droits sociaux minimaux. En ce qui concerne les organismes de pension un contrôle prudentiel uniforme (par exemple s'il existe suffisamment de réserves) sera d'application, les dispositions de droit social doivent être respectées et il y aura égalité de traitement fiscal (« *level playing field* »).

Les initiatives nécessaires doivent également être prises afin de rencontrer la nécessité d'une meilleure coordination et collaboration avec les différentes administrations (le ministère des Affaires Sociales, le ministère de l'Emploi et du Travail et l'OCA). Un organisme d'avis sera également constitué comprenant des représentants des partenaires sociaux et des organismes de pensions. À la demande de l'autorité ou à sa propre initiative, l'organisme précité traitera les problèmes sociaux ayant trait au deuxième pilier et donnera des avis en la matière.

Les projets de loi nécessaires seront déposés au Parlement.

3.5. DE UITDAGING VAN DE TEWERKSTELLINGS- GRAAD

In België bedraagt de tewerkstellingsgraad (de tewerkstelling in verhouding tot de bevolking die de leeftijd heeft waarop normaal gewerkt wordt) 59 % in 2000 en zal deze 59,6 % bedragen in 2001. Het zal dus niet eenvoudig zijn om de doelstellingen inzake tewerkstelling die in Lissabon werden afgesproken, te bereiken.

De door België opgelopen achterstand inzake de tewerkstellingsgraad betreft vooral de leeftijdsklassen van 50 tot 64 jaar. Wij bevinden ons daar in de achterste gelederen van de landen van de Europese Unie.

3.5.1. De instelling van een « tijdskrediet » dat in aanmerking genomen wordt voor de pensioen- berekening in de openbare sector

De problematiek van de tewerkstellingsgraad stelt zich ook in de openbare sector. De tussenkomst van de werkgever in de loopbaan van de werknemers is er nochtans minder belangrijk dan in de privé-sector. Door stelsels als het brugpensioen en de werkloosheid heeft de werknemer immers weinig controle over het einde van zijn loopbaan.

Desondanks bestaat er een nog steeds toenemend verschil tussen de daadwerkelijke ingang van het pensioen en de leeftijdsgrens voor de personeelsleden van de openbare sector.

Er zijn dan ook maatregelen nodig om de tewerkstellingsgraad te verhogen. Deze term kan trouwens ruim geïnterpreteerd worden : een soepeler verlofstelsel voor een bepaalde doelgroep kan de tewerkstellingsgraad verhogen indien daardoor bijvoorbeeld het betrokken beroep aantrekkelijker gemaakt wordt. Het inzake tewerkstellingsgraad te voeren beleid kan dus zowel klassieke maatregelen inzake tewerkstelling bevatten als maatregelen inzake pensioen of verlofmogelijkheden, bijvoorbeeld de invoering van een tijdskrediet.

Een eerste maatregel, die kadert in het klassieke tewerkstellingsbeleid, werd genomen met uitwerking vanaf 1 januari 2001. Hij heeft tot doel de personeelsleden van de openbare sector die de leeftijd van 60 jaar bereikt hebben en die bijgevolg aan de voorwaarden om hun pensioen te verkrijgen voldoen, ertoe aan te zetten hun loopbaan verder te zetten en hun pensioen dus uit te stellen (artikel 5, onderafdeling 2, complément wgens leeftijd, van de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en diverse bepalingen).

Een tweede maatregel, die kadert in het beleid ter ondersteuning van de globale activiteitsgraad van het personeel van de openbare sector en genomen wordt in uitvoering van artikel 168 van de wet van 12 augustus 2000, betreft de invoering, vanaf 2001, van een tijdskrediet dat alle vrijwillige afwezigheden opgenomen tijds-

3.5. LE DÉFI DU TAUX D'OCCUPATION

Le taux d'occupation (l'emploi total par rapport à la population en âge de travailler) s'élève en Belgique à 59 % en 2000 et passera à 59,6 % en 2001. C'est dire qu'il ne sera pas du tout aisé d'atteindre les objectifs en matière d'emploi décidés à Lisbonne.

Le retard enregistré par la Belgique relativement au taux d'occupation concerne surtout les classes d'âge de 50 à 64 ans puisque nous nous situons en ce domaine en queue du peloton des pays de l'Union européenne.

3.5.1. L'instauration d'un « crédit-temps » pris en compte pour le calcul de la pension dans le secteur public

Dans la problématique du taux d'occupation, le secteur public est également impliqué. L'intervention de l'employeur dans la carrière des travailleurs y est cependant moins importante que dans le secteur privé. En raison par exemple de la prépension ou du chômage, la fin de carrière dans le secteur privé échappe en effet en grande partie au contrôle des travailleurs.

En dépit de ce fait, il existe une différence toujours croissante entre la prise effective de la retraite et la limite d'âge des pensions des agents du secteur public.

Des mesures doivent donc être prises afin d'augmenter le taux d'occupation. Ce terme peut par ailleurs être interprété de façon large : un régime plus souple en matière de congé pour un certain groupe-cible peut augmenter le taux d'occupation général si par exemple de ce fait la profession concernée est rendue plus attractive. La politique à mener en ce qui concerne le taux d'occupation peut donc contenir tant des mesures classiques en matière d'emploi que des mesures en matière de pension ou des possibilités de congé, par exemple l'instauration d'un crédit-temps.

Une première mesure prise dans le cadre de la politique classique d'emploi, prend effet le 1^{er} janvier 2001. Elle envisage d'inciter les agents du secteur public qui ont atteint l'âge de 60 ans et qui dès lors se trouvent dans les conditions pour obtenir leur pension, à poursuivre leur carrière et donc à postposer leur départ à la retraite (article 5, sous-section 2, complément pour âge, de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses).

Une deuxième mesure qui s'inscrit dans la politique de soutien du taux d'activité global du personnel des services publics et est prise en application de l'article 168 de la loi du 12 août 2000, concerne l'instauration à partir de 2001 d'un capital-temps, englobant toutes les absences volontaires prises au cours de la carrière. Ces ab-

dens de loopbaan omvat. Deze vrijwillige afwezigheden zullen voor de berekening van het pensioen in aanmerking genomen worden tot beloop van een bepaald percentage van de werkelijk gepresteerde periodes. Voor deze maatregel zal een ruim overleg nodig zijn tussen de verschillende overheden, naast het overleg dat in elk geval plaats zal moeten hebben met de syndicale organisaties. Het koninklijk besluit dat deze maatregel uitvoert, zal uiterlijk op 1 april 2002 bij wet bekrachtigd worden.

3.5.2. Activeringsmaatregelen in de privé-sector

Omdat de cumulatie van een pensioen met een beroepsinkomen slechts onder bepaalde voorwaarden en binnen bepaalde grenzen toegelaten is, kan dit in sommige gevallen leiden tot een inactiviteitsval, omdat (bijkomende) arbeid wordt ontmoedigd. Om diegenen die de stap naar werk wensen te zetten, hiervoor ook te belonen, werd de studiedienst van het ministerie van Sociale Zaken belast met een studieopdracht terzake.

Op basis van de resultaten van de studie zal nagegaan worden hoe de combinatie van (deeltijdse) arbeid en pensioen aantrekkelijker gemaakt kan worden. Eveneens zal onderzocht worden of het opportuun is om, in het bijzonder geval van de gerechtigden op een overlevingspensioen, twee vervangingsinkomens (het vervangingsinkomen — pensioen — op grond van de arbeid van de overleden echtgenoot en het vervangingsinkomen op grond van de eigen arbeid) te kunnen cumuleren.

3.6. EEN ADEQUATE SOCIALE BESCHERMING

Pensioenen zijn per definitie uitkeringen die gedurende lange tijd worden toegekend. Voor velen vormt het pensioen bovendien het belangrijkste inkomen. Het is dan ook van essentieel belang dat dit pensioen een compensatie vormt voor het verlies aan inkomen dat voortvloeit uit de beëindiging van de beroepsloopbaan en dat het een voldoende hoog niveau van sociale bescherming biedt.

3.6.1. Versterking van de band tussen het pensioen en het laatste beroepsinkomen : verhoging van het plafond dat in aanmerking genomen wordt voor de berekening van het pensioen

Het verzekeringsprincipe komt voor de nieuw gepensioneerden tot uiting in periodieke verhogingen van het inkomensplafond dat als basis geldt voor de berekening van de pensioenen. De pensioenen als werknemer en als zelfstandige worden immers berekend op grond van

sences volontaires seront prises en compte pour le calcul de la pension à concurrence d'un certain pourcentage des périodes réellement prestées. L'adoption de cette mesure nécessitera une large concertation entre les différentes autorités en plus de celle qui doit de toute façon avoir lieu avec les organisations syndicales. L'arrêté royal exécutant cette mesure sera confirmé par une loi au plus tard le 1^{er} avril 2002.

3.5.2. Mesures d'activation dans le secteur privé

Le cumul d'une pension avec un revenu professionnel n'étant autorisé qu'à certaines conditions et dans certaines limites, il peut en résulter une chute d'activité parce que tout travail supplémentaire est découragé. Afin de pouvoir soutenir les efforts des personnes qui souhaitent travailler, le service d'étude du ministère des Affaires sociales a été chargé d'examiner cette problématique.

Sur la base des résultats de cette étude, il sera examiné comment rendre plus attractive, la combinaison de travail (partiel) avec une pension. Fera également l'objet d'un examen, l'opportunité, dans le cas particulier des bénéficiaires d'une pension de survie, de pouvoir cumuler deux revenus de remplacement (le revenu de remplacement — pension — sur la base de l'activité du conjoint décédé et le revenu de remplacement sur la base de sa propre activité).

3.6. UNE PROTECTION SOCIALE ADÉQUATE

Les pensions sont par définition des prestations octroyées durant une longue période. Pour beaucoup, la pension constitue en outre le revenu le plus important. Il est donc extrêmement important que cette pension offre une compensation pour la perte de revenus résultant de la fin de la carrière professionnelle et qu'elle assure un niveau suffisamment élevé de protection sociale.

3.6.1. Renforcement du lien entre la pension et le dernier revenu professionnel : augmentation du plafond entrant en ligne de compte pour le calcul de la pension

Le principe d'assurance se concrétise pour les nouveaux pensionnés sous la forme des augmentations périodiques du plafond des revenus servant de base au calcul des pensions. Les pensions des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants sont en effet calculées

de lonen en de inkomsten die de betrokkene verworven heeft, evenwel slechts tot beloop van een bepaald plafond.

Om te vermijden dat de verhouding tussen het pensioen en het laatste beroepsinkomen met de jaren vermindert, wat het systeem geleidelijk tot een stelsel van basispensioenen zou brengen, heeft de pensioenhervorming van juli 1997 in de werknemersregeling een tweejaarlijkse koppeling van het loonplafond aan de evolutie van het loon ingevoerd en heeft zij in de regeling voor zelfstandigen een tussenplafond ingevoerd voor de pensioenberekening, dat gelijk is aan het loonplafond in de regeling voor werknemers en ook op gelijke wijze evolueert.

Aangezien de laatste aanpassing dateert van 1999, zullen het loonplafond en het plafond van de inkomsten in 2001 verhoogd worden overeenkomstig de voormelde wetgevingen.

3.6.2. Blijvende verzekering van een voldoende hoog pensioen : aanpassing van de pensioenen aan de stijging van de welvaart

Ook voor mensen die reeds geruime tijd gepensioneerd zijn moet de gemiddelde vervangingsratio voldoende hoog blijven. Hun pensioenen werden immers berekend op oudere, en dus lagere, lonen of inkomsten, soms zelfs nog (gedeeltelijk) op forfaitaire basis. Hoe ouder de pensioenen zijn, hoe belangrijker een regelmatige welvaartsaanpassing dus wordt. Anders neemt de afstand tussen gemiddeld pensioen en gemiddeld inkomen steeds toe en is er sprake van relatieve verarming.

In periodes van sterke economische groei en van stijging van de lonen doet dit fenomeen zich bovendien nog sterker voor. Een inhaalbeweging is dan ook noodzakelijk, vooral voor de personen die reeds gedurende lange tijd gepensioneerd zijn. Dit is inherent aan de opdracht van de actieve welvaartsstaat.

Werknemerspensioenen werden in het verleden reeds meermaals aangepast aan de evolutie van de welvaart en sinds 1999 wordt aan de gerechtigden op een werknemerspensioen dat ingegaan is vóór 1 januari 1991 jaarlijks in de loop van de maand februari een herwaarderingspremie van 0,5 % (hetzij 6 % van het maandbedrag) uitbetaald. In februari 2001 zal deze premie eveneens, en onder dezelfde voorwaarden, uitbetaald worden aan de gerechtigden op een pensioen als zelfstandige. Naast de premie van 6 % voor het jaar 2001 krijgen zij dan ook een premie van 3 % voor het jaar 2000.

Vanaf januari 2002 wordt deze herwaarderingspremie in beide regelingen vervangen door een « echte » welvaartsaanpassing, en wel voor de pensioenen die minimum 9 jaar geleden ingegaan zijn. Zo zullen op 1 januari 2002 de pensioenen die ingegaan zijn vóór 1993

léés sur les salaires et les revenus acquis par l'intéressé, limités cependant à un certain plafond.

Afin d'éviter que le rapport entre la pension et les derniers revenus professionnels ne diminue avec le temps, ce qui nous mènerait progressivement vers un système de pensions de base, la réforme des pensions de juillet 1997 a prévu dans le régime de pension des travailleurs salariés une liaison bisannuelle du plafond salarial à l'évolution du salaire. Dans le régime de pension des travailleurs indépendants, un plafond intermédiaire pour le calcul des pensions, identique au plafond salarial dans le régime des travailleurs salariés et évoluant de la même manière a également été prévu.

La dernière adaptation datant de 1999, le plafond salarial et le plafond des revenus seront augmentés en 2001 conformément aux législations précitées.

3.6.2. Assurance permanente d'une pension assez élevée : adaptation des pensions à l'évolution du bien-être

Pour les personnes pensionnées depuis longtemps le ratio de remplacement doit également rester suffisamment élevé. Leurs pensions ont en effet été calculées sur des salaires ou des revenus plus anciens et dès lors moins élevés, parfois même (partiellement) sur une base forfaitaire. Plus les pensions sont anciennes, plus importantes deviennent dès lors des adaptations régulières au bien-être. À défaut de pareille adaptation, l'écart entre la pension moyenne et le revenu moyen augmente et l'on peut parler d'appauvrissement relatif.

Ce phénomène serait en outre amplifié en périodes de fortes croissances économiques et d'augmentations salariales. Il est dès lors indispensable de prévoir des mesures de rattrapage, particulièrement à l'égard des personnes pensionnées de longue date. Cela relève de la mission même de l'État social actif.

Les pensions des travailleurs salariés ont été adaptées plusieurs fois dans le passé à l'évolution du bien-être. Depuis 1999 il est accordé annuellement dans le courant du mois de février aux bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié ayant pris cours avant le 1^{er} janvier 1991 une prime de revalorisation de 0,5 % (c'est-à-dire 6 % du montant mensuel). En février 2001 cette prime sera également et sous les mêmes conditions payée aux bénéficiaires d'une pension de travailleur indépendant. Outre la prime de 6 % pour l'année 2001 ils percevront également une prime de 3 % pour l'année 2000.

À partir de janvier 2002 cette prime de revalorisation est remplacée dans les deux régimes par une « véritable » adaptation au bien-être et ce pour les pensions ayant pris cours il y a au moins 9 ans. Les pensions ayant pris cours avant 1993 seront déjà augmentées de

reeds met 1 % verhoogd worden. Daar zal in de loop van het jaar 2002 (of begin 2003, in functie van de budgettaire mogelijkheden) nog 1 % bijkomen. Ook wordt een mechanisme ingesteld waardoor de personen die gepensioneerd zijn in 1993, 1994 en 1995 eveneens een verhoging van 2 % zullen krijgen, respectievelijk in 2003, 2004 en 2005. De minister zal in 2001 de nodige stappen ondernemen voor de uitvoering van deze maatregelen.

3.6.3. Verzekering van een minimuminkomen voor bejaarden : de inkomensgarantie voor ouderen

Ook aan de ouderen die geen of maar een klein pensioentje hebben en over onvoldoende bestaansmiddelen beschikken, moet een goede sociale bescherming geboden worden. Zij kunnen heden ten dage beroep doen op het stelsel van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden. De wetgeving inzake dit gewaarborgd inkomen dateert evenwel van 1969 en werd in meer dan 30 jaar amper gewijzigd.

Daarom zal in 2001 de « inkomensgarantie voor ouderen » (IGO) ingesteld worden, waarin de volgende klemtonen gelegd zullen worden :

— Gelijke behandeling van mannen en vrouwen : in tegenstelling tot de pensioenregelingen voor werknemers en voor zelfstandigen, waarin de normale pensioenleeftijd voor vrouwen geleidelijk wordt opgetrokken van 60 naar 65 jaar, voert de inkomensgarantie voor ouderen van meet af aan een gelijke leeftijd voor mannen en vrouwen in. Deze wordt in 2001 voor mannen en vrouwen eenvormig vastgesteld op 62 jaar. Op 1 januari 2003 wordt deze leeftijd verhoogd tot 63 jaar, op 1 januari 2006 tot 64 jaar. De minimumleeftijd van 65 jaar wordt bereikt op 1 januari 2009.

— Aanpassing van de wetgeving aan de recente maatschappelijke veranderingen : de inkomensgarantie voor ouderen houdt rekening met de maatschappelijke realiteit en voert in de berekeningsregels — los van de burgerlijke staat — een gelijke behandeling in, zonder hierbij het klassieke gezinspatroon te benadelen. Het recht op de inkomensgarantie wordt aldus geïndividualiseerd. De uitkeringen voor de inkomensgarantie worden ook verhoogd ten opzichte van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

— Modernisering van de wetgeving : de berekeningsprocedures en de bedragen worden aangepast aan de huidige zienswijze op de toekenning en de controle van het recht op een bijstandsuitkering; door de evoluties op het vlak van de informatica en de communicatie kunnen de rechten op een meer actieve wijze vastgesteld en herzien worden.

De overgang van het « gewaarborgd inkomen » naar de « inkomensgarantie voor ouderen » zal ambtshalve

1 % le 1^{er} janvier 2002. Dans le courant de l'année 2002 (ou début 2003, en fonction des possibilités budgétaires) 1 % supplémentaire s'y ajoutera. En outre, un mécanisme est instauré par lequel les personnes qui sont pensionnées en 1993, 1994 et 1995 percevront également une augmentation de 2 %, respectivement en 2003, 2004 et 2005. Le ministre entreprendra en 2001 les démarches nécessaires pour l'exécution de ces mesures.

3.6.3. Assurance d'un revenu minimal aux personnes âgées : la garantie de ressources aux personnes âgées

Une protection sociale adéquate doit également être garantie aux personnes âgées qui ne bénéficient pas de pension ou qui n'ont qu'une petite pension et qui ne disposent pas de ressources suffisantes. Actuellement, elles peuvent faire appel au système du revenu garanti aux personnes âgées. La législation en la matière date cependant de 1969 et n'a pratiquement pas été modifiée depuis 30 ans.

Pour cette raison sera instaurée en 2001 une « garantie de ressources aux personnes âgées » (GRAPA), comprenant les caractéristiques suivantes :

— L'égalité de traitement entre hommes et femmes : contrairement aux régimes de pension des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants, où l'âge normal de la retraite des femmes est porté progressivement de 60 à 65 ans, la garantie de ressources aux personnes âgées instaure immédiatement un âge égal de la retraite pour les hommes et les femmes. En 2001 l'âge est fixé uniformément pour les hommes et les femmes à 62 ans. Le 1^{er} janvier 2003 cet âge est porté à 63 ans et le 1^{er} janvier 2006 à 64 ans. L'âge minimum de 65 ans est atteint le 1^{er} janvier 2009.

— L'adaptation de la législation aux modifications sociales récentes : la garantie de ressources aux personnes âgées tient compte de la réalité sociale et introduit dans les règles de calcul — en dehors de l'état civil — une égalité de traitement, sans pour autant défavoriser le modèle familial classique. Le droit à la garantie des ressources est dès lors individualisé. Les indemnités pour la garantie des ressources sont également augmentées par rapport au revenu garanti aux personnes âgées.

— La modernisation de la législation : les procédures de calcul et les montants sont adaptés à la vision actuelle sur l'octroi et le contrôle du droit à une indemnité d'assistance sociale; les évolutions en matière d'informatique et de communication permettent également de fixer d'office et de revoir de manière plus active les droits.

Le passage du « revenu garanti » à la « garantie des ressources aux personnes âgées » se fera d'office pour

gebeuren voor de gerechtigden die er voordeel bij hebben. De huidige wetgeving zal van toepassing blijven op de anderen.

Het wetsontwerp werd neergelegd op het bureau van de Kamer van volksvertegenwoordigers.

3.7. ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING — INSPRAAK EN DIENSTVERLENING AAN DE BEVOLKING

De nieuwe informatietechnologieën zijn al lang geen onbekende meer bij de gepensioneerden. Zij kunnen ook een belangrijke bijdrage leveren voor de verdere vereenvoudiging van de administratieve procedures, bij voorbeeld bij de indiening van de pensioenaanvraag en de uitwisseling van gegevens. In samenwerking met de vereenvoudigingsambtenaren die in de verschillende pensioeninstellingen aangeduid werden, zal eveneens onderzocht worden hoe de formulieren gebruiksvriendelijker gemaakt kunnen worden en hoe zij ontdaan kunnen worden van hun administratief jargon.

Ook informatie en inspraak winnen steeds meer aan belang. Om ouderen toe te laten het einde van hun loopbaan beter te plannen en meer zicht te krijgen op het pensioen dat zij vormen, zal erop toegezien worden dat de infodienst verder uitgebouwd wordt. Het Raadgevend Comité voor de Pensioensector, dat opgericht werd als adviesorgaan van de gepensioneerden, zal, zoals in het verleden, geraadpleegd worden over de belangrijke thema's die de ouderen beroeren. Ook aan de aanbevelingen van de Ombudsdienst Pensioenen, die in 1999 werd opgericht en een belangrijk instrument vormt in het pensioenbeleid, zal de vereiste aandacht worden geschonken.

Rekening houdend met de bepalingen van het Handvest van de Sociaal Verzekerde, zal ernaar gestreefd worden de administratieve procedures inzake de aanvraag en het onderzoek naar de rechten op pensioen in de stelsels voor werknemers, zelfstandigen en ambtenaren zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen en zal onderzocht worden hoe de ambtshalve toekenning en herziening van rechten verder uitgebouwd kan worden.

3.8. AMBTENAREN PENSIOENEN

3.8.1. Technische wijzigingen

Binnenkort zal in het Parlement een wetsontwerp neergelegd worden dat diverse technische wijzigingen aanbrengt aan de wetgeving betreffende de pensioenen van de openbare sector.

les bénéficiaires qui y ont intérêt. La législation actuelle restera applicable aux autres.

Le projet de loi a été déposé au bureau de la Chambre des représentants.

3.7. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE — PARTICIPATION ET SERVICE RENDUS À LA POPULATION

Les nouvelles technologies en matière d'informatique ne sont plus inconnues pour les pensionnés. Elles peuvent également contribuer de façon importante à la poursuite de la simplification des procédures administratives, par exemple en ce qui concerne l'introduction de la demande de pension et l'échange de données. En collaboration avec les agents pour la simplification désignés dans les différentes institutions de pension, il sera en outre examiné comment rendre les formulaires plus attractifs et comment les libérer du jargon administratif.

L'information et la participation deviennent également de plus en plus importantes. Afin de permettre aux personnes âgées de mieux régler leur fin de carrière et d'avoir une meilleure vue sur leur pension, il sera veillé au développement du service info. Le Comité consultatif pour le secteur des pensions, organisme de conseil pour les pensionnés, sera consulté comme dans le passé sur les thèmes importants qui préoccupent les personnes âgées. Une attention particulière sera également accordée aux recommandations du Service de Médiation Pensions, qui a été instauré en 1999 et qui constitue un instrument important dans la gestion des pensions.

En tenant compte des dispositions de la Charte de l'Assuré social on s'efforcera d'harmoniser autant que possible les procédures administratives en matière de demande et d'examen des droits à pension dans les régimes de pension des travailleurs salariés, des travailleurs indépendants et des fonctionnaires et on examinera comment développer l'octroi et la révision d'office des droits à pension.

3.8. PENSIONS DES FONCTIONNAIRES

3.8.1. Modifications techniques

Un projet de loi apportant diverses modifications techniques à la législation relative aux pensions du secteur public sera prochainement déposé au Parlement.

Dit ontwerp houdt rekening met de opmerkingen van het Rekenhof en bevat ook aanpassingen aan een wetgeving die sinds 1991 niet meer werd herzien.

3.8.2. Responsabiliseringsbijdrage ten laste van sommige werkgevers van de openbare sector

Overeenkomstig de gemeenschappelijke wens van de gefedereerde overheden en de federale overheid, zal het mechanisme van de bijzondere wet van 27 april 1994 herzien worden, vanaf de bijdrage 2001, om de exogene gevolgen in de berekening van de responsabiliseringsbijdragen te verminderen of af te schaffen.

Een ontwerp van bijzondere wet zal worden neergelegd in het Parlement.

3.8.3. Financiering van het stelsel van sociale zekerheid en pensioen van het personeel van de politie

De functie van de geïntegreerde politie, zoals georganiseerd door de wet van 7 december 1998, voorziet erin dat indien de diensten van de federale en lokale politie autonoom zijn en afhangen van verschillende overheden, zij niettemin onder hetzelfde personeelsstatuut zullen vallen.

De toepassing van een eenvormig personeelsstatuut op personen die momenteel aan verschillende stelsels van sociale zekerheid en pensioen onderworpen zijn, houdt in dat nagedacht wordt over een mogelijke uniformisering van voormelde stelsels en van hun financiering.

De regering zal een voorstel in deze zin formuleren in de financieringswet.

3.9. INDIVIDUELE PENSIOENREKENING

Oorspronkelijk was de ASLK belast met het bijhouden van de individuele pensioenrekening, krachtens artikel 28 van het koninklijk besluit n^o 50 van 24 oktober 1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers en krachtens het koninklijk besluit van 12 december 1967 dat de Algemene Spaar- en Lijfrentekas belast met het bijhouden van de individuele rekening van de werknemers. Deze wettelijke bepalingen zijn heden ten dage nog steeds van toepassing.

Intussen heeft Fortis deze taken van de ASLK overgenomen. Naast haar wettelijke opdracht vervult Fortis ook bepaalde taken inzake de identificatie van werknemers voor rekening van het netwerk van de Belgische sociale zekerheid. Deze identificatietaken passen enerzijds in het kader van de onmiddellijke aangifte van tewerkstelling (DIMONA) en anderzijds in het kader van de identificatie van de sociaal verzekerden via de SIS-

Tenant compte des observations formulées par la Cour des comptes ce projet comporte également des aménagements à une législation qui n'a plus été revue depuis 1991.

3.8.2. Contribution de responsabilisation à charge de certains employeurs du secteur public

Conformément au souhait commun des entités fédérées et du pouvoir fédéral, le mécanisme de la loi spéciale du 27 avril 1994 sera revu à partir de la contribution 2001 afin notamment de réduire ou de supprimer les effets exogènes dans le calcul des contributions de responsabilisation.

Un projet de loi spéciale sera déposée au Parlement.

3.8.3. Financement du régime de sécurité sociale et de pension du personnel de police

La fonction de police intégrée telle qu'organisée par la loi du 7 décembre 1998 prévoit que si les services de police fédéraux et locaux sont autonomes et dépendent d'autorités distinctes, un même statut du personnel leur sera néanmoins applicable.

L'application d'un statut du personnel uniforme à des personnes actuellement soumises à des régimes de sécurité sociale et de pension différents implique qu'une réflexion soit portée sur une possible uniformisation des régimes précités et de leur financement.

Le gouvernement formulera une proposition en ce sens dans la loi de financement.

3.9. COMPTE PENSION INDIVIDUEL

Originellement, la CGER a été chargée de la tenue du compte individuel de pension en vertu de l'article 28 de l'arrêté royal n^o 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés et de l'arrêté royal du 12 décembre 1967 chargeant la Caisse générale d'épargne et de retraite de la tenue du compte individuel des travailleurs salariés. Ces dispositions réglementaires restent d'application aujourd'hui.

Entre-temps, Fortis a repris ces tâches. Outre sa mission légale, Fortis accomplit actuellement certaines tâches pour compte du réseau de la sécurité sociale belge en matière d'identification des travailleurs. Ces tâches d'identification s'inscrivent d'une part dans le cadre de la déclaration immédiate d'embauche (DIMONA) et d'autre part dans le cadre de l'identification des assurés sociaux via la carte SIS. À l'heure actuelle, le contrôle

kaart. De identificatiecontrole is momenteel verdeeld tussen de ziekenfondsen, Fortis en de Kruispuntbank voor de Sociale Zekerheid.

Sinds 1996 bestaat er een vzw « Individuele Rekeningen — Comptes Individuels — Pensioenen/Pensions » genaamd (afgekort IRCIP), die opgericht werd door Fortis (ASLK Verzekeringen), de Rijksdienst voor pensioenen en de Federale Participatiemaatschappij, en die « de algemene strategie inzake beheer van de individuele pensioenrekeningen » tot hoofddoel heeft.

De regering zal de problematiek van de individuele pensioenrekening herzien in 2001, om de continuïteit van de dienst te verzekeren. Daarbij zal zij rekening houden met het belang van alle betrokken partijen.

3.10. MODERNISERING VAN DE PENSIOENEN TEN LASTE VAN DE DIENST VOOR OVERZEESE SOCIALE ZEKERHEID (DOSZ)

De reglementering van de DOSZ moet worden gemoderniseerd en aangepast aan de recente maatschappelijke ontwikkelingen.

De problematiek van de inaanmerkingneming van de militaire dienst en de burgerdienst om de pensioenrechten vast te stellen en de afschaffing van ongelijkheden in het stelsel zullen grondig onderzocht worden.

4. INVESTEREN IN DE TOEGANKELIJKHEID, DE MENSELIJKHEID EN DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG

4.1. INLEIDING

4.1.1. Doelstellingen, prioriteiten en middelen

Het is noodzakelijk het gezondheidszorgbeleid nadrukkelijker in te passen in een globaal gezondheidsbeleid en af te stemmen op expliciete doelstellingen en prioriteiten. De gezondheidsdoelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) Regio Europa en de beschikbare kennis over de volksgezondheid in België (onder meer op basis van de gegevens uit de gezondheidsenquête) vormen de basis voor het formuleren van doelstellingen voor de Belgische gezondheidszorg. Om deze lange termijn doelstellingen te kunnen realiseren moeten een aantal prioriteiten worden gelegd in de concrete beleidsvoering. Deze prioriteiten zijn toegankelijkheid, menselijkheid en kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

Het realiseren van doelstellingen vraagt veel meer tijd dan een legislatuur. De minister kiest daarom, in overleg met de actoren, voor een continu proces van wel-

de l'identification est réparti entre les mutuelles, Fortis et la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Depuis 1996, existe une asbl dénommée « *Individuele Rekeningen — Comptes Individuels — Pensioenen/Pensions* » fondée entre Fortis (CGER Assurances), l'Office national des Pensions et la Société fédérale de Participation, en abrégé IRCIP qui a pour objet principal de « définir la stratégie générale en matière de gestion des comptes de pension individuels ».

Le gouvernement reverra la problématique du compte individuel de pension en 2001 avec le souci d'assurer la continuité du service et en tenant compte de l'intérêt de toutes les parties en cause.

3.10. MODERNISATION DES PENSIONS À CHARGE DE L'OFFICE DE SÉCURITÉ SOCIALE D'OUTRE-MER (OSSOM)

La réglementation de l'OSSOM doit être modernisée et adaptée aux évolutions récentes de la société.

La problématique de la prise en compte du service militaire et civil pour fixer les droits en matière de pension ainsi que la suppression des inégalités au sein de ce régime feront l'objet d'un examen approfondi.

4. INVESTIR DANS L'ACCESSIBILITÉ, L'HUMANITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

4.1. INTRODUCTION

4.1.1. Objectifs, priorités et moyens

Il est nécessaire d'intégrer plus formellement la politique des soins de santé dans une politique globale de la santé et de la faire concorder avec des objectifs et des priorités explicites. Les objectifs en matière de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) Zone Europe et les connaissances disponibles au sujet de la santé publique en Belgique (entre autres sur la base des données fournies par l'enquête sur la santé) servent de base à la formulation d'objectifs dans le cadre des soins de santé en Belgique. Aux fins de pouvoir réaliser ces objectifs à long terme, la politique à mener concrètement doit comporter un certain nombre de priorités. Ces priorités se nomment accessibilité, humanité et qualité ainsi qu'efficacité des soins.

La réalisation des objectifs requiert davantage de temps que la durée d'une législature. Aussi, le ministre des Affaires sociales opte-t-il, en concertation avec les

overwogen hervormingen en met een duurzaam effect dat moet leiden tot een cultuurwijziging.

De substantieel toegenomen middelen voor 2001 werden aan specifieke projecten toegewezen om bepaalde, specifieke doelstellingen te kunnen realiseren. Deze toegenomen investering in gezondheidszorg is alleen verantwoord als aan een aantal voorwaarden is voldaan. In de eerste plaats moet het mogelijk zijn te onderzoeken in welke mate de aangewende middelen in verhouding staan tot de bestaande behoeften op de diverse deeldomeinen, wat uiteraard een grondige kennis van die behoeften vereist. In de tweede plaats moeten de middelen met een maximale doelmatigheid worden ingezet. In de derde plaats moet men kunnen beschikken over een gezondheidszorgsysteem dat aangepast is aan de vereisten van het begin van de 21^e eeuw.

4.1.2. Basisprincipes van gezondheidszorg in de actieve welvaartstaat

Wanneer de activiteitsgraad in de samenleving stijgt, komen er middelen vrij en kunnen nieuwe beleidskeuzes gemaakt worden. De keuze van de regering om de vrijkomende middelen bij prioriteit toe te wijzen aan de gezondheidszorg sluit perfect aan bij de ambitie om van ons land een actieve welvaartstaat te maken. Maar ook de wijze waarop deze middelen geïnvesteerd worden, moet een illustratie zijn van een verstandig actieve staat.

De Belgische ziekteverzekering is er — in vergelijking met andere landen — behoorlijk in geslaagd aan de bevolking goede en toegankelijke gezondheidszorg te verzekeren. Zonder actieve ingreep, zowel op het vlak van de middelen als op het vlak van de werkmethode, zal zij er echter minder en minder in slagen om de principes van gelijkheid, autonomie en efficiëntie te blijven toepassen. Dit zou de maatschappelijke « goodwill » voor het ziekteverzekeringssysteem aantasten, zowel bij de overheid, de financiers, de gebruikers en in toenemende mate ook bij de verstrekkers van zorg.

Het gelijkheidsprincipe is bedreigd : uit een aantal recente gegevens blijkt dat gelijke toegang tot gezondheid maar ook tot gezondheidszorg niet is gerealiseerd. Lage inkomensgroepen en chronisch zieken botsen op aanzienlijke financiële drempels; de ziekteverzekering blijkt voor hen onvoldoende adequaat.

Het autonomieprincipe in de ziekteverzekering wordt vertaald als de individuele vrijheid van keuze en van therapie. Een strikt individuele benadering van de professionele autonomie botst met de nood aan betere integratie van zorg, die het gevolg is van de toenemende complexiteit van de geneeskunde en het toenemend aantal chronische aandoeningen. Ook de ontwikkeling

acteurs, voor un processus continu de réformes bien étudiées, assorti d'un effet durable qui doit entraîner un changement de culture.

Les moyens substantiellement accrus pour 2001 ont été affectés à des projets spécifiques en vue de réaliser certains objectifs précis. Cet investissement accru dans les soins de santé ne se justifie que si un certain nombre de conditions sont remplies. D'abord, il doit être possible d'examiner dans quelle mesure les moyens affectés sont proportionnels aux besoins existants dans divers sous-domaines, ce qui requiert bien entendu une connaissance approfondie de ces besoins. Ensuite, les moyens doivent être engagés avec un maximum d'efficacité. Enfin, on doit pouvoir disposer d'un système de soins de santé adapté aux exigences du début du 21^e siècle.

4.1.2. Principes de base des soins de santé dans l'État-social actif

Lorsque le taux d'activité augmente dans la société, des moyens se libèrent et de nouveaux choix politiques peuvent être faits. Le choix du gouvernement d'affecter prioritairement les moyens dégagés aux soins de santé coïncide parfaitement avec l'ambition de faire de notre pays un État social actif. Mais le mode d'investissement de ces moyens doit être l'illustration d'un État intelligemment actif.

En comparaison d'autres pays, le système d'assurance maladie belge a pleinement réussi à garantir à la population des soins de santé de bonne qualité et accessibles. Sans intervention active tant sur le plan des moyens que sur celui des méthodes de travail, il sera toutefois de plus en plus difficile de continuer à appliquer les principes d'égalité, d'autonomie et d'efficacité. Cela entamerait la « bonne volonté » sociale pour le système de l'assurance maladie tant dans le chef des pouvoirs publics, des financiers, des usagers que, dans une mesure croissante, dans celui des dispensateurs de soins.

Le principe d'égalité est menacé : il ressort d'un certain nombre de données récentes qu'un accès égal à la santé mais aussi aux soins de santé n'est pas réalisé. Les personnes ayant des revenus bas et les malades chroniques se heurtent à des obstacles financiers importants; l'assurance maladie s'avère insuffisante pour ces groupes.

Le principe d'autonomie dans le cadre de l'assurance maladie se traduit par la liberté de choix et la liberté de thérapie pour chaque individu. Une approche strictement individuelle de l'autonomie professionnelle se heurte à la nécessité d'une meilleure intégration des soins qui découle de la complexité accrue de la médecine et du nombre croissant d'affections chroniques. Le dévelop-

van *evidence based medicine* vraagt een andere invulling van de notie professionele autonomie. De belangrijkste maatschappelijke ontwikkeling én uitdaging in de gezondheidszorg wordt gevormd door het feit dat de keuzes van de patiënten meer en meer bepaald worden door de kwaliteit en de resultaten van de verleende zorg, eerder dan door de status van de zorgverstreker. Waarbij moet worden opgemerkt dat de ziekteverzekering totnogtoe weinig heeft bijgedragen aan het zichtbaar maken van kwaliteit en *outcome* voor de patiënt.

Het efficiëntieprincipe vereist dat met gezondheidszorg, als maatschappelijk en solidair gefinancierd goed, zo economisch mogelijk wordt omgegaan en dat allocatie en aanwending van middelen gebeuren op basis van doelmatigheidsoverwegingen. Dit veronderstelt dat wordt uitgegaan van de behoeften van de patiënt. Een dergelijke benadering botst met de huidige spelregels van ons ziekteverzekeringssysteem waarin de belangenverdediging van het zorgaanbod structureel verankerd zit.

De actualisering van deze principes in de ziekteverzekering vergt een actief ingrijpen van de overheid op de aanbodzijde. De kern van dit beleid bestaat er in de actoren van het gezondheidszorgsysteem meer verantwoordelijk te maken om, met de vastgelegde middelen, de door de overheid vastgelegde doelstellingen te realiseren: doelmatige gezondheidszorg op maat van en betaalbaar voor de patiënten. Dit is, in één zin samengevat, waar de actieve welvaartsstaat in de gezondheidszorg voor staat.

De ervaring in eigen land en elders in Europa leert dat hervormingen langs de vraagzijde (inclusief het verzekeringsaspect) geen duurzame oplossing bieden voor een adequate ontwikkeling van de gezondheidszorg. Zowel de invoering van marktprincipes — met competitie tussen zorgverzekeraars op het vlak van het pakket van verzekerde zorg en premiestelling — als het responsabiliseren van de patiënt voor de organisatie van zijn verzekering of via persoonlijke bijdragen blijken in de praktijk vooral bijgedragen te hebben tot grotere sociale ongelijkheid en risicoselectie en niet tot daling van kosten of tot grotere kwaliteit van de zorg.

4.1.3. Doelstellingen van het gezondheidszorgbeleid

Via de *World Health Declaration* van mei 1998 heeft België expliciet de principes van gelijkheid, solidariteit en sociale gerechtigheid onderschreven, waarbij werd bevestigd dat bijzondere aandacht zou gaan naar de mensen die meest nood hebben aan zorg. Hierop aansluitend werd door ons land herhaald dat het zich ertoe verbond de gezondheidszorgsystemen te versterken, aan te passen of te hervormen zodat iedereen toegang

pement de la médecine basée sur l'évidence nécessite également une nouvelle définition de la notion d'autonomie professionnelle. Le développement social le plus important et le défi principal dans le domaine des soins de santé est dû au fait que les choix du patient sont de plus en plus déterminés par la qualité et par les résultats des soins dispensés, plutôt que par le statut du dispensateur de soins. Toutefois, il y a lieu de souligner que l'assurance maladie a, jusqu'à présent, peu contribué à rendre visible la qualité et l'*outcome* pour le patient.

Le principe d'efficacité requiert qu'on ait recours de la manière la plus économique possible aux soins de santé, en tant que bien social financé solidairement, et que l'octroi et l'affectation des moyens se fassent sur la base de considérations relatives à l'utilité. Cela suppose qu'on se base sur les besoins du patient. Une telle approche se heurte aux actuelles règles du jeu de notre système d'assurance maladie, dans lequel la défense des intérêts de l'offre de soins est inscrite de façon structurelle.

L'actualisation de ces principes dans le cadre de l'assurance maladie nécessite une intervention active des autorités dans le domaine de l'offre. L'essentiel de cette politique consiste à responsabiliser davantage les acteurs du système des soins de santé afin de réaliser les objectifs fixés par les autorités et ce, en respectant les moyens fixés; le but est d'offrir des soins de santé efficaces et supportables financièrement pour les patients. Voilà ce qui résume en une phrase le rôle de l'État social actif dans les soins de santé.

L'expérience dans notre propre pays et ailleurs en Europe nous apprend que des réformes au niveau de la demande (y compris l'aspect de l'assurance) ne constituent pas une solution durable pour un développement adéquat des soins de santé. Tant l'instauration de principes de marché — avec une concurrence entre assureurs au niveau de l'ensemble de soins assurés et de la fixation de primes — que la responsabilisation du patient pour l'organisation de son assurance ou via des tickets modérateurs semblent, dans la pratique, surtout avoir contribué à renforcer l'inégalité sociale et à sélectionner les risques et non pas à diminuer les frais ou à améliorer la qualité des soins.

4.1.3. Objectifs de la politique en matière de soins de santé

En signant la *World Health Declaration* de mai 1998, la Belgique a souscrit explicitement aux principes d'égalité, de solidarité et de justice sociale et a confirmé qu'un intérêt particulier serait accordé aux personnes ayant le plus grand besoin de soins. Dans le même ordre d'idées, notre pays a répété qu'il s'engageait à renforcer, adapter ou réformer les régimes de soins de santé, de sorte que tout le monde ait accès à des soins de qualité s'ap-

zou hebben tot kwaliteitsvolle, op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg die ook op de langere termijn betaalbaar blijft.

Het regionaal Comité voor Europa van de WGO heeft in 1998 21 gezondheidsdoelstellingen geformuleerd. De domeinen waarop ze betrekking hebben zijn : gelijkheid inzake gezondheid; gezond oud worden; betere geestelijke gezondheidszorg; het terugdringen van infectieuze aandoeningen; het terugdringen van niet-overdraagbare aandoeningen; gezondheidsbevorderende randvoorwaarden en omgevingselementen; verdere integratie van de gezondheidszorgsector; de organisatie van het gezondheidszorgbeleid met het oog op kwaliteit; financiering van gezondheidszorg en aanwending van middelen.

Deze 21 doelstellingen ⁽¹⁰⁾ zullen de basis vormen van de doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg die de minister zal toepassen. Op dit moment weerhoudt de minister reeds volgende prioritaire domeinen : gelijkheid inzake gezondheidszorg; de organisatie van het gezondheidszorgbeleid met het oog op kwaliteit en de allocatie en doelmatige aanwending van middelen in de gezondheidszorg. De bepaling van andere doelstellingen, onder andere met betrekking tot bepaalde doelgroepen (betere geestelijke gezondheidszorg, gezondheidszorg voor ouderen, ...) zal in overleg met de minister van Volksgezondheid gebeuren.

Doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg kunnen alleen dan het beleid oriënteren als de geboekte vooruitgang regelmatig geëvalueerd wordt. Hiervoor zijn indicatoren nodig. Aan het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid Louis Pasteur (WIV) zal de opdracht worden gegeven om, vanuit de diverse beschikbare gegevensbronnen, een set van haalbare en relevante indicatoren te ontwikkelen die toelaten regelmatig te rapporteren over de realisatie van de doelstellingen en dit binnen een relatief kort tijdspectief. Daar waar de WGO de diverse specifieke doelstellingen uitdrukt als tegen het jaar 2020 te realiseren veranderingen zal hier voor een kortere termijn worden geopteerd.

4.1.4. Omvang en besteding van de middelen voor gezondheidszorg

4.1.4.1. Bijkomende middelen bestemd voor specifieke doeleinden

De spanning tussen groeiende uitgaven in de gezondheidszorg — essentieel het gevolg van de snelle ontwikkeling en ruimere toepassing van nieuwe technologische mogelijkheden in de gezondheidszorg, het

⁽¹⁰⁾ De 21 objectieven (zowel op het gebied van gezondheid als op het gebied van gezondheidszorg) zoals ze werden geformuleerd door het regionaal comité van Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn te vinden op <http://www.who.int>

puyant sur des preuves scientifiques et qui à long terme resteraient également supportables financièrement.

Le Comité régional pour l'Europe de l'OMS a formulé 21 objectifs de santé en 1998. Ils se rapportent aux domaines suivants : égalité en matière de santé, vieillir en bonne santé, meilleurs soins de santé mentale, réduire le nombre d'affections infectieuses, combattre les affections non transmissibles, créer des conditions accessoires et un environnement favorisant la santé, poursuivre l'intégration du secteur des soins de santé, l'organisation d'une politique en matière de soins de santé en fonction de la qualité, financement des soins de santé et mise en œuvre des moyens.

Ces 21 objectifs ⁽¹⁰⁾ constitueront la base des objectifs en matière de soins de santé que le ministre des Affaires sociales retiendra. Actuellement, le ministre prend déjà en considération les domaines prioritaires suivants : égalité en matière de soins de santé, organisation de la politique en matière de soins de santé en fonction de la qualité et l'octroi et l'affectation adéquate des moyens en soins de santé. La fixation d'autres objectifs, entre autres concernant certains groupes cibles (meilleurs soins de santé mentale, soins de santé pour les personnes âgées, ...) se fera en concertation avec le ministre de la Santé publique.

Des objectifs en matière de soins de santé ne peuvent orienter la politique que lorsque le progrès réalisé est évalué régulièrement. Pour ce faire, il faut des indicateurs. Il sera demandé à l'Institut scientifique pour la Santé publique Louis Pasteur (ISSP) d'élaborer, sur la base des diverses sources de données disponibles, un éventail d'indicateurs réalistes et pertinents permettant de faire rapport régulièrement sur la réalisation de ces objectifs et ce, dans un laps de temps assez court. Pour les différents objectifs spécifiques exposés par l'OMS comme étant des modifications à réaliser pour l'an 2020, il sera opté dans ce cas pour un délai plus court.

4.1.4. Ampleur et affectation des moyens pour les soins de santé

4.1.4.1. Moyens complémentaires destinés à des fins spécifiques

La tension entre d'une part l'augmentation des dépenses pour soins de santé — qui est essentiellement due au développement rapide, à l'application à une plus grande échelle des nouvelles technologies dans le do-

⁽¹⁰⁾ Les 21 objectifs (tant en matière de santé qu'en matière de soins de santé), tels qu'ils ont été formulés par le Comité régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, se trouvent sur le site : <http://www.who.int>

toenemend chronisch karakter van ziektebeelden en de toename van de levensverwachting — en de macro-economische context zet ons gezondheidssysteem onder grote druk.

Bij de opstelling van de begroting van de geneeskundige verzorging in de ziekteverzekering voor het jaar 2001 werd vertrokken vanuit deze uitdagingen, die overigens een internationaal fenomeen zijn : ook in andere landen wordt een debat gevoerd over de groeiende behoeften in de gezondheidszorg, de meest adequate financiering ervan, de benodigde publieke middelen en de doelmatige aanwending ervan, de beheersing van de uitgaven, de verantwoordelijkheden terzake van de overheid, van de verzekeringsinstellingen, van de verstrekkers en van de patiënten.

Voorafgaand aan de vastlegging van de begrotingsdoelstelling 2001 hebben de diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies hun financiële vragen kenbaar gemaakt voor het realiseren van nieuwe dossiers. Deze vragen kaderden ditmaal niet alleen in de gewone begrotingsprocedures maar ook in het initiatief van de minister die een rondvraag organiseerde bij deze commissies over de prioritaire behoeften inzake gezondheidszorgen over de periode 2001-2003. Daarbij werd aan het Verzekeringscomité gevraagd een expliciete afweging te maken van alle behoeften die zich aandienen en de criteria op grond waarvan prioriteiten worden bepaald duidelijk te omschrijven.

De vragen vanuit de diverse sectoren bedragen 29 miljard Belgische frank voor 2001; iets meer dan 49 miljard Belgische frank voor 2002 en bijna 65 miljard Belgische frank voor 2003. Daar moet aan toegevoegd worden de vraag vanwege de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen voor ongeveer 16 miljard Belgische frank.

De regering is zich bewust van de groeiende behoeften in de gezondheidszorg. Ze is zich bewust van de noodzaak om op diverse nieuwe terreinen — zoals de uitbouw van de palliatieve zorg, de vaak grote zorgafhankelijkheid bij ouderen, het oncologisch beleid, de geestelijke gezondheidszorg voor kwetsbare doelgroepen — in bijkomende financiële middelen te voorzien; de noodzaak om de kwaliteit van het medisch handelen te bevorderen en te evalueren; om de toegankelijkheid te garanderen en om in te gaan op een aantal rechtmatige vragen voor bijkomende budgettaire ruimte zoals voor de ziekenhuis- en geneesmiddelensector. Tot slot moeten ook de financiële gevolgen opgevangen worden van een aantal sociale maatregelen, in de eerste plaats van het dit jaar afgesloten sociaal akkoord.

Gezien de omvang van de gevraagde nieuwe initiatieven moeten keuzes worden gemaakt. Daarom werd een lijst van prioritaire initiatieven opgesteld, die be-

maine des soins de santé, à la nature de plus en plus chronique de certaines affections et à l'augmentation de l'espérance de vie — et d'autre part le contexte macro-économique, place sous forte pression notre système de santé.

Lors de l'élaboration du budget des soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie pour l'année 2001, on s'est basé sur ces défis qui constituent par ailleurs, un phénomène international : dans d'autres pays aussi, un débat est en cours sur les besoins croissants en matière de soins de santé, sur le financement le plus adéquat de ces besoins, sur les moyens publics nécessaires et leur affectation adéquate, sur la maîtrise des dépenses, sur les responsabilités des autorités en la matière ainsi que sur celles des organismes assureurs, des dispensateurs de soins et des patients.

Préalablement à la fixation de l'objectif budgétaire 2001, les diverses commissions de conventions et d'accords ont fait connaître leurs exigences financières en vue de mettre en œuvre de nouveaux dossiers. Cette fois-ci, les demandes ne s'inscrivaient pas seulement dans les procédures budgétaires habituelles, mais également à l'initiative du ministre des Affaires sociales et des Pensions, qui a organisé une enquête auprès de ces commissions, afin de connaître les besoins prioritaires en matière de soins de santé pour la période 2001-2003. À cet effet, il a été demandé au Comité de l'assurance de faire une évaluation explicite de tous les besoins formulés et de définir clairement les critères sur la base desquels des priorités sont déterminées.

Les montants demandés par les différents secteurs s'élèvent à 29 milliards de francs belges pour 2001; un peu plus de 49 milliards de francs belges pour 2002 et près de 65 milliards de francs belges pour 2003. À ces montants il faut ajouter le montant demandé par le Conseil national des établissements hospitaliers, qui s'élève à environ 16 milliards de francs belges.

Le gouvernement est conscient des besoins croissants pour les soins de santé. Il se rend compte de la nécessité de prévoir des moyens financiers supplémentaires dans différents nouveaux domaines — comme le développement des soins palliatifs, la fréquente nécessité de soins importante chez les personnes âgées, la politique oncologique, les soins de santé mentale pour des groupes cibles vulnérables; du besoin de promouvoir et d'évaluer la qualité des actes médicaux; d'assurer l'accessibilité et de répondre à un certain nombre de demandes légitimes pour une marge budgétaire supplémentaire, comme pour le secteur hospitalier et le secteur des médicaments. Enfin, il faut également faire face aux conséquences financières d'un certain nombre de mesures sociales, et tout d'abord de l'accord social conclu cette année.

Étant donné l'importance des nouvelles initiatives réclamées, il faut faire des choix. Pour cette raison une liste d'initiatives prioritaires a été établie, qui peuvent être

schouwd kunnen worden als uitzonderlijke uitgaven die niet opgenomen worden in de berekeningsbasis voor de toepassing van de maximale groeinorm.

In totaal gaat het om een bedrag van 22 307 miljoen Belgische frank, dat als volgt in grote rubrieken kan worden ingedeeld :

- vernieuwd geneesmiddelenbeleid : 8 482,53 miljoen Belgische frank;
- chronische zieken : 1 566,50 miljoen Belgische frank;
- palliatief beleid : 900,00 miljoen Belgische frank;
- geriatrisch beleid : 1 911,00 miljoen Belgische frank;
- medische prestaties : 2 250,00 miljoen Belgische frank;
- geestelijke gezondheidszorg : 204,16 miljoen Belgische frank;
- ziekenhuisbudget : 1 722,94 miljoen Belgische frank;
- sociaal akkoord : 3 300,00 miljoen Belgische frank;
- maximale gezondheidsfactuur : 1 400,00 miljoen Belgische frank;
- diverse projecten : 1 303,50 miljoen Belgische frank (borstkankerscreening, logopedie, ...).

Deze bedragen zijn geaffecteerde bedragen en kunnen alleen aangewend worden voor de financiering van nieuwe initiatieven : zij kunnen niet gebruikt worden voor de bestaande activiteiten waarvoor de evolutie in consumptie en kostprijs binnen de groeinorm van 2,5 % moet worden gerealiseerd.

Bepaalde nieuwe initiatieven worden verder op diverse plaatsen in de tekst toegelicht; de toelichting is terug te vinden in bijlage 2.

Het voorzien van voldoende publieke middelen is van groot belang om het gevaar van dualisering te vermijden. Als dit niet gebeurt, dreigen de minder begoede gedeelten van de bevolking de persoonlijke factuur van de gezondheidszorg niet te kunnen betalen, of verstoken te blijven van toegang tot nieuwe ontwikkelingen die niet langer gefinancierd zouden worden door de verplichte verzekering.

4.1.4.2. Responsabilisering van de actoren

Het uitbreiden van de financiële middelen kan alleen verantwoord worden wanneer de samenleving zeker kan zijn van de duurzame beheersing van de uitgaven. In dat kader moet gewezen worden op de inwerkingtreding, vanaf begin 2001, van het nieuwe systeem van automatische correctiemaatregelen. Concreet wil dit zeggen dat, van zodra de Commissie voor Begrotingscontrole vaststelt dat de begrotingsdoelstelling in een sector overschreden wordt of dreigt te worden overschreden, de betrokken akkoorden- of overeenkomstencommissie er toe gehouden is de nodige correctieve maatregelen te

considérées comme des dépenses exceptionnelles qui ne figurent pas dans la base de calcul pour l'application de la norme de croissance maximale.

Au total, il s'agit d'un montant de 22 307 millions de francs belges, qui peut être subdivisé entre les grandes rubriques suivantes :

- nouvelle politique en matière de médicaments : 8 482,53 millions de francs belges;
- malades chroniques : 1 566,50 millions de francs belges;
- politique palliative : 900,00 millions de francs belges;
- politique gériatrique : 1 911,00 millions de francs belges;
- prestations médicales : 2 250,00 millions de francs belges;
- soins de santé mentale : 204,16 millions de francs belges;
- budget hospitalier : 1 722,94 millions de francs belges;
- accord social : 3 300,00 millions de francs belges;
- facture de santé maximale : 1 400,00 millions de francs belges;
- divers projets : 1 303,50 millions de francs belges (screening du cancer du sein, logopédie, ...).

Ces montants sont des montants affectés et ils ne peuvent être utilisés que pour le financement des nouvelles initiatives : ils ne peuvent pas être utilisés pour les activités existantes pour lesquelles l'évolution de la consommation et du coût doit rester dans les limites de la norme de croissance de 2,5 %.

Certaines nouvelles initiatives sont commentées ci-après dans le texte; l'énumération figure dans l'annexe 2.

Il est très important de prévoir suffisamment de moyens publics pour éviter le danger de la dualisation. Si cela ne se fait pas, des parties moins favorisées de la population risquent de ne pas pouvoir payer la facture personnelle des soins de santé, ou de ne pas avoir accès aux nouvelles évolutions qui ne seraient plus financées par l'assurance obligatoire.

4.1.4.2. Responsabilisation des acteurs

L'extension des moyens financiers n'est justifiée que lorsque la société peut être assurée d'une maîtrise permanente des dépenses. Dans ce cadre, il y a lieu de souligner l'entrée en vigueur, à partir du début de l'année 2001, du nouveau système de mesures de correction automatiques. Concrètement, cela signifie que dès que la Commission de contrôle budgétaire constate que l'objectif budgétaire est ou risque d'être dépassé dans un secteur, la commission de convention ou d'accord concernée est tenue de prendre les mesures correctives nécessaires. Si cette Commission n'arrive pas à un

nemen. In geval deze Commissie niet tot een regeling komt binnen een periode van één maand, zal de Algemene Raad tussenkomen en de beslissing nemen die moet toelaten dat de uitgaven binnen de vooropgestelde doelstelling blijven.

Daarnaast is het zo dat verschillende sectoren, samen goed voor ongeveer de helft van de bestedingen in de ziekteverzekering, voortaan werken met een globaal budget dat door de ministerraad wordt vastgelegd. De realisatie ervan wordt gegarandeerd, hetzij *a priori* ter gelegenheid van de verdeling van de middelen over de verstrekkers, hetzij via een recuperatie tijdens of na het verstrijken van het dienstjaar. Deze methodiek is vandaag reeds van toepassing in de sectoren van het ziekenhuisbudget, de rustoorden, de klinische biologie, de medische beeldvorming en — vanaf volgend jaar — in de geneesmiddelensector.

De belangrijke investering die vanaf 2001 wordt gedaan in de farmaceutische sector gaat inderdaad gepaard met de instelling van een globaal budget, waarvan de eventuele overschrijding *a posteriori* wordt gerecupereerd. Voor het gedeelte van de fabrieksprijs in de totale prijs (dit wil zeggen voor 65 %) zal deze terugvordering gebeuren via de instelling van een variabele heffing op het omzetcijfer van de farmaceutische bedrijven. Met de distributiesector zal onderzocht worden in welke mate ook zij kan bijdragen tot de naleving van het globaal budget. Op het vernieuwd geneesmiddelenbeleid wordt elders in deze beleidsnota verder ingegaan; de conceptnota is te vinden in bijlage 3.

Uiteraard zijn macro-budgettaire maatregelen op zichzelf onvoldoende om te komen toe een duurzame beheersing van de uitgaven. Daarvoor is het belang van de gedragingen van de verstrekkers op het terrein te essentieel. Elke dag worden inderdaad door de verstrekkers talloze beslissingen genomen wat betreft het voorschrijven of het uitvoeren van geneeskundige verstrekkingen. Het is dan ook alleen op basis van een doelmatig optreden op het micro-niveau, dat investeringen in de gezondheidszorg, zoals die voor 2001, verantwoord kunnen worden. In deze beleidsnota wordt later ingegaan op de problematiek van de doelmatigheid. Evaluatie van het medisch handelen aan de hand van transparante informatie omtrent (verschillen in) de medische praktijken en het voorzien van aangepaste financiële en ander incentives zijn de belangrijkste instrumenten in dit opzicht. Op het financiële vlak kunnen verschillende technieken worden gehanteerd en sommige ervan worden vandaag reeds toegepast: het toekennen van een budget, het forfaitair vaststellen van honoraria, het handhaven van incentives ten voordele van verstrekkers die goed presteren, het globaliseren van medische prestaties, het beter in overeenstemming brengen van tarie-

arrangement dans un délai d'un mois, le Conseil général interviendra et prendra la décision devant permettre de maintenir les dépenses dans les limites de l'objectif fixé.

Par ailleurs, il est vrai que différents secteurs, qui ensemble représentent environ la moitié des dépenses de l'assurance maladie, sont dotés dorénavant pour leur fonctionnement d'un budget global fixé par le Conseil des ministres. La réalisation en est garantie, soit *a priori* à l'occasion de la répartition des moyens entre les dispensateurs de soins, soit par une récupération pendant ou après l'expiration de l'exercice. Actuellement, cette méthode est déjà appliquée dans les secteurs du budget hospitalier, des maisons de repos, de la biologie clinique, de l'imagerie médicale et — à partir de l'année prochaine — dans le secteur des médicaments.

L'investissement important qui se fera dans le secteur pharmaceutique à partir de 2001 va effectivement de pair avec la fixation d'un budget global, dont le dépassement éventuel est récupéré *a posteriori*. Pour la partie du prix usine dans le prix total (c'est-à-dire 65 %) cette récupération se fera par l'instauration d'une cotisation variable sur le chiffre d'affaires des firmes pharmaceutiques. Conjointement avec le secteur de la distribution on examinera dans quelle mesure il pourra également contribuer au respect du budget global. Dans la présente note détaillant la politique à suivre, on reviendra plus en détail sur la nouvelle politique en matière de médicaments; le projet de note figure à l'annexe 3.

Il est évident que des mesures macro-budgétaires ne suffisent pas pour aboutir à une maîtrise permanente des dépenses. L'importance du comportement des dispensateurs de soins sur le terrain est trop essentielle en la matière. En effet, chaque jour, les dispensateurs prennent de multiples décisions concernant la prescription ou l'exécution de prestations médicales. Les investissements dans les soins de santé, comme ceux prévus pour 2001, ne peuvent être justifiés que sur la base d'une approche efficace au microniveau. Dans la présente note, cette problématique de l'efficacité est approfondie davantage. Dans cette optique, l'évaluation des actes médicaux à l'aide d'informations transparentes concernant (les différences dans) les pratiques médicales et des incitants financiers et autres adaptés constituent les instruments les plus importants. Au niveau financier, il est possible d'appliquer différentes techniques et certaines sont déjà utilisées actuellement: l'affectation d'un budget, la fixation forfaitaire d'honoraires, le maintien d'incitants en faveur des dispensateurs qui travaillent bien, la globalisation des prestations médicales, une meilleure concordance entre les tarifs et les coûts réels des prestations médicales. Ces techniques doivent être

ven en reële kostprijzen van medische verstrekkingen. Deze technieken moeten aangewend worden in functie van het probleem dat men wil aanpakken en van de doelstellingen die men wil bereiken.

Wat betreft bevordering van doelmatigheid moet gewezen worden op de belangrijke rol van de verzekeringsinstellingen. Zij dragen een aanzienlijke financiële verantwoordelijkheid in het beheer van de ziekteverzekering. Deze instellingen, die nauw betrokken zijn bij de uitwerking van het gezondheids- en verzekeringsbeleid zowel op het macro- als op het micro-terrein, moeten initiatieven ontwikkelen die kunnen bijdragen tot een meer doelmatig werkend systeem. Het is daarbij zeer belangrijk dat de verzekeringsinstellingen zich inschakelen in de systemen van gegevensverzameling en kwaliteits-evaluatie die binnen de ziekteverzekering en door het ministerie van Volksgezondheid worden opgezet. Even belangrijk is de gelijkvormigheid van hun optreden. Zij moeten tegenover de verstrekkers vertrekken van een consensus over medisch handelen die op een collectieve wijze tot stand is gekomen en dus niet door elke verzekeringsinstelling afzonderlijk en anders kan worden ingevuld. Zo kunnen zij bijvoorbeeld studies van bepaalde medische praktijken uitvoeren die — in samenwerking met de verstrekkers — kunnen bijdragen tot aanbevelingen omtrent goede medische praktijk, de controle van de implementatie van de in consensus uitgewerkte richtlijnen, ... De uitdaging voor de toekomst is de ontwikkeling van spelregels die deze gelijkvormigheid en consensus tot stand brengen en tegelijkertijd toelaten dat doelmatigheidsbevorderende projecten en initiatieven hun plaats kunnen vinden.

In de toekomst zal het budgettaire beheer van de ziekteverzekering niet alleen de sectoren (artsen, ziekenhuizen, geneesmiddelen, ...) aangaan, maar ook de medische activiteiten binnen sectoren en over sectoren heen. Als voor deze activiteiten een overschrijding van de begrotingsdoelstelling wordt vastgesteld, kan nagegaan worden of de vastgestelde meeruitgaven ook met deze activiteiten zelf te maken hebben. Zo wordt vermeden dat actoren die niet aan de basis liggen van budgetoverschrijding verantwoordelijk gesteld worden voor de overschrijding van anderen. Een dergelijk systeem van *selectieve responsabilisering* kan stapsgewijze worden ingevoerd. Het kan ook op intersectoriële basis worden georganiseerd, in die zin dat beslissingen van bepaalde actoren via het voorschrijfgedrag invloed krijgen op de begrotingsdoelstelling van andere sectoren. In de volgende jaren zullen experimenten en projecten op dit terrein worden uitgevoerd.

utilisées en fonction du problème auquel on veut s'attaquer et des objectifs que l'on veut atteindre.

En ce qui concerne l'amélioration de l'efficacité, l'accent doit être mis sur le rôle important des organismes assureurs. Ils assument une responsabilité financière considérable en matière de gestion de l'assurance maladie. Ces institutions, qui sont impliquées étroitement dans l'élaboration de la politique de santé et de l'assurance, aussi bien au niveau macro qu'au niveau micro, doivent développer des initiatives qui peuvent contribuer à un système plus efficace. Pour ce faire, il est très important que les organismes assureurs s'intègrent dans les systèmes de collecte de données et d'évaluation de la qualité qui sont organisées au sein du ministère de la Santé publique. L'uniformité de leurs interventions est tout aussi importante. Ils doivent partir à l'égard des dispensateurs de soins, d'un consensus sur la pratique médicale, qui ne peut, dès lors, pas être concrétisé par chaque organisme assureur séparément, ni différemment. Ainsi, ils peuvent, par exemple, effectuer des études relatives à certaines pratiques médicales, qui — avec la collaboration des dispensateurs de soins — peuvent permettre l'établissement de recommandations pour une bonne pratique médicale et le contrôle de la mise en œuvre des directives élaborées au cours du consensus, ... Le défi pour l'avenir consiste à établir des règles du jeu pour obtenir cette uniformité et ce consensus et pour mettre en place en même temps des projets et des initiatives visant à améliorer l'efficacité.

À l'avenir, la gestion budgétaire de l'assurance maladie concernera non seulement les secteurs (médecins, hôpitaux, médicaments, ...), mais également les activités médicales se situant à l'intérieur de ces secteurs et en dehors des limites de ceux-ci. Si, pour ces activités, un dépassement de l'objectif budgétaire est constaté, on pourra vérifier si les dépenses supplémentaires enregistrées ont bien trait à ces activités. Ainsi, on évite que des acteurs qui ne sont pas à l'origine du dépassement budgétaire, ne soient rendus responsables du dépassement qui est le fait d'autres acteurs. Un tel système de *responsabilisation sélective* peut être introduit par étapes. Il peut aussi être organisé sur une base intersectorielle, en ce sens que des décisions prises par certains acteurs influencent l'objectif budgétaire d'autres secteurs par le truchement du comportement de prescription. Des expériences et des projets seront mis à exécution dans ce domaine au cours des années à venir.

4.2. STRATEGISCHE PRIORITEITEN VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Om de zorgdoelstellingen op duurzame wijze te kunnen realiseren moeten drie strategische prioriteiten als leidmotief voor hervormingen worden vooropgesteld. Deze zijn :

- gelijke toegang : het waarborgen van het gelijkheidsprincipe in de toegang tot gezondheidszorg;
- meer menselijkheid : via een geïntegreerde zorg op basis van de behoeften van patiënten en via een correct omgaan met en waarderen van de zorgarbeid;

- betere kwaliteit : door het inbrengen van meer doelmatigheid in de organisatie en werking van het gezondheidszorgsysteem. Een bijzondere uitdaging daarbij is het verstandig omgaan met innovaties.

4.2.1. Gelijke toegang

4.2.1.1. Vaststellingen, knelpunten en mogelijke oplossingen

Uit het recente rapport « Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België » van het WIV (Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid) blijken nog steeds aanzienlijke verschillen naargelang van het opleidingsniveau, en dit zowel wat betreft levensverwachting als wat betreft het aantal te verwachten jaren in goede dan wel slechte gezondheid. Zo blijkt bij voorbeeld dat op de leeftijd van 25 jaar de 20 % mannen met laagste scholingsgraad 27,4 levensjaren in goed ervaren gezondheid en 15,8 levensjaren in slecht ervaren gezondheid mogen verwachten terwijl dit voor de 20 % mannen met de hoogste scholingsgraad respectievelijk 42,5 en 3,9 bedraagt. Voor vrouwen worden gelijkaardige verschillen vastgesteld.

Deze gegevens moeten worden geconfronteerd met andere vaststellingen zoals de bevindingen uit de gezondheidsenquête (ongeveer 8 % van de huishoudens heeft in 1999 gezondheidszorg omwille van financiële redenen uitgesteld; voor éénundergezinnen liep dit zelfs op tot 28 %) en de bevindingen van het recente onderzoek van de studiedienst van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (bij leden-gezinnen met inkomens lager dan 900 000 Belgische frank per jaar werden moeilijkheden vastgesteld zoals het voorschieten van geld voor de contante betaling van zorgen; de te hoge kost van de tandzorg en van sommige geneesmiddelen en een precair gezinsbudget dat gemakkelijk uit evenwicht wordt gebracht door onvoorziene medische kosten).

4.2. PRIORITÉS STRATÉGIQUES POUR LES SOINS DE SANTÉ

Afin de pouvoir réaliser de manière durable les objectifs en matière de soins, trois priorités stratégiques doivent être avancées comme fil conducteur pour les réformes, à savoir :

- égalité d'accès : garantir le principe d'égalité en ce qui concerne l'accès aux soins de santé;

- plus d'humanité : par l'intermédiaire de soins intégrés basés sur les besoins ressentis par les patients et par une approche et une appréciation correctes du travail de soins;

- meilleure qualité : en rendant l'organisation et le fonctionnement du système des soins de santé plus efficaces. À ce propos, un défi particulier est la mise en oeuvre judicieuse d'innovations.

4.2.1. Égalité d'accès

4.2.1.1. Constatations, points sensibles et solutions possibles

Le rapport récent « Prévisions en matière de santé selon le gradient socio-économique en Belgique » émanant de l'ISSP (Institut scientifique de la Santé publique), démontre encore des différences importantes en fonction du niveau de formation, et ce, tant sur le plan de l'espérance de vie que sur celui du nombre d'années à vivre encore en bonne ou en mauvaise santé. Ainsi, il apparaît, par exemple, qu' à l'âge de 25 ans, 20 % des hommes ayant le degré de scolarité le moins élevé peuvent s'attendre à vivre encore 27,4 années en jouissant d'une santé ressentie comme bonne et 15,8 années en bénéficiant d'une santé ressentie comme mauvaise, tandis que pour les 20 % d' hommes au degré de scolarité le plus élevé, ces nombres sont respectivement 42,5 et 3,9. Des différences similaires ont été constatées chez les femmes.

Ces données doivent être comparées à d'autres observations, telles que les constatations de l'enquête sur la santé (en 1999, environ 8 % des ménages ont retardé le recours à des soins de santé pour des raisons financières; pour les familles monoparentales, ce taux était même de 28 %) et les constatations de l'enquête récente du service d'étude de l'Union nationale des mutualités socialistes (auprès de familles, membres, aux revenus inférieurs à 900 000 francs belges par an, on a relevé des difficultés comme avancer l'argent pour le paiement comptant des soins, on a aussi constaté le coût trop élevé des soins dentaires et de certains médicaments et un budget familial précaire facilement déséquilibré par des frais médicaux imprévus).

Anderzijds gaat chronisch ziek zijn gepaard met hoge persoonlijke bijdragen die het gevolg zijn van remgelden en persoonlijke bijdragen op de prestaties maar ook van inkomensverlies en niet gedekte uitgaven, zoals voor hulp- en verzorgingsmateriaal. De toegankelijkheidsproblematiek situeert zich dus bij lage inkomensgroepen én bij chronisch zieken : de maatregelen moeten bijgevolg toegespitst worden op deze twee doelgroepen.

Hierbij mag niet uit het oog worden verloren dat het verminderen van de ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg op zich een onvoldoende voorwaarde is voor gelijke kansen op gezondheid, en wel omdat voor heel wat leefstijlindicatoren en gezondheidsdeterminanten socio-economische gradiënten bestaan. De impact van de gezondheidszorg op gezondheid mag dus niet worden overschat en een adequaat gezondheidszorgbeleid kan niet ontkoppeld worden van een « gezond » maatschappelijk beleid.

Omdat de ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg de ongelijkheid van kansen op gezondheid nog verder versterkt vormt het wegwerken van deze ongelijkheid een absolute prioriteit voor de minister als noodzakelijk element in het streven naar een actieve welvaartstaat.

Reeds in augustus 1999 is gestart met een grondige evaluatie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het onderzoek zal tijdens de hele legislatuur worden voortgezet en in de gezondheidsenquête 2001 worden meer gerichte vragen opgenomen voor het evalueren van toegankelijkheidsproblemen.

De verwachte resultaten situeren zich op drie domeinen : het identificeren van materiële en immateriële knelpunten inzake toegang tot zorg; het ontwikkelen van voorstellen om concrete knelpunten op te ruimen; het ontwikkelen van een permanent monitoringsysteem voor het vaststellen van ongelijkheden.

Zo kon reeds worden vastgesteld dat de problematiek veel ruimer is dan alleen financiële belemmeringen. Weigeringen van hulp aan niet-verzekerden of aan onvermogens; het inhouden van de identiteitskaart of de SIS-kaart tot men betaling heeft verkregen van zorgen; het aanleggen van « zwarte lijsten » van slechte betalende; zeer wisselende performantie van OCMW's in het doen openen van rechten op gezondheidszorg en zeer wisselende aanvullende hulp vormen voorbeelden van drempels en ongelijkheden die soms tot desastreuze gevolgen kunnen leiden.

Het bevorderen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt geconcretiseerd rond drie assen :

— een algemene maatregel via de maximale gezondheidsfactuur die de waarborg biedt dat de persoonlijke

Par ailleurs, le fait d'être atteint d'une maladie chronique va de pair avec des interventions personnelles élevées qui résultent de tickets modérateurs et d'interventions personnelles pour les prestations, mais aussi de pertes de revenus et de dépenses non couvertes, comme celles relatives aux dispositifs et au matériel de soins. La problématique de l'accessibilité se situe donc parmi les groupes à bas revenus et parmi les malades chroniques : les mesures doivent en conséquence être axées sur ces deux groupes-cibles.

Ce faisant, on ne peut perdre de vue que la réduction de l'inégalité pour l'accès aux soins de santé constitue en soi une condition insuffisante pour qu'il y ait égalité des chances sur le plan de la santé, et ce, en raison de l'existence de gradients socio-économiques pour de nombreux indicateurs du mode de vie et déterminants de la santé. L'impact des soins de santé sur la santé ne doit donc pas être surestimé et une politique de soins de santé adéquate ne peut être dissociée d'une politique sociale « saine ».

Vu que l'inégalité en ce qui concerne l'accès aux soins de santé renforce encore l'inégalité en ce qui concerne les chances de santé, l'élimination de cette inégalité est une priorité absolue pour le ministre des Affaires sociales, en tant qu'élément indispensable de l'aspiration à un État social actif.

Dès le mois d'août 1999, on a entamé une évaluation approfondie de l'accessibilité des soins de santé. La recherche sera poursuivie durant toute la législature et dans l'enquête sur la santé 2001 figureront des questions plus ciblées en vue de l'évaluation des problèmes d'accessibilité.

Les résultats attendus se situent dans trois domaines : l'identification de points sensibles matériels et non matériels en ce qui concerne l'accès aux soins; le développement de propositions pour se débarrasser des points sensibles concrets; le développement d'un système de monitoring permanent pour détecter les inégalités.

Ainsi, on a déjà pu établir que la problématique dépasse largement les obstacles financiers. Le refus d'aide à des non-assurés ou à des indigents; la retenue de la carte d'identité ou de la carte SIS jusqu'au paiement des soins; la tenue de « listes noires » de mauvais payeurs; une performance très variable de CPAS en ce qui concerne l'ouverture des droits aux soins de santé et une aide complémentaire très variable sont des exemples de seuils et d'inégalités qui peuvent avoir des conséquences désastreuses.

La promotion de l'accessibilité des soins de santé se construit autour de trois axes :

— une mesure générale par le truchement de la facture de santé maximale qui garantit que les frais per-

kosten voor verzekerde prestaties nooit uitstijgen boven een drempel die vastgelegd wordt in functie van het inkomen,

— specifieke maatregelen voor chronisch zieken gericht op maatzorg en op adequate terugbetaling van dure prestaties,

— een specifieke maatregel voor lage inkomensgroepen, namelijk het promoten van de regeling « derde betalende » waardoor voor alle zorgen (dus ook bij de dokter bij voorbeeld) alleen maar het remgeld moet betaald worden

4.2.1.2. *De maximale gezondheidsfactuur als algemene maatregel om de toegankelijkheid tot gezondheidszorg te waarborgen*

4.2.1.2.1. Bestaande maatregelen

Sinds 1995 bestaat in de ziekteverzekering het systeem van de fiscale en van de sociale franchise als correctie op de cumulatie van sommige persoonlijke bijdragen.

De sociale franchise biedt een volledige en onmiddellijke terugbetaling van de daarvoor in aanmerking komende remgelden van zodra het plafond van 15 000 Belgische frank per jaar is bereikt aan : WIGW's met voorkeurregeling, bestaansminimumtrekkers en gelijkgestelden, rechthebbenden op gewaarborgd pensioen, gehandicapten met recht op tegemoetkomingen, rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag en langdurig werklozen (meer dan 6 maand). De remgelden voor geneesmiddelen, voor ziekenhuisopname vanaf de 91^e dag (366^e dag bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis) en allerhande materiaalsupplementen worden echter niet meegeteld.

De fiscale franchise geldt voor alle personen die buiten de sociale franchise vallen. In dit systeem tellen dezelfde remgelden, evenwel met uitzondering van alle ziekenhuiskosten. De verrekening gebeurt via de fiscale aanslag en dus met twee jaar vertraging. Hoe hoger het netto belastbaar inkomen, hoe hoger het plafond van de eigen bijdragen.

Beide franchisesystemen vertonen belangrijke knelpunten : niet alle lage inkomensgroepen hebben recht op de sociale franchise (vooral mensen die moeten leven met een arbeidsinkomen dat even laag is als bepaalde uitkeringen of deeltijds gaan werken vallen buiten dit stelsel); met bepaalde substantiële kosten wordt onvoldoende (ziekenhuisopname) of helemaal geen (geneesmiddelen, materiaalsupplementen) rekening gehouden in de sociale franchise; de terugbetaling bij de fiscale franchise verloopt (ook voor de laagste inkomens) met belangrijke vertraging; de ziekenhuisopname valt

sonnels pour des prestations assurées ne dépassent jamais un seuil fixé en fonction du revenu;

— des mesures spécifiques pour les malades chroniques axées sur des soins sur mesure et sur un remboursement adéquat de prestations onéreuses;

— une mesure spécifique pour les groupes à bas revenus, à savoir la promotion du système du tiers payant dans le cadre duquel seul le ticket modérateur doit être payé pour tous les soins (y compris donc ceux dispensés par le médecin).

4.2.1.2. *La facture de santé maximale comme mesure en vue de garantir l'accès aux soins de santé*

4.2.1.2.1. Mesures existantes

Dans l'assurance maladie existe, depuis 1995, le système de franchise fiscale et sociale en tant que correction du cumul de certaines interventions personnelles.

La franchise sociale permet le remboursement intégral et immédiat des tickets modérateurs entrant en ligne de compte dès que le plafond de 15 000 francs belges par an est atteint, aux VIPO's bénéficiant du régime préférentiel, aux bénéficiaires du minimum de moyens d'existence et assimilés, aux bénéficiaires d'une pension garantie, aux handicapés ayant droit à des allocations, aux bénéficiaires d'allocations familiales majorées et aux chômeurs de longue durée (plus de 6 mois). Les tickets modérateurs pour les médicaments, pour l'hospitalisation à partir du 91^e jour (366^e jour en cas d'admission dans un hôpital psychiatrique) et pour toutes sortes de suppléments pour du matériel ne sont cependant pas pris en considération pour ladite franchise.

La franchise fiscale vaut pour les personnes qui ne sont pas couvertes par la franchise sociale. Dans ce système, sont applicables les mêmes tickets modérateurs, à l'exception toutefois de tous les frais hospitaliers. Le règlement intervient via l'imposition fiscale, et donc avec deux ans de retard. Plus le revenu net imposable est élevé, plus le plafond des interventions personnelles est élevé.

Les deux systèmes de franchise présentent d'importants points sensibles : tous les groupes à bas revenu n'ont pas droit à la franchise sociale (ce sont surtout les gens qui doivent subvenir à leurs besoins à l'aide d'un revenu du travail qui est tout aussi bas que certaines allocations ou qui travaillent à temps partiel qui n'entrent pas dans ce système); la franchise sociale tient insuffisamment compte (hospitalisation) ou ne tient pas compte du tout (médicaments, suppléments pour du matériel) de certains coûts substantiels; le remboursement dans le cas de la franchise fiscale est effectué avec un retard

bij de fiscale franchise volledig buiten beschouwing. Bovendien is de reglementering van beide stelsels ingewikkeld.

4.2.1.2.2. De maximale gezondheidsfactuur

Een eerste doelstelling is het ombuigen van de sociale bescherming in functie van sociale categorieën naar een evenwaardige en efficiëntere sociale bescherming in functie van inkomenscategorieën. Voorbeelden : een langdurig werkloze met recht op sociale franchise verliest dit recht wanneer hij gaat werken, zelfs wanneer hij maar evenveel of iets meer verdient. Hij komt per definitie terecht in de fiscale franchise.

Ten tweede moet de maximale gezondheidsfactuur de lacunes van de huidige sociale en fiscale franchise dichten, namelijk het niet in rekening brengen van nochtans substantiële kosten binnen de gezondheidszorg zoals de kosten voor medicamenten, de kosten bij ziekenhuisopname en allerhande supplementen voor medische producten.

De maximale gezondheidsfactuur zal aan iedere verzekerde de waarborg bieden dat de persoonlijke bijdragen voor verzekerde prestaties niet uitstijgen boven een plafond in functie van het inkomen. De realisatie van deze ambitieuze doelstelling zal in fasen verlopen.

De invoering in 2001 van het unieke spoor in Farmanet levert de verzekeringsinstellingen de gegevens die nodig zijn om voor iedere rechthebbende de remgelden op terugbetaalbare geneesmiddelen te tellen. Daardoor kunnen vanaf 2001 deze remgelden opgenomen worden in de franchiseregelingen. Op basis van simulaties die momenteel worden uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen het RIZIV en verzekeringsinstellingen wordt nagegaan of deze maatregel voor het geheel van de terugbetaalbare geneesmiddelen kan worden toegepast dan wel voor de groep B-geneesmiddelen (dit komt meestal overeen met geneesmiddelen gebruikt voor langdurige en essentiële therapieën).

Daarnaast wordt nagegaan op welke manier verzekeringsinstellingen de informatie kunnen krijgen die hen moet toelaten de inkomenscategorie te bepalen waartoe hun leden behoren. De bedoeling daarbij is reeds vanaf 2001 de regeling van de sociale franchise uit te breiden tot de laagste inkomenscategorieën die nu onder de fiscale franchise vallen.

Ten derde wordt ook nagegaan wat de weerslag is van het opnemen van de remgelden voor ziekenhuisopname en voor bepaalde supplementen.

De keuzes voor 2001 kunnen pas worden gemaakt nadat voldoende betrouwbare simulaties zijn uitgevoerd. De budgettaire ruimte bedraagt 1,4 miljard Belgische frank voor de sociale franchise. De effecten van de maat-

important (y compris pour les revenus les plus bas); l'hospitalisation n'entre pas du tout en ligne de compte pour la franchise fiscale. De plus, la réglementation des deux systèmes est compliquée.

4.2.1.2.2. La facture de santé maximale

Un premier objectif est d'infléchir la protection sociale en fonction de catégories sociales vers une protection sociale équivalente et plus efficace en fonction de catégories de revenus. Exemples : un chômeur de longue durée qui a droit à la franchise sociale, perd ce droit quand il travaille, même s'il ne gagne que la même chose ou un peu plus. Par définition, il tombe sous le régime de la franchise fiscale.

Deuxièmement, la facture de santé maximale doit combler les lacunes des actuelles franchises sociale et fiscale, à savoir la non-facturation de frais pourtant substantiels en matière de soins de santé, comme les coûts de médicaments, les coûts d'hospitalisation et toutes sortes de suppléments pour des produits médicaux.

La facture de santé maximale garantira à chaque assuré que ses interventions personnelles pour des prestations assurées ne dépasseront pas un plafond fixé en fonction du revenu. La réalisation de cet objectif ambitieux se fera en plusieurs phases.

L'introduction, en 2001, de la piste unique dans Farmanet fournit aux organismes assureurs les données nécessaires au calcul, pour chaque bénéficiaire, du ticket modérateur pour les médicaments remboursables. Ainsi, à partir de 2001, ces tickets modérateurs pourront être intégrés dans les systèmes de franchise. Sur la base de simulations qui sont en cours d'exécution dans le cadre d'une collaboration entre l'INAMI et les organismes assureurs, on vérifie si cette mesure peut être appliquée à l'ensemble des médicaments remboursables, ou si elle ne peut être appliquée qu'aux médicaments du groupe B (ceux-ci correspondent le plus souvent aux médicaments utilisés pour des thérapies de longue durée et essentielles).

En outre, on examine de quelle manière les organismes assureurs peuvent obtenir les informations qui doivent leur permettre de déterminer les catégories de revenus auxquelles leurs membres appartiennent. L'objectif est d'étendre, dès 2001, le système de la franchise sociale aux catégories de revenus les plus bas, qui tombent actuellement sous le coup de la franchise fiscale.

Troisièmement, on vérifie aussi quelle est la répercussion de l'intégration des tickets modérateurs pour l'hospitalisation et pour certains suppléments.

Les choix pour 2001 ne pourront être faits qu'après que des simulations suffisamment fiables auront été effectuées. La marge budgétaire est de 1,4 milliard de francs belges pour la franchise sociale. Les effets des

regelen in verband met de fiscale franchise doen zich pas voor in het jaar 2003.

4.2.1.3. Zorg op maat en een meer adequate terugbetaling van dure prestaties als specifieke maatregelen voor chronisch zieken

De voorbije jaren was de meest opvallende maatregel in het chronisch ziekenbeleid het invoeren van twee forfaits : een forfait chronisch zieken van 10 000 Belgische frank per jaar (voor wie gedurende twee opeenvolgende jaren méér dan 10 000 Belgische frank remgelden heeft betaald én zich in een afhankelijke situatie bevindt of herhaaldelijk of langdurig gehospitaliseerd werd, ook als het om daghospitalisatie gaat) en een incontinentieforfait van 15 000 Belgische frank (toegerekend via bestaande criteria in de thuisverpleging). Deze maatregelen vormden binnen de beperkte budgettaire marge een belangrijk signaal voor de chronisch zieken, maar bieden geen antwoord op de specifieke zorgbehoeften en de variabiliteit aan kosten. Wat de kostenvariabiliteit betreft, biedt de maximale gezondheidsfactuur de noodzakelijke waarborgen op het vlak van de verzekerde prestaties.

Vermits de realisatie van de maximale gezondheidsfactuur meerdere jaren zal vergen en ook omdat chronisch ziek zijn gepaard gaat met kosten waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt, zou het voorbarig zijn om op dit moment een einde te stellen aan deze forfaitaire tegemoetkomingen.

Het specifieke beleid voor chronisch zieken wordt gericht op twee knelpunten. Aan de ene kant is er een duidelijke behoefte aan zorg op maat voor een aantal specifieke aandoeningen (verderop besproken). Anderzijds worden sommige, met chronische aandoeningen samenhangende, prestaties onvoldoende terugbetaald vooral omdat de ziekteverzekering onvoldoende rekening heeft gehouden met de technologische evolutie en de er mee samenhangende prijsstijging. Voorbeelden hiervan vormen de gewrichtsprothesen, de stents, de gehoorapparaten, de neurostimulatoren en nieuwe technieken in de cardiologie. De begroting 2001 voorziet op dat vlak in een belangrijke investering ten bedrage van ruim vijfhonderd miljoen Belgische frank

4.2.1.4. Een betere toepassing van de regeling derde betalende in de ambulante zorgverstrekking : een specifieke maatregel voor de laagste inkomensgroepen

De regeling « derde betalende » laat de zorgverstrekker toe het terugbetaalbaar gedeelte van honoraria rechtstreeks te innen bij de verzekeringsinstelling. Het door de patiënt contant te betalen bedrag daalt daardoor aanzienlijk. De regeling mag worden toegepast op

mesures concernant la franchise fiscale ne se feront sentir qu'en 2003.

4.2.1.3. Soins sur mesure et remboursement plus adéquat des prestations onéreuses comme mesures spécifiques en faveur des malades chroniques

Au cours de ces dernières années, la mesure la plus marquante dans la politique en matière de malades chroniques a été l'introduction de deux forfaits : un forfait malades chroniques de 10 000 francs belges par an (pour ceux qui ont payé pendant deux années consécutives des tickets modérateurs pour un montant supérieur à 10 000 francs belges et se trouvent dans une situation de dépendance ou ont été hospitalisés à plusieurs reprises ou pour une longue durée, même s'il s'agit d'une hospitalisation de jour) et un forfait d'incontinence de 15 000 francs belges (accordé selon des critères existants au niveau des soins infirmiers à domicile). Ces mesures étaient, dans les limites de la marge budgétaire réduite, un signal important pour les malades chroniques, mais ne répondaient pas aux besoins spécifiques de soins ou à la variabilité des coûts. En ce qui concerne la variabilité des coûts, la facture de santé maximale offre les garanties nécessaires dans le domaine des prestations assurées.

Comme la mise en œuvre de la facture de santé maximale nécessitera plusieurs années et aussi parce que l'état de malade chronique entraîne des coûts dans lesquels l'assurance maladie n'intervient pas, il serait prématuré de mettre dès maintenant fin à ces interventions forfaitaires.

La politique spécifique pour les malades chroniques est axée sur deux points essentiels. D'une part, il existe un besoin manifeste de soins sur mesure pour certaines affections spécifiques (dont il est question ci-après). D'autre part, certaines prestations, liées à des affections chroniques, sont remboursées insuffisamment et ce, surtout parce que l'assurance maladie n'a pas suffisamment tenu compte de l'évolution technologique et de la hausse des prix qui en résulte. Les prothèses articulaires, les tuteurs, les appareils auditifs, les neurostimulateurs et les nouveaux implants en cardiologie en sont des exemples. Le budget 2001 prévoit dans ce domaine un investissement important s'élevant à plus de cinq cent millions de francs belges.

4.2.1.4. Une meilleure application du régime du tiers payant en ambulatoire : une mesure spécifique pour les groupes à revenus faibles

Le régime du « tiers payant » permet au dispensateur de soins de percevoir la partie remboursable des honoraires directement auprès de l'organisme assureur, ce qui diminue considérablement le montant à payer au comptant par le patient. Le régime peut être appliqué à

alle patiënten die recht hebben op de sociale franchise, een recht dat vermeld staat op de sociale identiteitskaart, de zogenaamde SIS-kaart. Ze is voor een aantal prestaties, onder meer raadplegingen en bezoeken, verboden voor de andere categorieën van rechthebbenden.

Omdat het de bedoeling is het gebruik van de SIS-kaart uit te breiden tot andere zorgverstrekkers dan ziekenhuizen en apothekers wordt het dus mogelijk ook buiten deze sectoren (waar de regeling « derde betalende » verplicht is) meer systematisch gebruik te maken van de regeling. De minister heeft daarom op 14 juli 2000 aan het Verzekeringscomité van het RIZIV gevraagd een sensibiliseringscampagne omtrent de toepassing van de regeling derde betalende te starten gericht op zorgverstrekkers, rechthebbenden, verzekeringsinstellingen, OCMW's en sociale diensten. Aan de zorgverstrekkers moeten uiteraard de nodige waarborgen worden gegeven inzake betalingstermijnen en administratieve eenvoud.

4.2.2. Meer menselijkheid in de zorg

4.2.2.1. *Geïntegreerde zorg op basis van de behoeften van patiënten en zorgvernieuwing*

Het toenemend aandeel van chronische aandoeningen doet de behoefte aan een zorgcontinuüm groeien. Immers, patiënten met meerdere, chronische aandoeningen hebben behoefte aan zorg op zowel de eerste als de tweede lijn; de kortere verblijfsduur vereist een naadloos aansluiten van de thuiszorg; de ontwikkeling van specialisaties in de verpleegkunde en de kinesitherapie opent mogelijkheden tot zorg waar andere sectoren zouden moeten op inspelen.

Met zorgcontinuüm wordt de zorg bedoeld verleend door verschillende verstrekkers en instellingen, doorheen de tijd geïntegreerd en in functie van de behoeften van de patiënt. Door de opdeling van de ziekteverzekering in een aantal « sectoren » ontbreekt soms de complementariteit om aan de globale zorgvraag tegemoet te komen.

Het doorbreken van deze compartimentering vergt een zorgvernieuwend aanpak. De afdeling chronisch zieken van de wetenschappelijke Raad heeft de opdracht gekregen om, op basis van transparante criteria, een lijst van aandoeningen vast te leggen waarvoor een zorgvernieuwend aanpak van prioritair belang is. Een eerste advies werd intussen overgemaakt. Het betreft chronische pijn. Op basis van de adviezen zullen de ministers, bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken, een zorgvernieuwend beleid starten voor chronische pijn en autisme en een zorgvernieuwend aanpak voorbereiden bij astma en chronisch obstructieve longaandoeningen, incontinentie, cerebrovasculaire accidenten en diabetes type 2. Voor elk van de in aanmerking komende aandoeningen zal de afdeling chronisch zieken,

tous les patients ayant droit à la franchise sociale; il s'agit d'un droit inscrit sur la carte d'identité sociale, appelée la carte SIS. Pour certaines prestations, entre autres les consultations et les visites, ce régime est interdit pour les autres catégories de bénéficiaires.

Puisque l'objectif est d'étendre l'usage de la carte SIS à d'autres dispensateurs de soins que les hôpitaux et les pharmaciens, il sera donc possible de recourir à une utilisation plus systématique de ce régime aussi en dehors de ces secteurs (où le régime du « tiers payant » est obligatoire). Aussi, le ministre des Affaires sociales a-t-il demandé le 14 juillet 2000 au comité de l'assurance de l'INAMI de lancer une campagne de sensibilisation concernant l'application du régime du tiers payant à l'adresse des dispensateurs de soins, des bénéficiaires, des organismes assureurs, des CPAS et des services sociaux. Des garanties nécessaires doivent bien entendu être données aux dispensateurs de soins en matière de délais de paiement et de simplicité administrative.

4.2.2. Davantage d'humanité dans les soins

4.2.2.1. *Soins intégrés sur la base des besoins des patients et de la rénovation des soins*

Le nombre croissant des affections chroniques accentue le besoin d'une continuité des soins. En effet, les patients souffrant de plusieurs affections chroniques nécessitent des soins de première comme de seconde ligne; une durée de séjour plus courte doit immédiatement être suivie de soins à domicile; le développement de spécialisations dans l'art infirmier et dans la kinésithérapie ouvre des possibilités de soins dont d'autres secteurs devraient tenir compte.

On entend par continuité des soins, les soins effectués par différents dispensateurs et établissements qui sont progressivement intégrés en fonction des besoins du patient. En raison de la division de l'assurance maladie en plusieurs « secteurs », la complémentarité fait parfois défaut pour pouvoir répondre à la demande globale de soins.

Rompre ce compartimentage exige une approche novatrice des soins. La section malades chroniques du Conseil scientifique a été chargée de dresser une liste d'affections sur la base de critères transparents pour lesquelles une approche novatrice des soins est prioritaire. Entretemps, un premier avis a été transmis. Il s'agit de la douleur chronique. Sur la base des avis, les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales introduiront une politique novatrice des soins pour la douleur chronique et l'autisme et prépareront une approche novatrice des soins pour l'asthme et les affections pulmonaires obstructives chroniques, l'incontinence, les accidents cérébrovasculaires et le diabète de type 2. Pour chacune des affections retenues, la section « malades chroniques » fera, en collaboration avec les organisa-

in samenspraak met de organisaties van patiënten, een analyse maken van het huidig zorgaanbod en voorstellen formuleren die leiden tot een effectieve zorgvernieuwing voor de betrokken patiënten. De afdeling chronisch zieken wordt ook gevraagd om een advies uit te brengen over een globale zorgvernieuwend aanpak van geriatrische zorg, met onder meer bijzondere aandacht voor dementie.

Daarnaast zal de afdeling chronisch zieken nagaan welke punctuele verbeteringen kunnen worden aangebracht voor tal van andere chronische aandoeningen, met bijzondere aandacht voor de problemen van patiënten die lijden aan zeldzame aandoeningen.

Het verzekeringscomité van het RIZIV zal daarnaast de bevoegdheid krijgen om overeenkomsten te sluiten betreffende experimenten met geïntegreerde zorgprojecten voor bepaalde chronische aandoeningen, zoals diabetes type 2. De verantwoordelijkheid voor deze zorg wordt toegewezen aan de huisarts. De experimenten moeten toelaten om een volledig pakket van zorg op eerstelijnsniveau aan te bieden aan de patiënt.

Zorgvernieuwing staat ook voorop in het geestelijk gezondheidsbeleid. Er wordt in specifieke middelen voorzien voor psychiatrische thuiszorg, voor crisisinterventie, voor sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten, voor forensische psychiatrie en een duidelijke inspanning zal worden geleverd op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Bijzondere aandacht zal gaan naar het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS).

4.2.2.2. *Respect en waardering voor patiënten, zorgverstrekkers en zorgarbeid*

4.2.2.2.1. De uitvoering van het sociaal akkoord van 1 maart 2000

Het akkoord voorziet vooreerst in een harmonisering van de barema's (te realiseren via een collectieve arbeidsovereenkomst) in de federale gezondheidszorgvoorzieningen. De lonen voor alle personeel in de rustoorden, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de thuiszorg moeten worden opgetrokken tot op het niveau van de ziekenhuisbarema's.

Om de eindeloopbaan aantrekkelijker te maken, wordt een arbeidsduurvermindering ingevoerd met behoud van loon voor alle verpleegkundigen, verzorgenden en gelijkgestelden in de federale verzorgingsvoorzieningen. Vanaf 45 jaar 2 uur minder werken, vanaf 50 jaar 4 uur minder werken en vanaf 55 jaar een arbeidsduurvermindering met 6 uur. Het betrokken personeel kan ook opteren voor het behoud van het huidig uurrooster met een compenserende premie overeenstemmend met 2, 4 of 6 urenlonen. De maatregel moet ertoe bijdragen dat het verpleegkundig en verzorgend personeel opteert

tions des patients, une analyse de l'offre actuelle de soins et formulera des propositions qui mèneront à une rénovation effective des soins pour les patients concernés. Il est également demandé à la section « malades chroniques » d'émettre des avis sur une approche novatrice globale des soins dans le domaine des soins gériatriques, en se préoccupant particulièrement de la démence.

La section « malades chroniques » examinera également quelles améliorations ponctuelles peuvent être apportées à un grand nombre d'autres affections chroniques en accordant une attention particulière aux problèmes des patients souffrant d'affections rares.

Le comité de l'assurance de l'INAMI recevra en outre la compétence de conclure des conventions relatives à des expériences avec des projets de soins intégrés pour certaines affections chroniques, comme le diabète de type 2. La responsabilité de ces soins est conférée au médecin généraliste. Les expériences doivent permettre d'offrir au patient un ensemble complet de soins de première ligne.

Des soins novateurs sont également prioritaires dans la politique de santé mentale. Des moyens spécifiques sont prévus pour les soins à domicile psychiatriques, pour les interventions dans les situations de crise, pour les patients gravement troublés et agressifs, pour la psychiatrie légale. Un effort important sera fait dans le domaine de la psychiatrie infantile et juvénile.

On consacrera un intérêt spécial au syndrome de la fatigue chronique (SFC).

4.2.2.2. *Respect et prise en considération des patients, des dispensateurs de soins et du travail en matière de soins*

4.2.2.2.1. L'exécution de l'accord social du 1^{er} mars 2000

L'accord prévoit d'abord une harmonisation des barèmes (à réaliser par une convention collective de travail) dans les structures fédérales de soins de santé. Les rémunérations de l'ensemble du personnel des maisons de repos, des maisons de repos et de soins et des soins à domicile doivent être relevées et alignées sur les barèmes des hôpitaux.

Afin de rendre la fin de carrière plus attractive, une réduction du temps de travail avec maintien du salaire est instaurée dans les structures fédérales de soins pour tous les praticiens de l'art infirmier, le personnel soignant et les personnes assimilées : une réduction du temps de travail de 2 heures à partir de 45 ans, de 4 heures à partir de 50 ans et de 6 heures à partir de 55 ans. Le personnel concerné peut également opter pour le maintien de l'horaire actuel et bénéficier d'une prime compensatoire correspondant à 2, 4, 6 salaires horaires. La mesure doit contribuer à ce que le personnel infirmier et

voor langere loopbanen zodat het probleem van schaarste aan gekwalificeerd personeel althans voor een deel kan worden ondervangen.

Vanuit dezelfde bekommernis voorziet het akkoord ook in een specifiek opleidingsproject waarbij 600 minder gekwalificeerden (zoals verzorgenden) via de fondsen van de sociale maribel de kans krijgen om met behoud van loon een driejarige opleiding te volgen tot verpleegkundige.

Het akkoord voorziet daarenboven ook in maatregelen voor een betere begeleiding van intreders en herintreders in de ziekenhuizen : in elk ziekenhuis zal één FTE personeelslid worden gefinancierd zodat ruimte vrijkomt om een ervaren personeelslid aan te duiden voor de betere begeleiding van jonge intreders en van herintreders.

Ook wat betreft de opleiding van verpleegkundigen bevat het akkoord enkele maatregelen. Zo werd beslist om de huidige twee opleidingen van gegradueerde (A1) en gebrevetteerde (A2) te behouden maar wordt in een brug voorzien : A2 verpleegkundigen kunnen na enkele jaren ervaring en mits bijkomende scholing doorgroeien naar A1 verpleegkundigen. De huidige wildgroei van bijzondere beroepstitels wordt stopgezet en de beroepstitel wordt omgezet in een « bijzondere beroepsbekwaamheid ».

4.2.2.2.2. Patiëntenrechten

Tot nu toe ontbreekt in ons land een geordende codificatie van de rechten van de patiënt : binnen de Belgische wetgeving zijn alleen een aantal specifieke bepalingen betreffende patiëntenrechten terug te vinden. Patiëntenrechten zullen niet alleen worden gebundeld, ook zullen lacunes worden opgevuld, expliciteringen aangebracht om te komen tot een evenwichtige verhouding tussen zorgverstrekker, instelling en patiënt.

Kwaliteitsvolle dienstverlening; het recht op vrije keuze van zorgverstrekker, het recht op informatie over de gezondheidstoestand, het recht op toestemming, rechten in verband met het patiëntendossier, het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het recht op klachtenbemiddeling.

Er werd voor geopteerd de patiëntenrechten te bundelen in een afzonderlijke wet, gebaseerd op de bevoegdheden waarover de federale overheid op het vlak van het gezondheidsbeleid en op het vlak van het consumentenrecht beschikt. Het doel is de patiënten-

le personnel soignant optent pour des carrières d'une durée plus longue de façon à ce que l'on puisse faire face partiellement au problème de la pénurie de personnel qualifié.

Dans ce cadre, l'accord prévoit également un projet de formation spécifique, offrant la possibilité à 600 personnes moins qualifiées (comme le personnel soignant) de suivre par le truchement du fonds maribel social une formation de praticien de l'art infirmier d'une durée de trois ans, tout en conservant sa rémunération.

L'accord prévoit en outre des mesures en faveur d'un meilleur encadrement des débutants et des personnes qui reprennent leur activité en milieu hospitalier : dans chaque hôpital, un membre du personnel ETP sera financé, de façon à permettre la désignation d'un membre du personnel expérimenté qui assurera un meilleur accompagnement des jeunes débutants et des personnes reprenant leur activité.

L'accord comporte aussi quelques mesures en ce qui concerne la formation des praticiens de l'art infirmier. Ainsi, il a été décidé de maintenir les deux formations actuelles de gradué (A1) et de breveté (A2), mais une passerelle est prévue : à condition d'avoir quelques années d'expérience et de suivre une formation complémentaire, les praticiens de l'art infirmier A2 auront la possibilité de devenir des praticiens de l'art infirmier A1. Il est mis un terme à la prolifération actuelle des titres professionnels spécifiques et le titre professionnel est converti en une « compétence professionnelle spécifique ».

4.2.2.2.2. Droits des patients

Une codification ordonnée des droits du patient fait actuellement défaut dans notre pays : la législation belge ne renferme qu'un certain nombre de dispositions spécifiques sur les droits des patients. Dès lors, on ne se contentera pas seulement de regrouper les droits des patients, mais on comblera également les lacunes et on apportera les explicitations nécessaires afin d'arriver à un rapport équilibré entre le dispensateur de soins, l'établissement et le patient.

Les droits des patients occupant une position centrale dans les initiatives légales sont : le droit à des services de qualité; le droit au libre choix du dispensateur de soins, le droit à l'information concernant l'état de santé, le droit au consentement, les droits relatifs au dossier des patients, le droit à la protection de la vie privée et le droit à la médiation.

Il a été choisi de grouper les droits des patients dans une loi séparée, basée sur les compétences dont les autorités fédérales disposent sur le plan de la politique de la santé et au niveau des droits des consommateurs. Le but est de déterminer les droits des patients en tant

rechten als algemene grondrechten te formuleren die vervolgens van toepassing worden voor het gehele gezondheidszorgsysteem.

4.2.2.2.3. Medische aansprakelijkheid

Alle actoren op het domein van gezondheidszorg worden met problemen op dit gebied geconfronteerd : patiënten weten vaak niet wie aanspreken in geval van schade; zorgverstrekkers en verzorgingsinstellingen worden geconfronteerd met een stijging van schadeclaims en de nadelige gevolgen ervan op het vlak van verzekeringspolissen; verzekeraars worden geconfronteerd met een stijging van de risico's en zijn genoodzaakt om — op een voor zorgverleners en verzorgingsinstellingen nadelige wijze — in te grijpen in de verzekeringspolissen.

Momenteel wordt een voorstel van wettelijke regeling uitgewerkt, waarbij de bevindingen van de enquêtes georganiseerd bij alle betrokken partijen (ziekenhuizen, artsen, mutualiteiten, verzekeraars) door de werkgroep « Aansprakelijkheid en medische ongevallen » binnen het ministerie voor Volksgezondheid als vertrekpunt dienen.

De doelstelling van de wettelijke regeling moet tweeledig zijn : het ontwikkelen van een aangepast vergoedingssysteem en de preventie van schadegevallen. Hiertoe behoort de risicoanalyse die ingebed moet worden in een bredere kwaliteitspolitiek. Patiënteninformatie, klachtenopvang en -bemiddeling en een verplichte verzekering vormen eveneens elementen van een globale aanpak. Over een collectieve verzekering in de ziekenhuizen lopen de meningen uiteen. Het invoeren van een *no-fault* systeem wordt door velen als een mogelijke oplossing voor de ervaren problemen gezien, ook al heeft dit systeem zijn beperkingen. Een mogelijke optie bestaat erin het *fault* systeem naast een in te voeren *no-fault* systeem te laten voortbestaan. Wat het beheer van het *no-fault* systeem betreft, wordt de voorkeur uitgesproken voor de oprichting van een fonds.

Over al deze opties moeten keuzes worden gemaakt die zullen uitmonden in een wetsontwerp dat aan het Parlement zal worden voorgelegd.

que droits fondamentaux généraux qui s'appliqueront ensuite à l'ensemble du système des soins de santé.

4.2.2.2.3. Responsabilité médicale

Tous les acteurs dans le domaine des soins de santé sont confrontés à des problèmes à ce niveau : les patients ignorent souvent à qui s'adresser en cas de dommage; les dispensateurs de soins et les établissements de soins se heurtent à une recrudescence des demandes de dommages et intérêts et à ses conséquences négatives sur le plan des polices d'assurance; les assureurs ont à faire face à une augmentation des risques et se voient contraints — au détriment des dispensateurs de soins et les établissements de soins — d'intervenir dans les polices d'assurance.

Actuellement est mise au point une proposition de réglementation légale à partir des résultats des enquêtes organisées auprès de toutes les parties (hôpitaux, médecins, mutualités, assureurs) par le groupe de travail « responsabilité et accidents médicaux » institué au sein du ministère de la santé publique.

Il importe que la réglementation légale soit axée sur deux pôles : le développement d'un système de remboursement adéquat et la prévention des sinistres. À cet effet, l'analyse du risque doit être intégrée dans une politique de qualité plus large. L'information des patients, la réception ainsi que l'arbitrage des plaintes et une assurance obligatoire constituent également les éléments d'une approche globale. Les avis sur une assurance collective dans les hôpitaux sont divergents. L'instauration d'un système « *no-fault* » est considérée par d'aucuns comme une solution possible, même si ce système a ses limites. Une possibilité consisterait à instaurer un système « *no-fault* » sans supprimer le système « *fault* ». Quant à la gestion du système « *no-fault* », la préférence va à la création d'un fonds.

Des choix doivent être faits quant à toutes ces options qui déboucheront sur un projet de loi qui sera soumis au Parlement.

4.2.3. **Betere kwaliteit van gezondheidszorg door meer doelmatigheid**

4.2.3.1. *Meer doelmatigheid in de organisatie en werking van het gezondheidszorgsysteem (macroniveau)*

4.2.3.1.1. Beleidsvoorbereiding

4.2.3.1.1.1. Beleidsvoorbereidend en -ondersteunend onderzoek

Inzake het beleidsvoorbereidend en -ondersteunend onderzoek op het niveau van het ministerie van Volksgezondheid zal in de toekomst een andere werkwijze worden gevolgd. In de eerste plaats zal de opdrachtgevende overheid meer sturend optreden door duidelijk de prioritaire onderzoeksdomeinen te bepalen. Hierbij kan het gaan over het verwerven van bijkomende kennis over het gevoerde gezondheidszorgbeleid, het onderbouwen van het beleid en de evaluatie van de impact van het gevoerde beleid. Deze prioritaire onderzoeksdomeinen zullen aan verzorgingsinstellingen, universiteiten en andere onderzoekscentra of -instellingen kenbaar worden gemaakt. Zoals steeds zal de beoordeling van de ingediende voorstellen gebeuren met *input* van externe experts met specifieke domeinexpertise. Bijkomende aandacht zal ook gaan naar de valorisatie van de onderzoeksresultaten.

Het grondig onderzoeken door het RIZIV van de — veranderende — behoeften is eveneens dringend aangewezen. Een adequaat zorgaanbod waarborgen dat rekening houdt met de evolutie van de behoeften in al zijn aspecten en dat zich situeert in een context van waarborgde kwaliteit en van budgetbeheersing vereist een permanente evaluatie die binnen of in nauwe samenhang met het RIZIV moet worden georganiseerd.

Concreet moet een grondige, systematische en objectieve studie uitgevoerd worden van de evolutie van de uitgaven en de verklarende factoren voor deze evolutie, in de eerste plaats voor wat de zorgbehoeften van ouderen betreft. Zo staat het effect van de vergrijzing op de uitgavengroei van talrijke sectoren, zoals onder meer thuisverpleging, rustoorden en rust- en verzorgingshuizen onomstotelijk vast. Toch blijft het wachten op een nauwkeurig antwoord op vragen in verband met een aantal vastgestelde evoluties, zoals waarom het aantal residenten in de ouderenzorg tussen 1995 en 1999 met 6 % is gestegen daar waar het budget van de sector verdubbeld is. Met de informatie van vandaag kan geen uitsluitsel gegeven worden over het aandeel van verschillende verklarende factoren, zoals het aantal residenten/consumenten; de toename van de afhankelijkheidsgraad; de nieuwe aanbodstructuren; de financieringstechnieken ... Een dergelijke opdracht wordt op het gebied van ouderenzorg — omwille van het belang van

4.2.3. **Une meilleure qualité des soins grâce à plus d'efficacité**

4.2.3.1. *Plus d'efficacité dans l'organisation et le fonctionnement du système des soins de santé (macro-niveau)*

4.2.3.1.1. Préparation de la politique

4.2.3.1.1.1. Recherches en vue de la préparation et du soutien de la politique

En matière de recherches en vue de la préparation et du soutien de la politique au niveau du ministère de la Santé publique, on suivra à l'avenir une autre méthode de travail. En premier lieu, l'autorité, mandant, interviendra de façon plus directive en définissant clairement les domaines de recherche prioritaires. Il peut s'agir ici de l'acquisition de connaissances supplémentaires sur la politique des soins de santé menée, sur le fondement de la politique et sur l'évaluation de l'impact de la politique menée. Ces domaines de recherche prioritaires seront portés à la connaissance des établissements de soins, des universités et d'autres centres ou instituts de recherche. Comme toujours, il sera fait appel pour l'évaluation des propositions à des experts externes ayant une compétence dans un domaine spécifique. On se souciera également en particulier de la valorisation des résultats de la recherche.

Il est urgent aussi que l'INAMI examine en profondeur les besoins en mutation. Assurer une offre de soins adéquate tenant compte de l'évolution des besoins dans tous ses aspects et se situant dans un contexte de qualité garantie et de maîtrise budgétaire requiert une évaluation permanente qui doit être organisée au sein de l'INAMI ou en étroite relation avec celui-ci.

Concrètement, il convient de procéder à une étude objective, systématique et approfondie de l'évolution des dépenses et des facteurs explicatifs de cette évolution, d'abord en ce qui concerne les besoins en soins des personnes âgées. En effet, l'effet du vieillissement sur la croissance des dépenses dans de nombreux secteurs, comme entre autres les soins à domicile, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins est absolument incontestable. Néanmoins, il faut attendre une réponse précise à des questions concernant un certain nombre d'évolutions constatées, comme par exemple celle de savoir pourquoi le nombre de résidents dans le secteur des soins dispensés aux personnes âgées s'est accru de 6 % entre 1995 et 1999, alors que le budget du secteur a doublé. L'information disponible à l'heure actuelle ne permet pas d'établir la part des différents facteurs explicatifs, tels que le nombre de résidents/consommateurs, l'accroissement du degré de dépendance, les nouvelles structures en matière d'offre, les techni-

de vergrijzing en de nood aan een geïntegreerd ouderenbeleid — als eerste prioriteit vooropgesteld maar moet op termijn kunnen worden uitgebreid tot alle sectoren van de gezondheidszorg.

4.2.3.1.1.2. Beleidsvoorbereiding door de administraties

Om tot een degelijker beleidsvoorbereiding te kunnen komen is een betere samenwerking tussen de administratie van Volksgezondheid en het RIZIV noodzakelijk. Met het oog op deze beleidsondersteuning wordt, via de ontwikkeling van functionele cellen, de samenwerking tussen beide administraties verder versterkt en de pro-actieve en beleidsvoorbereidende rol van de administraties beter ondersteund.

Naast de reeds bestaande technische cel werd in 2000 de aanzet gegeven tot een geneesmiddelencel (met een coördinerende en ondersteunende rol ten aanzien van de verschillende instanties die betrokken zijn bij het geneesmiddelenbeleid) en tot een Informatiecel ter ondersteuning van de accreditering, in het bijzonder de « *peer review* » in het kader van de ambulante praktijk (de ondersteuning van de « *peer review* » in de ziekenhuizen gebeurt door de dienst kwaliteit in het ministerie van Volksgezondheid).

In 2001 wordt bij het RIZIV de cel voor permanente doorlichting van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen opgericht. Dit comité zal voor de bevoegde organen en de minister van Sociale Zaken adviezen formuleren ter vereenvoudiging van de nomenclatuur door het aanpassen of hergroeperen van verstrekkingen — en dit ook met het oog op de ontwikkeling van zorgprogramma's —; de herziening van de waarde van de verstrekking rekening houdend met de kost ervan, met de voorhanden zijnde wetenschappelijke evidentie en met andere factoren die de objectieve waarde bepalen zoals de intellectuele inspanning, de (technische) deskundigheid en de tijdsbesteding; de invoering van nieuwe verstrekkingen op basis van een grondige evaluatie van de betrokken technologieën en de financiële weerslag ervan. Het comité zal een beroep kunnen doen op wetenschappelijke en administratieve medewerkers die binnen het RIZIV worden aangesteld.

Het beleid op het vlak van organisatie, kwaliteit en financiering van de gezondheidszorg heeft hoe langer hoe meer noodzaak aan een geïntegreerde benadering. Op diverse terreinen wordt vastgesteld dat de werkzaamheden op het gebied van beleidsadviesing en beleidsondersteuning versnipperd zijn of onvoldoende gecoördineerd worden binnen de bestaande administratieve structuren. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het

ques de financement ... Une telle mission est présentée, au niveau des soins dispensés aux personnes âgées — en raison de l'importance du vieillissement et de la nécessité d'une politique intégrée de soins dispensés aux personnes âgées — comme étant de la plus haute priorité, mais elle doit pouvoir être étendue, à terme, à tous les secteurs des soins de santé.

4.2.3.1.1.2. Préparation de la politique par les administrations

Afin d'aboutir à une meilleure préparation de la politique, il faut améliorer la collaboration entre l'administration de la Santé publique et l'INAMI. Pour soutenir la politique, on continue à renforcer la coopération entre les deux administrations et on soutient mieux le rôle des administrations sur le plan pro-actif et de la préparation de la politique, et ce, par le développement de cellules fonctionnelles.

En plus de la cellule technique déjà existante, une impulsion a été donnée, au cours de l'année 2000, à une cellule des médicaments (ayant une fonction de coordination et de soutien vis-à-vis des différentes instances concernées par la politique en matière de médicaments) ainsi qu'à une cellule d'information destinée à soutenir l'accréditation, en particulier le *peer review* dans le cadre de la pratique ambulatoire (le soutien du *peer review* en milieu hospitalier est assuré par le service de la qualité auprès du ministère de la Santé publique).

En 2001 sera créée au sein de l'INAMI la cellule de radioscopie permanente de la nomenclature des prestations de santé. Ce comité formulera, à l'intention des instances compétentes et du ministre des Affaires sociales, des avis visant à simplifier la nomenclature par l'adaptation ou le regroupement des prestations (en vue, également du développement de programmes de soins), par la révision de la valeur de la prestation, compte tenu du coût de celle-ci, de l'évidence scientifique existante et d'autres facteurs déterminant la valeur objective telle que l'effort intellectuel, la compétence (technique) et le temps consacré, par l'introduction enfin de nouvelles prestations sur la base d'une évaluation approfondie des technologies concernées et de leur incidence financière. Le comité pourra faire appel à des collaborateurs scientifiques et administratifs désignés au sein de l'INAMI.

La politique d'organisation, de qualité et de financement des soins de santé requiert de plus en plus une approche intégrale. Dans divers domaines, il est constaté que les travaux relatifs aux conseils à donner en matière politique et au soutien de celle-ci sont dispersés ou sont insuffisamment coordonnés au sein des structures administratives existantes. Il en va ainsi de la politique hospitalière, qui représente pourtant plus de la

ziekenhuisbeleid, waar nochtans meer dan de helft van de uitgaven van de ziekteverzekering naar toe gaan, en waar een beter overlegd optreden op het vlak van de informatieverzameling, het financieel overzicht, de doelmatigheid en de kwaliteitsevaluatie moet worden uitgebouwd.

Door de creatie van beleidsondersteunende cellen worden een aantal bruggen geslagen tussen de administraties van het RIZIV en van het ministerie van Volksgezondheid. Later moet onderzocht worden of dit systeem van cellen het meest geëigende instrument is voor een adequate en professioneel uitgebouwde beleidsvoorbereiding, of dat men op een aantal terreinen niet moet evolueren naar een permanente overkoepelende beleidsvoorbereidende structuur.

4.2.3.1.2. Doelmatigheid op bestuurlijk niveau

4.2.3.1.2.1. Institutionele samenwerking

Sedert de aanvang van deze legislatuur vond reeds twee keer een interministeriële conferentie (IMC) voor Volksgezondheid plaats (maart 2000 en oktober 2000).

Deze zesmaandelijks frequentie zal ook in de toekomst worden aangehouden. Deze IMC is immers het aangewezen forum om — met alle ministers die bevoegd zijn voor het gezondheidszorgbeleid — te overleggen over bevoegdheidsoverschrijdende thema's die alleen met de inbreng van alle bevoegde autoriteiten adequaat kunnen worden aangepakt, om beleidsaanbevelingen of -bijsturingen voor te stellen en de uitvoer ervan mogelijk te maken. De op de IMC aangegeven engagementen, die al dan niet de vorm van een protocolakkoord kunnen aannemen, moeten hiervoor garant staan. Als resultaat van beide voorgaande conferenties werd belangrijke vooruitgang geboekt op het gebied van de gezondheidsenquête, werd het opstarten van een nationaal georganiseerde campagne voor borstkankerscreening mogelijk en werd het engagement inzake het palliatief beleid onderschreven. Bepaalde thema's worden momenteel in interkabinettenwerkgroepen verder behandeld en de voorgestelde beleidsalternatieven zullen op toekomstige conferenties worden voorgesteld. Het betreft hier onder andere gegevensuitwisseling, bepaalde vaccinaties en infectieziekten, drugbeleid, bepaalde aspecten van ziekenhuiszorg en gezondheid en gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

4.1.3.1.2.2. Responsabilisering en hervorming van het RIZIV

De regering heeft zich er toe verbonden om het Belgisch overheidsapparaat dusdanig te hervormen dat de

moitié des dépenses de l'assurance maladie et pour laquelle il convient d'élaborer une intervention mieux concertée quant à la compilation d'informations, au bilan financier, à l'efficacité et à l'évaluation de la qualité.

La création de cellules de soutien de la politique jette un certain nombre de ponts entre l'administration de l'INAMI et celle du ministère de la Santé publique. Ultérieurement, on devra examiner si ce système de cellules constitue l'instrument le plus approprié à une préparation adéquate et professionnelle de la politique, et si on ne doit pas évoluer, sur un certain nombre de terrains, vers une structure permanente qui chapeauterait et préparerait la politique.

4.2.3.1.2. Efficacité au niveau administratif

4.2.3.1.2.1. Collaboration institutionnelle

Depuis le début de la présente législature s'est déjà tenue à deux reprises (en mars 2000 et en octobre 2000) une conférence interministérielle (CIM) de la Santé publique.

Cette fréquence semestrielle sera également maintenue à l'avenir. Cette CIM constitue en effet le forum par excellence où on peut discuter — avec tous les ministres compétents en matière de politique des soins de santé — de thèmes débordant le cadre des attributions et qui ne peuvent être abordés de façon adéquate que grâce à l'apport de l'ensemble des autorités compétentes, en vue de proposer des recommandations ou des corrections relatives à la politique et de permettre l'exécution de celles-ci. Les engagements pris lors de la CIM, qui peuvent ou non prendre la forme de protocole d'accord, doivent couvrir ce champ d'application. À la suite des deux conférences précitées, d'importants progrès ont été faits au niveau de l'enquête sur la santé; le lancement d'une campagne de dépistage du cancer du sein organisée sur le plan national est devenu possible et un engagement en matière de politique palliative a été approuvé. On continue à l'heure actuelle à traiter certains thèmes au sein de groupes de travail intercabines et les options politiques proposées seront présentées lors de conférences futures. Il s'agit en l'occurrence, entre autres, de l'échange de données, de certaines vaccinations et de maladies infectieuses, de la politique de la drogue, de certains aspects de l'hospitalisation et de la santé, ainsi que des soins de santé pour les enfants et les jeunes.

4.2.3.1.2.2. Responsabilisation et réforme de l'INAMI

Le gouvernement s'est engagé à réformer l'administration belge de façon à ce que les services publics soient

overheidsdiensten werkelijk ten dienste staan van de burger. Gezien zijn bij uitstek sociale opdracht is het van essentieel belang dat ook in het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering de menselijke capaciteiten functioneel worden gebruikt en de toegewezen budgetten rationeel worden besteed. De wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en de vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels en het uitvoeringsbesluit van 3 april 1997 vormen de basis voor een nieuw werkkader. De instellingen van de sociale zekerheid krijgen de mogelijkheid om een dienstverlening te verzekeren op basis van een grotere autonomie en verantwoordelijkheid inzake organisatie en beheer van de werkingsmiddelen. De bestuurs-overeenkomst vormt het werkinstrument van deze hervorming.

In de overeenkomst tussen de Staat en de instelling wordt het « product » gedefinieerd, meer bepaald de kwaliteit van de te leveren dienst, en worden de beschikbare middelen vastgelegd.

4.2.3.2. *Kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening (microniveau)*

4.2.3.2.1. Op evidentie gebaseerde medische zorgverlening

Evidence-based medicine (EBM) is het nauwgezet, expliciet en oordeelkundig gebruik van de actueel beste wetenschappelijke evidentie in het maken van beslissingen over de zorg van een individuele patiënt. Binnen de budgettaire grenzen heeft iedere patiënt immers recht op de beste, meest adequate en meest kosteneffectieve zorg.

In diverse ons omringende landen (onder andere het Verenigd Koninkrijk met het *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*; Nederland met zijn Gezondheidsraad; Zweden met het *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)* en Frankrijk met *L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)* zijn het afgelopen decennium, meestal met aanzienlijke overheidssteun, uitgebreide initiatieven genomen om de ontwikkeling van EBM te bevorderen en te verspreiden. De individuele zorgverstrekkers kunnen, onder andere door het toepassen van *evidence-based* richtlijnen, ertoe aangezet worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar bovendien kunnen de bovenvermelde organisaties uitgroeien tot cruciale instrumenten bij — het uitstippelen van — het gezondheids(zorg)beleid.

België heeft op het vlak van EBM een belangrijke achterstand in te halen. Daarom zal, in nauw contact met een belangrijke internationale organisatie zoals de *Cochrane Collaboration*, een Belgisch onafhankelijk Centrum van EBM worden opgestart.

Dit Centrum zal het begrip EBM ingang doen vinden in België; het maken van hoogwaardige actuele rappor-

vraiment au service du citoyen. Vu sa mission sociale par excellence, il est essentiel qu'au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les capacités humaines soient également utilisées de façon fonctionnelle et qu'il soit fait un usage rationnel des budgets attribués. La loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions et l'arrêté d'exécution du 3 avril 1997 constituent la base d'un nouveau cadre de travail. Aux institutions de sécurité sociale est offerte la possibilité de rendre des services sur la base d'une autonomie et d'une responsabilité plus grande en ce qui concerne l'organisation et la gestion des moyens de fonctionnement. Le contrat d'administration constitue l'outil de cette réforme.

Le contrat entre l'État et l'institution définit le « produit » et plus spécialement la qualité du service à rendre, et détermine les moyens disponibles.

4.2.3.2. *Qualité et efficacité de la dispensation de soins (microniveau)*

4.2.3.2.1. Dispensation des soins médicaux basée sur l'évidence médicale

La médecine basée sur l'évidence (MBE) est l'utilisation précise, explicite et judicieuse de la meilleure évidence scientifique actuelle lors de la prise de décisions concernant les soins à dispenser à un patient individuel. En effet, dans les limites budgétaires, chaque patient a droit aux soins les meilleurs, les plus adéquats et les plus efficaces par rapport au coût.

Dans divers pays environnants (entre autres le Royaume Uni avec le *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*; les Pays-Bas avec le *Gezondheidsraad*; la Suède avec le *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)* et la France avec l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), des initiatives détaillées ont été prises ces dix dernières années, généralement à l'aide d'une subvention considérable de l'État, en vue de promouvoir et de diffuser l'évolution de la MBE. Les dispensateurs de soins individuels peuvent, entre autres en appliquant des directives « *evidence-based* », être incités à améliorer la qualité des soins. Mais, en outre, les organisations précitées peuvent devenir des instruments fondamentaux pour la mise au point de la politique de la santé.

Dans le domaine de la MBE, la Belgique a un retard important à rattraper. C'est la raison pour laquelle, en contact étroit avec une organisation internationale importante telle que la *Cochrane Collaboration*, un Centre belge indépendant de MBE sera créé.

Ce Centre introduira la notion de MBE en Belgique; il se chargera de stimuler et de promouvoir la rédaction,

ten door Belgische *reviewers* over het hele gezondheidsdomein stimuleren en promoten; de toegang tot en het gebruik van onder andere *Cochrane reviews* door klinici, onderzoekers, beleidsmakers en andere doelgroepen ondersteunen en stimuleren en EBM-activiteiten in het werkgebied stimuleren. In eerste instantie zal dit centrum de opleiding in EBM bespoedigen, onder andere voor de medewerkers van de informatiecel, de geneesmiddelen cel en de cel voor de doorlichting en dynamisering van de nomenclatuur.

Ook het toenemend aantal initiatieven vanuit de accrediteringsorganen en de verenigingen van zowel huisartsen als specialisten om klinische richtlijnen voor hun vakgebied te ontwerpen en te verspreiden is hierbij van belang.

4.2.3.2.2. Verstandig omgaan met innovaties

Keuzes moeten worden gemaakt : de behoeften zijn per definitie onbeperkt, de middelen en de groei van de middelen zijn dat niet. Omdat niet alle innovatieve behandelingen en technieken dezelfde prijs-kwaliteit-verhouding hebben moet men prioritair die innovaties (behandelingen, ingrepen, zorgprogramma's, geneesmiddelen) met de beste prijs-kwaliteitverhouding (met de beste kosteneffectiviteit) in het vergoedingspakket opnemen.

Slechts op die manier kan met de beschikbare middelen een optimale gezondheidswinst worden gerealiseerd. Aanbieders van nieuwe technologieën zullen daarom niet alleen het bewijs van werkzaamheid moeten leveren, maar ook van een aanvaardbare verhouding tussen kosten en effecten. Dit kan aan de hand van gezondheidseconomische evaluaties. De nieuwe technologie wordt met het meest relevante, bestaande alternatief vergeleken waarbij zowel klinisch/medische effecten (bijvoorbeeld langer leven en aan een betere kwaliteit) als economische aspecten (bijvoorbeeld mogelijke besparingen) aan bod komen.

Beslissingen in verband met nieuwe technologieën zullen ook het voorwerp kunnen uitmaken van een herziening (bijvoorbeeld na 1,5 tot 3 jaar), waarbij het bewijs van kosteneffectiviteit in de dagelijkse praktijk, met andere woorden in een reële medische situatie, zal moeten worden geleverd. Op die manier wordt verstandig omgegaan met innovatie.

4.2.3.3. Instrumenten bij het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid op niveau van de zorgverlening

De overheid heeft een bijzonder belang bij deze ontwikkelingen, in het kader van haar opdracht om aan de bevolking gezondheidszorg van hoge kwaliteit te waarborgen en van haar verantwoordelijkheid voor een doel-

par des critiques belges, de rapports actuels de haute qualité concernant l'ensemble des domaines de la santé; il soutiendra et stimulera l'accès à et l'utilisation de entre autres *Cochrane reviews* par des cliniciens, des chercheurs, des responsables politiques et d'autres groupes cibles et encouragera les activités MBE dans la pratique de travail. En premier lieu, ce centre accélérera la formation en MBE, entre autres pour les collaborateurs de la cellule information, de la cellule des médicaments et de la cellule de radioscopie et de dynamisation de la nomenclature.

Le nombre croissant d'initiatives des organes d'accréditation et des associations tant des médecins généralistes que des spécialistes en vue d'élaborer des directives cliniques pour leur domaine professionnel, et de les diffuser, constitue également un élément important en la matière.

4.2.3.2.2. Approche intelligente des innovations

Des choix s'imposent : par définition, les besoins sont illimités, les moyens et la croissance des moyens ne le sont pas. Comme toutes les techniques et tous les traitements innovateurs ne présentent pas le même rapport qualité-prix, il est indiqué d'intégrer dans l'ensemble des prestations remboursées, de manière prioritaire, les innovations (traitements, interventions, programmes de soins, médicaments) qui offrent le meilleur rapport qualité-prix (la meilleure efficacité de coût).

Ce n'est que de cette manière qu'un gain de santé optimal pourra être réalisé avec les moyens disponibles. Ceux qui proposent de nouvelles technologies devront dès lors fournir la preuve, non seulement de l'efficacité, mais aussi d'un rapport acceptable entre les coûts et les effets. Ceci peut se faire au moyen d'évaluations économiques de la santé. La nouvelle technologie est comparée à l'alternative la plus judicieuse existante, en tenant compte tant des effets cliniques, médicaux (par exemple prolongation de la vie, et de meilleure qualité) que des aspects économiques (par exemple économies possibles).

Des décisions concernant des nouvelles technologies pourront aussi faire l'objet d'une révision (par exemple après 1,5 à 3 ans), et la preuve de l'efficacité du coût dans la pratique journalière devra être fournie, en d'autres termes dans une situation médicale réelle. De cette manière, on utilise une innovation d'une manière intelligente.

4.2.3.3. Instruments de promotion de la qualité et de l'efficacité au niveau de la dispensation des soins

L'autorité est particulièrement intéressée par ces évolutions, dans le cadre de sa mission qui vise à garantir à la population des soins de santé de haute qualité et de sa responsabilité de veiller à une gestion efficace des

matig beheer van de gezondheidszorg. Deze opdracht kan zij het best uitvoeren door ten aanzien van de zorgverstrekkers en de instellingen een beleid te voeren dat kwaliteitsbevordering stimuleert. Het bestaat uit drie componenten : het ter beschikking stellen van gegevens die toelaten zich te positioneren ten opzichte van kwaliteitsindicatoren; het ontwikkelen en ondersteunen van structuren voor kwaliteitsbevordering met daarbij het aanmoedigen via financiële stimuli van kwaliteitsinspanningen; het voeren van campagnes rond concrete thema's van kwaliteitsverbetering.

4.2.3.3.1. Van gegevensverzameling naar kwaliteit-informatie : de bestaande databanken

De MKG-MFG gegevensbank koppelt de minimale klinische gegevens en de minimale financiële gegevens met betrekking tot de ziekenhuisopnames. Een technische cel met experts uit het RIZIV en het ministerie van Volksgezondheid is bevoegd voor de validering en de koppeling van de gegevens en het ter beschikking stellen ervan aan administraties en derden. De nieuwe databank laat toe per homogene pathologiegroep (in totaal een 600-tal) een overzicht te geven van omvang en spreiding van de medische consumptie op het vlak van klinische biologie, medische beeldvorming, technische prestaties, verblijfsduur, geneesmiddelen. Hieruit worden de verschillen in medische praktijk afgeleid die op de diverse terreinen tussen de ziekenhuizen bestaan. Deze geaggregeerde cijfers worden gevolgd door een *feedback* naar de individuele instellingen. De instellingen worden met andere woorden geïnformeerd over hoe hun medische consumptie voor een gelijke pathologie zich verhoudt tot de consumptie in de andere ziekenhuizen.

Een tweede belangrijke databank is Farmanet, waarin op gedetailleerde wijze het voorschrijfgedrag van artsen in kaart wordt gebracht. Deze databank werd reeds gebruikt tijdens informatiecampagnes voor de voorschrijvende artsen. Om daadwerkelijk te kunnen worden gebruikt op het vlak van kwaliteitsevaluatie en analyse van het voorschrijfgedrag moet deze gegevensbank verfijnd worden. Meer bepaald moet de informatie betreffende de voorgeschreven geneesmiddelen gekoppeld worden aan de patiëntenkarakteristieken van de betreffende arts. Daartoe moeten beide gegevens via een uniek spoor aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt zodat op het niveau van de individuele patiënt de koppeling kan plaatsvinden. Deze overdracht via uniek spoor zal toelaten dat naar praktijkevaluatie vanaf 2001 deze informatie operationeel zal zijn.

Voor beide databanken wordt verder werk gemaakt van een actualisatie van de beschikbare gegevens en van een transparante verspreiding.

soins de santé. L'autorité peut au mieux accomplir cette mission en menant vis-à-vis des dispensateurs de soins et des établissements une politique qui stimule la promotion de la qualité. Elle comporte trois éléments : la mise à la disposition de données qui permettent de se positionner par rapport aux indicateurs de qualité; la mise au point et le soutien de structures de promotion de la qualité en encourageant des efforts vers la qualité par des stimulants financiers; des campagnes menées autour de thèmes concrets d'amélioration de la qualité.

4.2.3.3.1. De la saisie de données à l'information de qualité : les banques de données existantes

La banque de données RCM-RFM établit une liaison entre les données cliniques minimales et les données financières minimales concernant les hospitalisations. Une cellule technique composée d'experts de l'INAMI et du ministère de la Santé publique est compétente pour valider, mettre en relation les données et tenir à la disposition d'administrations et de tiers. La nouvelle banque de données permet de donner, par groupe de pathologies homogènes (au total environ 600), un aperçu de l'importance et de la répartition de la consommation médicale sur le plan de la biologie clinique, de l'imagerie médicale, des prestations techniques, de la durée de séjour, des médicaments. De ces données sont déduites les différences de pratique médicale qui existent entre les hôpitaux dans ces différents domaines. Ces données agrégées sont suivies d'un *feedback* vis-à-vis des établissements individuels. En d'autres termes, ces établissements sont informés de leur consommation médicale pour une même pathologie par rapport à la consommation dans les autres hôpitaux.

Une deuxième banque de données importante est Pharmanet, qui dresse la carte détaillée du comportement prescripteur de médecins. Cette banque de données a déjà été utilisée lors de campagnes d'information à l'intention des médecins prescripteurs. Pour permettre son utilisation efficace sur le plan de l'évaluation de la qualité et de l'analyse du comportement prescripteur, cette banque de données doit être affinée. Plus spécifiquement, l'information relative aux médicaments prescrits doit être liée aux caractéristiques des patients du médecin concerné. À cette fin, les deux sortes de données doivent être transmises sur une piste unique aux organismes assureurs, afin de pouvoir établir la liaison au niveau du patient individuel. Cette transmission sur piste unique permettra de rendre cette information opérationnelle pour l'évaluation de la pratique à partir de 2001.

Pour les deux banques de données on poursuit l'actualisation des données disponibles et leur diffusion transparente.

Het is evident dat een programma van informatie-beheer, informatieverspreiding en kwaliteitsevaluatie op een eenduidige en transparante wijze moet bestuurd worden. Voor wat betreft de ziekenhuispraktijken wordt de coördinatie verzekerd door de multipartite overlegstructuur die gemeenschappelijk wordt georganiseerd vanuit het RIZIV en het ministerie van Volksgezondheid. Wat betreft de ambulante praktijk — *in casu* het voorschrijfgedrag door huisartsen — is de coördinatie toevertrouwd aan het comité voor de evaluatie van de medische praktijk, opgericht binnen de Wetenschappelijke Raad. Deze werkzaamheden worden ondersteund door de hoger vermelde expertencellen.

Het in kaart brengen van verschillen in medische praktijk en het aanwenden van deze informatie om de doelmatigheid van de praktijkvoering te verhogen, is een belangrijk element in de discussie en de jaarlijkse rapportering aangaande de uniforme toepassing van de wetgeving (betreffende de verplichte ziekteverzekering) in heel het land.

In veel sectoren worden er belangrijke verschillen vastgesteld op het vlak van de medische praktijken, en dus ook op het vlak van het beslag dat gelegd wordt op de middelen voor de gezondheidszorg. Deze verschillen doen zich voor tussen de regio's van het land, maar eveneens tussen de sub-regio's, (arrondissementen, provincies ...), en eveneens, binnen dezelfde regio of sub-regio tussen artsen en verzorgingsinstellingen. Men moet in feite concluderen dat verschillen tussen de grote regio's van het land een afgeleide zijn van hardnekkige en systematische praktijkverschillen tussen individuele verstrekkers.

De verschillen in medische praktijken zijn op hun beurt het gevolg van een aantal factoren : het gebrek aan consensus of aan een formulering van consensus betreffende goed medisch handelen; een gebrek aan evaluatie en confrontatie van praktijkverschillen; een verschil in aangeleerde methodes op diagnostisch en therapeutisch vlak (bijvoorbeeld naargelang van de universiteit van opleiding); een aanbod aan voorzieningen dat in een aantal sectoren te groot is of ongelijk gespreid is over het land; financiële motieven die in de hand gewerkt worden door een sterk ontwikkeld systeem van betaling per prestatie; een gebrek aan financiële en andere stimuli ter ondersteuning van een doelmatige medische praktijk.

In dat kader kan verwezen worden naar bijlage 4 : « Doorgedreven en transparante aanpak van verschillen inzake medische praktijk » (naar aanleiding van het vierde rapport — Jadot — over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land).

4.2.3.3.2. Accreditering en « peer-review »

Enmaal de ziekenhuizen en hun artsen de gegevens ter beschikking hebben moet de discussie over de va-

Il est évident qu'un programme de gestion de l'informatique, de diffusion de l'information et d'évaluation de la qualité doit être géré d'une façon uniforme et transparente. En ce qui concerne les pratiques hospitalières, la coordination est assurée par une structure de concertation multipartite, organisée en commun par l'INAMI et le ministère de la Santé publique. En ce qui concerne la pratique ambulatoire — en l'occurrence le comportement prescripteur des médecins généralistes — la coordination est confiée au comité de l'évaluation de la pratique médicale, créé au sein du Conseil scientifique. Ces travaux bénéficient du soutien des cellules d'experts précitées.

L'inventaire des différences dans la pratique médicale et l'utilisation de ces informations pour augmenter l'efficacité de la pratique sont des éléments importants dans la discussion et l'établissement de rapports annuels sur l'application uniforme de la législation (relative à l'assurance-maladie obligatoire) dans tout le pays.

Dans de nombreux secteurs, d'importantes différences sont constatées sur le plan des pratiques médicales et, partant, sur le plan de l'usage qui est fait des médicaments pour les soins de santé. Ces différences apparaissent entre les régions du pays, mais aussi entre les sous-régions (arrondissements, provinces ...), ainsi que, au sein d'une même région ou sous-région, entre les médecins et les établissements de soins. En fait, il convient d'en conclure que les différences entre les grandes régions du pays découlent de différences de pratiques persistantes et systématiques entre des dispensateurs individuels.

Les différences dans les pratiques médicales sont, à leur tour, la conséquence d'une série de facteurs : absence de consensus ou d'une formulation de consensus quant à la bonne pratique médicale; absence d'évaluation et de confrontation des différences de pratique; différence dans les méthodes apprises en matière de diagnostic et de thérapie (par exemple selon l'université où la formation a été suivie); offre de structures trop importante dans certains secteurs ou inégalement répartie sur le pays; motifs financiers renforcés par un système fortement développé de paiement par prestation; défaut d'incitants financiers ou autres en vue de soutenir une pratique médicale efficiente.

Dans ce cadre, référence peut être faite à l'annexe 4 : « Approche approfondie et transparente des différences en matière de pratique médicale » (suite au quatrième rapport Jadot sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays).

4.2.3.3.2. Accréditation et *peer review*

Dès que les hôpitaux et leurs médecins disposeront des données, la discussion sur la variabilité et la qualité

riabiliteit en de kwaliteit van het medisch handelen starten. « *Peer review* » biedt de mogelijkheid om door praktijkvergelijking en door toetsing aan wetenschappelijke standaarden permanente verbetering van de medische praktijk na te streven. Hiertoe bestaan er twee belangrijke kanalen : het systeem van accreditering van de artsen en de « *peer review* » in de ziekenhuizen.

De accreditering is tot stand gekomen in het kader van het overleg artsen-ziekenfondsen. Via dit systeem wordt het merendeel van de artsen betrokken bij activiteiten gericht op kwaliteitsbevordering in het kader van lokale kwaliteitsgroepen of LOK's. Om de dubbele regelgeving — die bestond bij het ministerie van Volksgezondheid enerzijds en het RIZIV anderzijds — op te heffen werd een akkoord gesloten tussen de ministers, bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken, en de artsen en ziekenfondsen. Op basis van dit akkoord worden de accrediteringsorganen hervormd en krijgen zij, via uitvoering van artikel 36*bis* een wettelijke basis.

De belangrijkste aanpassing vormt de oprichting van een Nationale Raad voor kwaliteitspromotie waarin ook de overheid betrokken partij wordt. Deze raad wordt bevoegd voor de « *peer review* » en voor de aanbevelingen inzake het correct gebruik van het globaal medisch dossier, de bevordering van het teamwerk en van diverse samenwerkingsverbanden.

De ziekenhuiswet bepaalt dat de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteit moet worden getoetst, zowel binnen het ziekenhuis als door externe instanties. Voor de medische activiteit werd hieraan uitvoering gegeven door het koninklijk besluit van 15 februari 1999 dat een kaderregeling bevat voor de toetsing van de medische activiteit voor die diensten of zorgprogramma's die door de Koning worden aangewezen.

Totnogtoe werden negen domeinen aangeduid waar deze toetsing moet gebeuren, waaronder de diensten voor radiotherapie, de centra voor behandeling van chronische nierinsufficiëntie, het cardiale zorgprogramma, de functies voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en intensieve zorg.

De hoofdgeneesheer moet, op basis van een interne registratie, voor elke aangeduide dienst, functie of programma een rapport maken over de kwaliteit van de medische activiteit. De toetsing moet gebeuren aan de hand van indicatoren die in consensus zijn opgesteld door een college van « gelijken ». Deze indicatoren hebben onder meer betrekking op de infrastructuur, de mankracht en de medische praktijkvoering. Het college van geneesheren moet op basis van de rapportage van de ziekenhuizen een nationaal rapport opstellen met relevante gegevens.

Een overkoepelend orgaan binnen de overlegstructuur van ziekenhuizen, bestaande uit ziekenhuisbeheerders, verzekeringsinstellingen en artsen, heeft tot opdracht de werking van de verschillende colleges te harmoniseren

de l'acte médical doit débiter. Le *peer review* permet par comparaison au niveau de la pratique et par confrontation aux standards scientifiques d'en arriver à une amélioration permanente de la pratique médicale. Il y a deux pistes importantes à cet effet : le système d'accréditation des médecins et le *peer review* dans les hôpitaux.

L'accréditation a été instaurée dans le cadre de l'accord médico-mutualiste. Grâce à ce système, la plupart des médecins sont impliqués dans des activités axées sur la promotion de la qualité dans le cadre des groupes locaux d'évaluation médicale ou GLEM. Pour supprimer la double réglementation — l'une au ministère de la Santé publique et l'autre à l'INAMI, — un accord a été conclu entre les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales, les médecins et les mutualités. Les organes d'accréditation sont réformés sur la base de cet accord et se voient conférer une base légale par l'exécution de l'article 36*bis*.

L'adaptation la plus importante consiste en la création d'un Conseil national de la promotion de la qualité, dans lequel les pouvoirs publics sont également impliqués. Le Conseil sera compétent pour le *peer review*, ainsi que pour les recommandations concernant l'usage correct du dossier médical global, pour la promotion du travail en équipe et pour diverses associations.

La loi sur les hôpitaux stipule que la qualité de l'activité médicale et des soins infirmiers doit être contrôlée tant au niveau de l'hôpital que par des instances externes. En ce qui concerne l'activité médicale, il y a été donné exécution par l'arrêté royal du 15 février 1999 qui comporte une réglementation cadre pour le contrôle de l'activité médicale pour les services ou programmes de soins désignés par le Roi.

À ce jour, 9 domaines où doit s'exercer le contrôle ont été désignés; parmi ceux-ci : les services de radiothérapie, les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique, le programme de soins cardiaques, les fonctions de soins d'urgence spécialisés et de soins intensifs.

Le médecin-chef doit, sur la base d'un enregistrement interne, faire un rapport, pour chaque service, fonction ou programme désigné, sur la qualité de l'activité médicale. Le contrôle doit se faire à l'aide d'indicateurs qui doivent être établis de manière consensuelle par un collège « de pairs ». Ces indicateurs ont trait, entre autres à l'infrastructure, aux effectifs et à la pratique médicale. Le collège des médecins doit établir sur la base du rapport des hôpitaux un rapport national comprenant des données significatives.

Un organe de coordination au sein de la structure de concertation des hôpitaux, comprenant des gestionnaires d'hôpitaux, des organismes assureurs et des médecins, a pour mission d'harmoniser le fonctionnement des

en conclusies te trekken uit de rapporten van de colleges ten aanzien van de bevoegde overheden.

4.2.3.3.3. Thematische campagnes voor de verbetering van de kwaliteit

Om de discussies op een efficiënte wijze te organiseren zullen een aantal themata van medische praktijk omschreven worden zodat op gerichte wijze campagnes kunnen gevoerd worden. Het zal daarbij gaan om pathologieën die belangrijke aantallen patiënten aangaan en waar manifeste verschillen worden vastgesteld die medisch gezien niet direct verklaarbaar zijn.

De eerste thema's hebben betrekking op het antibioticagebruik in de ziekenhuizen en — in het kader van de accreditering — het gebruik van niet-steroidale anti-inflammatoire geneesmiddelen, het voorschrijfgedrag inzake antibiotica en de behandeling van astma. Ook andere thema's zullen worden uitgewerkt.

4.2.3.4. De herwaardering van de centrale rol van de huisarts en het globaal medisch dossier

Het *globaal medisch dossier* is een belangrijk instrument in het kader van de herwaardering van de centrale rol van de huisarts met het oog op een optimaal gebruik van gezondheidszorg. Om de gewenste uitbreiding tot het geheel van de bevolking mogelijk te maken, worden op gefaseerde wijze bijkomende middelen ter beschikking gesteld, voor het verminderen van het remgeld op de raadpleging voor patiënten met een globaal medisch dossier en voor het honoreren van de huisartsen voor het beheer van het dossier. Deze bijkomende middelen worden beschikbaar gesteld mits het realiseren van een aantal doelstellingen die te maken hebben met het efficiënt beheer van het dossier en het goed gebruik ervan, meer bepaald op het vlak van informatie-uitwisseling met specialisten.

De centrale rol van de huisarts zal verder ook worden benadrukt in het kader van de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.

4.2.3.5. Informatie- en communicatietechnologie

Adequate informatiebeheer en -uitwisseling zijn essentieel voor een goede gezondheidszorg. De ontwikkelingen in de informatie- en communicatietechnologie openen tal van nieuwe perspectieven. Alleen bij wijze van voorbeeld kunnen vernoemd worden: de elektronische transmissie en opslag van beeldmateriaal, telegeneeskunde, *on-line* toegang tot medische databanken, gesystematiseerde aanmaak van verwijsbrieven, geneesmiddelenbewaking, codering van diagnoses en toegepaste procedures, extractie van gegevens voor

différents collègues et de tirer les conclusions des rapports des collègues à l'intention des autorités compétentes.

4.2.3.3.3. Campagnes thématiques en vue de l'amélioration de la qualité

Pour organiser les discussions de façon efficace, un certain nombre de thèmes relatifs à la pratique médicale seront définis pour que des campagnes puissent être menées de façon ciblée. Il s'agira à cette occasion de pathologies qui concernent de très nombreux patients chez qui sont observées des différences manifestes qui ne sont pas directement explicables médicalement.

Les premiers thèmes concernent l'usage des antibiotiques dans les hôpitaux — dans le cadre de l'accréditation — et l'usage de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, le comportement en matière de prescription d'antibiotiques et le traitement de l'asthme. D'autres thèmes seront également élaborés.

4.2.3.4. La revalorisation du rôle central du médecin de famille et le dossier médical global

Le *dossier médical global* est un instrument important pour la revalorisation du rôle central du médecin de famille en vue d'un usage optimal des soins de santé. Pour permettre l'extension souhaitée à l'ensemble de la population, des moyens complémentaires sont libérés en plusieurs phases, pour la réduction du ticket modérateur de la consultation pour des patients ayant un dossier médical global et pour les honoraires des médecins de famille pour la gestion du dossier. Ces moyens complémentaires sont libérés grâce à la réalisation d'un certain nombre d'objectifs relatifs à la gestion efficace du dossier et à sa bonne utilisation, plus particulièrement au niveau de l'échange d'informations avec les spécialistes.

L'accent sera également mis sur le rôle central du médecin de famille dans le cadre du soutien de la collaboration pluridisciplinaire en première ligne.

4.2.3.5. Technologie de l'information et de la communication

La gestion et l'échange adéquats d'informations sont essentiels pour des soins de santé de bonne qualité. Les évolutions dans la technologie de l'information et de la communication ouvrent de nouvelles perspectives. À titre d'exemple, on peut citer: la transmission électronique et le stockage du matériel visuel, la médecine à distance, l'accès en ligne aux banques de données médicales, la rédaction systématisée de lettres de renvoi, la surveillance des médicaments, l'encodage de diagnostics et des procédures appliquées, extraction de don-

kwaliteitsbewaking en voor epidemiologisch onderzoek. Reeds heel wat voorbereidend werk werd geleverd via de Commissie telematica en het elektronisch medisch dossier. Het proces van standaardisering zit in de fase van het haalbaarheidsonderzoek.

Vanaf 2002 kan worden overgegaan tot de invoering van gestandaardiseerde toepassingen in de courante praktijkvoering. Er zullen middelen worden voorzien om de investeringskost in performante *softwaresystemen* te dekken. Dit is meteen een signaal voor *software-ontwikkelaars* om de huidige aarzelingen omtrent verdere investeringen in het elektronisch medisch dossier van met name de huisarts achterwege te laten.

4.2.3.6. *Samenwerking tussen diverse zorgverstrekkers*

In het ministerieel besluit voor de financiering van de ziekenhuizen voor het jaar 2000 werd erin voorzien dat het budget van financiële middelen van een ziekenhuis wordt verhoogd met een bedrag van 200 000 Belgische frank voor die ziekenhuizen die een protocol afsluiten met de huisartsen binnen de attractiezone van het ziekenhuis. Deze vergoeding beoogt aan te zetten tot innoverende projecten die kunnen bijdragen tot een betere samenwerking tussen de ziekenhuizen en de huisartsen. De projecten moeten vooral de communicatie verbeteren met het oog op complementariteit en continuïteit in de zorgverlening.

Bij de administratie werden inmiddels 67 protocollen tussen huisartsen en ziekenhuizen neergelegd. Het betreft in totaal 88 ziekenhuizen en 171 organisaties van huisartsen. Dit betekent dat ruim de helft van de ziekenhuizen een project heeft ingediend. Bij nadere analyse van de protocollen blijkt dat 46 % ervan handelen over opnamebrieven en dat 58 % betrekking hebben op ontslagbrieven. Ongeveer een derde van alle protocollen wordt uitgevoerd onder een telematicavorm.

Het is dus duidelijk dat de doelstelling, met name om vooral inzake opname en ontslag uit het ziekenhuis een doelmatige politiek te voeren, in ruime mate wordt bereikt. Een kwalitatief opnamebeleid veronderstelt dat de eerste lijn de zieke efficiënt doorverwijst, maar ook dat de gegevens in zijn of haar dossier correct worden bijgehouden en doorgestuurd naar het betrokken ziekenhuis. Na het ontslag uit het ziekenhuis heeft de zieke ook meestal een medische *follow-up* nodig. Opdat de opvang door de eerste lijn goed zou verlopen, is het essentieel dat het ziekenhuis de gegevens over het ziekenhuisverblijf doorstuurt naar de huisarts evenals richtlijnen voor de verdere opvolging.

nées pour la surveillance de la qualité et pour la recherche épidémiologique. Bon nombre de travaux préparatoires ont déjà été effectués par l'entremise de la Commission télématicque et du dossier médical électronique. Le processus de standardisation en est à la phase de l'étude de faisabilité.

À partir de 2002, on pourra procéder à l'introduction d'applications standardisées dans la pratique courante. Des moyens seront prévus afin de couvrir les frais d'investissement dans les systèmes de logiciel performants. Ceci est en même temps un signal à l'adresse des concepteurs de logiciels pour qu'ils lèvent les hésitations actuelles quant à d'autres investissements dans le dossier médical électronique, notamment de la part du médecin de famille.

4.2.3.6. *Collaboration entre divers dispensateurs de soins*

L'arrêté ministériel relatif au financement des hôpitaux pour l'année 2000, prévoit que le budget des moyens financiers d'un hôpital sera augmenté d'un montant de 200 000 francs belges pour les hôpitaux qui concluent un protocole avec les médecins de famille à l'intérieur de la zone d'attraction de l'hôpital. Cette rétribution vise à stimuler des projets novateurs susceptibles de contribuer à une meilleure collaboration entre les hôpitaux et les médecins de famille. Les projets doivent surtout améliorer la communication dans un but de complémentarité et de continuité dans la dispensation des soins.

Entretemps, 67 protocoles conclus entre les médecins généralistes et les hôpitaux ont été déposés à l'administration. Ils concernent au total, 88 hôpitaux et 171 organisations de médecins généralistes, ce qui signifie qu'environ la moitié des hôpitaux ont introduit un projet. Lorsqu'on analyse les protocoles d'une façon plus approfondie, il s'avère que 46 % d'entre eux se rapportent aux lettres d'admission et 58 % aux lettres de sortie. Environ un tiers de tous les protocoles sont effectués sous forme télématicque.

Il apparaît donc clairement que l'objectif de mener une politique efficace, surtout en matière d'admissions dans les hôpitaux et de sorties de ceux-ci, est atteint dans une large mesure. Une politique d'admission de qualité suppose que les dispensateurs des soins de première ligne orientent le malade d'une façon efficace, mais également que le dossier de ce dernier soit correctement tenu et transmis à l'hôpital concerné. Après sa sortie de l'hôpital, le malade a généralement besoin d'un suivi médical. Afin que la prise en charge par les dispensateurs des soins de première ligne se fasse correctement, il est essentiel que l'hôpital transfère les données relatives au séjour du patient en ses murs au médecin généraliste, ainsi que les directives à observer pour le suivi ultérieur.

4.2.4. Aanbodbeheersing

Aanbodbeheersing moet zich op diverse, complementaire domeinen uitstrekken : zorgverstrekkers, instellingen en diensten.

Op het gebied van zorgverstrekkers moet het planingsbeleid voor wat betreft artsen, tandartsen en kinesitherapeuten voortgezet worden en verfijnd worden voor wat de specialisten betreft.

Voor wat de instellingen en diensten aangaat moet het aanbod, zowel voor wat de basisdiensten betreft als voor wat dure, hoogtechnologise zorg aangaat, beantwoorden aan noden en behoeften. Dit is momenteel niet het geval omdat de noden en behoeften onvoldoende bekend zijn of omdat de kennis van noden en behoeften onvoldoende vertaling vindt in beleidsmaatregelen enerzijds en gedrag van actoren anderzijds. Ook het bestaan van diverse netten draagt bij tot een overaanbod aan diensten en instellingen. De huidige, aanbodgestuurde gezondheidszorg kan leiden tot onterechte consumptie en tot dreigende onbetaalbaarheid op macroniveau.

Aanbodbeheersing sluit aan op de hierboven aangehaalde doelstelling om optimale kwaliteit van zorg te bereiken en te behouden, aangezien het minimale activiteitsniveau — zeker in het geval van sterk gespecialiseerde zorg een belangrijke determinant van de kwaliteit van zorg — gemakkelijker wordt bereikt in het geval van een beperkt aanbod.

Voor bepaalde diensten en functies is programmatie nodig : het is voldoende gebleken dat het onmogelijk is een beperking te bereiken via het invoeren van strengere normen alleen. De minister van Sociale Zaken rekent op de verantwoordelijkheidszin en expertise van de betrokken actoren om de noden en behoeften zo juist mogelijk in te schatten en zo te komen tot een adequate programmatie.

Anderzijds zal meer nadruk gelegd worden op samenwerking en zal die ook daadwerkelijk gestimuleerd worden. Meer samenwerking moet ertoe kunnen leiden dat diensten en instellingen een complementair aanbod kunnen uitbouwen. Zo moet een einde worden gemaakt aan de onterechte invulling die nog al te vaak aan de fusie- en associatiebesluiten wordt gegeven.

In een aantal dossiers wordt aan dergelijke aanbodbeheersing concreet gestalte gegeven : diensten voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg, zorgprogramma's cardiale pathologie, oncologische zorgverlening — met inbegrip van radiotherapie —, kindergeneeskundige zorg, PET-scan, ...

4.2.4. Maîtrise de l'offre

L'offre doit être maîtrisée dans plusieurs domaines complémentaires : les dispensateurs de soins, les établissements et les services.

Dans le domaine des dispensateurs de soins, la politique de planification doit être poursuivie en ce qui concerne les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes et affinée en ce qui concerne les médecins spécialistes.

Quant aux établissements et services, l'offre doit répondre aux besoins tant au niveau des services de base qu'à celui des soins onéreux de technologie de pointe. Ceci n'est pas le cas actuellement parce que les besoins ne sont pas suffisamment connus ou parce qu'ils ne transparaissent pas assez dans les mesures politiques, d'une part et dans le comportement des protagonistes, d'autre part. La coexistence de divers réseaux contribue également à la surabondance de services et d'établissements. Les soins de santé actuels, axés sur l'offre, peuvent entraîner une consommation injustifiée et aboutir à ce que les soins deviennent impossibles à supporter financièrement au macroniveau.

La maîtrise de l'offre se rattache à l'objectif évoqué ci-dessus, à savoir atteindre et maintenir des soins de qualité optimale, étant donné que le niveau d'activité minimum (qui est, certainement dans le cas de soins fortement spécialisés, un élément déterminant de la qualité des soins) est plus facilement atteint dans le cas d'une offre limitée.

Pour certains services et fonctions, une programmation est nécessaire : il est apparu à suffisance qu'il est impossible d'obtenir une limitation uniquement en instaurant des normes plus sévères. Le ministre des Affaires sociales compte sur le sens des responsabilités et l'expertise des acteurs concernés pour évaluer les besoins aussi exactement que possible et pour arriver ainsi à une programmation adéquate.

Par ailleurs, on mettra davantage l'accent sur la collaboration qui sera réellement stimulée. Une collaboration plus poussée doit aboutir à la mise au point d'une offre complémentaire par les services et les établissements. Ainsi on doit mettre un terme à l'interprétation erronée donnée trop souvent aux accords de fusion et d'association.

Un certain nombre de dossiers concrétise une telle maîtrise de l'offre : des services de soins d'urgence spécialisés, des programmes de soins de pathologie cardiaque, des soins oncologiques — y compris la radiothérapie —, des soins de santé pédiatriques, PET-scan, ...

4.3. SPECIFIEKE DOMEINEN WAAR EEN STERK VERNIEUWD BELEID WORDT GEVOERD

4.3.1. Een vernieuwd geneesmiddelenbeleid

Het vernieuwd geneesmiddelenbeleid situeert zich binnen het globaal beleid inzake gezondheid en gezondheidszorg en streeft dezelfde doelstellingen van doelmatigheid en toegankelijkheid na.

De jongste jaren stelt men een stijging vast van de uitgaven voor geneesmiddelen die systematisch hoger is dan de stijging van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. In de mate dat dergelijke uitgavenstijging gepaard gaat met een stijging van de kwaliteit van de zorg en met mogelijke besparingen in andere sectoren van de zorg is deze toename aanvaardbaar. De groei van de uitgaven voor geneesmiddelen blijkt echter vaak moeilijk beheersbaar en verklaarbaar. Dit kan leiden tot onzekerheid voor alle actoren, tengevolge van korte termijnreacties en *ad hoc* maatregelen. Om dit te vermijden dient het beleid in alle geledingen van de sector meer de nadruk te leggen op het bevorderen van de kwaliteit en de prijs/kwaliteit van de huidige en toekomstige farmaceutische zorg.

Het vernieuwd geneesmiddelenbeleid (zie eveneens bijlage 3) voldoet daarom aan de volgende krachtlijnen :

- Vereenvoudigde structuren en snellere procedures zowel voor de aanneming van nieuwe als voor de herziening van bestaande geneesmiddelen, met een betere wetenschappelijke ondersteuning en meer aandacht voor Europese initiatieven en ervaringen die de prijs/kwaliteit van de zorg bevorderen. De aannemingsprocedure wordt vereenvoudigd en legt meer de nadruk op evidentie, zodat men die nieuwe geneesmiddelen met de beste prijs/kwaliteit verhouding prioritair zal aannemen.

- Het waarborgen van het aanbod aan farmaco-therapeutische innovaties. De aannemingsprocedure wordt beperkt tot 180 dagen. Via ingebouwde mijlpalen, waarbij een dossier automatisch vordert als adviezen of beslissingen niet binnen de vereiste tijd genomen worden, wordt het respecteren van de opgelegde *timing* gewaarborgd.

- De aanzet tot een op evidentie en op medische richtlijnen gebaseerd verbruik van geneesmiddelen, met aandacht voor de prijs/kwaliteit van de verschillende alternatieven en voor de plaats van het geneesmiddel in het globale zorgaanbod. Met regelmaat zullen bestaande klassen van geneesmiddelen in bepaalde indicaties het voorwerp vormen van een herziening van de evidentie. Ook zullen de zorgverstrekkers aangemoedigd worden om binnen de lokale kwaliteitskringen het voorschrift van geneesmiddelen ter discussie te stellen op basis van kwaliteitscriteria. Ten slotte zal het beleid, wanneer meer-

4.3. DOMAINES SPÉCIFIQUES DANS LESQUELS UNE POLITIQUE RÉNOVÉE EST MENÉE

4.3.1. Une politique rénovée en matière de médicaments

La politique rénovée en matière de médicaments s'inscrit dans la politique globale de la santé et des soins de santé et poursuit les mêmes objectifs d'efficacité et d'accessibilité.

Ces dernières années, on constate une augmentation des dépenses pour les médicaments, qui est systématiquement supérieure à l'augmentation des dépenses totales pour les soins de santé. Une telle augmentation des dépenses est acceptable pour autant qu'elle aille de pair avec une augmentation de la qualité des soins et éventuellement avec des économies dans d'autres secteurs de soins. L'augmentation des dépenses pour les médicaments s'avère toutefois souvent difficile à maîtriser et à expliquer. Ceci peut mener à une insécurité pour tous les acteurs, par suite des réactions à court terme et des mesures *ad hoc*. Pour éviter cela, la gestion doit, dans tous les segments du secteur, accentuer encore la promotion de la qualité et le rapport qualité-prix des soins pharmaceutiques actuels et futurs.

C'est pour cette raison que la politique rénovée en matière de médicaments (voir également l'annexe 2) s'articule sur les lignes de force suivantes :

- Des structures simplifiées et des procédures plus rapides tant pour l'admission de nouveaux médicaments que pour la révision de médicaments existants, avec un meilleur soutien scientifique et plus d'intérêt pour des initiatives et des expériences européennes améliorant le rapport qualité-prix des soins. La procédure d'admission est simplifiée et accentue davantage l'évidence, de sorte que les nouveaux médicaments présentant le meilleur rapport qualité-prix seront prioritairement admis.

- Garantir l'offre en innovations pharmacothérapeutiques. La procédure d'admission est limitée à 180 jours. Le respect du *timing* imposé est garanti en instaurant des étapes, un dossier progressant automatiquement lorsque des avis ou décisions n'interviennent pas dans le délai requis.

- Stimuler la consommation de médicaments basée sur l'évidence et sur des directives médicales, en tenant compte du rapport qualité-prix des différents produits alternatifs et de la place qu'occupe le médicament dans l'offre globale de soins. Certaines classes existantes de médicaments pour des indications déterminées feront régulièrement l'objet d'une révision de l'évidence. De même, les dispensateurs de soins seront encouragés à discuter au sein de groupes locaux d'évaluation médicale de la prescription de médicaments sur la base de critères de qualité. Enfin, la politique encouragera vive-

dere specialiteiten met eenzelfde werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm beschikbaar zijn, het gebruik van de goedkoopste specialiteit sterk aanmoedigen. Dit gebeurt aan de hand van een referentietrugbetalingsstelsel, waarbij de duurder specialiteit een relatief minder gunstige tegemoetkoming geniet.

— Realistische en op objectieve beleidskeuzen gestoelde budgettaire doelstellingen en met invoering van recuperatiemechanismen in geval van overschrijding. In akkoord met de farmaceutische industrie werd een budget vastgelegd voor de farmaceutische specialiteiten, dat rekening houdt met de werkelijke groei van de behoeften. Indien dit budget toch nog wordt overschreden zullen de bedrijven, elk in verhouding tot hun respectieve omzet, bijdragen tot de recuperatie van de overschrijding.

— Het waarborgen van de betaalbaarheid voor de patiënt. Door de middelen te alloceren naar die geneesmiddelen met een betere prijs/kwaliteit zullen de patiënten kunnen beschikken over de meest kosteneffectieve geneesmiddelen en zullen deze voor hen betaalbaar zijn. Ook zullen de remgelden voor bepaalde categorieën geneesmiddelen opgenomen worden in het stelsel van de maximale gezondheidsfactuur, zodat ook hier de betaalbaarheid gegarandeerd wordt.

4.3.2. Het ziekenhuisbeleid en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering

4.3.2.1. Het ziekenhuisbeleid

De conceptnota over het ziekenhuisbeleid dat de komende jaren zal worden gevoerd is terug te vinden in bijlage 6. Belangrijke hervormingen (palliatieve zorg, ouderenzorg, ...) die ook op het ziekenhuisbeleid hun weerslag zullen hebben komen elders aan bod en worden hier niet hernomen.

Het gebrek aan ordening in het ziekenhuislandschap heeft geleid tot een « overaanbod » voor een aantal diensten. Omwille van kwaliteits- en financiële redenen is taakverdeling tussen de ziekenhuizen onontbeerlijk : samenwerking (als fusie, associatie, groepering of onder de vorm van netwerken of andere, duurzame samenwerkingsverbanden) blijft verder van het grootste belang.

Het nieuw ziekenhuisconcept vertrekt vanuit de gedachte dat er nood is aan een zorgcontinuüm voor, tijdens en na het ziekenhuisverblijf. Het concept is ook dienstoverschrijdend zowel op het medisch-technische vlak als naar de klinische zorg toe, waar interdisciplinariteit essentieel is, met inbegrip van de psychosociale dimensie. In het nieuw ziekenhuisconcept worden de activiteiten omschreven als programma's. Het programma omvat zowel de diagnostische als de therapeutische mogelijkheden die zich voor een bepaalde pathologie aandienen. Er kan binnen een programma in ver-

ment l'utilisation de la spécialité la moins onéreuse, lorsque plusieurs spécialités sont disponibles qui ont le même principe actif et la même forme d'administration. Cela se fait à l'aide d'un système de remboursement de référence, dans lequel la spécialité la plus onéreuse bénéficie d'un remboursement relativement moins avantageux.

— Objectifs budgétaires réalistes, basés sur des choix politiques objectifs, tout en instaurant des mécanismes de récupération en cas de dépassement. En accord avec l'industrie pharmaceutique, un budget qui tient compte de la croissance réelle des besoins, a été fixé pour les spécialités pharmaceutiques. S'il y a, malgré tout, un dépassement de ce budget, les firmes contribueront toutes, en fonction de leur chiffre d'affaires respectif, à la récupération du dépassement.

— Garantir des prix supportables par le patient. En attribuant les moyens aux médicaments qui présentent le meilleur rapport qualité-prix, les patients pourront disposer des médicaments les plus efficaces par rapport à leur coût et ils pourront les payer. Il sera également tenu compte des tickets modérateurs pour certaines catégories de médicaments dans le système de la facture de santé maximale, de sorte qu'ici aussi des prix abordables soient garantis.

4.3.2. La politique hospitalière et la réforme du financement des hôpitaux

4.3.2.1. La politique hospitalière

La note conceptuelle concernant la politique hospitalière qui sera menée dans les années à venir est jointe en annexe 6. Des réformes importantes (soins palliatifs, soins pour les personnes âgées, ...) qui auront des répercussions sur la politique hospitalière, sont traitées ailleurs et ne figurent pas sous ce point.

Le manque de structure dans le paysage hospitalier a provoqué une « offre surabondante » pour un certain nombre de services. Pour des raisons qualitatives et financières, une répartition des tâches entre les hôpitaux est indispensable : la collaboration (sous la forme de fusion, d'association ou de réseaux ou autres formes de coopération durable) reste d'un très grande importance.

La nouvelle conception de l'hôpital s'appuie sur l'idée qu'on a besoin d'une continuité de soins avant, pendant et après le séjour à l'hôpital. Cette conception dépasse également le niveau des services, tant sur le plan médico-technique que sur le plan des soins cliniques, où l'interdisciplinarité est essentielle, y compris la dimension psychosociale. Dans la nouvelle conception de l'hôpital, les activités sont définies comme des programmes. Le programme contient les possibilités diagnostiques, ainsi que thérapeutiques, qui existent pour une certaine pathologie. Il est possible de prévoir dans un programme

schillende modules worden voorzien, gaande van basisprogramma's tot meer gespecialiseerde programma's. Tot op heden werden twee zorgprogramma's uitgewerkt : de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde en cardiale pathologie. De besluiten met betrekking tot de intensieve neonatologie en de perinatale zorg (de zogenaamde MIC-NIC-besluiten) kunnen als een zorgprogramma « *avant la lettre* » worden beschouwd. Ook de besluiten inzake de functies MUG, spoedgevallen en intensieve zorgen kunnen als een zorgprogramma worden beschouwd, ook al is er nog verdere bijsturing nodig. In het kader van het nieuw ziekenhuisconcept is het wenselijk om de komende jaren het concept van het basisziekenhuis te herformuleren, evenals enkele specifieke zorgprogramma's te realiseren.

Het basisziekenhuis dient een geheel van basiszorgen te verlenen. Belangrijk is dat het basisziekenhuis zich situeert in een netwerk van voorzieningen waar het samenwerkt met andere ziekenhuizen.

In het kader van een reorganisatie van de spoed-gevallenzorg werden totnogtoe een reeks van initiatieven genomen. De functie op het eerste niveau, tot op vandaag « de eerste opvang » genoemd, zal worden omgevormd tot de functie « spoed-gevallenzorg ». Wat het tweede niveau betreft, werden tot op vandaag zowat 150 gespecialiseerde spoed-gevallenzorgfuncties erkend. Dit is een veel groter aantal dan aanvankelijk werd vooropgesteld. Omdat dit overaanbod een doelmatige organisatie van de spoed-gevallenzorg in de weg staat, wordt daarom een bijsturing van het beleid voorbereid in de richting van een samenhang tussen de organisatie van een functie voor gespecialiseerde zorg en andere functies van het ziekenhuis, zoals intensieve zorgen. Binnen de beleidsbijsturing wordt verwacht dat de huisartsen een plaats verwerven in de lokale spoed-gevallenzorg.

Oncologie is bij uitstek een multidisciplinaire aangelegenheid. De globale benadering van de patiënt met kanker (preventie, diagnose, curatie, palliatie) vergt niet enkel een multidisciplinaire aanpak, maar ook een transmurale benadering, waar de samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen een noodzaak is. Er wordt uitgegaan van twee soorten van programma's voor oncologie. Het eerste programma is een programma dat in elk ziekenhuis kan worden aangeboden. Het veronderstelt dat alle artsen die in het ziekenhuis kankerpatiënten behandelen, samenwerken onder de leiding van een oncoloog. Uiteraard moet dit programma in nauwe samenwerking worden gezien met het tweede type van programma dat een aantal doorgedreven diagnostische exploratiemogelijkheden moet kunnen aanbieden en moet kunnen beschikken over behandelingsmogelijkheden voor zeldzame tumoren en specifieke doelgroepen. Het oncologisch beleid zal begin 2001 tot uitvoering worden gebracht. In afwachting van het ont-

plusieurs modules, qui peuvent varier d'un programme de base à des programmes plus spécialisés. Jusqu'à présent, deux programmes de soins ont été élaborés : il s'agit des programmes de soins « médecine reproductive » et « pathologie cardiaque ». Les arrêtés relatifs à la néonatalogie et aux soins périnataux (les arrêtés dénommés MIC-NIC) peuvent être considérés comme un programme de soins « avant la lettre ». Les arrêtés relatifs aux fonctions SMUR, urgences et soins intensifs peuvent être considérés comme un programme de soins, même s'il faut encore l'adapter. Dans le cadre de la nouvelle conception de l'hôpital, il est souhaitable de redéfinir, dans les années à venir, la conception de l'hôpital de base et de mettre au point également quelques programmes de soins spécifiques.

L'hôpital de base doit dispenser un ensemble de soins de base. Il est important que l'hôpital de base se situe dans un réseau, où il travaille en collaboration avec d'autres hôpitaux.

Dans le cadre d'une réorganisation des soins d'urgence, une série d'initiatives ont été prises jusqu'à présent. La fonction au premier niveau, appelée jusqu'à ce jour « première prise en charge d'urgence », sera transformée en une fonction « soins d'urgence ». En ce qui concerne le second niveau, quelque 150 fonctions spécialisées de soins d'urgence ont été jusqu'à ce jour agréées. Ce nombre est beaucoup plus élevé que celui initialement prévu. Parce que cette offre surabondante empêche une organisation efficace des soins d'urgence, on prépare une correction de la politique dans le sens d'une cohérence entre l'organisation d'une fonction de soins spécialisés et d'autres fonctions de l'hôpital, telles que les soins intensifs. On s'attend à ce que les médecins de famille occupent, grâce à la correction de la politique, une place dans les soins locaux d'urgence.

L'oncologie est une matière multidisciplinaire par excellence. L'approche globale du patient atteint d'un cancer (prévention, diagnostic, soins curatifs, soins palliatifs) exige une approche non seulement multidisciplinaire, mais également transmurale, qui exige la collaboration entre les différentes parties concernées. On se base sur deux sortes de programmes pour l'oncologie. Le premier programme est un programme qui peut être offert dans chaque hôpital. Il suppose que tous les médecins qui traitent dans un hôpital, des patients atteints d'un cancer, collaborent sous la direction d'un oncologue. Ce programme doit évidemment être envisagé en étroite collaboration avec le second type de programme, lequel doit comporter une série de possibilités d'exploration diagnostique poussées et doit disposer de possibilités de traitement de tumeurs rares et pour des groupes cibles spécifiques. La politique oncologique sera mise en œuvre au début de l'année 2001. En attendant le développement d'un programme de soins d'oncologie, il a

wikkelen van een zorgprogramma voor oncologie werd beslist om het aantal radiotherapiediensten en hun satellieten te blokkeren.

Een kwalitatief ziekenhuisbeleid veronderstelt dat er een voldoende aandacht uitgaat naar de specifieke behoeften van kinderen. Luidens het interimrapport kunnen hospitalisaties voor kinderen slechts worden toegestaan in ziekenhuizen met een voldoende activiteit aan ziekenhuiszorg voor kinderen. De ziekenhuizen dienen te beantwoorden aan alle vereisten van een degelijk zorgprogramma voor kinderen. Naast dit basisprogramma zijn één of meerdere gespecialiseerde zorgprogramma's voor kinderen.

Op het domein van de geestelijke gezondheidszorg zal, na de omvorming van 1990 en de reconversieoperatie van 2000, de aandacht zich toespitsen op de meest kwetsbare groepen. Het betreft met name een uitbreiding van het aantal K-bedden; projecten voor vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg; verwezenlijking van proefprojecten die moeten leiden tot het vaststellen van normen voor de behandeling van agressieve en sterk gedragsgestoorde patiënten en eveneens voor geïnterneerde personen, de functie zorgbemiddelaar en tot slot de ontwikkeling en ondersteuning van dagcentra in het kader van het beschut wonen.

Ook andere functies zijn betrokken bij de organisatie van de patiëntenzorg. Het gaat erom de verschillende functies die met de patiëntenzorg (bijvoorbeeld het voorbereiden van het ontslag) te maken hebben te stroomlijnen. De opdracht en plaats van de sociale dienst is hierbij van groot belang.

4.3.2.2. *De hervorming en modernisering van de ziekenhuisfinanciering*

De conceptnota over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering is terug te vinden in bijlage 6. Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering dient aan te sluiten bij de algemene beginselen van het ziekenhuisbeleid vandaag zoals de patiëntgerichte organisatie van de ziekenhuissector; de integrale benadering van de behandeling, zowel binnen de instelling als in relatie tot de extramurale sector; een op evidentie gestoelde medische praktijkvoering; de stimulering van taakverdeling, complementariteit en samenwerking tussen de ziekenhuizen.

De nieuwe ziekenhuisfinanciering die in 1990/1991 werd ingevoerd, had als voornaamste oogmerk de budgetten van de ziekenhuizen niet langer vast te leggen op historische basis, maar aan de hand van vergelijkingen tussen ziekenhuizen en van criteria die een zo goed mogelijke uitdrukking zijn van de financiële behoeften. De aanpassing van historisch naar doelbudget is in 2000 voor 100 % uitgevoerd.

été décidé de bloquer le nombre de services de radiothérapie et leurs satellites.

Une politique hospitalière de bonne qualité suppose qu'une attention suffisante soit consacrée aux besoins spécifiques des enfants. Selon le rapport intermédiaire, les hospitalisations d'enfants ne peuvent être autorisées que dans des hôpitaux ayant une activité suffisante au niveau des soins hospitaliers pour enfants. Les hôpitaux doivent satisfaire à toutes les exigences d'un programme de soins de bonne qualité pour enfants. En plus de ce programme de base, il existe un ou plusieurs programmes de soins spécialisés pour enfants.

Dans le domaine des « soins de santé mentale », après la réforme de 1990 et l'opération de reconversion de 2000, l'attention se concentrera sur les groupes les plus vulnérables. Il s'agit notamment d'une augmentation du nombre de lits K, de projets de rénovation dans le cadre des soins de santé mentale, de la réalisation de projets expérimentaux qui doivent conduire à la fixation de normes applicables au traitement de patients agressifs et présentant des troubles graves du comportement et de personnes internées, de la fonction de médiateur de soins et, finalement, du développement et du soutien des centres de jour dans le cadre de l'habitation protégée.

D'autres fonctions sont également concernées par l'organisation des soins dispensés aux patients. Il s'agit de rationaliser les différentes fonctions touchant aux soins dispensés aux patients (par exemple, la préparation de la sortie). La mission et la place du service social sont d'une importance capitale en cette matière.

4.3.2.2. *La réforme et la modernisation du financement des hôpitaux*

On trouvera la note conceptuelle sur la réforme du financement des hôpitaux en annexe 6. Une réforme du financement des hôpitaux doit répondre aux principes généraux de la politique hospitalière d'aujourd'hui, tels que l'organisation du secteur hospitalier axée sur le patient, l'approche globale du traitement, aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'en relation avec le secteur *extra muros*, un exercice de la pratique médicale basé sur l'évidence, la stimulation de la répartition des tâches, de la complémentarité et de la collaboration entre les hôpitaux.

Le nouveau financement des hôpitaux introduit en 1990/1991 avait pour objectif principal de ne plus établir les budgets des hôpitaux sur une base historique, mais sur la base de comparaisons entre les hôpitaux et de critères qui expriment le mieux les besoins financiers. Le passage du budget historique au budget d'objectifs a été réalisé à 100 % en 2000.

De financiering van de ziekenhuizen zal progressief verder worden hervormd. Bedoeling hierbij is niet langer te steunen op de bedden en andere structurele kenmerken, maar op de reële activiteiten; de parameters verder te verfijnen; de daghospitalisatie gedeeltelijk te integreren in het verpleegdagbudget; in een specifieke financiering te voorzien voor de universitaire ziekenhuizen; een stap te zetten naar een meer globale financiering voor geneesmiddelen en medische prestaties; een tijdige en zo definitief mogelijke vaststelling van de budgetten te garanderen; een vereenvoudigd systeem van uitbetaling in te voeren; de budgettaire middelen over de instellingen te verdelen binnen een gesloten en gegarandeerd landelijk globaal budget.

De hervorming sluit ook aan bij de beginselen van het nieuw ziekenhuisconcept : een meer globale en minder gefractioneerde financiering; een financiering die meer gebaseerd is op de activiteiten omtrent de patiënt dan op de vergoeding van het aanbod.

4.3.3. Doelgroepenbeleid

4.3.3.1. *Het palliatief beleid*

De conceptnota over het palliatief beleid is terug te vinden in bijlage 7.

Gezondheidszorg moet menswaardig zijn en dus ook aandacht hebben voor het meeleven met en het begeleiden van de stervende mens. De basisnoden van stervende patiënten — nood aan genegenheid, veiligheid, waardigheid en fysiek comfort — moeten centraal staan en ook de noden van de nabestaanden moeten aandacht krijgen. Het gaat over het bevorderen van de palliatieve cultuur. Omdat het respect voor de keuze van de patiënt belangrijk is, is een sterkere thuiszorg van belang, waarbij deze zorg niet duurder mag zijn dan deze die verstrekt wordt aan patiënten in ziekenhuizen. Daarnaast ligt de nadruk eerder op de versterking van bestaande voorzieningen, structuren en initiatieven, onder andere in thuisvervangende situaties. De palliatieve zorg wordt ingezet op verzoek van de patiënt en verloopt met zijn instemming.

In de thuisomgeving betreft het maatregelen die tot doel hebben het bestaande zorgaanbod te verbreden en toegankelijker te maken (thuisverplegingsforfaits openstellen voor palliatieve patiënten; annuleren van remgelden) én maatregelen die beogen de bestaande samenwerkingsverbanden verder te ondersteunen en uit te bouwen.

In de thuis- en ziekenhuisvervangende omgeving is zowel ruimte voor pilootprojecten met gespecialiseerde dagcentra als voor een aanpassing inzake het functioneren van de palliatieve zorgeenheden (personeelsomkadering, toezichthonoraria, rol van de huisarts). Dat hierbij ook ruime aandacht zal gaan naar de ondersteu-

La réforme du financement des hôpitaux sera poursuivie progressivement. L'objectif est de se baser, non plus sur les lits et autres critères structurels, mais sur les activités réelles, d'affiner encore les paramètres, d'intégrer partiellement l'hospitalisation de jour dans le budget de l'hospitalisation, de prévoir un financement spécifique pour les hôpitaux universitaires, de faire un pas vers un financement plus global des médicaments et des prestations de santé, de garantir à temps la fixation aussi définitive que possible des budgets, d'introduire un système simplifié de remboursement, de répartir les moyens budgétaires entre les établissements dans les limites d'une enveloppe globale nationale fermée et garantie.

La réforme répond aussi aux principes du nouveau concept hospitalier : un financement plus global et moins fractionné, un financement basé sur les activités centrées sur le patient, plus que sur le remboursement de l'offre.

4.3.3. Politique vis-à-vis des groupes-cibles

4.3.3.1. *La politique palliative*

On trouvera la note conceptuelle sur la politique palliative en annexe 7.

Les soins de santé doivent respecter la dignité humaine et doivent donc faire montre de compassion envers le mourant et veiller à son accompagnement. Les besoins de base des patients mourants — besoin d'affection, de sécurité, de dignité et de confort physique — doivent être au centre des préoccupations, mais les besoins des proches parents doivent également faire l'objet d'attention. Il s'agit de favoriser la culture palliative. Étant donné que le respect du choix du patient est important, le renforcement des soins à domicile l'est également; ceux-ci ne peuvent être plus coûteux que ceux dispensés aux patients en milieu hospitalier. Par ailleurs, l'accent est mis plutôt sur le renforcement des équipements, structures et initiatives existants, entre autres dans des milieux qui font office de chez soi. Les soins palliatifs sont entamés à la demande du patient et sont dispensés avec son accord.

Dans l'environnement familial, il s'agit de mesures qui ont pour but d'élargir et de rendre plus accessible l'offre de soins existante (rendre accessibles les forfaits de soins à domicile pour les patients palliatifs; suppression des tickets modérateurs), ainsi que de mesures visant à soutenir et à développer encore les associations.

Dans le milieu familial et dans le milieu qui remplace l'hôpital, il y a de la place aussi bien pour des projets pilotes en coopération avec des centres de jour spécialisés que pour une adaptation du fonctionnement des unités de soins palliatifs (encadrement du personnel, honoraires de surveillance, rôle du médecin de famille).

ning (middels forfaitaire financiering) van de palliatieve opdracht in de RVT en ROB is evident.

In het ziekenhuis ten slotte zal de palliatieve opdracht eveneens worden versterkt.

Voor het palliatief beleid dat gerealiseerd wordt via het RIZIV, wordt voor 2001 een extra budget van 900 miljoen Belgische frank voorzien. De kostprijs van deze maatregelen bedraagt op kruissnelheid 1 615 miljoen Belgische frank. Met de maatregelen die worden gerealiseerd via het budget van Volksgezondheid komt het totaal bijkomend budget voor het palliatief beleid op 1 730 miljoen Belgische frank

4.3.3.2. *Thuisverpleging*

De thuisverpleging neemt in het zorggebeuren een essentiële plaats in. Het is bijgevolg wenselijk deze sector te herwaarderen en als een aparte zorgentiteit te expliciteren in het zorgbeleid.

De professionaliteit van de thuisverpleegkundige moet worden versterkt door een meer geïntegreerde thuiszorg. Dit kan worden bereikt door een meer gestructureerde aanpak van de thuisverpleging in het kader van samenwerkingsverbanden. Langs die weg kunnen de ontwikkelingen in de thuisverpleging, zoals het verpleegkundig dossier, de verpleegkundige diagnose, de referentie-verpleegkundige functie, verpleegprotocollen en kwaliteits-evaluatie een praktische toepassing op het terrein vinden. Deze ontwikkelingen dragen bij tot een betere kwaliteit van de thuisverpleging, zowel door de zelfstandige verpleegkundigen als door de diensten voor thuisverpleging, maar hebben ook een belang bij het streven naar een maximale doelmatigheid en kostenbeheersing. Hierbij zal rekening worden gehouden met de specifieke kostenstructuur van thuisverpleging naargelang zij door zelfstandigen dan wel loontrekkenden wordt verstrekt.

De thuiszorg richt zich naar verschillende soorten van patiënten of doelgroepen die gekenmerkt worden door specifieke, acute of chronische zorgbehoeften in de thuis-situatie. Deze aanpak is echter tweevoudig, niet enkel de « *cure* » maar ook de « *care* » komt aan bod als zijnde een waardevol zorgelement. Meewerken aan ziektepreventie en gezondheids promotie is een ander facet van de geïntegreerde zorg dat hier nauw bij aansluit.

De patiëntenpopulatie die in aanmerking komt voor thuisverpleging is zeer gevarieerd. Enerzijds is er een steeds groter wordende groep van ouderen die zorgbehoevend worden. Deze trend zal zich de komende jaren doorzetten en de behoefte aan zorg doen toene-

Il est évident qu'une attention particulière sera accordée au soutien (moyennant un financement forfaitaire) de la mission palliative au sein des MRS et des MRPA.

Enfin, en milieu hospitalier, la mission palliative sera également renforcée.

Pour la politique de soins palliatifs réalisée par l'intermédiaire de l'INAMI, il est prévu pour 2001 un budget supplémentaire de 900 millions de francs belges. Le coût de ces mesures est, en régime de croisière, de 1 615 millions de francs belges avec les mesures réalisées dans le cadre du budget de la Santé publique, le budget supplémentaire total se monte à 1 730 millions de francs belges.

4.3.3.2. *Soins infirmiers à domicile*

Les soins infirmiers à domicile occupent une place essentielle dans l'ensemble des soins. Il est, par conséquent, souhaitable de revaloriser ce secteur et de le situer dans la politique des soins comme une entité de soins séparée.

Le professionnalisme de l'infirmier dispensant des soins à domicile doit être renforcé par une plus grande intégration des soins infirmiers à domicile. Ce renforcement peut être obtenu par une approche plus structurée des soins infirmiers à domicile dans le cadre d'associations. Par cette voie, les développements au niveau des soins infirmiers à domicile, tels que le dossier infirmier, le diagnostic infirmier, la fonction infirmière de référence, les protocoles infirmiers et l'évaluation de la qualité, trouveront leur application sur le terrain. Ces développements contribuent à une meilleure qualité des soins infirmiers à domicile dispensés aussi bien par les praticiens de l'art infirmier indépendants que par les services de soins infirmiers à domicile, mais revêtent également un intérêt pour atteindre une efficacité maximale et une maîtrise des coûts. Ce faisant, il sera tenu compte de la structure spécifique du coût des soins infirmiers à domicile selon qu'ils sont dispensés par des indépendants ou par des salariés.

Les soins infirmiers à domicile s'adressent à différents types de patients ou de groupes cibles qui se caractérisent par un besoin de soins spécifiques, aigus ou chroniques dans le cadre familial. Cette approche est cependant double : non seulement l'aspect « *cure* », mais aussi l'aspect « *care* » constituent un élément de soins valable. Une autre facette des soins intégrés étroitement liée aux deux aspects précités est la collaboration à la prévention des maladies et à la promotion de la santé.

La population des patients qui entre en ligne de compte pour des soins infirmiers à domicile est très variée. D'une part, il y a le groupe toujours plus important des personnes âgées qui deviennent dépendantes de soins. Cette tendance se maintiendra au cours des années à venir et

men. Anderzijds zijn er de gehandicapten en chronisch zieken, zowel oud als jong als arm of rijk.

Daarnaast is er ook een toenemend aantal patiënten die, na een kortstondig verblijf in het ziekenhuis, tijdelijk een beroep doen op de diensten voor thuisverpleging in samenspraak met de huisarts. En ten slotte geniet ook de palliatieve thuiszorg meer en meer bekendheid en wordt ze zowel door de familie als door de gemeenschap sterk gewaardeerd.

Het spreekt voor zich dat de maximale toegankelijkheid van alle patiënten in de thuiszorgsituatie moet gevrijwaard worden.

4.3.3.3. Ouderenzorgbeleid

Als gevolg van het fenomeen van dubbele vergrijzing — een toename van het aantal ouderen in onze samenleving mét een relatief sterkere toename van de hoogste leeftijden, met vaak grote zorgafhankelijkheid — heeft een belangrijke weerslag voor het gezondheidszorgsysteem. Bovendien zijn verschillende beleidsverantwoordelijken bevoegd voor ouderenzorg, wat het voeren van een coherent, geïntegreerd beleid niet eenvoudig maakt.

Toch moet op relatief korte termijn een coherent ouderenzorgbeleid worden uitgebouwd — rekening houdend met de bevoegdheidsverdeling maar gericht op wezenlijke veranderingen. Dit zal het voorwerp uitmaken van een afzonderlijke beleidsnota.

Nu reeds is echter duidelijk welke principes aan de basis van dit beleid zullen liggen. In de eerste plaats het streven om ouderen zo lang mogelijk maximale autonomie te geven (bijvoorbeeld via het vermijden van institutionalisering). Ook moet de zorg zo veel mogelijk in de onmiddellijke omgeving van de oudere worden verstrekt, thuis dus. Niet alleen omdat de meeste ouderen thuis verblijven, maar ook omdat dit de wens van de meesten is. Tot slot moet de zorg optimaal aansluiten op de vaak complexe en heterogene zorgvraag van deze groep. Dit laatste veronderstelt het adequaat meten van de zorgafhankelijkheid.

Een evolutie naar een goed en modern financieringsstelsel voor ROB en RVT is wenselijk. Hiertoe dient een budgetfinanciering op basis van inschatting van zorgbehoefte en werkbelasting te worden ingevoerd. Het is daarbij gewenst een methodiek van financiering te volgen die enerzijds bestaat uit een globaal bedrag per instelling en dat los staat van het volume patiënten en anderzijds een bedrag dat varieert met het aantal patiënten.

Zodoende kan rekening gehouden worden met de kostenstructuur van de instellingen (vaste en variabele

accroît le besoin de soins. D'autre part, il y a les personnes handicapées et les malades chroniques de tous âges, pauvres ou riches.

Il existe en outre un nombre croissant de patients qui, après un bref séjour à l'hôpital, font temporairement appel aux services de soins infirmiers à domicile, en accord avec le médecin de famille. Finalement, les soins palliatifs à domicile sont de plus en plus connus et sont fortement appréciés, aussi bien par la famille que par la société.

Il est évident que l'accessibilité maximale pour tous les patients se trouvant dans une situation de soins à domicile doit être préservée.

4.3.3.3. Politique de santé pour les personnes âgées

Le phénomène du double vieillissement — un accroissement du nombre de personnes âgées dans notre société et un accroissement relativement plus marqué des personnes les plus âgées, souvent accompagnés d'une grande dépendance par rapport aux soins — a une importante répercussion sur le système des soins de santé. En outre, différents responsables politiques sont compétents en matière de soins dispensés aux personnes âgées, ce qui ne facilite pas le développement d'une politique cohérente et intégrée.

Il conviendra néanmoins d'élaborer, dans un délai relativement court, une politique cohérente de soins aux personnes âgées, tenant compte de la répartition des compétences mais axée sur des modifications essentielles. Cela fera l'objet d'un mémoire séparé détaillant la politique à suivre.

Les principes qui seront à la base de cette politique sont, dès à présent, clairs. En premier lieu, le souci de préserver le plus longtemps possible l'autonomie maximale des personnes âgées (par exemple, en évitant le recours aux institutions). Il faut aussi dispenser les soins autant que possible dans l'environnement direct de la personne âgée, c'est-à-dire à son domicile, non seulement parce que la plupart des personnes âgées résident chez elles, mais aussi parce que la plupart d'entre elles le souhaite. Enfin, les soins doivent répondre de façon optimale à la demande de soins souvent complexe et hétérogène de ce groupe. Ce dernier point requiert de mesurer correctement la dépendance de soins.

Une évolution dans le sens d'un système de financement de qualité et moderne pour les MRPA et les MRS est souhaitable. À cette fin, il faut instaurer un financement budgétaire sur la base de l'évaluation des besoins de soins et de la charge de travail. À cet égard, il est indiqué de suivre une méthode de financement comprenant d'une part un montant global par établissement et indépendant du volume de patients et d'autre part un montant variant avec le nombre de patients.

Ce faisant, il est possible de tenir compte de la structure des coûts des institutions (frais fixes et frais varia-

kosten) en kan vermeden worden dat het globaal budget voor heel de sector wordt overschreden. Een gelijkwaardig financieringssysteem kan ook in de sector van de thuisverpleging overwogen worden.

Het is evident dat een belangrijke toename van de verzorgingscapaciteit noodzakelijk zal zijn. Daarnaast zijn ook specifieke maatregelen op diverse domeinen van essentieel belang.

Ook moet in de nodige middelen worden voorzien voor de verdere uitbouw en de ondersteuning van de thuisverzorging en van geriatrische dag- (en nacht)centra. In de thuisvervangende omgeving is de verdere reconversie van ROB naar RVT-bedden een belangrijke maatregel en in het ziekenhuis moet het geriatrisch daghospitaal worden uitgebouwd.

5. EUROPESE SOCIALE SAMENWERKING : VAN PRINCIPES NAAR REALITEIT

5.1. INLEIDING

5.1.1. De context van de Europese integratie

Het Belgische sociale beleid moet vanzelfsprekend kaderen in de context van de Europese integratie. Europese samenwerking kan immers een belangrijke meerwaarde geven aan het nationale sociale beleid en er mee voor zorgen dat het Europees sociaal model, dat uniek is in de wereld, in stand gehouden en versterkt wordt. Europa biedt dus een aantal kansen die niet onbenut mogen blijven, maar houdt tegelijkertijd niet te verwaarlozen uitdagingen in.

Deze uitdagingen hebben onder meer te maken met de beperkingen die worden opgelegd door bestaande Europese afspraken zoals de « Maastrichtnorm » en het groei- en stabiliteitspact, maar ook met de invoering van de euro (wegvallen van het wisselkoersinstrument en transparantie van lonen en prijzen) en het ontbreken van Europese afspraken inzake fiscaliteit. Deze elementen maken dat het Europese integratieproces geenszins neutraal is tegenover de sociale beschermingsstelsels en hen ook in de toekomst zal beïnvloeden, zij het via het vrij verkeer van werknemers, de vrijheid om grensoverschrijdende financiële diensten te verrichten (bijvoorbeeld aanvullende pensioenregelingen) of het mededingingsrecht (zijn ziekenfondsen ondernemingen als andere ?). Aangezien de sociale beschermingsstelsels van de lidstaten van de Europese Unie daarenboven te maken krijgen met gelijkaardige demografische en financiële uitdagingen, zijn er sterke argumenten om samen een aantal oplossingen uit te werken en na te denken over de instrumenten en middelen die nuttig en nodig zijn.

bles) et d'éviter que le budget global ne soit dépassé pour l'ensemble du secteur. Un système de financement équivalent peut aussi être établi dans le secteur des soins à domicile.

Il est évident qu'une importante augmentation de la capacité de soins s'imposera. De plus, des mesures spécifiques dans différents domaines revêtent une importance capitale.

Il faut aussi prévoir les moyens nécessaires à la poursuite du développement et du soutien des soins à domicile et des centres gériatriques de jour (et de nuit). Dans le milieu faisant office de chez-soi, la poursuite de la reconversion de lits MRPA en lits MRS constitue une mesure importante et en milieu hospitalier, il faut développer l'hôpital gériatrique de jour.

5. COLLABORATION SOCIALE EUROPÉENNE : DES PRINCIPES À LA RÉALITÉ

5.1. INTRODUCTION

5.1.1. Le contexte de l'intégration européenne

La politique sociale belge doit, cela va de soi, s'inscrire dans le contexte de l'intégration européenne. En effet, une coopération européenne peut donner une importante plus-value à la gestion nationale de la politique sociale et peut assurer le maintien et le renforcement du modèle social européen, qui est unique au monde. L'Europe offre donc une série d'occasions qui ne peuvent être négligées, tout en lançant des défis non négligeables.

Ces défis sont en rapport, entre autres, avec les restrictions imposées par les conventions européennes existantes comme les « Critères de Maastricht » et le pacte de stabilité et de croissance, mais aussi avec l'instauration de l'euro (suppression de l'instrument de change et transparence des salaires et des prix) et l'absence de conventions européennes en matière de fiscalité. Ces éléments font que le processus d'intégration européen n'est nullement neutre par rapport aux régimes de protection sociale et qu'il les influencera également dans l'avenir, soit par la libre circulation des travailleurs ou par la libre prestation transfrontalière de services financiers (par exemple, fonds de pension complémentaire) ou le droit en matière de concurrence (les mutualités sont-elles des entreprises comme les autres ?). L'analogie des défis démographiques et financiers auxquels sont confrontés les régimes de protection sociale des États membres de l'Union européenne constitue en outre un très bon argument pour développer en commun des solutions et réfléchir ensemble aux instruments et moyens nécessaires.

Deze gemeenschappelijke aanpak moet minstens op twee manieren gebeuren. Europa moet met name :

- actieve welvaartsstaten mogelijk maken, ze ondersteunen, en de richting aangeven, zowel inzake werkgelegenheid als inzake sociale bescherming;
- de sociale rechten waarborgen die in het kader van de Raad van Europa (en meer bepaald in het te Turijn ondertekende Europees Sociaal Handvest) werden vastgelegd. Dit moet bij voorkeur gebeuren door een reeks basisrechten expliciet in het Verdrag op te nemen. Meer algemeen moet de discussie gevoerd worden over de (burgerlijke en sociale) grondrechten aan de hand van het verslag van het « Comité van Wijzen » en in het licht van het bestaande initiatief van de Unie om een « Handvest van de grondrechten van de Europese Unie » op te stellen.

De Unie en de lidstaten moeten de hefboomen creëren om dit ook effectief mogelijk te maken. Dit moet gebeuren via :

- een sociale convergentiestrategie waarbij op een offensieve wijze gemeenschappelijke sociale doelstellingen ontwikkeld worden;
- Europese richtlijnen of CAO's die op welbepaalde domeinen drempels leggen voor de garantie van de rechten.

5.1.2. Convergentie van ideeën

Sedert kort is een dergelijk « Europees » antwoord ook effectief mogelijk : alle Europese regeringen zijn er nu van overtuigd dat een verstandige welvaartsstaat geen last is, maar integendeel een productieve factor voor onze samenlevingen. Uit hoogstaand wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een goed georganiseerde sociale bescherming sociaal kapitaal tot stand brengt. Sociaal kapitaal is een meerwaarde voor een competitieve kennismaatschappij.

Europese samenwerking op het gebied van het sociaal beleid is nu mogelijk omdat er eensgezindheid bestaat over dit fundamentele uitgangspunt. Werkgelegenheid en sociale bescherming gaan samen. De twee doelstellingen, namelijk actieve deelname aan de arbeidsmarkt en sociale insluiting vereisen dat onze regeringen dezelfde, gezamenlijk te bepalen, uitdagingen tegemoet moeten treden.

5.1.3. Doelstellingen en methode

Deze eensgezindheid werd bevestigd tijdens de Europese Top van Lissabon die in maart van dit jaar werd gehouden en waar van het sociaal beleid uitdrukkelijk een afzonderlijk aandachtspunt voor Europese samenwerking werd gemaakt. Lissabon legde tevens de methodologische basis voor een Europese benadering van het sociaal beleid.

Cette approche commune doit se faire de deux manières. L'Europe doit :

- rendre possibles les États sociaux actifs, les soutenir et leur indiquer la direction à suivre, tant en matière d'emploi qu'en matière de protection sociale;
- garantir les droits sociaux qui ont été fixés dans le cadre du Conseil de l'Europe (et plus particulièrement dans la Charte sociale européenne signée à Turin). De préférence, il convient d'inscrire de façon explicite une série de droits fondamentaux dans le traité. De façon plus générale, la discussion doit porter sur les droits fondamentaux (civiques et sociaux) en fonction du rapport du « comité des sages » et à la lumière de l'initiative existante de l'Union en vue de rédiger une « Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ».

L'Union et les États membres doivent créer les leviers qui permettront aussi d'atteindre effectivement ces objectifs, notamment :

- par une stratégie de convergence sociale suivant laquelle des objectifs sociaux communs sont développés de manière offensive;
- par des directives européennes ou des CCT fixant des limites dans des domaines bien définis afin de garantir les droits.

5.1.2. Convergence des idées

Depuis peu une telle réponse « européenne » est réellement possible, puisque tous les gouvernements européens sont convaincus qu'un État social intelligent n'est pas un fardeau mais un apport productif pour nos sociétés. Comme le montre la recherche scientifique de qualité, une protection sociale bien organisée crée un capital social. Le capital social est un atout pour une société compétitive, basée sur la connaissance, et non une charge.

La coopération européenne concernant la politique sociale est possible aujourd'hui parce que nous partageons cette idée fondamentale. Emploi et protection sociale vont de pair. Le double objectif de la participation active au marché du travail et de l'inclusion sociale réclame de nos gouvernements de relever le même ensemble de défis à définir en commun.

5.1.3. Objectifs et méthode

Cette convergence de vues s'est confirmée au Sommet de Lisbonne qui s'est tenu en mars de cette année et qui a introduit explicitement la politique sociale comme un centre distinct d'intérêt pour la coopération européenne. Lisbonne a, en même temps, jeté les bases méthodologiques d'une approche de la politique sociale à l'échelle européenne.

Het sociaal beleid is eerst en vooral een verantwoordelijkheid van steden, regio's en staten. Opgelegde eenvormigheid of harmonisatie omwille van de harmonisatie hebben geen zin. Europa zou niettemin actieve welvaartstaten mogelijk moeten maken, ze ondersteunen en de weg aanduiden, zowel wat betreft werkgelegenheid als wat sociale bescherming aangaat.

Kort samengevat is de methode die in Lissabon werd voorgesteld, een proces van onderlinge uitwisseling van ervaringen in het ontwerpen, het onderzoeken, het vergelijken en het aanpassen van het sociaal beleid van de lidstaten, en dit op basis van gemeenschappelijke doelstellingen. In vaktaal is dit proces nu bekend als de « open coördinatiemethode ».

De verwachtingen zijn hoog gespannen. Wij moeten principes nu omzetten in praktijk. Een onmiddellijke uitdaging die het huidig Frans voorzitterschap ter harte neemt, is dat een beslissing wordt bereikt over de « Europese sociale agenda ». Deze agenda zou een ambitieus en vooruitziend vijfjarig actieprogramma moeten zijn, zoals het Europees Parlement in oktober 2000 heeft onderstreept op basis van het rapport Van Lancker. De andere uitdaging bestaat erin de open coördinatiemethode werkbaar en doeltreffend te maken op het gebied van het sociaal beleid.

De minister zal, tijdens het Belgisch voorzitterschap van de Europese Unie tijdens de tweede helft van volgend jaar, vooral deze laatste uitdaging ter harte nemen om op die manier de sociale convergentiestrategie een duw in de rug te geven en parallel daarmee zijn schouders zetten onder de wetgevende initiatieven van de sociale agenda.

5.2. STRATEGISCHE PRIORITEITEN VAN HET BELGISCH VOORZITTERSCHAP VAN DE EUROPESE UNIE

5.2.1. Sociale bescherming : een gemeenschappelijke strategie

Het Luxemburgproces vormt een sterk en overtuigend precedent voor de open coördinatiemethode op het gebied van werkgelegenheid. In tegenstelling tot wat sommige sceptici vreesden bij de aanvang van dit proces in 1997, is de discussie over de nationale actieplannen voor werkgelegenheid en het opmaken van Europese richtsnoeren voor het werkgelegenheidsbeleid een betekenisvolle oefening gebleken, waarbij niet alleen de omvang maar ook de kwaliteit van de tewerkstelling hoe langer hoe meer aan belang wint.

Net zoals voor het Luxemburgproces, moet een gezamenlijke Europese strategie inzake sociale bescherming een proces zijn waarbij specifieke, duidelijke en onderling aanvaarde doelstellingen worden bepaald en

La politique sociale est avant toute chose la responsabilité des communes, des régions et des États. Aucun d'entre nous ne soutient une uniformité obligatoire, pas plus que l'harmonisation pour l'harmonisation. Cependant, l'Europe devrait permettre la création d'États sociaux actifs, les soutenir et leur montrer la voie à suivre en ce qui concerne à la fois l'emploi et la protection sociale.

La méthode proposée à Lisbonne consiste, en termes concis, en un processus d'échange d'expériences concernant la conception, l'examen, la comparaison et l'ajustement des politiques sociales des États membres. Et tout cela, sur la base d'objectifs communs. Cette méthode est, dans notre jargon, connue aujourd'hui comme la « Méthode ouverte de coordination ».

Les attentes se font de plus en plus ambitieuses. Nous devons maintenant mettre en œuvre les principes. Un défi immédiat, pris à cœur par la présidence française, est de décider de l'« agenda social » européen, qui devrait constituer un programme d'action quinquennal, ambitieux et tourné vers le futur, comme l'a souligné le Parlement européen en octobre 2000 à la lumière du rapport Van Lancker. L'autre défi est de rendre la méthode ouverte de coordination opérationnelle et effective dans le domaine de la politique sociale.

Le ministre prendra surtout à cœur, au cours de la présidence belge de l'Union européenne prévue pour la seconde moitié de l'année prochaine, de relever ce dernier défi afin de donner un élan à la stratégie de convergence sociale et, dans le même temps, de se battre en faveur des initiatives législatives de l'agenda social.

5.2. PRIORITÉS STRATÉGIQUES DE LA PRÉSIDENTIE BELGE DE L'UNION EUROPÉENNE

5.2.1. Protection sociale : une stratégie concertée

Le processus de Luxembourg constitue un précédent fort et convaincant pour la méthode ouverte de coordination en matière d'emploi. Contrairement à ce que les sceptiques craignaient lors de son démarrage en 1997, la discussion des plans d'action nationaux sur l'emploi et l'élaboration des lignes directrices européennes pour l'emploi se sont révélés être une opération d'une grande signification, dans laquelle non seulement la quantité mais aussi la qualité de l'emploi occupent une place toujours croissante.

À l'instar du processus de Luxembourg, une stratégie européenne commune en matière de protection sociale devrait être un processus définissant — de manière explicite, claire et approuvée de tous — les ob-

waarbij « *peer review* » (onderlinge toetsing onder gelijken) achteraf de lidstaten de mogelijkheid geeft de zogenaamde « beste praktijken » in Europa te onderzoeken en ze als model te nemen. Het mag geen proces zijn waardoor de Europese Unie nationale bevoegdheden overneemt. Het begrip « beste praktijken » moet hier wel letterlijk worden genomen. Wat Europa nodig heeft, is ambitie in het sociaal beleid, het bepalen van « standaarden van uitmuntendheid » eerder dan standaarden van middelmatigheid.

Op welke terreinen kan deze benadering best worden toegepast? De Raad van ministers van Arbeid en van Sociale Zaken ⁽¹¹⁾ heeft vorig jaar 4 hoofddoelstellingen aangegeven, die als basis kunnen dienen voor een versterkte samenwerking :

- werk lonend maken en een vast inkomen bieden;
- pensioenen veilig stellen en pensioenstelsels betaalbaar maken;
- sociale integratie bevorderen en
- betaalbare en kwalitatief hoogwaardige gezondheidsbescherming garanderen.

Aangezien niet alles tegelijkertijd kan worden gedaan, moeten prioriteiten worden bepaald. Tijdens de Top van Lissabon werden twee vraagstukken als zeer belangrijk naar voor geschoven : sociale insluiting en pensioenen. Zij moeten de eerste prioriteit worden tijdens het Belgisch voorzitterschap van de Europese Unie.

5.2.2. Sociale insluiting : naar gemeenschappelijke doelstellingen en indicatoren van vooruitgang

5.2.2.1. Doelstellingen

De Europese Raad van Lissabon besloot : « Er moeten stappen worden gezet om de armoede definitief uit te roeien door adequate, door de Raad voor het einde van het jaar overeen te komen, doelen te stellen. ». Doelstellingen op het gebied van sociale insluiting zullen inderdaad worden vastgelegd op de Europese Top van Nice in december.

De Raad van ministers van Arbeid en van Sociale Zaken heeft op 17 oktober jongstleden een voorstel betreffende deze doelstellingen goedgekeurd als voorbereiding op de vergadering in Nice. Dit politiek akkoord is van essentieel belang. Volgens de tekst worden de lidstaten verzocht hun nationale prioriteiten in het kader van de volgende vier doelstellingen te ontwikkelen :

- de deelname aan het arbeidsproces bevorderen, evenals toegang voor iedereen tot hulpmiddelen, rechten, goederen en diensten;

⁽¹¹⁾ Na de mededeling van de Europese Commissie betreffende een gemeenschappelijke strategie voor de modernisering van de sociale bescherming van juli 1999.

jectifs qui, au moyen du « *peer review* » (comparaison entre pairs), permettent aux États membres d'examiner et de s'inspirer des meilleures pratiques en Europe. Ce ne devrait pas être un processus où l'Union européenne reprend des compétences nationales. Cependant, les « meilleures pratiques » devraient être comprises à la lettre. Ce dont l'Europe a besoin, c'est d'ambition en matière de politique sociale. Il lui faut fixer des « standards d'excellence » plutôt que des standards de médiocrité.

Dans quel domaine cette approche peut-elle être mise en œuvre? L'année dernière, le Conseil des ministres Emploi et Affaires sociales ⁽¹¹⁾ a identifié quatre objectifs clés qui pourraient sous-tendre une stratégie concertée :

- rendre le travail plus avantageux et fournir un revenu sûr;
- garantir des retraites sûres et des régimes de retraite viables;
- promouvoir l'intégration sociale et
- garantir un niveau élevé et durable de protection de la santé.

Puisqu'il nous est impossible de tout faire en même temps, nous devons établir des priorités. Au Sommet de Lisbonne, deux thèmes ont été jugés essentiels, à savoir l'inclusion sociale et les pensions. Ce doivent être là nos premières priorités pendant la présidence belge de l'UE.

5.2.2. Inclusion sociale : vers des objectifs communs et des indicateurs de progrès

5.2.2.1. Objectifs

Le Conseil européen de Lisbonne a conclu : « Il faut prendre des mesures pour donner un élan décisif à l'élimination de la pauvreté en fixant des objectifs appropriés devant être approuvés par le Conseil d'ici à la fin de l'année. ». Des objectifs concernant l'inclusion sociale seront effectivement définis en décembre au Sommet de Nice.

Le Conseil des ministres Emploi et Affaires sociales du 17 octobre a approuvé, lors des préparatifs du Sommet de Nice, une proposition pour de tels objectifs. Cet accord politique est d'importance. Aux termes du texte, les États membres sont invités à développer leurs priorités nationales dans le cadre des quatre objectifs suivants :

- stimuler la participation à l'emploi et l'accès pour tous aux ressources, droits, biens et services;

⁽¹¹⁾ Suivant la communication de la Commission européenne sur une stratégie concertée pour la modernisation de la protection sociale de juillet 1999.

- de risico's inzake uitsluiting voorkomen;
- optreden ten behoeve van de meest kwetsbaren en
- alle actoren mobiliseren.

Belangrijk is dat deze algemene doelstellingen reeds voor een stuk werden gepreciseerd. Zij verwijzen naar een voldoende inkomen en een behoorlijke huisvesting, naar geneeskundige verzorging en onderwijs, enz. Het ruime actieterrein van deze doelstellingen is niet verwonderlijk: sociale uitsluiting is een veelzijdig probleem. Dit kenmerk zou moeten worden erkend bij alle verdere stappen die in het kader van de Europese samenwerking worden gezet.

Volgens de conclusies van Lissabon zou elke lidstaat van de Unie een nationaal actieplan moeten voorleggen, met inbegrip van een beschrijving van de (nationaal vastgelegde) indicatoren en van de opvolgingsmethoden. Deze plannen zouden tegen juni 2001 moeten kunnen klaar zijn, zoals werd beslist door de Raad.

Op basis van een eerste analyse van de nationale actieplannen door de Europese Commissie, die hopelijk na de zomer klaar zal zijn, kan de open coördinatie-methode dan echt van start gaan. De eerste conclusies moeten bijgevolg tegen eind 2001 kunnen worden getrokken.

5.2.2.2. *Indicatoren*

De vooruitgang in de lidstaten op het gebied van sociale insluiting kan onmogelijk worden gecontroleerd zonder vergelijkbare en kwantitatieve resultaatsindicatoren. Dit is ongetwijfeld een ingewikkeld en gevoelig probleem. Gelukkig moet hier niet van nul worden begonnen. In september 2000 heeft de Europese Commissie een mededeling gepubliceerd over de « structurele indicatoren » die nodig zijn voor de jaarlijkse opvolging van de beslissingen van Lissabon op de zogenaamde « Lentetops ».

De commissie stelt zes indicatoren voor wat betreft de sociale samenhang:

- de inkomensverdeling ⁽¹²⁾;
- het aantal personen onder de armoedegrens (voor en na de sociale transfers) ⁽¹³⁾;
- de persistentie van armoede ⁽¹⁴⁾;
- het aantal gezinnen zonder werk ⁽¹⁵⁾;

⁽¹²⁾ Het aandeel van het nationaal inkomen verdiend door de 20 % hoogste verdieners ten opzichte van het aandeel verdiend door de 20 % laagste verdieners.

⁽¹³⁾ De armoedegrens wordt bepaald als 60 % van het mediaan inkomen.

⁽¹⁴⁾ Het aandeel van de bevolking dat gedurende drie jaar constant onder de armoedegrens leeft.

⁽¹⁵⁾ Gezinnen zonder werk zijn gezinnen op actieve leeftijd zonder werkende gezinsleden.

- prévenir les risques d'exclusion;
- aider les plus vulnérables et

- mobiliser tous les acteurs.

Il importe de souligner que ces objectifs généraux ont déjà été détaillés en partie. Ils renvoient à un revenu décent et à un logement correct, à l'accès aux soins de santé et à l'éducation, etc. Il ne faut pas s'étonner de l'ampleur de ces objectifs: l'exclusion sociale est un problème multidimensionnel. Il faut tenir compte de cet aspect pour toute la durée de l'examen de ce problème.

Conformément aux conclusions de Lisbonne, chaque État membre de l'UE doit présenter un plan d'action national, comprenant une description des indicateurs (définis au niveau national) et des méthodes de suivi. Ces plans devraient pouvoir être prêts avant juillet 2001, comme l'a décidé le Conseil.

À la lumière d'une première analyse des plans d'action nationaux par la Commission européenne — qui espère être prête en automne 2001 — la méthode ouverte de coordination pourra vraiment être mise en application. Il devra ensuite être possible de tirer les premières conclusions à la fin de l'année.

5.2.2.2. *Indicateurs*

Il est impossible de suivre les progrès des États membres en matière d'inclusion sociale sans disposer d'indicateurs quantitatifs comparables quant aux résultats. Ce sujet est sans nul doute complexe et délicat. Heureusement, nous ne devons pas partir de zéro. En septembre 2000, la Commission européenne a publié une Communication sur les « indicateurs structurels » nécessaires pour le suivi annuel — aux « Sommets de printemps » — des décisions de Lisbonne.

La Commission propose six indicateurs relatifs à la cohésion sociale:

- la répartition du revenu ⁽¹²⁾;
- le nombre de personnes en dessous du seuil de pauvreté (avant et après les transferts sociaux) ⁽¹³⁾;
- la persistance de la pauvreté ⁽¹⁴⁾;
- le nombre de ménages sans emploi ⁽¹⁵⁾;

⁽¹²⁾ La part du revenu d'un pays perçue par les 20 % de revenus les plus élevés de la population vis-à-vis de la part perçue par les 20 % de revenus les plus bas.

⁽¹³⁾ Le seuil de pauvreté est fixé à 60 % du revenu médian.

⁽¹⁴⁾ Le pourcentage de population vivant sous le seuil de pauvreté pendant trois années consécutives.

⁽¹⁵⁾ Ménages en âge d'activité où personne ne travaille.

- regionale verschillen⁽¹⁶⁾ en
- het aantal vroege schoolverlaters die geen hoger onderwijs noch een opleiding volgen⁽¹⁷⁾.

Ondanks de politieke eenstemmigheid over het feit dat passende indicatoren nodig zijn voor het volgen van de ontwikkelingen op het gebied van het sociaal beleid van de lidstaten, moet nog een lange weg worden afgelegd. Er zal zeker nog discussie zijn over bepaalde indicatoren.

Toch moet het mogelijk zijn een akkoord te bereiken over sommige structurele indicatoren van de commissie tijdens de Europese Raad in Stockholm in het voorjaar van 2001.

5.2.2.3. Doelstellingen en indicatoren verbinden

Sociale uitsluiting is een multidimensioneel probleem, zodat een geheel van indicatoren nodig is, dat de verschillende relevante dimensies van het nationaal beleid weerspiegelt. Om een intrinsiek passend en politiek aanvaardbaar geheel van indicatoren te verkrijgen, moet zowel van boven naar onder (top down) als andersom (bottom up) te werk worden gegaan.

Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de algemene structurele indicatoren zoals ontwikkeld in de mededeling van de Europese Commissie. De krachtlijnen van de « bottom up » benadering zouden de nationale actieplannen moeten zijn. Deze plannen, die tegen juni 2001 moeten worden voorgelegd, zullen uitgaan van nationale indicatoren, namelijk, indicatoren die de staten zelf beschouwen als de meest passende voor het evalueren en het opvolgen van hun eigen sociaal beleid.

De « op down » en de « bottom up » benaderingen kunnen elkaar op een bepaald punt kruisen, bij voorkeur tegen eind 2001. Het bereiken van een akkoord over dit punt is een van de belangrijke ambities van het Belgische voorzitterschap van de Unie. Het resultaat zou een geheel van gedeelde indicatoren zijn, waarbij ambities en vorderingen in de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting in de lidstaten gekoppeld zouden worden aan de doelstellingen overeengekomen tijdens de Europese Raad van Nice⁽¹⁸⁾. Deze werkwijze houdt de hoop in dat subsidiariteit zal werken, in eenieders voordeel.

⁽¹⁶⁾ Variatie in het regionaal bruto binnenlands product per persoon uitgedrukt in koopkrachtpariteiten tussen de regio's.

⁽¹⁷⁾ Het aandeel van personen tussen 18 en 24 jaar die enkel lager secundair onderwijs hebben gevolgd en die geen onderwijs noch een opleiding volgen.

⁽¹⁸⁾ Er is nog veel werk aan de winkel, ook vanuit een strikt wetenschappelijk oogpunt, vooraleer dit project kan worden afgewerkt. Het is om deze reden dat de minister samen met de minister van Maatschappelijke Integratie in september 2001 (tijdens het Belgische voorzitterschap) een wetenschappelijke conferentie over sociale indicatoren zal organiseren.

- les disparités régionales⁽¹⁶⁾ et
- le nombre de jeunes en décrochage scolaire ne suivant plus ni formation ni apprentissage⁽¹⁷⁾.

Malgré l'accord politique stipulant la nécessité d'indicateurs appropriés pour suivre les progrès des États membres en politique sociale, il nous reste encore beaucoup à faire. Il y aura certainement une discussion sur des indicateurs particuliers.

Toutefois, je crois qu'il est possible d'obtenir un accord sur certains des indicateurs structurels de la Commission lors du Conseil européen à Stockholm au printemps 2001.

5.2.2.3. Établir un lien entre les indicateurs et les objectifs

L'exclusion sociale est un problème multidimensionnel; dès lors, nous avons besoin d'un ensemble d'indicateurs reflétant fidèlement les diverses dimensions pertinentes des politiques nationales. Afin d'obtenir un ensemble d'indicateurs adéquats en soi et acceptables politiquement, nous devons suivre simultanément une approche descendante (top down) et une approche montante (bottom up).

L'approche descendante peut s'appuyer sur des indicateurs structurels généraux tels que développés dans la Communication de la Commission européenne. Le moteur de l'approche montante doit être les plans d'action nationaux. Ces plans, à soumettre avant 2001, utiliseront des indicateurs nationaux, c'est-à-dire des indicateurs que les États nationaux eux-mêmes jugent les mieux appropriés au diagnostic et au suivi de leur propre politique sociale.

Il est parfaitement possible de faire en sorte que l'approche descendante et l'approche montante se rencontrent en un point, de préférence avant fin 2001. Obtenir un consensus en cette matière est une ambition majeure de la présidence belge de l'Union. Le résultat en serait un ensemble d'indicateurs communs liant les ambitions et les progrès dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au sein des États membres en vue des objectifs convenus par le Conseil européen de Nice⁽¹⁸⁾. Cette méthode implique la promesse que la subsidiarité agira, et ce au profit de tous.

⁽¹⁶⁾ Variation du produit intérieur brut régional par tête en pouvoir d'achat pour les régions.

⁽¹⁷⁾ Le taux des personnes âgées de 18 à 24 ans ayant suivi seulement l'enseignement moyen inférieur et ne suivant ni formation ni apprentissage.

⁽¹⁸⁾ Il reste beaucoup à faire, même d'un point de vue strictement scientifique. C'est notamment pour cette raison que le ministre organisera en septembre 2001 avec le ministre de l'Intégration sociale une conférence scientifique sur les indicateurs sociaux (c'est-à-dire sous la présidence belge).

5.2.3. Pensioenen : een cruciale uitdaging voor het Europees sociaal model

5.2.3.1. Uitdagingen

Ook op het gebied van samenwerking inzake pensioenen kunnen in 2001 vorderingen worden gemaakt. Er is daarenboven een goede reden om dit te doen. Inderdaad, de periode gedurende dewelke mensen gepensioneerd zullen zijn, met hun pensioen als voornaamste bron van inkomsten, wordt ontegensprekelijk langer dan nu het geval is. Het voorrecht een goed pensioen te genieten zal nog belangrijker worden dan vandaag. En andersom, het nadeel geen behoorlijk pensioen te hebben zal nog zorgwekkender zijn. Tegelijkertijd zal de daling van het aantal actieve personen in vergelijking met het aantal gepensioneerden het nog moeilijker maken om deze sociale uitdaging aan te gaan. Vertrouwen in de toekomst is een essentieel onderdeel van het sociaal kapitaal opgeleverd door het Europees sociaal model. De vergrijzing van de bevolking zal dermate omvangrijk zijn dat, indien geen passende actie worden ondernomen, zij dreigt dat Europees sociaal model zelf te ondermijnen.

De lidstaten moeten uitmaken welk pensioenstelsel zij willen en hoe zij het zullen financieren. Maar de fundamentele uitdaging is er één die wij allen delen.

Bovendien kunnen wij het pensioenprobleem niet onttrekken aan de bestaande dynamiek van economische en monetaire integratie. Bijvoorbeeld, als een lid van de eurozone zijn toevlucht zou nemen tot massale « deficit spending » voor de financiering van de pensioenen in een repartitiestelsel, dan zou dit een invloed hebben op alle andere leden. Omgekeerd, als Europa zou kiezen voor een massale liberalisering op het gebied van aanvullende pensioenfondsen, dan zou dit niet zonder gevolgen blijven voor onze nationale sociaalezekerheidsstelsels.

Dit tweede voorbeeld verwijst naar de ambitie van de minister om de tweede pijler van ons pensioenstelsel te democratiseren. De nieuwe wetgeving die aan het Parlement zal worden voorgelegd heeft tot doel sectorale pensioenfondsen open te stellen voor een groot aantal gerechtigden en niet voor een kleine minderheid. Pensioenfondsen zullen moeten voldoen aan een aantal sociale criteria in ruil voor een fiscale aanmoedigingsregeling. Een Europees liberaal concurrentiebeleid inzake aanvullende pensioenfondsen moet duidelijk rekening houden met dergelijke sociale doelstellingen.

5.2.3.2. Doelstellingen

Over de toekomst van de pensioenen wordt het debat vaak eenzijdig gevoerd, met de nadruk op een ge waarborgde financiële stabiliteit van de stelsels, zonder

5.2.3. Retraites : un enjeu décisif pour le modèle social européen

5.2.3.1. Enjeux

Nous pouvons également faire des progrès dans la coopération en matière de pensions en 2001. Il y a, par ailleurs, de bonnes raisons de réaliser pareils progrès. En effet, la durée de la retraite, pendant laquelle les personnes dépendent de leur pension comme principale source de revenu, sera nettement plus longue que ce n'est le cas aujourd'hui. Le privilège d'avoir une bonne pension deviendra donc plus important encore qu'aujourd'hui. Et inversement, l'inconvénient de ne pas avoir une pension correcte sera plus pénible encore. De même, vu le nombre décroissant de personnes en âge de travailler par rapport au nombre croissant de pensionnés, il sera d'autant plus difficile de relever ce défi social. La confiance dans l'avenir est un élément essentiel du capital social créé par le modèle social européen. Le vieillissement de la population connaîtra une telle ampleur qu'à défaut d'une action appropriée, il risque de saper le modèle social européen lui-même.

Il appartient aux États membres de décider quel système de pensions ils veulent et comment ils vont assurer sa viabilité financière. Mais ce défi fondamental se pose à nous tous.

Par ailleurs, nous ne pouvons soustraire la question de la pension à la dynamique existante de l'intégration économique et monétaire. Par exemple, si un membre de la zone euro devait recourir massivement au « deficit spending » afin de financer les pensions selon le système de répartition, tous les autres membres en seraient affectés. Inversement, si l'Europe devait opter pour une des libéralisation à outrance dans le domaine des fonds de pensions complémentaires, cela ne serait pas sans influence sur nos systèmes nationaux de sécurité sociale.

Le deuxième exemple renvoie à l'ambition du ministre de démocratiser le deuxième pilier de notre système de pensions. La nouvelle législation qui sera soumise au Parlement a pour but de rendre les fonds de pension sectoriels accessibles au plus grand nombre et non pas à une petite minorité. Les fonds de pension devront satisfaire à une série de critères sociaux s'ils veulent profiter d'un régime fiscal favorable. De toute évidence, une politique de concurrence européenne libéralisatrice en matière de fonds de pension complémentaire doit prendre de tels objectifs en considération.

5.2.3.2. Objectifs

Le débat sur l'avenir des pensions est souvent mené de manière unilatérale et se concentre sur la garantie de la stabilité financière des systèmes, à l'exclusion

aandacht te besteden aan andere even belangrijke problemen die verband houden met de positieve sociale impact van pensioenen. Wij zouden een bredere kijk op pensioenen moeten hebben, waarbij men zeker is dat sociale doelstellingen op lange termijn op een volwaardige manier in aanmerking worden genomen bij de maatregelen die de lidstaten treffen met het oog op de vergrijzing van de bevolking. Dit is het standpunt van de « Groep op hoog niveau inzake Sociale Bescherming » (binnenkort het « Comité voor Sociale Bescherming »), die door de Raad werd opgericht om onze samenwerking op het gebied van de sociale bescherming te ondersteunen.

De Groep op hoog niveau wil ervoor zorgen dat zijn werkzaamheden voldoende zichtbaar zijn om als tegengewicht te dienen voor minder ruime benaderingen, die anders het debat zouden kunnen overheersen. De minister ondersteunt ten volle zijn inspanningen.

Wat de pensioenen betreft bestaat onze eerste opdracht er dan ook in eensgezindheid over een aantal gezamenlijke sociale doelstellingen te bereiken. Het gaat hier onder meer om : de garantie op adequate pensioenen, billijkheid tussen de generaties, solidariteit binnen de pensioenstelsels, gelijkheid tussen mannen en vrouwen en betaalbaarheid. Wij moeten ook een samenwerking op gang brengen waarbij wij kunnen leren van de goede praktijken van andere lidstaten. Gelet op de huidige werkzaamheden van de Groep op hoog niveau, kan op dit gebied vooruitgang worden geboekt tijdens het Zweedse en het Belgische voorzitterschap. Het is de bedoeling van de minister om op het gebied van pensioenen te bereiken wat in Nice op het gebied van sociale insluiting zal bereikt worden, namelijk een overeenstemming over de algemene doelstellingen.

5.2.4. Lopende en nieuwe wetgevende initiatieven

De klemtoon die wordt gelegd op de open coördinatie-methode betekent uiteraard niet dat er geen aandacht is voor de noodzaak om onze welvaartsstaten adequaat te financieren, wat mede een argument is voor een minimale fiscale coördinatie op Europees vlak. Het betekent evenmin dat er geen aandacht is voor het wetgevende werk dat het Europese sociale beleid moet ondersteunen, en dat overigens deel uitmaakt van de actuele Europese agenda. Er zijn immers sociale doelstellingen die uitsluitend door de Unie waargemaakt kunnen worden, omdat ze verbonden zijn met de Europese binnenmarkt, het transnationale karakter van bedrijven, en de mobiliteit van mensen. Daaronder vallen onder meer het vrij personenverkeer, met de noodzakelijke

d'autres aspects tout aussi importants qui ont trait à l'impact social positif des pensions. Nous devrions adopter une large perspective quant aux pensions, une perspective garantissant que les objectifs sociaux à long terme des systèmes pourraient être pleinement pris en compte tandis que les États membres adaptent leurs systèmes au vieillissement démographique. Tel est le point de vue du Groupe à haut niveau sur la Protection Sociale (bientôt le « Comité de la Protection Sociale » créé par le Conseil en vue de soutenir notre coopération sur la protection sociale.

Le Groupe à haut niveau souhaite s'assurer que ses travaux seront suffisamment éclairants pour agir comme contrepoids à des perspectives plus étroites qui, autrement, pourraient dominer le débat. Nous apportons notre entier soutien à ce groupe dans son effort.

C'est pourquoi, en ce qui concerne les pensions, notre première tâche est d'établir un consensus sur une série d'objectifs sociaux communs. Ceux-ci tournent autour de la garantie de l'octroi de pensions appropriés, de l'équité entre les générations, de la solidarité entre les systèmes de pensions, de l'égalité entre hommes et femmes, de la viabilité financière, etc. Nous devons également animer une action concertée permettant de nous inspirer mutuellement des bonnes pratiques des autres États membres. Étant donné les travaux entrepris actuellement par le Groupe à haut niveau, il est possible de progresser dans ce domaine sous les présidences suédoise et belge. Notre but est dès lors d'atteindre, dans le domaine des pensions, ce que nous obtiendrons à Nice en ce qui concerne l'inclusion sociale, c'est-à-dire un consensus sur nos objectifs généraux.

5.2.4. Travail législatif en cours et initiatives nouvelles

L'accent mis sur la méthode ouverte de coordination ne signifie naturellement pas que la nécessité d'un financement adéquat de nos États sociaux ne reçoit aucune attention, ce qui constitue aussi un argument pour une coordination fiscale minimale au niveau européen. Ceci ne signifie pas non plus que l'on ne se soucie pas du travail législatif qui doit soutenir la politique sociale européenne, et qui figure par ailleurs actuellement à l'ordre du jour européen. En effet, certains objectifs ne peuvent être atteints que par l'Union parce qu'ils sont liés au marché interne européen, au caractère transnational des entreprises et à la mobilité des personnes. Il s'agit entre autres de la libre circulation des personnes et de la nécessaire coordination de la sécurité so-

coördinatie van de sociale zekerheid ⁽¹⁹⁾ en internationale aspecten van het sociale beleid (rechten van werknemers in multinationale ondernemingen, of bij overdracht van ondernemingen, detachering ...). Daarbij horen ook de minimale sociale normen en voorschriften inzake arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden, arbeidstijden, arbeidsorganisatie, arbeidsongevallen en stress, rechten van deeltijdwerkers ..., om sociale dumping te voorkomen.

Er bestaat ook al een traditie van Europese sociale maatregelen voor doelstellingen die de Unie met de lidstaten deelt, maar waar het zinvol is dat de Unie het voortouw neemt. Dit is natuurlijk een rekbare categorie, die echter haar fundament en verantwoording vindt in de sociale doelstellingen van het Verdrag. Illustraties daarvan zijn het beleid inzake gelijke kansen, non-discriminatie, veiligheid en gezondheid op het werk, bevordering van sociaal overleg ... Op de meeste van deze domeinen is al heel wat gepresteerd en tegelijkertijd nog heel wat te doen. Maar het betreft dikwijls eerder technische dossiers die de Europeanen niet direct begeesteren.

5.3. DE CENTRALE UITDAGING VAN HET BELGISCHE VOORZITTERSCHAP VAN DE EUROPESE UNIE : VAN PRINCIPES VOOR SAMENWERKING KOMEN TOT EEN DOELTREFFENDE SAMENWERKING

Het project van de minister bestaat erin te werken aan een Europa van actieve welvaartsstaten, waar werkgelegenheid en sociale bescherming samengaan. Het « Europees sociaal model » is een welvarende samenleving waar geen plaats is voor armoede, een creatieve samenleving die ook zekerheid en vertrouwen in de toekomst biedt.

Dit inspirerend project staat gelukkig reeds op het getouw, aangezien het begrip « Europees sociaal model » een belangrijke rol heeft gespeeld tijdens het Portugees voorzitterschap. Wij moeten dit abstract begrip nu aankleden. Het wordt tijd om tot de kern van de zaak te gaan en een praktische benadering uit te werken, die zowel ambitieus als haalbaar is.

⁽¹⁹⁾ De verordening 1408/71 die ervoor zorgt dat migrerende werknemers hun sociale zekerheidsrechten behouden is dringend aan vereenvoudiging en uitbreiding toe.

ciale ⁽¹⁹⁾, et des aspects internationaux de la politique sociale (droits des travailleurs dans les entreprises multinationales ou en cas de cession d'entreprises, détachement ...). N'oublions pas non plus les normes sociales minimales et les directives qui doivent éviter le dumping social en matière de conditions de travail, de durée de travail, d'organisation du travail, des droits des travailleurs à temps partiel ...

Il existe aussi déjà une tradition de mesures sociales européennes pour les objectifs que l'Union partage avec les États membres, mais pour lesquels il est opportun que l'Union prenne l'initiative. Cette catégorie est naturellement assez large, mais son fondement et sa justification se retrouvent dans les objectifs sociaux du Traité. Citons à titre d'illustration la politique d'égalité des chances, la non-discrimination, la sécurité et la santé au travail, la promotion du dialogue social ... Beaucoup de choses ont déjà été réalisées dans la plupart de ces domaines, mais il reste aussi encore beaucoup à faire. Il s'agit toutefois souvent de dossiers plutôt techniques qui n'enthousiasmeront pas directement les Européens.

5.3. LE DÉFI MAJEUR DE LA PRÉSIDENTIE BELGE DE L'UNION EUROPÉENNE : TRADUIRE LES PRINCIPES DE COOPÉRATION EN COOPÉRATION EFFECTIVE

Le projet du ministre est de contribuer activement à la constitution d'une Europe d'États sociaux actifs, où emploi et protection sociale vont de pair. Le « modèle social européen » est une société prospère qui ne tolère pas la pauvreté, une société créative, offrant aussi sécurité et confiance dans l'avenir.

Heureusement, ce projet mobilisateur a déjà fait un bon bout de chemin, puisque l'idée d'un modèle social européen a joué un rôle important sous la présidence portugaise. Il nous faut maintenant donner consistance à cette notion abstraite. Il est temps désormais d'aller au fond des choses et de développer une approche pratique qui soit à la fois ambitieuse et réalisable.

⁽¹⁹⁾ Le règlement 1408/71 qui assure le maintien des droits de sécurité sociale des migrants doit être simplifié et étendu d'urgence.

6. BIJLAGEN

BIJLAGE 6.1.

Overzicht van de wetsontwerpen die aan de wetgevende kamers voorgelegd zullen worden**1. Sociale zekerheid**

- Wetsontwerp betreffende de sociale bescherming voor onthaalmoeders.
- Wetsontwerp betreffende de sociale bescherming voor kunstenaars.
- Wetsontwerp betreffende het statuut voor de meewerkende echtgenoot.
- Wetsontwerp houdende ambtshalve toekenning van het bedrag gewaarborgde gezinsbijslag aan gezinnen die een bestaansminimum ontvangen.

2. Pensioenen

- Wetsontwerp betreffende het Zilverfonds.
- Wetsontwerpen betreffende de tweede pijler.
- Wetsontwerp tot bekrachtiging van het koninklijk besluit dat voor de personeelsleden van de openbare sector een tijdskrediet zal invoeren dat alle vrijwillige afwezigheden opgenomen tijdens de loopbaan omvat en dat genomen zal worden in uitvoering van artikel 168 van de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en diverse bepalingen.
- Wetsontwerp tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen.
- Wetsontwerp dat diverse technische wijzigingen aanbrengt aan de wetgeving betreffende de pensioenen van de openbare sector.
- Ontwerp van bijzondere wet betreffende de responsabiliseringsbijdrage ten laste van sommige werkgevers van de openbare sector.
- Wetsontwerp inzake de financiering van het stelsel van sociale zekerheid en pensioenen van het personeel van de politie.

3. Gezondheidszorg

A. Aanpassingen van de wet inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994

1. Beleid inzake geneesmiddelen

- Bepalingen ter vereenvoudiging van de structuren en snellere procedures voor de aanneming en terugbetaling van nieuwe medicamenten.
- Bepalingen voor de instelling van het principe van een variabele heffing op het zakencijfer van farmaceutische bedrijven in geval van een overschrijding van het budget.

6. ANNEXES

ANNEXE 6.1.

Liste des projets de loi à traiter par les chambres législatives**1. Sécurité sociale**

- Projet de loi relatif à la protection sociale des gardiens et gardiennes d'enfants.
- Projet de loi relatif à la protection sociale des artistes.
- Projet de loi relatif au statut du conjoint aidant.
- Projet de loi octroyant d'office le montant des prestations familiales garanties aux ménages recevant le minimum de moyens d'existence.

2. Pensions

- Projet de loi concernant le Fonds de vieillissement.
- Projets de loi concernant le deuxième pilier.
- Projet de loi confirmant l'arrêté royal qui instaurera dans le secteur public un capital-temps, englobant toutes les absences volontaires prises au cours de la carrière et qui sera pris en exécution de l'article 168 de la loi du 12 août 2000 portant des mesures sociales, budgétaires et diverses.
- Projet de loi instituant la garantie de ressources aux personnes âgées.
- Projet de loi apportant diverses modifications techniques à la législation relative aux pensions du secteur public.
- Projet de loi spéciale concernant la contribution de responsabilisation à charge de certains employeurs du secteur public.
- Projet de loi concernant le financement du régime de sécurité sociale et de pension du personnel de police.

3. Santé

A. Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1. Politique en matière de médicaments

- Dispositions permettant la simplification des structures et accélération des procédures pour la reconnaissance et le remboursement de médicament.
- Dispositions introduisant le principe d'une cotisation variable sur le chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique, en cas de dépassement du budget.

2. Bepalingen inzake de maximumfactuur en de toegankelijkheid gezondheidszorg

- Instelling van wettelijke bepalingen inzake de maximale factuur.
- Aanpassing van de bepalingen inzake de derde betaler.

3. Hervorming van de financiering

- Aanpassing van de modaliteiten inzake de financiering van de sector thuisverpleging.
- Aanpassing van de modaliteiten inzake de financiering van de sector rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen.

4. Modernisering van de beleidsinstrumenten

- Initiatieven inzake de modernisering van de beleids-ondersteunende opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van de adviesorganen.

B. Aanpassingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987

1. Hervorming van de financiering

- Instelling van een modernisering van de modaliteiten van de financiering.

2. Modernisering van de beleidsinstrumenten

- Initiatieven inzake de modernisering van de beleids-ondersteunende opdracht van de administratie en van de adviesorganen.

3. Hervorming van het ziekenhuisconcept

- Aanpassingen van het juridisch statuut en het autonoom beheer van de ziekenhuizen.

C. Specifieke wetten

1. Wet inzake de rechten van de patiënt.
2. Wet inzake de medische aansprakelijkheid.

2. Principe de la facture maximale et de l'accessibilité aux soins de santé

- Mise en place du dispositif réglementaire établissant la facture maximale.
- Adaptation de la réglementation relative au tiers-payant.

3. Réforme des financements

- Adaptations des modalités de financement pour le secteur des soins à domicile.
- Adaptations des modalités de financement pour le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins.

4. Modernisation de l'outil de gestion de la politique

- Initiatives concernant la modernisation des missions de soutien à la politique de l'Institut national d'assurance maladie-Invalidité et des organes d'avis

B. Modifications de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

1. Réforme du financement

- Instauration d'une modernisation des modalités du système de financement.

2. Modernisation de l'outil de gestion de la politique

- Initiatives concernant la modernisation des missions de soutien à la politique de l'administration et des organes d'avis.

3. Réforme du concept hospitalier

- Adaptations du statut juridique et de la gestion autonome des hôpitaux.

C. Lois spécifiques

1. Loi spécifique relative au droit des patients.
2. Loi spécifique relative à la responsabilité médicale.

BIJLAGE 6.2.

Toelichting van de prioriteiten**A. Vernieuwd geneesmiddelenbeleid**

De globale aanpak van het vernieuwd geneesmiddelenbeleid werd door de regering aanvaard en is weergegeven in een globale nota hieromtrent.

Waarom ? Geneesmiddelen vormen een belangrijke pijler in de gezondheidszorg. In de OESO-landen is een sterk groeiende trend van de uitgaven voor geneesmiddelen merkbaar. De nood aan doelmatigheid (= verhouding prijs/kwaliteit) en aan een optimaal gebruik van nieuwe en bestaande geneesmiddelen binnen de budgettaire limieten wordt steeds meer zichtbaar. In plaats van telkens ad hoc maatregelen te nemen bij groeiende uitgaven, wordt een vernieuwd geneesmiddelenbeleid uitgewerkt.

Wat ? De krachtlijnen van het nieuwe geneesmiddelenbeleid zijn de volgende : (1) het nastreven van grotere doelmatigheid; (2) aandacht voor innovatie (wat een duidelijke financiële inspanning vraagt); (3) het vrijwaren van de toegankelijkheid voor de patiënt; (4) beheersbaarheid van de uitgaven.

Hoe ? De belangrijkste maatregelen van dit beleid worden hieronder kort weergegeven. In de eerste plaats vereenvoudigde structuren en snellere procedures voor aanvaarding en herziening van geneesmiddelen, met een betere wetenschappelijke ondersteuning en respect voor de in de Europese richtlijnen gestelde tijdslijmieten. Op de tweede plaats het bevorderen van rationeel geneesmiddelenverbruik met aandacht voor de globale visie op de zorg. De artsen zullen zelfregulerend optreden, maar de overheid voorziet incentieven voor rationeel voorschrijvende artsen. Ten derde het stimuleren van generische geneesmiddelen en kopieën aan de hand van een referentietrugbetalingssysteem. Ten vierde het garanderen van het aanbod aan farmacotherapeutische innovaties. Tot slot worden er realistische en op objectieve beleidskeuzen gestoelde budgettaire doelstellingen vastgelegd, met invoering van recuperatiemechanismen in geval van overschrijding.

Hoeveel ? Het globale budget voor farmaceutische specialiteiten ligt vast op 94 842 miljoen Belgische frank voor 2001. Samen met de andere geneesmiddelenvoorzieningen brengt dit de sector Farmacie op 100 559 miljoen Belgische frank.

B. Geïntegreerde zorgverstrekking op maat voor chronisch zieken**1. Zorgvernieuwing**

De invoering van zorgvernieuwingprojecten voor bepaalde, specifieke chronische aandoeningen zal gebeuren op basis van de lijst van aandoeningen die de Wetenschappelijke Raad voor chronisch zieken, bij het RIZIV geïnstalleerd, prioritair acht voor een projectmatige vernieuwing. Een project van zorgvernieuwing op het vlak van chronische pijn werd als eerste gefinaliseerd.

ANNEXE 6.2

Commentaire des priorités**A. Politique rénovée en matière de médicaments**

L'approche globale de la politique rénovée en matière de médicaments a été acceptée par le gouvernement et est reproduite dans la note globale sur la question.

Pourquoi ? Les médicaments constituent un pilier important des soins de santé. Dans les pays membres de l'OCDE, on peut observer une forte tendance à la hausse des dépenses pour les médicaments. La nécessité d'une efficacité (= rapport prix/qualité) et d'une utilisation optimale des médicaments nouveaux ou existants dans les limites budgétaires se ressent de plus en plus. Au lieu de prendre chaque fois des mesures ad hoc en cas d'accroissement des dépenses, une politique novatrice en matière de médicaments est mise au point.

C'est-à-dire ? Les lignes d'action de la nouvelle politique en matière de médicaments sont les suivantes : 1° tendre à une plus grande efficacité; 2° être attentif aux innovations (ce qui demande un effort financier important); 3° préserver l'accessibilité pour le patient; 4° assurer la maîtrise des dépenses.

Comment ? Les principales mesures de cette politique sont reproduites brièvement ci-dessous. Premièrement, simplification des structures et accélération des procédures pour l'admission et la révision des médicaments, avec un meilleur support scientifique et dans le respect des délais fixés dans les directives européennes. Deuxièmement, stimulation de la consommation rationnelle des médicaments et souci de la vision globale quant aux soins. Les médecins auront une action autorégulatrice, mais l'autorité prévoit des primes en faveur des médecins prescrivant rationnellement. Troisièmement, promotion des produits génériques et des copies au moyen d'un système de remboursement de référence. Quatrièmement, garantie de l'offre d'innovations pharmacotherapeutiques. Enfin, établissement d'objectifs budgétaires réalistes s'appuyant sur des options politiques objectives, avec instauration de mécanismes de récupération en cas de dépassement.

Combien ? Le budget global pour les spécialités pharmaceutiques est fixé à 94 842 millions de francs belges pour 2001. Avec les autres fournitures pharmaceutiques, le budget du secteur Pharmacie est porté à 100 559 millions de francs belges.

B. Administration de soins intégrés, sur mesure pour les malades chroniques**1. Rénovation en matière de soins**

L'introduction de projets novateurs en matière de soins pour certaines affections spécifiques chroniques se fera sur la base de la liste des affections que le Conseil scientifique des maladies chroniques, installé auprès de l'INAMI, estime prioritaires pour une rénovation par projet. Le premier projet qui a été finalisé concerne la rénovation en matière de soins contre la douleur chronique.

Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg zullen bijkomende middelen worden voorzien en aangewend voor zorgvernieuwingprojecten, bijvoorbeeld voor de ondersteuning van pilootprojecten op het gebied van psychiatrische thuiszorg.

2. Uitvoering eerder genomen beslissing

AKT-toezichtshonoraria en globaal medisch dossier: weerslag in 2001 van de meerkost op kruissnelheid van de remgeldverlaging voor de toezichtshonoraria in de psychiatrie en van de uitbreiding van het globaal medisch dossier voor de chronisch zieken. Deze maatregelen werden in de loop van 2000 ingevoerd ten laste van de middelen voorzien voor chronisch zieken.

3. Overige projecten

Het gaat met name om: betere terugbetaling voor heupprothesen, voor gehoortoestellen bij kinderen, voor stomaten incontinentiemateriaal; een betere terugbetaling voor rolwagens en een uitbreiding patiëntengroep; betere terugbetaling voor schouder-, knie- en enkelprothesen, meer middelen voor neurostimulatoren, nieuwe technieken in de cardiologie; een betere terugbetaling van monturen en glazen bij kinderen. Bepaalde revalidatieprojecten zullen worden ondersteund, met name: neuropediatrie, niet-aangeboren hersenaandoeningen en visuele stoornissen. Tot slot zal ook tot een betere terugbetaling van de kosten in PVT worden overgegaan.

4. Referentiecentra chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)

Mede op basis van het advies van de Hoge Gezondheidsraad, wordt voorzien om vanaf 2001, een aantal CVS-referentiecentra in ons land op te richten. Deze centra moeten op multidisciplinaire wijze ondersteunend werken voor de CVS-patiënten, de zorgverstrekkers, de controlerende geneesheren en de wetenschappelijke competentie rond CVS in ons land verder opbouwen.

C. Palliatief beleid

Huisbezoeken: verzekeren van een volledige terugbetaling van de kosten voor huisbezoek van de huisarts en het garanderen van een voldoende thuisverplegingsforfait via de thuisverpleging voor de palliatieve patiënt.

In de palliatieve zorgeenheden Sp worden de toezichtshonoraria gerekend vanaf de eerste dag van opname in Sp-palliatief en tot en met de 28^e dag van opname in deze afdeling en wordt de paramedische omkadering versterkt van 1,25 FTE naar 1,50 FTE per bed.

De palliatieve functie in de rusthuissector wordt forfaitair gefinancierd vanaf een bepaalde schaalgrootte en in functie van het samengeteld bezette beddenaantal.

Dagcentra en/of residentiële centra voor palliatieve patiënten worden op experimentele wijze ondersteund.

Palliatieve functie ziekenhuizen: er wordt een basisequipe voorzien van minstens een ½ gespecialiseerde arts en een

Dans le cadre des soins de santé mentale, des moyens supplémentaires seront également prévus et affectés à des projets de rénovation en matière de soins. Par exemple pour le soutien à des projets pilotes dans le domaine des soins psychiatriques à domicile.

2. Exécution de décisions prises antérieurement

Honoraires de surveillance AKT et dossier médical global: incidence en 2001 du surcoût, en vitesse de croisière, de la diminution du ticket modérateur pour les honoraires de surveillance en psychiatrie et de l'extension du dossier médical global pour les malades chroniques. Ces mesures ont été instaurées dans le courant de l'année 2000 et imputées au budget prévu pour les malades chroniques.

3. Autres projets

Cela concerne notamment: un meilleur remboursement des prothèses de la hanche, des appareils auditifs pour enfants, du matériel pour stomie et incontinence; un meilleur remboursement des chaises roulantes et une extension du groupe de patients; un meilleur remboursement des prothèses de l'épaule, du genou et de la cheville, plus de moyens pour les neurostimulateurs, de nouvelles techniques en cardiologie; un meilleur remboursement des montures et des verres pour enfants. Certains projets de rééducation fonctionnelle seront soutenus, à savoir: neuropédiatrie, affections cérébrales non congénitales et troubles de la vue. Enfin, il sera procédé à un meilleur remboursement des frais en MSP.

4. Centres de référence syndrome de fatigue chronique (SFC)

Sur la base aussi de l'avis du Conseil supérieur de la santé, il est proposé de créer, à partir de 2001, un certain nombre de centres de référence SFC dans notre pays. Ces centres fonctionneront de façon à apporter un soutien multidisciplinaire aux patients SFC, aux dispensateurs de soins, aux médecins contrôleurs et développeront les compétences scientifiques sur le SFC dans notre pays.

C. Politique de soins palliatifs

Visites à domicile: assurer un remboursement intégral des frais de visite à domicile du médecin généraliste et garantir un forfait suffisant pour les soins infirmiers à domicile en faveur du patient palliatif.

Dans les unités de soins Sp, les honoraires de surveillance sont comptés du premier jour d'admission en soins palliatifs Sp au 28^e jour inclus dans ce service, et l'encadrement paramédical est renforcé et passe de 1,25 à 1,50 ETP par lit.

La fonction palliative dans le secteur des maisons de repos est financée forfaitairement à partir d'une échelle de grandeur déterminée et en fonction du nombre total de lits occupés.

Les centres de jour et/ou centres résidentiels pour patients palliatifs sont soutenus de façon expérimentale.

Fonction palliative dans les hôpitaux: il est prévu une équipe de base d'au moins ½ médecin spécialiste et de 1 ETP

FTE paramedische discipline; deze equipe wordt versterkt voor ziekenhuizen vanaf 500 bedden.

D. Geriatrisch beleid

Het betreft de vierde fase van de reconversie van 5 000 ROB naar 5 000 RVT-bedden

E. Kwaliteit, doelmatigheid en samenwerking

Uitbreiding globaal medisch dossier (GMD) : het betreft een nieuwe fase in de uitbreiding van het globaal medisch dossier en de ermee samenhangende remgeldverlaging voor de raadpleging tot het geheel van de bevolking. Het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen dient inzake het globaal medisch dossier bepalingen te omvatten die enerzijds waarborgen dat de informatie van het GMD wordt gebruikt bij de consultatie van de specialist en omgekeerd ook diens informatie terechtkomt in het GMD en anderzijds kwaliteitsdoelstellingen definiëren (zoals bijvoorbeeld het verhogen van de griepvaccinatiegraad bij 65-plussers met GMD). De nationale commissie werd naar aanleiding van de positieve maatregel 2000 inzake het GMD gevraagd hierover een overleg te starten).

Herwaardering intellectuele acte : teneinde de uitvoering mogelijk te maken van voorstellen van geneesheren en verzekeringsinstellingen, die moeten toelaten meer tijd en ruimte vrij te maken voor het niet-technisch gedeelte van de behandeling.

Uitvoering vorig medico-mutualistisch akkoord : teneinde de uitvoering mogelijk te maken van voorstellen uit het vorige akkoord.

F. Geestelijke gezondheidszorg, inzonderheid voor kwetsbare groepen

Het aantal *kinderpsychiatrische bedden* zal worden uitgebreid (interpretatie programmatiecriteria : in plaats van de populatie van 0-15 jaar in de noemer zal de populatie van 0-19 jaar worden gehanteerd) zodat ook aan de noden van adolescenten kan worden tegemoetgekomen. Dit betekent dat zo'n 195 bijkomende bedden moeten worden voorzien, waarvan 110 in principe via de lopende reconversie kunnen worden bekomen.

De bestaande *dagactiviteitencentra* voor psychiatrische patiënten zullen verder worden ondersteund en verder uitgebouwd.

Aan twee bijkomende, specifieke groepen zullen meer middelen worden toegewezen voor intensieve behandeling, met name de *sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten en « medium-risk » geïnterneerden*. Voor de eerste groep zal de omkadering van bestaande bedden worden aangepast, voor de tweede groep gaat het in eerste instantie om een pilootproject.

Een *ombudsfunctie* voor psychiatrische ziekenhuizen zal worden uitgebouwd.

d'une discipline paramédicale; cette équipe est renforcée pour les hôpitaux à partir de 500 lits.

D. Politique de soins gériatriques

Il s'agit de la quatrième phase de reconversion de 5 000 lits MRPA en autant de lits MRS.

E. Qualité, efficacité et collaboration

Extension du dossier médical global (DMG) : il s'agit d'une nouvelle phase de l'élargissement du dossier médical global et de la diminution du ticket modérateur y afférente pour la consultation étendue à l'ensemble de la population. L'accord national médico-mutualiste doit, en matière de dossier médical global, comprendre des dispositions garantissant, d'une part, que les informations du DMG sont utilisées lors de la consultation du spécialiste et qu'en retour, les informations de ce dernier sont mentionnées aussi dans le DMG sont définies d'autre part, des objectifs de qualité (comme par exemple l'augmentation du taux de vaccination contre la grippe chez les plus de 65 ans titulaires d'un DMG). À l'occasion de la mesure positive 2000 en matière de DMG, il a été demandé à la Commission nationale d'entamer une concertation à ce sujet.

Revalorisation de l'acte intellectuel afin de permettre l'exécution des propositions des médecins et des organismes assureurs et de permettre de dégager plus de temps pour les parties non techniques du traitement.

Exécution du précédent accord médico-mutualiste afin de permettre l'exécution des propositions contenues dans l'accord précédent.

F. Soins de santé mentale, en particulier pour les groupes vulnérables

Le nombre de *lits pédopsychiatriques* sera relevé (interprétation des critères de programmation : au lieu de la population des 0-15 ans, la population des 0-19 ans sera inscrite dans le dénominateur) de façon à pouvoir répondre aussi aux besoins des adolescents. Par conséquent, quelque 195 lits supplémentaires devront être prévus, dont 110 pourront en principe être obtenus via la reconversion en cours.

Les *centres d'activités de jour* existant pour patients psychiatriques seront soutenus et développés.

D'avantage de moyens seront affectés à deux groupes supplémentaires spécifiques pour le traitement intensif, à savoir *les patients agressifs et au comportement fort perturbé et les patients internés à « risque moyen »*. Pour le premier groupe, l'encadrement pour les lits existants sera adapté; pour le second groupe, il s'agit avant tout d'un projet pilote.

Une *fonction de médiation* pour les hôpitaux psychiatriques sera développée.

G. Reorganisatie van de oncologische zorgverstrekking

Radiotherapie en multidisciplinair oncologisch consult : ten einde de uitvoering mogelijk te maken van het reeds overgemaakte nomenclatuurvoorstel inzake radiotherapie en de invoering van het multidisciplinair oncologisch consult voor het geheel van de oncologische behandelingsmethoden (radiotherapie, intraveneuze chemotherapie en electieve oncologische chirurgie).

H. Ondersteunen van nieuwe medische technologieën

Bijkomende middelen voor bijkomende NMR : deze bijkomende middelen volgen de uitbreiding van het aantal toestellen. Er wordt gerekend op een 50 % substitutie van andere prestaties voor medische beeldvorming.

I. Leefbaarheid en menselijkheid van ziekenhuiszorg

De verbetering in de vergoeding van de hoofdgeneesheer, wil de bijkomende taken en verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer beter vergoeden.

De aanpassing barema's anciënniteit, wil de baremaverhogingen vergoeden die het gevolg zijn van toegenomen anciënniteit en deze gelijkmatig spreiden in de tijd (0,39 % per jaar).

Onderdeel B6 wil de gevolgen vergoeden van het sociaal akkoord voor het personeel dat niet ten laste is van het ziekenhuisbudget, maar wel van de honoraria. Het betreft een actualisering van de vergoedingsvoorwaarden.

De tegemoetkoming van de stijgende kostprijs medische producten wil de stijgende kost financieren van de medische producten; kost die gestegen is als gevolg van nieuwe technologieën. Het budget medische producten werd in het verleden niet aangepast aan deze stijgende kostprijzen.

Vergoeding om beter rekening te houden met het sociaal karakter van de ziekenhuizen.

De opleidingsfunctie universitaire en andere ziekenhuizen wil de bijkomende kost dekken als gevolg van bijkomende kosten die werden teweeggebracht door de functie opleiding van deze ziekenhuizen.

De minimale permanentie voor geïsoleerde Sp-diensten wil de financiering van de permanentie verzekeren van verpleegkundig personeel in zulke diensten per 20 bedden in plaats van 30 bedden.

De meerkost als gevolg van fusie en spoedgevallen wil aan de gefusioneerde ziekenhuizen financieel compensaties bieden voor de negatieve gevolgen die voortkomen uit het financieringssysteem zonder dat het ziekenhuis de kans en de tijd heeft gekregen om zich te reorganiseren. Deze compensatie wordt pas verleend als fusie globaal tot minder inkomsten voor het ziekenhuisbudget aanleiding heeft gegeven. Aan de spoedgevallendiensten die in de toekomst het gespecialiseerde statuut zullen behouden, wordt een minimale financiering voor de voorbije periode ingeschreven.

De meerkost voor hersterilisatie van medische materialen wil de budgettaire impact voor het ziekenhuisbudget compenseren van de overname van de Europese richtlijn in Belgisch recht.

De ziekenhuisapotheek in de sector van de psychiatrie wil meer middelen uittrekken voor deze functie van psychiatrie

G. Réorganisation de l'administration des soins en oncologie

Radiothérapie et consultation oncologique multidisciplinaire afin de permettre l'exécution de la proposition de nomenclature déjà transmise en matière de radiothérapie ainsi que l'instauration de la consultation oncologique multidisciplinaire pour l'ensemble des méthodes de traitement oncologiques (radiothérapie, chimiothérapie intraveineuse et chirurgie oncologique élective).

H. Soutien de nouvelles technologies médicales

Moyens supplémentaires pour RMN supplémentaire. Ces moyens supplémentaires suivent l'extension du nombre d'appareils. Il est tablé sur une substitution de 50 % pour les autres prestations d'imagerie médicale.

I. Viabilité et caractère humain des soins hospitaliers

L'amélioration de la rémunération du médecin-chef vise à mieux rémunérer les tâches et responsabilités supplémentaires du médecin-chef.

L'adaptation des barèmes à l'ancienneté vise à rémunérer les augmentations barémiques consécutives à l'accroissement de l'ancienneté et à les étaler de manière égale dans le temps (0,39 % par an).

La sous-partie B6 vise à rémunérer les conséquences de l'accord social pour le personnel qui est à charge non pas du budget de l'hôpital mais bien des honoraires. Il s'agit d'une actualisation des conditions de financement.

Le remboursement du coût croissant des produits médicaux vise à financer le coût croissant des produits médicaux, coût qui augmente en conséquence des nouvelles technologies. Le budget des produits médicaux n'a pas été adapté dans le passé à cette hausse des coûts.

Rémunération afin de mieux tenir compte du caractère social des hôpitaux.

La fonction de formation des hôpitaux universitaires et d'autres hôpitaux vise à couvrir le supplément de coût résultant de la fonction de formation de ces hôpitaux.

La permanence minimale pour les services Sp isolés vise à assurer le financement de la permanence du personnel infirmier dans de tels services par 20 lits au lieu de 30.

Le surcoût résultant de la fusion et des urgences vise à offrir des compensations financières aux hôpitaux fusionnés en contre partie des effets négatifs qui résultent du système de financement sans que l'hôpital ait reçu ni la possibilité ni le temps de se réorganiser. Cette compensation n'est accordée que si la fusion a entraîné une réduction globale des recettes dans le budget de l'hôpital. Quant aux services des urgences qui garderont à l'avenir leur statut spécialisé, un financement minimal est inscrit pour la période précédente.

Le coût supplémentaire pour la restérilisation des matériels médicaux vise à compenser l'impact, sur le budget des hôpitaux, de l'insertion de la directive européenne dans le droit belge.

La pharmacie hospitalière dans le secteur de la psychiatrie vise à dégager plus de moyens pour cette fonction des

sche ziekenhuizen en minimaal één apotheker en een apotheekhulp verzekeren zoals in de acute ziekenhuizen.

Bijkomende middelen binnen de verpleegdagprijs voor de PET-scan worden voorzien om de investeringskosten en de werkingskosten gedeeltelijk te financieren via het ziekenhuisbudget via budgetonderdeel A4 en B3. Deze maatregel wil een doelmatig gebruik van de PET-scan bevorderen. Deze maatregel zal gepaard gaan met een evenredige vermindering van de honoraria voor PET-scan.

De registratie van activiteiten op spoedgevallen wil het verzamelen van de voorziene gegevens vergoeden. Deze gegevensinzameling is nodig volgens de normprojecten voor urgentie en MUG.

De bijkomende middelen voor onderzoeksprojecten binnen de B4 wil de onderzoekscapaciteit versterken en meer in het bijzonder de studies aangaande MKG-MFG gegevens financieren.

De normering sociale diensten wil de nodige middelen voorzien om sociale diensten in ziekenhuizen de nodige omkadering en middelen te geven om hun mandaat uit te voeren.

De ontwikkeling van daghospitalisatie wil bijkomende uitgaven dekken die het gevolg zijn van de autonome groei van daghospitalisatie. Het gaat hem om uitgaven voor een aantal heelkundige ingrepen die vroeger niet zouden verricht zijn, maar dankzij de minder invasieve technieken nu wel worden uitgevoerd en die dus niet het gevolg zijn van substitutie vanuit de klassieke hospitalisatie. Deze middelen zullen toegevoegd worden ter gelegenheid van de integratie van de heelkundige daghospitalisatie in het verpleegdagbudget.

J. Andere projecten

Borstkankerscreening

Om een nationaal georganiseerde borstkankerscreening mogelijk te maken moeten de nodige middelen worden voorzien voor *screeningsmammografie*, zodat de doelgroep (alle vrouwen in de leeftijd van 50-69 jaar) tweejaarlijks kunnen worden onderzocht. Dit omvat de invoering van een nomenclatuurnummer voor preventieve *screeningsmammografie*.

Abortuscentra

De kosten voor een patiënte die een zwangerschaps-onderbreking laat uitvoeren in een abortuscentrum zijn aanzienlijk hoger dan indien dit in een ziekenhuis gebeurt. Om deze ongelijkheid weg te werken en toegankelijkheid en vrije keuze van plaats van behandeling te waarborgen zullen middelen worden voorzien. Hun aanwending zal gebeuren via een RIZIV-conventie met de abortuscentra.

Logopedie

Stapsgewijs mogelijk maken dat de terugbetaling van de prestaties Logopedie in functie staan van een honorarium op niveau « A1 ».

K. Uitvoering van het sociaal akkoord

Het sociaal akkoord wil op korte termijn tegemoetkomen aan reële problemen in een arbeidsintensieve werkomgeving. Via loonharmonisatie wordt het loonniveau van verpleegkun-

hospitaal psychiatriques et assurer au minimum un pharmacien et un aide-pharmacien comme dans les hôpitaux aigus.

Des moyens supplémentaires dans le prix de journée pour le PET-scan sont prévus pour financer en partie les frais d'investissement et les frais de fonctionnement via les sous-parties, A4 et B3 du budget des hôpitaux. Cette mesure vise à promouvoir une utilisation efficiente du PET-scan et sera accompagnée d'une réduction proportionnelle des honoraires pour le PET-scan.

L'enregistrement des activités aux urgences vise à rémunérer la collecte des données prévues. Cette collecte de données est nécessaire d'après les projets de norme pour les urgences et les SMUR.

Les moyens supplémentaires pour les projets de recherche dans le cadre de la sous-partie B4 visent à renforcer la capacité de recherche et plus particulièrement à financer les études relatives aux données des RCM-RFM.

La normalisation des services sociaux vise à prévoir les moyens nécessaires pour donner aux services sociaux en milieu hospitalier le cadre et les moyens nécessaires à l'exécution de leur mandat.

Le développement de l'hospitalisation de jour vise à couvrir les dépenses supplémentaires consécutives à la croissance autonome de l'hospitalisation de jour. Il s'agit des dépenses relatives à certaines interventions chirurgicales qui n'auraient pas été pratiquées auparavant mais qui, grâce aux techniques moins invasives, sont cependant pratiquées aujourd'hui et qui ne découlent donc pas d'une substitution à l'hospitalisation classique. Ces moyens seront ajoutés à l'occasion de l'intégration de l'hôpital chirurgicales de jour dans le budget du prix de journée.

J. Autres projets

Dépistage du cancer du sein

Pour permettre un dépistage du cancer du sein organisé à l'échelle nationale, les moyens nécessaires doivent être prévus pour la mammographie de dépistage de façon à ce que le groupe-cible (toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans) puisse être examiné tous les deux ans. Cela implique l'insertion d'un numéro de nomenclature pour les mammographies préventives de dépistage.

Centres d'avortement

Pour la patiente qui se fait avorter dans un centre d'avortement, le coût est considérablement plus élevé que dans un hôpital. Des moyens seront prévus afin de supprimer cette inégalité et de garantir l'accessibilité et le libre choix du lieu de traitement. Leur emploi se fera dans le cadre d'une convention INAMI avec les centres d'avortement.

Logopédie

Permettre progressivement que le remboursement des prestations de logopédie se fasse en fonction d'honoraires du niveau A1.

K. Exécution de l'accord social

L'accord social vise à résoudre à brève échéance les problèmes réels vécus dans un environnement de travail lourd et intensif. Au moyen de l'harmonisation des salaires, le niveau

digen buiten de ziekenhuizen aangepast aan de situatie van de ziekenhuiscollega's, vanaf oktober 2001 wordt voor de ganse groep 1 % loonsverhoging voorzien.

De eindeloopbaanregeling wenst een alternatief te bieden om gediplomeerde verpleegkundigen ook na de leeftijd van 45 jaar verder actief te laten participeren op de werkvloer.

Een doorgedreven stimulans tot vorming en bijscholing zal aansporen om de noodzakelijke deskundigheid te bewaren. De schaarste op de arbeidsmarkt moet worden teruggedrongen door opleidingsinitiatieven enerzijds en door imagobuilding anderzijds om de toekomstige instroom van jongeren te verzekeren.

L. De Maximum Gezondheidsfactuur

(Regeerakkoord : « Het systeem van sociale en fiscale franchise, eigen bijdragen en remgelden voor raadplegingen, hospitalisatie en noodzakelijke geneesmiddelen, zal worden doorgelicht op de gevolgen op de inkomenssituatie van betrokkenen, en meer in het bijzonder, om de toegankelijkheid voor de lage inkomens veilig te stellen.

Om de gezondheidszorgen voor iedereen financieel toegankelijk te maken, meer bepaald voor de chronische patiënten, zal de regering de kostenstructuur van de gezondheidszorgen voor deze categorieën onderzoeken. (...) »)

Doelstelling : op termijn streven naar een systeem waarbij de persoonlijke bijdragen voor prestaties van de verplichte ziekteverzekering niet uitstijgen boven een redelijke uitgavendrempel. Dit systeem moet ervoor zorgen dat de huidige selectieve bescherming op basis van sociale categorieën wordt vervangen door een meer efficiënte bescherming op basis van inkomenscategorieën.

Onderzoek : op vraag van de minister van Sociale Zaken en met medewerking van de minister van Financiën, bereidt het RIZIV dit dossier technisch en budgettair voor aan de hand van een grondige doorlichting van de sociale en fiscale franchise.

Voor 2001 is de prioriteit de opname van B-geneesmiddelen in de franchise, evenals de invoering van een sociale franchise beneden een bepaalde inkomensgrens, waar een deel van die categorie vandaag valt onder het stelsel van de fiscale franchise met een uitgestelde financiële verrekening.

M. Ondersteuning multidisciplinaire eerstelijnszorg

Via deze begrotingspost worden middelen voorzien voor nader te bepalen aspecten van gestructureerde en ondersteunende multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze aspecten kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de evaluatie van zorgafhankelijkheid en het opmaken van een zorgenplan. De nadere invulling hiervan zal gebeuren na overleg — op initiatief van de minister van Volksgezondheid — met de betrokkenen.

salarial des praticiens de l'art infirmier travaillant en dehors de l'hôpital sera adapté à celui de leurs collègues hospitaliers. À partir d'octobre 2001, une augmentation salariale de 1 % est prévue pour tout le groupe.

Le régime de fin de carrière vise à offrir une solution alternative pour permettre une participation active des praticiens de l'art infirmier diplômés, même après l'âge de 45 ans, sur la marché du travail.

Une stimulation poussée à la formation et au recyclage les encouragera à maintenir le savoir-faire nécessaire. La pénurie d'infirmiers sur le marché du travail doit être palliée par des initiatives de formation d'une part et par une amélioration de leur image d'autre part afin d'assurer un afflux de nouvelles recrues dans le futur.

L. Facture maximale de santé

(Accord de gouvernement : « Le système de la franchise sociale et fiscale, le tiers-payant et le ticket modérateur pour les consultations, l'hospitalisation et les médicaments seront examinés au regard de la situation de revenus des intéressés en particulier pour garantir l'accessibilité aux soins des revenus les plus bas.

Afin d'assurer l'accessibilité financière des soins de santé pour tous, en particulier pour les malades chroniques, le gouvernement analysera la structure des coûts des soins de santé concernant ces catégories de patients. (...) »)

Objectif : tendre à terme vers un système dans lequel les interventions personnelles pour les prestations de l'assurance-maladie obligatoire ne dépassent pas un seuil de dépenses raisonnable. Ce système doit veiller à ce que la protection sélective actuelle sur la base de catégories sociales soit remplacée par une protection plus efficiente sur la base de catégories de revenus.

Enquête : à la demande du ministre des Affaires sociales et avec la collaboration du ministre des Finances, l'INAMI prépare la partie technique et budgétaire de ce dossier au moyen d'un audit approfondi de la franchise sociale et fiscale.

Pour 2001, la priorité est d'inclure les médicaments B dans la franchise, ainsi que l'instauration d'une franchise sociale en deçà d'un plancher de revenus déterminé, une partie de cette catégorie relevant aujourd'hui du régime de la franchise fiscale avec un report de l'imputation financière.

M. Soutien des soins primaires multidisciplinaires

Dans ce poste budgétaire des moyens sont prévus pour des aspects, à préciser, de collaboration multidisciplinaire structurée et de soutien, pour les soins de première ligne. Ces aspects peuvent porter par exemple sur l'évaluation de la dépendance et l'établissement d'un programme de soins. L'interprétation précise de ceux-ci se fera, sur l'initiative du ministre de la Santé publique, en concertation avec les intéressés.

BIJLAGE 6.3

**Vernieuwd geneesmiddelenbeleid :
doelstellingen en beleidslijnen****6.3.1. Voorwoord**

Naar aanleiding van de eerste overlegtekst (dd 25 juli 2000) vanwege de *task-force* van de federale regering (Sociale Zaken, Economische Zaken, Volksgezondheid, Begroting en eerste minister) die handelde over de voorstellen van een vernieuwd geneesmiddelenbeleid, werden talrijke reacties ontvangen van de verschillende actoren die betrokken zijn in de gezondheidszorg, zowel reacties die bepaalde delen van de tekst expliciet ondersteunen, als reacties die bepaalde delen in vraag stellen. Algemeen kon men deze laatste groep van reacties indelen in drie categorieën, naargelang de aard en de eensgezindheid van de argumentatie :

— Reacties die gebaseerd waren op misverstand, meestal te wijten aan onvolledigheid of onvoldoende toelichting bij de oorspronkelijke overlegtekst. Dergelijke reacties konden snel uitgeklaard worden tijdens verdere gespreksronden mits betere toelichting van de tekst.

— Reacties die goed geargumenteed waren en aanleiding gaven tot alternatieve en nieuwe voorstellen voor het vernieuwd geneesmiddelenbeleid, en waarbij de voorstellen van verschillende actoren in dezelfde richting gingen. Dergelijke voorstellen verdienden alle aandacht en ondersteuning, op voorwaarde dat zij de algemene doelstellingen van het vernieuwde beleid niet in het gedrang brachten.

— Reacties die goed geargumenteed waren en aanleiding gaven tot alternatieve en nieuwe voorstellen voor het vernieuwd geneesmiddelenbeleid, maar waarbij er duidelijke onenigheid bestond tussen de voorstellen van de verschillende actoren. Dergelijke voorstellen konden beschouwd worden als de knelpunten in het beleid en vormden het onderwerp van verder overleg met verschillende actoren.

Voortbouwend op de genoemde reacties en verder overleg, werd de oorspronkelijke tekst vervolledigd en op verschillende plaatsen aangepast. Dit gebeurde na intern overleg tussen de verschillende kabinetten binnen de *task-force*. Het is de bedoeling dat de onderhavige tekst zal dienen als basis voor een akkoord met de farmaceutische industrie, zoals bedoeld in artikel 191, eerste lid, 15^o ter, van de ZIV-wet, zoals gewijzigd door de programmawet van 12 augustus 2000.

De tekst draagt de goedkeuring van de regering.

Nadien zal de *task-force* haar werkzaamheden verderzetten, meer bepaald met betrekking tot de implementatie, de opvolging en de evaluatie van het vernieuwd geneesmiddelenbeleid.

6.3.2. Vernieuwd geneesmiddelenbeleid**6.3.2.1. Uitgangspunten**

Een vernieuwd geneesmiddelenbeleid dient gesitueerd te worden binnen een globaal beleid inzake gezondheid en gezondheidszorg. Een gezondheidszorgbeleid dient een verhoging na te streven van de kwaliteit, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Doelmatigheid betekent een betere verhouding tussen de geleverde kwaliteit en de

ANNEXE 6.3

**Politique rénovée en matière de médicaments :
objectifs et lignes d'action****6.3.1. Avant-propos**

Le premier texte de concertation (du 25 juillet 2000) du gouvernement fédéral (regroupant les Affaires sociales, les Affaires économiques, la Santé publique, le Budget et les services du premier ministre), qui examinait les propositions en vue d'une politique rénovée en matière de médicaments, a suscité de nombreuses réactions des différents acteurs intéressés aux soins de santé, réactions qui tantôt soutenaient explicitement certaines parties du texte, tantôt en remettaient d'autres en question. De façon générale, ces dernières réactions peuvent se répartir en trois catégories, selon la nature et l'unanimité de l'argumentation :

— Réactions nées d'un malentendu, dû le plus souvent à des explications incomplètes ou insuffisantes dans le texte initial. De telles réactions pourront rapidement être dissipées lors des prochaines discussions par un meilleur commentaire.

— Réactions bien argumentées et donnant lieu à des propositions nouvelles et alternatives pour la politique rénovée en matière de médicaments et pour lesquelles les propositions des différents acteurs vont dans le même sens. Ces réactions méritent toute notre attention et notre appui, à condition qu'elles ne compromettent pas les objectifs généraux de la politique rénovée.

— Réactions bien argumentées et donnant lieu à des propositions nouvelles et alternatives pour la politique rénovée en matière de médicaments, mais pour lesquelles il existe un net désaccord entre les différents acteurs. Ces propositions peuvent être considérées comme des points sensibles de la politique et peuvent éventuellement faire l'objet d'une concertation commune entre les différents acteurs.

Nous fondant sur les réactions susdites, nous avons complété et, en divers endroits, adapté le texte initial. Et ce, après concertation interne entre les différents cabinets concernés par la politique rénovée en matière de médicaments. Notre intention est que le présent texte serve de base à un accord avec le secteur, comme prévu dans l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^o ter, de la loi AMI, telle que modifiée par la loi-programme du 12 août 2000

Le présent texte a reçu l'approbation du gouvernement.

La *task-force* reprendra ensuite ses travaux, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique rénovée en matière de médicaments.

6.3.2. Politique rénovée en matière de médicaments**6.3.2.1. Principes**

La politique rénovée en matière de médicaments doit s'inscrire dans une politique globale en matière de santé et de soins de santé. La politique de soins de santé doit tendre à augmenter la qualité, l'efficacité et l'accessibilité de l'offre de soins. L'efficacité, soit un meilleur rapport entre la qualité fournie et les frais y afférents, peut se réaliser à un coût égal avec

daaraan verbonden kosten, en kan gerealiseerd worden door voor een gelijke kost de kwaliteit van de zorg te verbeteren of door kosten te verlagen mits het bewaren van de kwaliteit. Het betekent ook het leggen van prioriteiten in het voordeel van de zorgen die de beste prijs-kwaliteitverhouding bieden. Als een belangrijk element in het gezondheidszorgbeleid, dient het geneesmiddelenbeleid dezelfde doelstellingen na te streven.

De jongste jaren stelt men een stijging vast van de uitgaven voor geneesmiddelen, die systematisch hoger is dan de stijging van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Bovendien is de overschrijding van het budget voor de geneesmiddelen ongeveer even groot, in sommige jaren zelfs groter dan de overschrijding voor de totaliteit van de uitgaven. In de mate dat een dergelijke stijging van de uitgaven gepaard gaat met een stijging van de kwaliteit van de zorg en met mogelijke besparingen in andere sectoren van de zorg is een groei van de uitgaven aanvaardbaar. De groei van de uitgaven voor geneesmiddelen blijkt echter vaak moeilijk beheersbaar en moeilijk verklaarbaar, en dit kan leiden tot onzekerheid voor alle actoren, ten gevolge van korte termijnreacties en ad hoc maatregelen. Om dit te vermijden dient een beleid in alle gedingen van de sector meer de nadruk te leggen op het bevorderen van de kwaliteit en de prijs-kwaliteit van de huidige en toekomstige farmaceutische zorg.

Een vernieuwd geneesmiddelenbeleid (VGB) moet daarom aan volgende krachtlijnen voldoen :

1. vereenvoudigde structuren en snellere procedures zowel voor de aanneming van nieuwe als voor de herziening van bestaande geneesmiddelen, met een betere wetenschappelijke ondersteuning en meer aandacht voor Europese initiatieven en ervaringen die de prijs-kwaliteit van de zorg bevorderen;
2. het garanderen van het aanbod van farmacotherapeutische innovaties;
3. de aanzet tot een op evidentie en op medische richtlijnen gebaseerd verbruik van geneesmiddelen, met aandacht voor de prijs-kwaliteit van de verschillende alternatieven en voor de plaats van het geneesmiddel in het globale zorgaanbod;
4. realistische en op objectieve beleidskeuzen gestoelde budgettaire doelstellingen en met invoering van recuperatiemechanismen in geval van overschrijding;
5. het verzekeren van de betaalbaarheid voor de patiënt.

De verdere tekst heeft enkel betrekking op de sector van de *vergoedbare specialiteiten*.

6.3.2.2. *Structuren en procedures voor prijsbepaling en tegemoetkoming van vergoedbare geneesmiddelen*

Aanneming van geneesmiddelen voor tegemoetkoming

Een aantal elementen van het huidige systeem functioneert goed tot zeer goed. We vermelden onder andere de snelle werking van prijzencommissie en doorzichtigheidscommissie, en de kwalitatief goed onderbouwde adviezen van de doorzichtigheidscommissie.

De huidige procedure voor prijsbepaling en terugbetaling van geneesmiddelen vertoont echter een aantal zwakke punten

une amélioration de la qualité des soins ou par une diminution des frais moyennant le maintien de la qualité. Cela signifie également fixer des priorités en faveur des soins qui offrent le meilleur rapport prix/qualité. Élément important de la politique de soins de santé, la politique des médicaments doit tendre aux mêmes objectifs.

Ces dernières années, nous constatons cependant une hausse des dépenses de médicaments qui est systématiquement supérieure à la hausse des dépenses totales des soins de santé. Par ailleurs, le dépassement du budget des médicaments est à peu près aussi important, voire, certaines années, supérieur au dépassement de la totalité des dépenses. Dans la mesure où une telle hausse des dépenses s'accompagne d'une augmentation de la qualité des soins et d'éventuelles économies dans d'autres secteurs des soins, un accroissement des dépenses est acceptable. Toutefois, l'accroissement des dépenses de médicaments s'avère souvent difficile à maîtriser et difficile à expliquer et peut, à la suite de réactions à court terme et de mesures ad hoc, créer l'incertitude chez tous les acteurs. Pour éviter cela, la politique à tous les niveaux du secteur doit mettre davantage l'accent sur la promotion de la qualité et le rapport prix/qualité des soins pharmaceutiques d'aujourd'hui et de demain.

Pour cette raison, la politique rénovée en matière de médicaments (PRM) doit satisfaire aux lignes de force suivantes :

1. structures simplifiées et procédures accélérées tant pour l'admission de nouveaux médicaments que pour la révision de médicaments existants, avec un meilleur soutien scientifique et une plus grande attention pour les initiatives et les expériences européennes qui stimulent le rapport prix/qualité des soins;
2. garantie de l'offre d'innovations pharmacothérapeutiques;
3. incitation à une consommation de médicaments basée sur l'évidence et sur des directives médicales et prise en compte du rapport prix/qualité des diverses alternatives et de la place du médicament dans l'offre globale de soins;
4. objectifs budgétaires réalistes et fondés sur des options politiques objectives et avec instauration de mécanismes de récupération en cas de dépassement;
5. assurer un prix abordable pour le patient.

La suite du texte concerne uniquement le secteur des *spécialités remboursables*.

6.3.2.2. *Structuren en procedures voor prijsbepaling en tegemoetkoming van vergoedbare geneesmiddelen*

Admission de médicaments au remboursement

Certains éléments du système actuel fonctionnent bien à très bien. Nous mentionnerons entre autres le fonctionnement rapide de la commission des prix et de la commission de transparence, ainsi que la qualité de l'argumentation des avis de cette dernière.

La procédure actuelle pour le prix et le remboursement des médicaments présente quelques faiblesses — multiples

ten : talrijke commissies en raden, veel te lange termijnen, onvolledige of onduidelijke elementen in de aanvraagdossiers, zodat de evaluatie moeilijk op evidentie kan worden gebaseerd, weinig of geen overleg met de aanbieder, geen publieke toelichting bij de adviezen en besluiten, ...

In een gebruikelijke marktsituatie komt een prijsniveau tot stand door rekening te houden met vraag en aanbod. Een bijzonder aspect van de gezondheidszorg is het typische karakter van de vraag : de patiënt is immers geen perfect geïnformeerde consument, en kan niet beoordelen of een geneesmiddel « zijn kost waard is ». De andere actoren zijn beter geplaatst om dit na te gaan, met ondersteuning van de nodige analyse en expertise. Pas wanneer deze actoren aan de vraagzijde voldoende gedocumenteerd zijn, kan men tot een volwaardige besluitvorming komen.

Om aan de bovenstaande nadelen van de huidige structuur en procedure te verhelpen worden een nieuwe procedure en een herziening van de structuren voorgesteld. De nadruk ligt op meer wetenschappelijke evidentie, meer volledige informatie, snelle doorstroming van de dossiers, aangepaste behandeling in functie van de complexiteit en het belang van het dossier, en afslanking van de structuren.

Concreet wordt de volgende procedure voorgesteld (zie schema in bijlage) :

I. De vergunninghouder dient een aanvraag tot vergoedbaarheid in bij het secretariaat van de *Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG)*. Het secretariaat van de CTG stuurt het dossier ter informatie door naar het ministerie van Economische Zaken.

De CTG is de versmelting van de bestaande doorzichtigheidscommissie en de Technische Raad voor de Farmaceutische Specialiteiten en wordt gesitueerd binnen het RIZIV ⁽²⁰⁾. De CTG is samengesteld uit dezelfde partijen die vandaag in één of in beide genoemde organen zetelen.

In de samenstelling van de CTG moet er aandacht zijn voor de financiële verantwoordelijkheid enerzijds, en de noodzaak aan expertise anderzijds. De VI's dragen verantwoordelijkheid door het systeem van financiële responsabilisering. De artsen en apothekers zullen een grotere verantwoordelijkheid dragen in de totstandkoming van de uitgaven voor geneesmiddelen (zie verder).

De CTG bestaat daarom uit 22 leden + een aantal raadgevende leden :

- 7 experten (waaronder de voorzitter);
- 8 vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;
- 4 vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van de artsen;
- 3 vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van de apothekers.

Met raadgevende stem : 2 vertegenwoordigers van de industrie + vertegenwoordigers van de ministeries van Volksgezondheid, Sociale Zaken en Economische Zaken.

⁽²⁰⁾ Het opstellen van de transparantiefiches blijft een bevoegdheid van het departement Volksgezondheid.

commissies en conseils, délais beaucoup trop longs, éléments incomplets ou imprécis dans le dossier de demande — de sorte que l'évaluation peut difficilement être fondée, qu'il n'y a guère ou pas de concertation avec le présentateur, pas de commentaire public sur les avis et les décisions, ...

De plus, dans un marché ordinaire, le niveau de prix s'établit en fonction de l'offre et de la demande. Un aspect particulier des soins de santé est le caractère typique de la demande : en effet, le patient n'est pas un consommateur parfaitement informé et ne peut juger si le coût d'un médicament se justifie. Les autres acteurs sont mieux placés pour vérifier la valeur de celui-ci, grâce à l'analyse et l'expertise nécessaires. Ce n'est que lorsque ces acteurs du côté de la demande ont été suffisamment documentés qu'ils peuvent se faire un avis à part entière.

Pour remédier aux défauts précités de la structure et de la procédure actuelles, il est proposé une nouvelle procédure et une révision des structures. L'accent repose sur une évidence plus scientifique dans les avis d'admission, sur des informations plus complètes pour étayer l'avis en matière de prix, une circulation plus rapide des dossiers, un traitement adapté à leur complexité et à leur importance et sur un dégraissage des structures.

Concrètement, la procédure suivante est proposée (voir schéma en annexe) :

I. Le détenteur de la licence introduit une demande de remboursabilité auprès du secrétariat de la *Commission de remboursement des médicaments (CRM)*. Le secrétariat de la CRM envoie le dossier pour information au ministère des Affaires économiques.

La CRM, résultat de la fusion de la commission de transparence et du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, se situe dans le cadre de l'INAMI ⁽²⁰⁾. La CRM est composée des mêmes parties que celles qui siègent aujourd'hui dans les organes cités.

Sa composition tiendra compte de la part de responsabilité financière d'une part et du besoin d'expertise d'autre part. Les OA sont responsabilisés avec le système de responsabilisation financière. Les médecins et les pharmaciens auront une plus grande responsabilité dans la réalisation des dépenses de médicaments (voir plus loin).

Pour cette raison, la CRM se composera de 22 membres et d'un certain nombre de membres ayant voix consultative :

- 7 experts (dont le président);
- 8 représentants des organismes assureurs;
- 4 représentants des associations professionnelles de médecins;
- 3 représentants des associations professionnelles de pharmaciens.

Auront voix consultative : 2 représentants de l'industrie + des représentants des ministères de la Santé publique, des Affaires sociales et des Affaires économiques.

⁽²⁰⁾ La rédaction des fiches de transparence reste une compétence du département de la Santé publique.

Het *aanvraagdossier* heeft een standaardformaat, en zal onder andere bestaan uit elementen die betrekking hebben op :

1. de indicaties waarvoor tegemoetkoming aangevraagd wordt;
2. een voorstel van tegemoetkomingsbasis;
3. een voorstel van terugbetalingscategorie (A, B, C, Cs, Cx);
4. een voorstel van meerwaardeklasse.

Dit laatste concept verdient enige toelichting. De aanbieder dient de voorgestelde meerwaarde te onderbouwen op basis van criteria inzake de klinische, sociale en gezondheids-economische bijdrage van het geneesmiddel, op individueel niveau én op populatieniveau. De meerwaarde van een geneesmiddel wordt uitgedrukt onder de vorm van een meerwaardeklasse :

klasse 1 : duidelijke meerwaarde, waardoor de huidige therapeutische aanpak fundamenteel zal wijzigen;

klasse 2 : meerwaarde tegenover bestaande alternatieven, maar zonder dat de huidige therapeutische aanpak fundamenteel wijzigt;

klasse 3 : geen therapeutische meerwaarde en geen voorstel voor een hogere tegemoetkomingsbasis;

klasse 4 : essentieel vergelijkbare geneesmiddelen (zelfde werkzaam bestanddeel en dosering), aan een lagere tegemoetkomingsbasis dan de reeds bestaande.

Uit deze klassen blijkt dat enkel een hogere tegemoetkomingsbasis kan verleend worden wanneer sprake is van een meerwaarde (klasse 1 of 2).

Indien de door de aanbieder voorgestelde klasse 1 of 2 is, zullen interne evaluatoren van de CTG, ondersteund door werkgroepen van externe evaluatoren (klinische/epidemiologische/ economische expertise), het dossier evalueren, en een synthesenota voorbereiden, waarin de bovenstaande elementen beoordeeld worden (« evaluatierapport »). De meerwaarde wordt daarbij afgewogen tegenover de aangevraagde tegemoetkomingsbasis, om zodoende uit te maken of de prijs-kwaliteitverhouding aanvaardbaar is (bijvoorbeeld vergelijkbaar met de prijs-kwaliteit van vandaag aanvaarde behandelingen). Het evaluatierapport zal aan een standaardformaat voldoen. Het zal na 60 dagen gerapporteerd worden aan de CTG. De CTG zal vervolgens dit rapport overmaken aan het ministerie van Economische Zaken, en aan de aanbieder, binnen een termijn van 20 dagen. De totale termijn voor deze fase bedraagt bijgevolg 80 dagen.

Indien de evaluatoren en de CTG de termijn niet respecteren, ontvangt het ministerie van Economische Zaken enkel het aanvraagdossier van de aanbieder.

De aanbieder kan schriftelijk reageren op het evaluatierapport binnen een termijn van 50 dagen (= termijn gedurende dewelke het prijsdossier zal lopen — zie II).

Voor geneesmiddelen waarvoor een klasse 3 of 4 werd aangevraagd dient door de aanbieder geen sociale of gezondheidseconomische argumentatie te worden verleend, en wordt geen werkgroep van externe evaluatoren aangeduid.

II. Na ontvangst van het evaluatierapport dient de aanbieder een prijsaanvraag in bij de prijzencommissie voor farmaceutische specialiteiten (ministerie van Economische Za-

Le dossier de demande répond à un format standard et sera constitué entre autres d'éléments portant sur :

1. les indications demandées qui entrent en compte pour le remboursement;
2. une proposition de base de remboursement;
3. une proposition pour la catégorie de remboursement (A, B, C, Cs, Cx);
4. une proposition de classe de plus-value.

Ce dernier concept mérite quelques explications. Le présentateur doit étayer la plus-value demandée sur la base de critères en matière d'apport du médicament au niveau clinique, social ainsi qu'économique et sanitaire, pour l'individu et pour la population. La plus-value d'un médicament est exprimée sous forme de classe de plus-value :

classe 1 : nette plus-value, qui modifiera fondamentalement l'approche thérapeutique actuelle;

classe 2 : plus-value par rapport aux alternatives existantes, mais qui ne modifiera pas fondamentalement l'approche thérapeutique actuelle;

classe 3 : pas de plus-value thérapeutique et pas de proposition pour une base de remboursement supérieure;

classe 4 : médicaments essentiellement comparables (même principe actif, même conditionnement et même dosage), dont la base de remboursement devient inférieure à la base existante.

Il ressort de ces classes qu'une base de remboursement supérieure ne peut être accordée que s'il est question d'une plus-value supérieure (classe 1 ou 2).

Si la classe proposée par le présentateur est la classe 1 ou 2, des évaluateurs internes de la CRM, appuyés par des groupes de travail d'évaluateurs externes (expertise clinique / épidémiologique / économique), évalueront le dossier et prépareront une note de synthèse dans laquelle seront évalués les éléments ci-dessus (rapport d'évaluation). La plus-value y sera estimée par rapport à la base de remboursement demandée afin qu'il soit ainsi vérifié si le rapport prix/qualité est acceptable (par exemple comparable au rapport prix/qualité des traitements admis aujourd'hui). Le rapport d'évaluation devra également satisfaire à un format standard. Il sera remis après 60 jours aux membres de la CRM. La CRM transmettra ensuite ce rapport au ministère des Affaires économiques, ainsi qu'au présentateur, dans un délai de 20 jours. La durée totale de cette phase est, par conséquent, de 80 jours.

Si les évaluateurs et la CRM ne respectent pas ce délai, le ministère des Affaires économiques ne recevra que la demande du présentateur.

Le présentateur peut réagir par écrit au rapport d'évaluation dans un délai de 50 jours (= délai pendant lequel sera traité le dossier de prix — voir II).

Quant aux médicaments pour lesquels il est demandé une classe 3 ou 4, le présentateur n'est pas tenu de soumettre une argumentation sociale ou économique et sanitaire, et aucun groupe de travail d'évaluateurs externes n'est désigné pour ces médicaments.

II. Après réception du rapport d'évaluation, le présentateur introduit une demande de prix auprès de la commission des prix des spécialités pharmaceutiques (ministère des Af-

ken). Het dossier dient op een transparante en verifieerbare wijze alle aanbodsgerelateerde economische factoren die de prijsstructuur van de specialiteit verklaren te bevatten. De gemiddelde prijs in de ons omringende landen kan ten indicatieve titel deel uitmaken van het dossier.

De prijzencommissie adviseert vervolgens inzake de maximale prijs van het geneesmiddel op de Belgische markt. Dit advies geeft aanleiding tot een beslissing van de minister van Economische Zaken binnen een termijn van 50 dagen. Deze beslissing wordt genotificeerd aan de aanbieder in kwestie. Indien de minister geen beslissing treft, geldt de aanvraag van de aanbieder als beslissing.

Deze procedure houdt in dat de informatie omtrent de meerwaarde een rol zal spelen in de prijsbeslissing.

III. Beslissing omtrent tegemoetkomingsbasis, -indicatie, en -niveau

— In geval van geneesmiddelen waarvoor klasse 3 of 4 werd aangevraagd wordt de beslissing tot terugbetaling genomen met gewone meerderheid door de CTG binnen een termijn van 30 dagen en via de notificatie door de minister of de door hem gemachtigde ambtenaren, en met periodieke publicatie van de lijsten in het BS.

— Bij een aanvraag voor klassen 1 of 2 verloopt de verdere procedure als volgt.

De CTG spreekt zich uit over het dossier (tegemeetkomingsbasis, -indicaties, en -niveau). De aanvrager kan daarbij gehoord worden indien hij dat wenst. Wanneer een positieve beslissing met gekwalificeerde meerderheid (> 2/3) wordt bereikt, en de tegemoetkomingsbasis strookt met de beslissing omtrent de prijs, dan geldt ze als beslissing. Als de voorgenomen beslissing niet strookt met de prijsbeslissing, dient de CTG de aanbieder in kwestie te horen. Er dient een beslissing te worden genomen binnen een tijdsspanne van 30 dagen na de beslissing door de minister van Economische Zaken inzake de prijs.

Indien er een beslissing is van de CTG, dan heeft de minister van Sociale Zaken een evocatierecht dat desgevallend binnen een termijn van 20 dagen moet uitgeoefend worden.

Wanneer er geen beslissing is van de CTG binnen de termijn van 30 dagen, dan dient de minister van Sociale Zaken binnen een termijn 20 dagen een beslissing te nemen.

In beide gevallen gebeurt de notificatie door de minister of de door hem gemachtigde ambtenaren, en met periodieke publicatie van de lijsten in het *Belgisch Staatsblad*.

Het secretariaat van de CTG zal nauwkeurig het verloop van de termijnen opvolgen.

In de wetgeving en de reglementering zullen tevens bepalingen worden opgenomen waarbij de verplichtingen van het bedrijf worden gepubliceerd met betrekking tot het in de handel brengen van farmaceutische specialiteiten.

Individuele herziening van de dossiers

Elk geneesmiddel waarvoor een klasse 1 of 2 werd toegestaan zal het voorwerp uitmaken van de herziening van het dossier binnen een termijn van 1,5 tot 3 jaar. De termijn waarbinnen deze herziening zal gebeuren evenals de studies die op het moment van de herziening door de aanvrager moeten binnengebracht worden, worden bepaald bij de aannemingsbeslissing.

fares économiques). Le dossier doit comprendre de manière transparente et vérifiable tous les facteurs économiques liés à l'offre qui expliquent la structure des prix de la spécialité. Le prix moyen dans les pays avoisinants peut figurer dans le dossier à titre indicatif.

La commission des prix rend ensuite son avis sur le prix maximum du médicament sur le marché belge. Cet avis est suivi par une décision du ministre des Affaires économiques dans un délai de 50 jours. Cette décision est notifiée au présentateur en question. Si le ministre ne prend pas de décision, la demande du présentateur vaut pour décision.

Cette procédure implique que les informations relatives à la plus-value joueront un rôle dans la décision en matière de prix.

III. Décision concernant la base, les indications et le niveau de remboursement

— Dans le cas de médicaments pour lesquels la classe 3 ou 4 est demandée, la décision de remboursement est prise à la majorité simple par la CRM dans un délai de 30 jours et par notification du ministre ou des fonctionnaires délégués par lui et publiée périodiquement dans des listes au MB.

— Dans le cas d'une demande pour une classe 1 ou 2, la suite de la procédure se déroule comme suit.

La CRM se prononce sur le dossier (base, indications et niveau de remboursement). À cet égard, le demandeur peut toujours être entendu s'il le souhaite. Lorsqu'une majorité qualifiée (> 2/3) est obtenue et que la base de remboursement correspond à la décision sur le prix, la décision projetée de la CRM vaut pour décision. Si la décision projetée ne correspond pas à la décision sur le prix, la CRM doit entendre le présentateur en question. Une décision doit être prise dans les 30 jours qui suivent la décision prise par le ministre des Affaires économiques concernant le prix.

S'il y a une décision de la CRM, le ministre des Affaires sociales dispose d'un droit d'évocation qu'il exercera, le cas échéant, dans les 20 jours.

À défaut de décision de la CRM dans le délai de 30 jours, le ministre des Affaires sociales prendra une décision dans un délai de 20 jours.

Dans les deux cas, la notification se fait par le ministre ou par les fonctionnaires délégués par lui et par publication périodique des listes au *Moniteur belge*.

Le secrétariat de la CRM veillera au respect des délais.

La législation et la réglementation contiendront également les dispositions relatives à la publication des obligations de la firme en ce qui concerne la commercialisation des spécialités pharmaceutiques.

Révision individuelle des dossiers

Chaque médicament pour lequel une classe 1 ou 2 a été demandée et obtenue fera l'objet d'une révision de dossier dans un délai de 1,5 à 3 ans. Le délai pendant lequel se fera cette révision ainsi que les études qui doivent avoir été remises au moment de la révision par le demandeur sont définis lors de la décision sur l'admission.

De resultaten van de gevraagde studies zullen door de aanvrager in een dossier meegedeeld worden aan de CTG. De vervolprocedure is identiek aan de procedure bij aanneming.

Ingeval een herziening van de registratie van specialiteiten (Volksgezondheid) zou leiden tot andere indicatiestellingen of posologie, zal een herziening van de aannemingsvoorwaarden onmiddellijk opgestart worden.

Opmerking 1

In het verleden kwam in een aantal dossiers de situatie voor dat de prijsbeslissing op Economische Zaken niet overeenkwam met de tegemoetkomingsbasis op Sociale zaken. Er dient te worden vermeden dat de patiënt voor het eventuele verschil moet opdraaien.

De nieuwe procedure vangt dit reeds ten dele op door :

1. bij de prijsbeslissing de informatie omtrent meerwaarde een rol te laten spelen;
2. een verplichte horing van de aanbieder in te bouwen, om een overeenkomst te bereiken.

Een bijkomende bescherming van de patiënt bestaat erin dat — tot de individuele herziening van het dossier na 1,5 tot 3 jaar (zie 1.2) — de aanbieder in kwestie het verschil tussen prijs en tegemoetkomingsbasis bijpast, via een verrekening na verloop van het jaar, op basis van de verkochte volumes in het betrokken jaar. Dergelijke clausule kan deel uitmaken van de overeenkomst tussen CTG en de aanbieder in kwestie, maar kan niet door de minister opgelegd worden aan de aanbieder.

Opmerking 2

Om de coördinatie van de procedures en de beschikbaarheid van mensen en middelen te optimaliseren zal ook onderzocht worden of het geheel van de procedures voor prijsbepaling en terugbetaling, maar ook voor registratie en voor verdere opvolging en sturen van de farmaceutische markt, op termijn kan ondergebracht worden in een Federaal Agentschap.

Opmerking 3

Voor weesgeneesmiddelen gelden dezelfde procedures voor prijsbepaling en terugbetaling als voor de andere geneesmiddelen. Er wordt echter ook een volume bepaald in de beslissing omtrent tegemoetkoming, in functie van de epidemiologie van het betreffende ziektebeeld. Dit leidt tot een prijs-volume contract, waarbij het individuele bedrijf financieel wordt geresponsabiliseerd.

Dit kadert in een ruimere benadering van de problematiek van de weesgeneesmiddelen, die door de regering momenteel wordt voorbereid in het kader van de Europese Verordening 141/2000.

Opmerking 4

Een procedure voor het publiek bekendmaken van de adviezen en beslissingen in het kader van de aanneming van specialiteiten wordt uitgewerkt.

Les résultats des études demandées seront communiqués par le demandeur dans un dossier transmis à la CRM. La procédure qui suit est identique à la procédure d'admission.

Au cas où une révision de l'enregistrement des spécialités (Santé publique) déboucherait sur d'autres indications ou une autre posologie, une révision annuelle des conditions d'admission serait immédiatement entamée.

Remarque 1

Dans le passé, il est arrivé pour certains dossiers que la décision sur le prix prise par les Affaires économiques ne correspondait pas à la base de remboursement recommandée par les Affaires sociales. Il convient toutefois d'éviter que le patient ait à supporter la différence éventuelle.

La nouvelle procédure fixée résout déjà en partie ce problème en :

1. donnant plus de poids aux informations sur la plus-value pour la décision sur le prix;
2. en prévoyant l'obligation d'entendre le présentateur afin d'obtenir un accord.

Une protection supplémentaire pour le patient consiste à ce que — jusqu'à la révision individuelle du dossier après 1,5 à 3 ans (voir 1.2) — le présentateur en question supplée la différence entre le prix et la base de remboursement, au moyen d'une compensation en fin d'année, sur la base des volumes vendus pendant l'année en question. Une telle clause peut faire partie de l'accord entre la CRM et le présentateur en question, mais ne peut pas être imposée par le ministre au présentateur.

Remarque 2

Pour optimiser la coordination des procédures et la disponibilité des personnes et des moyens, il sera également examiné si l'ensemble des procédures relatives au prix et au remboursement, mais aussi à l'enregistrement et au suivi et à l'orientation du marché pharmaceutique pourra, à terme, être repris par une Agence fédérale.

Remarque 3

Les médicaments orphelins sont soumis aux mêmes procédures de prix et de remboursement que les autres médicaments. Dans la décision sur le remboursement, il est toutefois déterminé aussi un volume en fonction de l'épidémiologie du syndrome en question. Il en résulte un contrat prix-volume, lequel donne ainsi une responsabilité financière à la firme individuelle.

Cela s'inscrit dans une approche plus large de la problématique des médicaments orphelins, actuellement préparée par le gouvernement dans le cadre du Règlement européen 141/2000.

Remarque 4

Une procédure relative à la publication des avis et décisions dans le cadre de l'admission des spécialités est mise au point.

Opmerking 5

De CTG en de prijzencommissie voor farmaceutische Specialiteiten moeten beiden in staat zijn om de evolutie van de markt van de terugbetaalde en de niet terugbetaalde geneesmiddelen te volgen. Hiertoe maakt het ministerie van Economische Zaken op regelmatige basis informatie over ivm de niet terugbetaalde geneesmiddelen aan de CTG en bezorgt het RIZIV op regelmatige basis informatie over de terugbetaalde geneesmiddelen aan de prijzencommissie.

Opmerking 6

Inzake parallel-import geldt een verkorte aannemingsprocedure bij de CTG.

6.3.2.3. Geneesmiddelenverbruik op basis van evidentie en prijs-kwaliteit

Het beleid inzake een op evidentie gebaseerd geneesmiddelenverbruik met aandacht voor de prijs-kwaliteit situeert zich op vier domeinen :

1. de herziening van vergoedingsvoorwaarden;
2. het correct voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen;
3. het stimuleren van de generische specialiteiten en kopieën;
4. herziening van het huidige distributiesysteem.

6.3.2.3.1. Herziening van vergoedingsvoorwaarden

Uitgangspunt

Het invoeren van een nieuw geneesmiddelenbeleid inzake aanneming en individuele herziening van klassen zal op termijn leiden tot een therapeutisch arsenaal dat volgens de criteria van prijs-kwaliteit werd uitgebouwd.

Op korte termijn dienen bestaande klassen, waarvoor de evidentie gering is, of waarvoor, door de introductie van nieuwe methoden in de zorg, de huidige prijs-kwaliteit kan in vraag gesteld worden, eveneens herzien te worden.

Instrument en methode

Volgende methode wordt voorgesteld :

Jaarlijks worden een aantal farmaceutische klassen geselecteerd voor herziening van de aannemingscriteria. De CTG beslist over deze keuze, op basis van de medische literatuur. De herziening verloopt als volgt :

— De CTG laat door evaluatoren een evaluatie maken van de klinische, sociale en gezondheidseconomische aspecten van de gekozen klasse, op basis van wetenschappelijke literatuur en studies bezorgd door de aanbieders van de geneesmiddelen uit de klassen in kwestie.

— De evaluatie leidt tot een beoordeling van de klasse in het algemeen, en van de geneesmiddelen uit de klasse in het bijzonder (tegemoetkomingsbasis, indicatie, verpakkingsgrootte, ...).

Remarque 5

La CRM et la commission des prix des spécialités pharmaceutiques doivent toutes deux être en mesure de suivre l'évolution du marché des médicaments remboursables et des médicaments non remboursables. À cet effet, le ministère des Affaires économiques transmettra avec régularité à la CRM des informations sur les médicaments non remboursables tout comme l'INAMI transmettra également avec régularité à la commission des prix des informations sur les médicaments remboursables.

Remarque 6

Quant à l'importation parallèle, il est appliqué une procédure d'admission abrégée pour la CRM.

6.3.2.3. Consommation de médicaments sur la base de l'évidence et du rapport prix/qualité

La politique relative à la consommation de médicaments basée sur l'évidence et attentive au rapport prix/qualité couvre quatre domaines :

1. la révision des conditions de remboursement;
2. la prescription et la délivrance correctes de médicaments;
3. la promotion des médicaments génériques et des copies;
4. la révision du système de distribution actuel.

6.3.2.3.1. Révision des conditions de remboursement

Principe

L'instauration d'une nouvelle politique de médicaments en matière d'admission et de révision individuelle des classes mènera à terme à un arsenal thérapeutique constitué selon les critères du rapport prix/qualité.

À bref délai, les classes existantes, pour lesquelles l'évidence est réduite ou pour lesquelles l'introduction de nouvelles méthodes de soins alternatives peut remettre en question l'actuel rapport prix/qualité, devront également être revues.

Instrument et méthode

Est proposée la méthode suivante :

Annuellement, certaines classes pharmaceutiques sont sélectionnées pour révision des critères d'admission. La CRM décide du choix des classes, sur la base de la littérature médicale. La révision se déroule comme suit :

— La CRM fait expertiser par des évaluateurs les aspects cliniques, sociaux ainsi qu'économiques et sanitaires de la classe choisie, sur la base de la littérature et sur la base d'études émanant des présentateurs des médicaments de la classe en question.

— L'évaluation donne lieu à une appréciation de la classe en général et des médicaments de la classe en particulier (base de remboursement, indications, taille du conditionnement, ...).

— Deze beoordeling wordt voorgelegd aan een consensus-conferentie of een andere vorm van *peer review*, en kan aanleiding geven tot :

1. een herzieningsadvies. In dit geval wordt de procedure van de individuele herziening verder gevolgd; of
2. medische praktijkrichtlijnen voor de artsen; of

3. beide.

6.3.2.3.2. Correct voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen

Uitgangspunten

Een correct en op evidentie gebaseerd gebruik van geneesmiddelen houdt in principe in dat alleen geneesmiddelen worden gebruikt waarvoor gevalideerde studies bestaan, dat deze adequaat worden gebruikt (indicatie, dosis, ...), en dat bij de keuze van het geneesmiddel aandacht wordt besteed aan de prijs-kwaliteit verhouding.

Vanzelfsprekend kan deze doelstelling niet meteen bereikt worden. Waar wel naar gestreefd kan worden is het bereiken van een graduele verbetering.

Instrumenten en methodes

Farmanet beschikt over een aantal indicatoren waaruit variatie in voorschrijfgedrag duidelijk blijkt. Via medische praktijkrichtlijnen, voor en door artsen en apothekers, kan men doelstellingen formuleren om via adequaat voorschrijven naar een optimaal geneesmiddelenverbruik te streven. Dit moet gepaard gaan met studies die het effect van een optimaal gebruik moeten inschatten. Eenmaal dit gewenste effect bepaald is, kan aan het bereiken ervan een collectieve responsabilisering van de verstrekkers gekoppeld worden.

Als actoren zijn hierbij op de eerste plaats artsen en apothekers, maar ook andere zorgverstrekkers, de industrie, en de patiënten betrokken. De overheid dient een stimulerende rol te vervullen naar deze actoren toe en het overleg te bevorderen. Momenteel bestaan er talrijke « cellen », « comités », « centra » die initiatieven nemen op het vlak van informatie en feed-back inzake het voorschrijven van geneesmiddelen. De huidige structuur hiervan zal hertekend worden met de nadruk op coördinatie van de activiteiten binnen de uit te breiden geneesmiddelenlencel, informatisering, betrokkenheid van de actoren, en resultaatverbintenis. Elk jaar zal een concrete planning van de informatie- en feed-backactiviteiten worden opgesteld en voorgelegd aan de actoren. Op termijn zou het hoger vermelde geneesmiddelenagentschap een dergelijke rol kunnen opnemen.

De regeling inzake hoofdstuk IV (koninklijk besluit van 2 september 1980) zal worden herzien conform de afspraken in de bijzondere werkgroep van het RIZIV.

Dit impliceert :

— enerzijds een vereenvoudiging van de bestaande tegemoetkomingsvoorwaarden (verduidelijking van de criteria, standaardisering van de aanvragen door invoering van *checklist* systeem, aanpassing termijnen, vereenvoudiging toelatingen). De werkgroep wordt uitgenodigd tegen eind 2000

— Cette appréciation est communiquée lors d'une conférence de consensus ou d'une autre forme de *peer review* et peut donner lieu :

1. à un avis de révision — auquel cas les procédures de la révision individuelle sont poursuivies —; ou

2. à des directives de pratique médicale pour les médecins; ou

3. aux deux possibilités.

6.3.2.3.2. Prescription et délivrance correctes de médicaments

Principe

Une utilisation correcte des médicaments, basée sur l'évidence, implique en principe que seuls sont utilisés les médicaments pour lesquels il existe des études validées, que ceux-ci sont utilisés de manière adéquate (indications, doses, ...) et que le choix du médicament tient compte du rapport prix/qualité.

En réalité, cet objectif ne peut être atteint dans l'immédiat. Cependant, il est possible de tendre à obtenir un degré plus élevé de prescription adéquate.

Instruments et méthodes

Pharmanet dispose de certains indicateurs qui montrent clairement la variation dans le comportement prescriptif. Des directives de pratique médicale, pour et par les médecins et les pharmaciens, permettent de formuler des objectifs afin de tendre, au moyen d'une prescription adéquate, à une consommation de médicaments optimale. Cela doit se faire en parallèle avec des expériences scientifiques destinées à évaluer l'effet de cette consommation optimale. Une fois que l'effet désiré aura pu être déterminé, l'obtention de celui-ci pourra être liée à une responsabilisation collective des dispensateurs.

À ce sujet, les acteurs intéressés en premier lieu sont les médecins et les pharmaciens, mais aussi d'autres dispensateurs de soins, l'industrie et les patients concernés. Les pouvoirs publics doivent stimuler ces acteurs et promouvoir la concertation. En ce moment, il existe de multiples « cellules », « comités », « centres » qui prennent des initiatives sur le plan de l'information et du feed-back en matière de prescription de médicaments. Leur structure actuelle sera redéfinie en mettant l'accent sur la coordination des activités dans la cellule de médicaments à élargir, sur l'informatisation, l'engagement des acteurs et l'obligation de résultat. Chaque année, un plan concret des activités d'information et de feed-back sera établi et présenté aux acteurs. À terme, l'agence de médicaments précitée pourra assurer ce rôle.

Les règles relatives au chapitre IV (arrêté royal du 2 septembre 1980) seront revues conformément aux conventions faites dans le groupe de travail spécial au sein de l'INAMI.

Cela implique :

— d'une part une simplification administrative extrême des conditions de remboursement actuelles (éclaircissement des critères, standardisation des demandes par l'introduction d'un système de *check-list*, adaptation des délais, simplification des autorisations). Le groupe de travail est invité à formuler

praktische voorstellen te formuleren, onder meer op het vlak van antiulcus-geneesmiddelen en cholesterolverlagende geneesmiddelen;

— anderzijds het opstarten van een evaluatie *a posteriori*, onder coördinatie van de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen (NCGZ). Hiertoe zal in de loop van 2001 een experiment worden georganiseerd waarbij de voorschrijvers vrijgesteld worden van voorafgaandelijke aanvraag, en het voorschrijfgedrag *a posteriori* zal worden geëvalueerd, aan de hand van steekproefanalyses;

— dit doet geen afbreuk aan de opdracht van de VI's om toe te zien op de navolging door de artsen van de tegemoetkomingsregels;

— indien het experiment succesvol is zal nadien de *a posteriori* evaluatie worden veralgemeend. Indien dan, alle objectieve en meetbare criteria in acht genomen, individuele artsen volgens Farmanetgegevens sterk afwijken van het gewenste voorschrijfprofiel, zal een *a priori* aanvraag opnieuw gedurende één jaar worden ingesteld voor die artsen.

De omschakeling naar een steekproefsgewijze evaluatie zal echter niet gelden voor geneesmiddelen met een hoge kostprijs maar relatief laag volume.

In overleg met de NCGZ zullen verdere projecten gelanceerd worden waarbij de financiële verantwoordelijkheid van de artsen met betrekking tot het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen getoetst wordt. Dit kan onder meer van toepassing zijn voor de generische specialiteiten (zie verder), voor dewelke op basis van Farmanetgegevens de mogelijkheid bestaat om een correcte evaluatie te maken van het individueel voorschrijfgedrag.

In de ziekenhuizen is op dit ogenblik de forfaitarisering in verband met antibioticaprofylaxis reeds van kracht. Progressief zal voor andere klassen forfaitarisering ingevoerd worden, telkens via grondige studie en overleg.

6.3.2.3.3. Stimulering van generieken en kopieën

Uitgangspunten

België wordt gekenmerkt door een zeer zwakke penetratie van generische producten en kopieën. De problematiek heeft verschillende aspecten. Er blijkt een gebrek aan vertrouwen te zijn bij de verstrekkers inzake kwaliteit, en een gebrek aan informatie naar de patiënten toe. Nochtans is het bevorderen van de generische geneesmiddelen en kopieën van belang omdat hiermee een zelfde kwaliteit kan bereikt worden aan een lagere prijs.

Instrumenten en methode

De volgende maatregelen worden voorgesteld :

1. Hoewel alle geneesmiddelen, inclusief de generieken en kopieën, in het kader van de registratie beoordeeld worden inzake kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid, is het noodzakelijk dat de zorgverstrekkers en patiënten de garantie hebben inzake de bio-equivalentie en/of de therapeutische equivalentie van generieken of kopieën, en dat de overheid hieromtrent informatie verleent. Er zal daarom in het eerste kwartaal van 2001 een lijst publiek gemaakt worden met een overzicht van alle werkzame bestanddelen waarvoor bio-equi-

des propositions pratiques pour la fin 2000, notamment en matière d'antiulcéreux et d'hypolipidémiant;

— d'autre part, le lancement d'une évaluation *a posteriori*, sous la coordination de la Commission nationale médico-mutualiste. À cette fin, dans une première phase — dans le courant de l'an 2001 — une expérimentation sera organisée par rapport à tous les prescripteurs dont le comportement prescriptif sera évalué *a posteriori* à la lumière d'analyses par échantillonnage;

— cela n'ôte rien à la mission des OA de veiller au respect des règles de remboursement par les médecins;

— si l'expérience porte ses fruits, l'évaluation *a posteriori* sera généralisée. Ensuite, si, compte tenu de tous les critères objectifs et mesurables, des médecins s'écartent fortement, d'après les données de Farmanet, du profil prescriptif voulu, une nouvelle demande *a priori* sera introduite pendant un an pour ces médecins.

Le passage à une évaluation par échantillonnage ne s'appliquera pas aux médicaments d'un coût relativement élevé et d'un volume relativement faible.

En concertation avec la Commission nationale médico-mutualiste, des projets seront lancés, qui permettront d'examiner la responsabilité financière des médecins en ce qui concerne leur comportement prescriptif. Cela peut s'appliquer entre autres aux spécialités génériques (voir plus loin), pour lesquelles les données de Farmanet permettent de faire une évaluation correcte du comportement prescriptif individuel.

Dans les hôpitaux, la forfaitarisation relative à la prophylaxie aux antibiotiques est déjà d'application en ce moment. Progressivement, d'autres classes entreront en compte pour la forfaitarisation, chaque fois après une étude et une concertation approfondies.

6.3.2.3.3. Promotion des génériques et des copies

Principes

La Belgique se caractérise par une très faible pénétration des produits génériques et des copies. Le problème présente plusieurs aspects. Les dispensateurs manquent de confiance dans la qualité et les patients manquent d'informations. Cependant, il importe de promouvoir les médicaments génériques et les copies parce qu'ils permettent d'obtenir une qualité égale à un prix inférieur.

Instrumenten et methode

Sont proposées les mesures suivantes :

1. Bien que tous les médicaments, y compris les génériques et les copies, soient évalués dans le cadre de l'enregistrement, quant à leur qualité, sécurité et efficacité, il est indispensable que les dispensateurs de soins et les patients aient une garantie en matière de bio-équivalence et/ou d'équivalence thérapeutique pour les génériques et des copies, et que les pouvoirs publics fournissent les informations nécessaires à ce sujet. C'est pourquoi une liste sera publiée au premier trimestre 2001, qui donnera un aperçu de tous les

valente en/of therapeutisch equivalente alternatieven bestaan. Deze lijst zal 2 maal per jaar worden aangepast.

2. In de ziekenhuizen zal inzake prijs, vergoedingsbasis en vergoeding van de generieken en kopieën gestreefd worden naar een systeem van referentie-terugbetaling : indien voor een identiek werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm verschillende specialiteiten beschikbaar zijn aan verschillende prijzen, zullen deze alle terugbetaald worden op basis van het goedkoopste beschikbare alternatief. Indien het ziekenhuis toch een duurder middel wil aankopen, dan zal dit geen effect hebben op de patiëntenbijdrage gegeven het vaste remgeld voor geneesmiddelen in het ziekenhuis.

3. In de ambulante sector zal, indien voor een identiek werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm verschillende specialiteiten beschikbaar zijn, eveneens een referentie-terugbetaling worden ingevoerd : indien voor een identiek werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm verschillende specialiteiten beschikbaar zijn met een verschil in tegemoetkomingsbasis van minstens 16 %, dan wordt de referentie basis voor tegemoetkoming vastgelegd op 16 % onder het niveau van de referentiespecialiteit.

Het referentieterugbetalingsniveau wordt 2 maal per jaar herbepaald.

De patiënten zullen parallel met de invoering van het systeem geïnformeerd worden omtrent de kosten van alle alternatieven. De patiënt kan op die manier de arts stimuleren om generieken en kopieën voor te schrijven. Andere actoren dienen hierin ook een rol te spelen : artsen en apothekers dienen op lokaal niveau overleg te plegen inzake het gebruik van generieken en inzake de voldoende bevoorrading; de VI's kunnen een rol spelen in de informatie naar patiënten toe; er zal eveneens een federale campagne komen omtrent dit beleid.

De artsen zullen financieel aangemoedigd worden tot het voorschrijven van generieken. De arts kan ook voorschrijven op stofnaam indien hij dat wenst.

Voorbeeld voor een categorie B geneesmiddel

Referentiespecialiteit kost 1 000 Belgische frank, tussenkomst is 750 Belgische frank.

Generiek komt op de markt aan 840 Belgische frank.

Referentieterugbetaling wordt op – 16 %, terugbetaald bedrag, afgestemd, met andere woorden maximum tussenkomst 630 Belgische frank (= 75 % van 840 Belgische frank). De patiënt die de referentiespecialiteit koopt betaalt 370 Belgische frank zelf. De patiënt die de generiek koopt betaalt 210 Belgische frank.

Tweede generiek komt op de markt aan 600 Belgische frank. Referentieterugbetaling blijft op – 16 % (840 Belgische frank). De patiënt die de tweede generiek koopt betaalt 150 Belgische frank zelf.

Als dit systeem enige tijd van kracht is, zal geëvalueerd worden of het kan uitgebreid worden naar verschillende niveaus van referentieterugbetaling (met andere woorden niet enkel – 16 %).

principes actifs pour lesquels des alternatives bio-équivalentes et/ou thérapeutiques équivalentes existent. Cette liste sera adaptée 2 fois par an.

2. Dans les hôpitaux, on s'efforcera de trouver, en matière de prix, de base de remboursement et de remboursement des génériques et des copies, un système de remboursement de référence : si, pour un même principe actif et une forme d'administration identique, différentes spécialités sont disponibles à des prix différents, celles-ci seront toutes remboursées sur la base de l'alternative la plus économique disponible sur le marché. Si l'hôpital persiste à acheter un produit plus cher, cela ne pourra avoir d'effet sur l'intervention personnelle du patient étant donné le montant fixe du ticket modérateur pour les médicaments délivrés à l'hôpital.

3. Dans le secteur ambulatoire, si différentes spécialités sont disponibles pour un principe actif et une forme d'administration identique, un remboursement de référence sera également instauré : si, pour un même principe actif et une forme d'administration identique, différentes spécialités sont disponibles avec une différence de prix d'au moins 16 %, le remboursement de référence sera fixé à 16 % en dessous du niveau de la spécialité de référence.

Le niveau de remboursement de référence sera redéfini 2 fois par an.

Parallèlement à l'instauration de ce régime, les patients seront informés du coût de toutes les alternatives. De cette manière, le patient pourra inciter le médecin à prescrire des génériques et des copies. D'autres acteurs aussi joueront un rôle ici : les médecins et les pharmaciens doivent organiser une concertation locale en matière d'usage des génériques et d'approvisionnement suffisant; les OAs peuvent jouer un rôle dans l'information des patients; une campagne fédérale sera également menée à ce sujet.

Les médecins seront encouragés financièrement à prescrire des génériques. Le médecin pourra aussi mentionner le nom générique sur la prescription s'il le désire.

Exemple pour une spécialité de catégorie B

La spécialité de référence coûte 1 000 francs belges et est remboursée à concurrence de 750 francs belges.

Le générique est mis sur le marché à 840 francs belges. Le remboursement de référence est calculé à – 16 % du montant remboursé, autrement dit remboursement maximum de 630 francs belges (= 75 % de 840 francs belges). Le patient qui achète l'original paie 370 francs belges de sa poche. Le patient qui achète le générique paie 210 francs belges.

Un deuxième générique est mis sur le marché à 600 francs belges. Le remboursement de référence reste à – 16 % (840 francs belges). Le patient qui achète ce deuxième générique paie 150 francs belges.

Si ce système est en vigueur, il sera évalué et pourra être élargi aux différents niveaux de remboursement de référence (pas seulement – 16 %).

6.3.2.3.4. Herziening van het huidige distributiesysteem

Uitgangspunten

In het huidige distributiesysteem ligt het accent te veel op distributie en te weinig op zorg. De problemen worden meestal vanuit een louter financieel perspectief benaderd. Verschillende actoren stellen zich hierbij vragen. Het vernieuwd beleid moet daarom streven naar meer aandacht voor kwaliteit in de distributie sector terwijl de kost onder controle blijft en een correcte weerspiegeling is van de kwaliteit.

Instrumenten en methode

De volgende maatregelen worden voorgesteld :

In het kader van het streven naar een optimale prijs-kwaliteitsverhouding is het van belang dat apothekers meer betrokken worden in de farmaceutische zorg : opvolgen van het werkelijk innemen van geneesmiddelen, afleveringsprotocollen, beter advies inzake correct gebruik van geneesmiddelen, meer expliciete rol inzake geneesmiddelenbewaking, overleg met artsen, samenwerking met ziekenhuizen enz.

Op korte termijn zal de afgesproken aanpassing van de marges voor dure producten uitgevoerd worden door de overheid, om de snelle aflevering van deze producten te garanderen. Daartegenover staat dat de distributie zich zal engageren tot een verdere medewerking ter garantie van de effectieve aflevering van geneesmiddelen, en het uitbouwen van Farmanet één spoor. Een verslag vanuit het RIZIV in verband met de invoering van een sequentiële barcode wordt hieromtrent verwacht.

Er zal een herstructurering van de marges wordt uitgewerkt. De basis daarvoor is dat de apotheker twee vergoedingen krijgt :

- een gedeelte « handelsvergoeding », die de uitbating van de apotheek, de noodzakelijke investeringen en het stockbeheer vergoedt. Deze vergoeding is gedeeltelijk een functie van de *turn-over* in volume (en dus een constant gedeelte per verpakking ongeacht de kostprijs) en gedeeltelijk in functie van de *turn-over* in waarde (en dus een variabel deel in functie van de prijs van het afgeleverde middel);
- een vergoeding « farmaceutische zorg ». Hier kan geopteerd worden voor een vaste vergoeding die kan verschillen van de ene geneesmiddelen categorie tot de andere, naar gelang de noodzaak aan farmaceutische zorg en de intensiteit ervan.

Daartegenover kunnen dan staan : de concrete uitwerking van het concept farmaceutische zorg, een objectieerbare en verifieerbare resultaatsverbintenis voor de apothekers omtrent deze farmaceutische zorg, en het opnemen van financiële verantwoordelijkheid voor het geneesmiddelenbudget. In deze discussie omtrent de distributie zullen ook de marges van de groothandel, de flexibiliteit van de marges, en de bestemming van inkoopvoorwaarden verder aan bod komen.

6.3.2.3.4. Révision du système de distribution actuel

Principes

Le système de distribution actuel met trop l'accent sur la distribution et pas assez sur les soins. Les problèmes sont abordés le plus souvent d'un point de vue purement financier. Plusieurs acteurs s'interrogent à ce propos. La nouvelle politique doit viser à être plus attentive à la qualité dans le secteur de la distribution tandis que le coût reste sous contrôle et reflète correctement la qualité.

Instruments et méthode

Sont proposées les mesures suivantes :

Dans le cadre de la recherche d'un rapport prix/qualité optimal, il importe que les pharmaciens soient davantage intéressés aux soins pharmaceutiques : suivi de la prise réelle des médicaments, protocoles de délivrance, meilleurs conseils sur l'utilisation correcte des médicaments, rôle plus explicite en matière de pharmaco-vigilance, concertation avec les médecins, collaboration avec les hôpitaux, etc.

À court terme, l'adaptation des marges convenue pour les produits onéreux sera effectuée par les pouvoirs publics, afin de garantir la délivrance rapide de ces produits. En revanche, la distribution s'engagera à poursuivre sa collaboration positive en vue de garantir la délivrance effective des médicaments, et à développer Pharmanet piste unique. Un rapport de l'INAMI sur l'introduction du code-barre séquentiel est attendu à ce sujet.

Une restructuration des marges sera élaborée. La base de départ est que le pharmacien reçoit deux rémunérations :

- une partie « rémunération commerciale », qui couvre l'exploitation de l'officine, les investissements nécessaires et la gestion de stock. Cette rémunération est en partie fonction du chiffre d'affaires en termes de volume (et donc une constante par conditionnement quel que soit le coût) et en partie fonction du chiffre d'affaires en termes de valeur (et donc une variable dépendant du prix du produit délivré);
- une rémunération « soins pharmaceutiques ». Il peut être opté ici pour une rémunération forfaitaire qui, toutefois, peut varier d'une catégorie de médicaments à l'autre selon la nécessité de soins pharmaceutiques et leur intensité.

En contrepartie, on pourra alors avoir : l'élaboration concrète du concept de soins pharmaceutiques, une obligation de résultat pour les pharmaciens concernant ces soins pharmaceutiques, qui peut être objectivée et vérifiée, et la prise de responsabilité financière du budget des médicaments. La discussion sur la distribution pourra ensuite aborder aussi les marges du commerce de gros, la flexibilité des marges et la destination des conditions d'achat.

6.3.2.4. Budgetvastlegging en recuperatiemechanismen

6.3.2.4.1. Uitgangspunten

Het vastleggen van een realistisch budget voor geneesmiddelen is geen doelstelling op zich, maar past in het beleid, als instrument om de beleidsprincipes te kunnen nastreven. Inderdaad, ontsprende budgetten, zonder enige vorm van recuperatiemechanisme, kunnen leiden tot *ad hoc* maatregelen die niet noodzakelijk stroken met de beleidsvisie.

Daarom wordt in het vernieuwd geneesmiddelenbeleid het principe van de budgettering met recuperatie opgenomen, teneinde de stabiliteit van de sector te verbeteren.

6.3.2.4.2. Begripsafbakening

De enveloppe (= een gesloten budget met recuperatie) wordt vastgelegd voor vergoedbare specialiteiten. Dit betekent automatisch dat de andere rubrieken in de sector van farmaceutische verstrekkingen buiten deze enveloppe vallen. De enveloppe heeft dus enkel betrekking op :

- vergoedbare specialiteiten afgeleverd door de officina's aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden;
- vergoedbare specialiteiten afgeleverd door de ziekenhuisofficina's aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden;
- vergoedbare specialiteiten afgeleverd door de ziekenhuisofficina's aan gehospitaliseerde rechthebbenden.

De enveloppe wordt berekend op de geboekte uitgaven van een kalenderjaar. Indien afwijkingen te verklaren zijn door versnelling of vertraging in de boekingen, zullen de uitgaven hiervoor gecorrigeerd worden.

6.3.2.4.3. Grootte van het budget

Het budget wordt jaarlijks vastgelegd bij een in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit, na advies van de Algemene Raad, en het Verzekeringscomité.

Een realistisch budget dient uit te gaan van een trendanalyse op basis van uitgaven in het verleden, maar gecorrigeerd voor de budgettaire gevolgen van uitgevoerde en geplande beleidsmaatregelen, en rekening houdend met de budgettaire draagkracht.

Op termijn zullen in het budget ook overwegingen inzake transfers tussen de sectoren ingebouwd worden. Dit zal mogelijk gemaakt worden door de systematische toename van de individuele herzieningen en herzieningen van klassen, en de daarmee gepaard gaande opbouw van de evidentie.

De volgende redenering werd gevolgd voor het budget 2001 :

Tabel 1 geeft de geboekte uitgaven van 1995 tot en met 1999, voor de drie groepen specialiteiten.

6.3.2.4. Fixation du budget et mécanismes de récupération

6.3.2.4.1. Principes

La fixation d'un budget réaliste pour les médicaments n'est pas un objectif en soi, mais s'inscrit dans la politique, en tant qu'instrument permettant de mettre en œuvre les principes de la politique. En effet, des dérapages budgétaires sans aucun mécanisme de récupération peuvent entraîner des mesures adéquates qui ne correspondent pas nécessairement à l'optique de la politique poursuivie.

Le principe de la budgétisation assortie d'une possibilité de récupération est dès lors intégré dans la politique rénovée en matière de médicaments, afin d'améliorer la stabilité du secteur.

6.3.2.4.2. Définition des notions

L'enveloppe (= budget fermé avec possibilité de récupération) est fixée pour les spécialités remboursables. Dès lors, les autres rubriques du secteur des prestations pharmaceutiques sont exclues de cette enveloppe. L'enveloppe porte donc uniquement sur :

- les spécialités remboursables délivrées par les officines publiques aux bénéficiaires non hospitalisés;
- les spécialités remboursables délivrées par les officines hospitalières aux bénéficiaires non hospitalisés;
- les spécialités remboursables délivrées par les officines hospitalières aux bénéficiaires hospitalisés.

L'enveloppe est calculée sur la base des dépenses enregistrées d'une année civile. Si des différences sont constatées, qui peuvent s'expliquer par une comptabilisation accélérée ou retardée, les dépenses seront corrigées en conséquence.

6.3.2.4.3. Montant du budget

Le budget est établi chaque année par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, après avis du Conseil général et du Comité de l'assurance.

Un budget réaliste doit reposer sur une analyse de tendances sur la base des dépenses du passé, mais corrigées pour les effets budgétaires de mesures politiques prévues, et compte tenu des possibilités budgétaires.

À plus long terme, des considérations concernant les transferts entre les secteurs seront également intégrées dans le budget. Cette possibilité résultera de l'augmentation systématique du nombre de révisions individuelles et des révisions de classes, et de l'accumulation de l'évidence y afférente.

Le raisonnement suivant a été appliqué au budget 2001 :

Le tableau 1 donne les dépenses enregistrées de 1995 à 1999 inclus, pour les trois groupes de spécialités.

TABEL 1

**Geboekte uitgaven van 1995 tot en met 1999,
voor de drie groepen specialiteiten**

(In miljoen Belgische frank)

	1995	1996	1997	1998	1999
Officina. — <i>Officine</i>	45 373	50 857	54 109	58 172	63 742
Ziekenhuisofficina ambulans. — <i>Hôpital ambulatoire</i>	3 324	4 080	4 646	5 286	5 923
Ziekenhuisofficina. — <i>Hôpital</i>	13 907	15 520	14 505	16 313	15 924
Totaal. — Total	62 604	70 457	73 260	79 771	85 589
Groei. — Accroissement		12,54 %	3,98 %	8,89 %	7,29 %

TABLEAU 1

**Dépenses enregistrées de 1995 à 1999 inclus,
pour les trois groupes de spécialités**

(En millions de francs belges)

Tabel 2 toont de resultaten van de analyse van het RIZIV, volgens de methode van de kleinste kwadraten, en levert een inschatting op van de verwachte bedragen voor 2000 en 2001.

Le tableau 2 présente les résultats d'une analyse de l'INAMI, selon la méthode des moindres carrés, ce qui donne une estimation des montants prévus pour 2000 et 2001.

TABEL 2

**Schatting van de uitgaven voor 2000 en 2001
volgens regressie-analyse**

(In miljoen Belgische frank)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Officina. — <i>Officine</i>	45 373	50 857	54 109	58 172	63 742	67 616	71 684
Ziekenhuisofficina ambulans. — <i>Hôpital ambulatoire</i> ...	3 324	4 080	4 646	5 286	5 923	6 539	7 113
Ziekenhuisofficina. — <i>Hôpital</i>	13 907	15 520	14 505	16 313	15 924	16 552	17 015
Totaal. — Total	62 604	70 457	73 260	79 771	85 589	90 707	95 812
Groei. — Accroissement						5,98 %	5,63 %

TABLEAU 2

**Estimation des dépenses pour 2000 et 2001
selon une analyse de régression**

(En millions de francs belges)

Het geschatte budget bedraagt volgens deze methode dus 95,81 miljard Belgische frank.

Selon cette méthode, le budget estimé s'élève donc à 95,81 milliards de francs belges.

Het is weinig zinvol de evolutie van het Belgische budget af te stemmen op internationale gemiddelden. Deze omvatten immers cijfers van landen die traditioneel lage en hoge geneesmiddelen uitgaven per capita vertonen (België behoort tot de landen met hoge uitgaven *per capita*). Verder hebben deze landen ook verschillende systemen van gezondheidszorg, een verschillende penetratiegraad van generieken, verschillende niveaus van publieke uitgaven voor gezondheidszorg enz. Te indicatieve titel kan vermeld worden dat de gemiddelde groei in de ons omringende landen (NL, UK, FR, D) 5,7 % bedraagt. Indien we dit laatste percentage toepassen, vinden we een budget voor 2001 van 95,6 miljard Belgische frank

Il est peu utile d'aligner l'évolution du budget belge sur les moyennes internationales. Celles-ci intègrent en effet des chiffres de pays présentant par tradition des dépenses de médicaments faibles et élevées par tête (la Belgique compte parmi les pays ayant des dépenses élevées par tête). Par ailleurs, ces pays ont également différents systèmes de soins de santé, un taux de pénétration différent pour les génériques, différents niveaux de dépenses publiques pour les soins de santé, etc. À titre indicatif, l'accroissement moyen dans les pays voisins (NL, UK, F, D) est de 5,7 %. Si nous appliquons ce dernier pourcentage, nous arrivons à un budget de 95,6 milliards de francs belges pour 2001.

Er wordt dus voorgesteld de toekomstige budgetinschattingen uit te voeren via de technische ramingen van het RIZIV. De farmaceutische industrie zal ook jaarlijks betrokken worden bij de voorbereiding van het budget.

Il est donc proposé d'effectuer les futures prévisions budgétaires sur la base des estimations techniques de l'INAMI. L'industrie pharmaceutique participera également à une concertation budgétaire annuelle avec les autorités.

Op het bedrag van 95,81 miljard Belgische frank dienen nog een aantal aanpassingen te worden verrekend die een rechtstreeks gevolg zijn van op korte termijn beoogde maatregelen.

Le montant de 95,81 milliards de francs belges doit encore être adapté compte tenu des effets directs de mesures prévues à court terme.

a. Invoeren van referentietierugbetaling voor generieken

De details van deze maatregel staan beschreven in de paragraaf « correct voorschrijfgedrag ». Hier worden enkel de budgettaire aspecten beschreven. Volgens de berekeningen van het RIZIV kan potentieel 1,6 miljard Belgische frank aan besparingen gerealiseerd worden indien de voorschriften van alle producten die momenteel « *off-patent* » zijn zouden vervangen worden door voorschriften voor hun respectievelijke goedkoopste generieke alternatieven en/of kopieën. In geval een daling van 16 % wordt gerealiseerd, bedraagt de besparing 1,35 miljard Belgische frank. In andere landen waar gelijkaardige stimuli werden ingevoerd voor generieken bleek het effect groter en bovendien ook snel zichtbaar.

Een dergelijke maatregel heeft een dubbel effect : niet alleen zal de gemiddelde prijs van de betrokken geneesmiddelen dalen, maar ook verhoogt de aantrekkingskracht voor nieuwe generieken. In België verwacht men in 2001 generieken voor een aantal belangrijke specialiteiten.

Het is de ambitie van de regering om het systeem te laten in werking treden vanaf 1 mei 2001. Dit zal voor 2001 leiden tot een besparing van 787 miljoen Belgische frank (7/12 van 1,35 miljard). Rekening houdend met de bijkomende generieken wordt een totale besparing van 1,03 miljard Belgische frank beoogd.

Indien deze maatregel niet tijdig of niet volledig wordt uitgevoerd, zal het niet gerealiseerd besparingseffect geneutraliseerd worden bij de recuperatie.

Als het systeem van referentieprijzen in ziekenhuizen doorgang gevonden heeft, zal de maatregel die de ziekenhuizen oplegt om te tarifieren aan de werkelijk aangekochte prijs, opgeheven worden.

b. Aanpassing winstmarge apothekers

In het kader van akkoord met de apothekers (zie paragraaf 3.4) wordt een opwaartse aanpassing van de marges voorzien ten bedrage van 330 miljoen Belgische frank (afhankelijk van het verslag van het RIZIV).

c. Zuurstofproducten

Zuurstofproducten worden vanaf 2001 ondergebracht bij de farmaceutische specialiteiten en verdwijnen uit het budget van de magistrale bereidingen. Dit is een louter boekhoudkundige wijziging, maar betekent een stijging van 200 miljoen Belgische frank in de hier besproken enveloppe.

d. Voorschrijven op basis van evidentie

Recent hebben vergaderingen plaatsgevonden inzake de harmonisering van de medische praktijk, met name omtrent antihypertensiva, antidepressiva, antibiotica, en NSAID's. Uit Farmanetgegevens blijkt dat de variatie in voorschrijfgedrag in deze domeinen aanzienlijk is. Toetsing aan medische praktijkrichtlijnen leert dat een deel van de variatie kan vermeden worden door betere opvolging van de richtlijnen. Of dit ook steeds tot besparingen zal leiden is niet zeker. Betere praktijk betekent immers niet altijd goedkopere praktijk. Er wordt daarom voorgesteld om concreet voor deze vier klas-

a. Instauration d'un remboursement de référence pour les médicaments génériques

Les détails de cette mesure sont exposés dans le paragraphe « comportement prescriptif correct ». Seuls les aspects budgétaires sont décrits ci-dessous. Selon les calculs de l'INAMI, des économies totales potentielles pour un montant de 1,6 milliard de francs belges peuvent être réalisées si les prescriptions de tous les produits dont le brevet est actuellement expiré étaient remplacées par des prescriptions de leurs substituts génériques et/ou copies respectifs moins coûteux. Si une diminution de 16 % est réalisée, l'économie sera de 1,35 milliard de francs belges. Dans d'autres pays où des stimulants similaires ont été instaurés pour les médicaments génériques, l'effet est apparu plus important et, de surcroît, rapidement perceptible.

Pareille mesure a ainsi un double effet : non seulement le prix moyen des médicaments concernés diminuera, mais l'attrait pour les nouveaux médicaments génériques augmentera. En Belgique, des médicaments génériques sont attendus en 2001 pour certaines spécialités importantes.

Le gouvernement a pour ambition d'instaurer le système à partir du 1^{er} mai 2001. L'économie qui en résultera sera de 787 millions de francs belges. Compte tenu des génériques supplémentaires, une économie totale de 1,03 milliard de francs belges est visée.

Si le gouvernement ne réalise pas cette mesure ou ne la réalise pas en temps opportun, ce montant sera neutralisé lors de la récupération.

Lorsque le système de prix de référence aura pris place dans les hôpitaux, la mesure obligeant les hôpitaux à tarifier les médicaments au prix d'achat réel sera levée.

b. Adaptation de la marge bénéficiaire des pharmaciens

Dans le cadre de l'accord avec les pharmaciens (voir paragraphe 3.4), un relèvement des marges est prévu à concurrence de 330 millions de francs belges (en fonction du rapport de l'INAMI).

c. Oxygène

L'oxygène sera classé parmi les spécialités pharmaceutiques à partir de 2001 et disparaîtra du budget des préparations magistrales. Il s'agit d'une simple modification comptable, qui représente néanmoins une augmentation de 200 millions de francs belges dans l'enveloppe que nous prévoyons.

d. Harmonisation de la pratique médicale

Des réunions en vue d'harmoniser la pratique médicale ont eu lieu récemment, au sujet des antihypertenseurs, des antidépresseurs, des antibiotiques et des AINS. Les données Pharmanet font ressortir des écarts importants dans le comportement en matière de prescription dans ces domaines. La confrontation de ce comportement aux directives en matière de pratique médicale montre qu'une partie de ces différences peut être évitée par un meilleur respect des directives. Mais il n'est pas certain qu'il en résultera toujours des économies. En effet, une meilleure pratique n'équivaut pas forcément à

sen de budget impact van de praktijkrichtlijnen te onderzoeken en deze op te nemen in het budget 2002.

e. Prijsvermindering voor oude specialiteiten (> 15 jaar), of naar aanleiding van omschakeling van hoofdstuk IV naar hoofdstuk I

Volgens berekeningen van het RIZIV zal de maatregel die een prijsvermindering van oude (>15 jaar terugbetaald) specialiteiten oplegt, samen met de omschakeling van een aantal specialiteiten van hoofdstuk IV naar hoofdstuk I, resulteren in een besparing van 470 miljoen Belgische frank in het jaar 2001. De modaliteiten inzake neutralisatie voor niet uitgeoefende maatregelen, zoals beschreven onder a., zijn eveneens van toepassing.

f. Diverse aspecten

Naast de bovenvermelde aspecten dient men in de toekomst ook rekening te houden met de budgettaire gevolgen van : de effectieve aflevering, de forfaitarisering in de ziekenhuizen, de herziening van het systeem van de distributiemarges, de herziening van therapeutische klassen, en de versnelde aanneming van nieuwe geneesmiddelen. Deze maatregelen zullen pas ten volle een effect hebben in 2002, en er wordt voorgesteld in 2001 een correcte inschatting te maken van hun effect.

g. Prijsblokkering

De prijsblokkering voor de geneesmiddelen blijft gehandhaafd.

Het totale voorgestelde bedrag wordt met de bovenvermelde aanpassingen gelijk aan 94,842 miljard Belgische frank. Ter informatie betekent dit voor de totale Sector Farmacie (met inbegrip van magistrale bereidingen, wachthonoraria, bloedproducten, enz.) een bedrag van 94,842 miljard Belgische frank + 5,717 miljard Belgische frank = 100,559 miljard Belgische frank.

Er wordt bovendien een additioneel bedrag van 70 miljoen Belgische frank voorzien in de administratiekosten van het RIZIV voor deskundigheidsondersteuning in verband met de vernieuwde procedure voor aanneming en herziening.

6.3.2.4.4. Recuperatiemechanismen

Bij overschrijding van het budget geneesmiddelen zal de farmaceutische industrie bijdragen tot de recuperatie van de overschrijding voor een % van de overschrijding. Dit bedrag wordt jaarlijks herberekend door het RIZIV en weerspiegelt het aandeel van de af-fabrieksprijs in de uitgaven van het RIZIV. Voor 2001 wordt dit % vastgesteld op 65 %. Het bedrag van de overschrijding wordt verdeeld onder de bedrijven die elk bijdragen naar omzet.

De verzekeringsinstellingen zullen bijdragen tot de globale overschrijding voor het bedrag dat wettelijk is vastgelegd binnen hun financiële verantwoordelijkheid.

In de toekomst kan een deel van de overschrijding gerecupereerd worden bij de apothekers. Dit hangt samen met de

une pratique moins coûteuse. Dès lors, il est proposé d'examiner concrètement l'impact budgétaire des directives en matière de pratique pour ces quatre classes et de l'intégrer au budget 2002.

e. Réduction du prix des vieilles spécialités (> 15 ans) ou résultant du passage du chapitre IV au chapitre I

Selon les calculs de l'INAMI, les économies visées par la réduction du prix des vieilles spécialités et le passage de quelques spécialités du chapitre IV au chapitre I, s'élèveraient à 470 millions de francs belges en 2001. Les modalités en matière de neutralisation quant aux mesures non exécutées, telles que décrites sous a., sont également d'application.

f. Aspects divers

Outre les aspects précités, il faudra tenir compte à l'avenir des conséquences budgétaires des éléments suivants : la délivrance effective, la forfaitarisation dans les hôpitaux, la révision du système des marges de distribution, la révision des classes thérapeutiques et l'admission accélérée de nouveaux médicaments. Ces mesures n'auront leur plein effet qu'en 2002 et il est proposé d'effectuer en 2001 une évaluation correcte de leur impact.

g. Blocage des prix

Le blocage du prix des médicaments est maintenu.

Compte tenu des adaptations précitées, le montant total proposé s'élève à 94,842 milliards de francs belges. À titre d'information, il s'agit pour tout le Secteur pharmaceutique (y compris les préparations magistrales, les honoraires de garde, les produits sanguins, etc.) d'un montant de 94,842 milliards de francs belges + 5,717 milliards de francs belges = 100,559 milliards de francs belges.

Il est prévu en outre un montant additionnel de 70 millions de francs belges pour les coûts d'administration liés au développement de l'expertise au sujet de la nouvelle procédure d'admission et de révision.

6.3.2.4.4. Mécanismes de récupération

En cas de dépassement du budget des médicaments, l'industrie pharmaceutique contribuera à la récupération du dépassement pour un % du dépassement. Ce montant est annuellement recalculé par l'INAMI et reflète la part du prix ex-usine dans les dépenses de l'INAMI. Pour 2001, ce taux est fixé à 65 %. Le montant de dépassement est réparti entre les firmes qui cotisent chacune en fonction de leur chiffre d'affaires.

En ce qui concerne le dépassement global, les organismes assureurs contribueront chacun en fonction du montant légalement fixé dans le cadre de leur responsabilité financière.

À l'avenir, il peut être envisagé de récupérer une partie du dépassement auprès des pharmaciens. Cette éventualité est

uitbreiding van de farmaceutische zorg (zie paragraaf 3.4). Er zal tevens onderzocht worden in hoeverre andere actoren in de toekomst in dit systeem betrokken kunnen worden.

Het is de betrachting om in de toekomst te werken met volledig gesloten budget, hetgeen een recuperatie van 100 % veronderstelt.

Voor de industrie gelden volgende modaliteiten :

De bestaande vaste heffing van 4 % dient om budgettaire redenen te worden verdergezet in 2001. In 2002 wordt deze heffing verminderd tot 3 %.

Daarnaast komt er vanaf 2002 een provisionele heffing op de omzet van 2 %. Bij overschrijding van het budget, en na verdeling van de 65 % over de verschillende bedrijven, zal per bedrijf nagegaan worden of de heffing volstaat. Indien niet dan wordt er voor de bedrijven in kwestie nog een bijkomende heffing opgelegd ten belope van het nog resterende tekort. Indien de heffing wel volstaat wordt het resterende gedeelte overgedragen naar een recuperatiefonds.

Indien de globale begrotingsdoelstelling onderschreden wordt, zal 25 % van die onderschrijding in mindering gebracht worden van de overschrijding voor geneesmiddelen. De recuperatie heeft dan betrekking op het resulterende netto bedrag.

Op termijn zal er gestart worden met het geleidelijk invoeren van budgetten voor bepaalde therapeutische klassen, enkel voor die klassen waarvoor voldoende gegevens bestaan omtrent de epidemiologie van de aandoening, de gezondheidseffecten van de geneesmiddelen in kwestie en hun effecten op andere sectoren, met andere woorden klassen die een herziening hebben ondergaan. Het zal daarbij de bedoeling zijn dat, bij het vastleggen van de budgetten, wordt rekening gehouden met deze effecten op andere sectoren.

Er zal een aanvang genomen worden met een inventarisatie van de uitgaven voor promotie van geneesmiddelen, naar analogie van Frankrijk, en recent ook Nederland.

liée à l'extension des soins pharmaceutiques (voir paragraphe 3.4). Il sera aussi examiné comment associer d'autres acteurs à ce système.

À l'avenir, on s'efforcera de procéder par enveloppes complètement fermées, ce qui suppose une récupération de 100 %.

Sont applicables à l'industrie les modalités suivantes :

La cotisation fixe de 4 % est maintenue, pour des raisons budgétaires, en 2001. En 2002, cette cotisation sera réduite à 3 %.

Ensuite viendra, à partir de 2002, une cotisation provisionnelle de 2 % sur le chiffre d'affaires. En cas de dépassement du budget et après répartition des 65 % entre les différentes firmes, il sera examiné par firme si la cotisation est suffisante. Dans la négative, une cotisation supplémentaire sera instaurée pour les firmes en question, à concurrence du montant restant. Si la cotisation est suffisante, le montant restant sera transféré à un fonds de récupération.

Si le budget n'est pas dépassé dans les autres secteurs des soins de santé, 25 % de ce boni seront déduits du dépassement en matière de médicaments. Le montant net fera ensuite l'objet de la récupération.

À plus long terme, des budgets pour certaines classes thérapeutiques seront progressivement instaurés, mais uniquement pour les classes pour lesquelles des données suffisantes existent en ce qui concerne l'épidémiologie de l'affection, les effets sanitaires des médicaments en question et leurs effets sur d'autres secteurs — en d'autres termes les classes qui auront fait l'objet d'une révision. Lors de la fixation des budgets, il s'agira de tenir compte de ces effets sur d'autres secteurs.

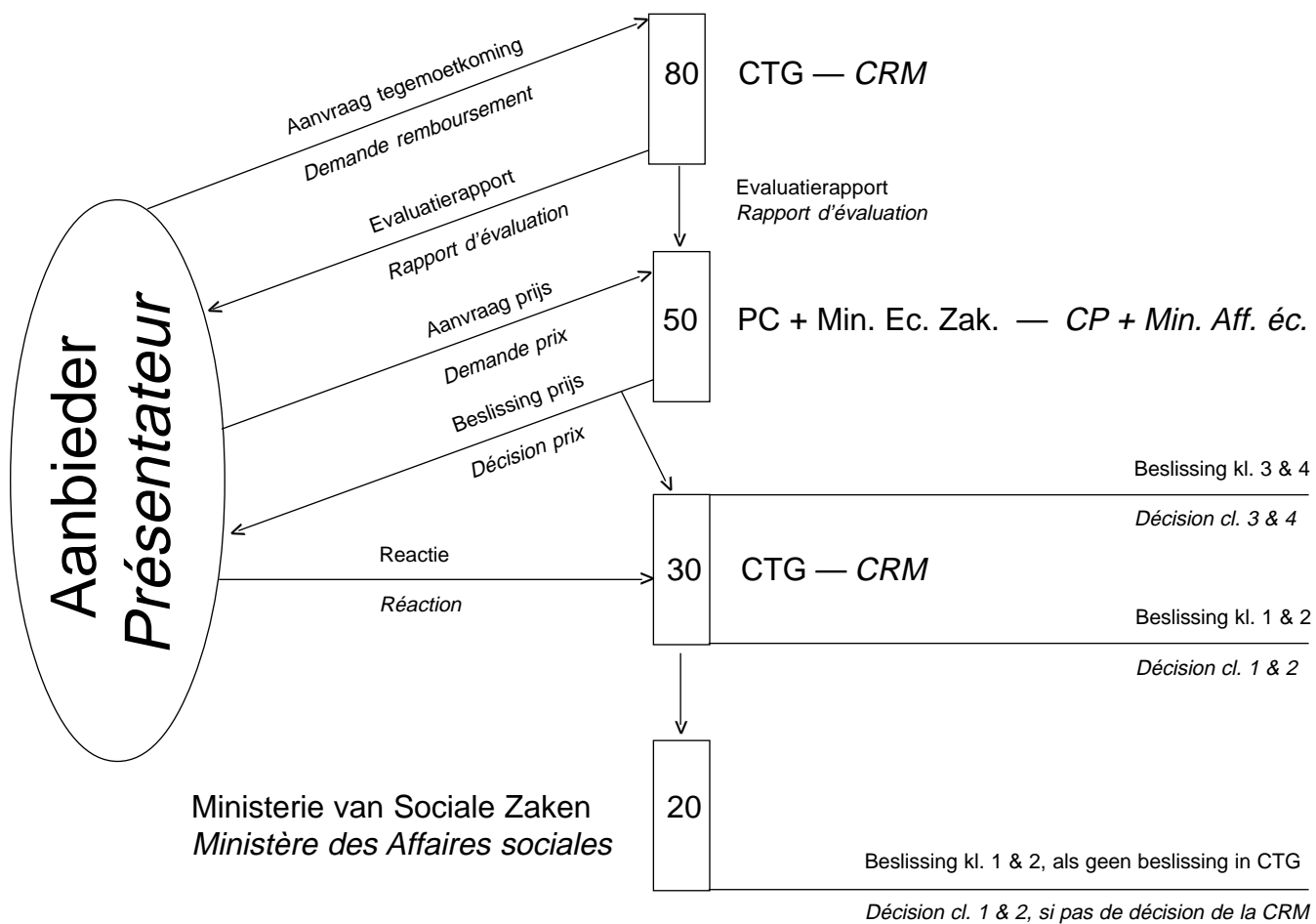
Un inventaire des dépenses de promotion de médicaments sera entamé, par analogie à ce qui a été fait en France ainsi que, récemment, aux Pays-Bas.

BIJLAGE

Schema nieuwe procedure

ANNEXE

Schéma nouvelle procédure



BIJLAGE 6.4

Vierde rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land (rapport Jadot)

Doorgedreven en transparante aanpak van verschillen in- zake medische praktijk

De regering heeft zopas van de Algemene Raad het jaar- lijkse rapport ontvangen over de eenvormige toepassing van de wetgeving (betreffende de verplichte ziekteverzekering) in heel het land.

De Algemene Raad stelt vast dat zowel voor de algemene regeling als voor de regeling voor de zelfstandigen er een grote stabiliteit is in de vastgestelde verschillen per arrondis- sement of regio inzake de kostprijzen voor medische verzor- ging per rechthebbende. Eveneens benadrukt de Algemene Raad dat deze verschillen inzake verbruik niet alleen kunnen worden verklaard door de karakteristieken, op sociaal en gezondheidsvlak, van de populaties in arrondissementen en regio's. Uit de analyse van de uitgaven van bepaalde secto- ren of sub-sectoren van geneeskundige verzorging blijkt im- mers een grote *heterogeniteit van de medische praktijken*; die vaststelling nodigt uit om zich fundamentele vragen te stel- len over de opportuniteit en de doeltreffendheid van bepaalde praktijken.

De vaststelling van de Algemene Raad betreft in feite een internationaal fenomeen. Overal worden er belangrijke ver- schillen vastgesteld op het vlak van de medische praktijken, en dus ook op het vlak van het beslag dat gelegd wordt op de middelen voor de gezondheidszorg. Deze verschillen doen zich voor tussen de regio's van het land, maar eveneens tus- sen de sub-regio's, (arrondissementen, provincies, ...), en eveneens, binnen de zelfde regio of sub-regio tussen artsen en verzorgingsinstellingen. Men moet in feite concluderen dat verschillen tussen de grote regio's van het land een afgeleide zijn van *hardnekkige en systematische praktijkverschillen tus- sen individuele verstrekkers*. De vraag of deze verschillen gerechtvaardigd zijn blijft open staan en het is voorbarig daar- omtrent een standpunt in te nemen.

De verschillen in medische praktijken zijn op hun beurt het gevolg van een aantal factoren : het gebrek aan consensus of aan een formulering van consensus betreffende goed me- disch handelen; een gebrek aan evaluatie en confrontatie van praktijkverschillen; een verschil in aangeleerde methodes op diagnostisch en therapeutisch vlak (bijvoorbeeld naargelang de universiteit van opleiding); een aanbod aan voorzieningen dat in een aantal sectoren te groot is of ongelijk gespreid is over het land; financiële motieven die in de hand gewerkt worden door een sterk ontwikkeld systeem van betaling per prestatie; een gebrek aan financiële en andere stimuli ter on- dersteuning van een doelmatige medische praktijk.

De problematiek van verschillen in medische praktijk werd in het verleden nooit systematisch aangepakt. In de eerste plaats is het noodzakelijk deze verschillen in kaart te bren- gen. Op dat vlak ben ik van plan op korte termijn werk te ma- ken van het *operationaliseren en beschikbaar stellen van twee belangrijke gegevensbanken*.

ANNEXE 6.4

Quatrième rapport sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays (rapport Jadot)

Approche approfondie et transparente des écarts en ma- tière de pratique médicale

Le gouvernement vient de recevoir du Conseil général le rapport annuel sur l'application uniforme de la législation (re- lative à l'assurance maladie obligatoire) dans tout le pays.

Le Conseil général constate, tant pour le régime général que pour celui des travailleurs indépendants, une grande sta- bilité dans les écarts relevés par arrondissement ou région concernant les coûts des soins médicaux par bénéficiaire. Le Conseil général souligne également que ces écarts de con- sommation, non seulement, ne peuvent s'expliquer par les caractéristiques, au niveau social et sanitaire, des popula- tions dans les arrondissements et les régions. En effet, l'ana- lyse des dépenses de certains secteurs ou sous-secteurs des soins de santé montre une importante *hétérogénéité des pra- tiques médicales*; cette constatation invite à se poser des questions fondamentales sur l'opportunité et l'efficacité de certaines pratiques.

La constatation du Conseil général porte en fait sur un phénomène international. Partout, d'importants écarts sont constatés au niveau des pratiques médicales, donc aussi au niveau des moyens mis en œuvre pour les soins de santé. Ces écarts se présentent entre les régions du pays, mais aussi entre les sous-régions (arrondissements, provinces, ...) et, aussi dans la même région ou sous-région, entre les méde- cins et les établissements hospitaliers. En fait, il faut en con- clure que les écarts entre les grandes régions dérivent de *différences de pratiques médicales persistantes et systémati- ques entre dispensateurs individuels*. La question de savoir si ces différences se justifient reste ouverte et il est prématuré de prendre position à ce sujet.

Les différences de pratiques médicales sont, à leur tour, le résultat d'une série de facteurs : absence de consensus ou de formulation de consensus concernant le bon usage médi- cal, absence d'évaluation et de confrontation des différences de pratiques, différence dans les méthodes enseignées en matière de diagnostic et de thérapeutique (par exemple selon l'université où a été suivie la formation), offre trop importante ou inégalement répartie dans le pays en ce qui concerne les structures dans une série de secteurs, motifs financiers ren- forcés par un système fort développé de paiement par pres- tation, défaut d'incitants financiers ou autres en vue de sout- enir une pratique médicale efficiente.

La problématique des différences de pratiques médicales n'a jamais été examinée de manière systématique dans le passé. En premier lieu, il convient d'inventorier ces différen- ces. Sur ce plan, j'ai le projet de m'occuper à bref délai de *la mise en opération et la mise à disposition de deux importan- tes banques de données*.

Een eerste gegevensbank betreft de koppeling van de minimale klinische gegevens en de minimale financiële gegevens met betrekking tot de ziekenhuisopnames (de *MKG-MFG databank*).

Terzake werd een Technische Cel opgericht die experten bevat vanuit het RIZIV en het ministerie van Volksgezondheid en die bevoegd is voor de validering en de koppeling van de gegevens en de terbeschikkingstelling ervan aan administraties en derden. Deze nieuwe databank laat toe per pathologie (in totaal worden de patiënten ingedeeld volgens een 600-tal homogene pathologieën) een overzicht te geven van omvang en spreiding van de medische consumptie op het vlak van klinische biologie, medische beeldvorming, technische prestaties, verblijfsduur, geneesmiddelen, ...

Begin mei werd een *presentatie* gegeven worden betreffende de verschillen in medische praktijk die op de diverse terreinen tussen de ziekenhuizen worden vastgesteld. Deze geaggregeerde cijfers zullen gevolgd worden door een *feedback* naar de individuele instellingen toe. De instellingen zullen met andere woorden op de hoogte gebracht worden in welke mate hun medische consumptie voor een gelijke pathologie zich verhoudt tot de consumptie in de andere ziekenhuizen.

Eenmaal de ziekenhuizen en hun geneesheren deze gegevens ter beschikking hebben dient de discussie over de *kwaliteit* van het medisch handelen op te starten. Deze discussie kan georganiseerd worden in de colleges van geneesheren die speciaal voor dat doel werden opgericht maar kan eveneens op lokaal vlak tussen de ziekenhuisgeneesheren georganiseerd worden of vanuit de wetenschappelijke verenigingen ondersteund worden.

Om deze discussies op een efficiënte wijze te organiseren zullen een aantal *thema's van medische praktijk* omschreven worden, zodat op gerichte wijze campagnes kunnen gevoerd worden. Het moet daarbij gaan om pathologieën die belangrijke aantallen betreffen, waar manifeste consumptieverschillen worden vastgesteld en waarbij deze verschillen medisch gezien niet direct verklaarbaar zijn. De eerste *feedback* zal onmiddellijk een gerichte evaluatie bevatten van de verschillen inzake *antibioticaverbruik*.

Er wordt werk gemaakt van een actualisatie van de beschikbare gegevens. Eind 2000 zullen de gegevens voor het jaar 1997 operationeel zijn, en in juni 2001 zal hetzelfde gebeuren voor de informatie van het jaar 1998. Ook zal gestreefd worden naar een zo groot mogelijke *transparantie* van deze data. Het is daarbij de bedoeling dat alle informatie op de gepaste wijze ter kennis wordt gesteld, niet alleen voor de betrokken commissies, werkgroepen en instanties, maar ook van de actoren op het terrein en ook het ruime publiek. Het is evident dat deze verspreiding van gegevens op een objectieve en wetenschappelijk verantwoorde wijze dienen te geschieden zodat onoordeelkundig gebruik en overhaaste conclusies kunnen vermeden worden. Als dit gebeurd is staat niets een ook nominatieve verspreiding van informatie in de weg, waarbij de naam van het ziekenhuis bekend kan worden gemaakt. Ik neem mij voor het kader te creëren om dergelijke verantwoorde verspreidingen tot stand te brengen. Teneinde dit mogelijk te maken heb ik recent via de programmawet de wettelijke basis gecreëerd. In de loop van de maand maart zal ik een koninklijk besluit terzake aan de regering voorstellen.

La première banque porte sur le couplage des résumés cliniques minimums et des résumés financiers minimums concernant les hospitalisations (banque de données RCM-RFM).

À cet égard, il a été créé une Cellule technique composée d'experts de l'INAMI et du ministère de la Santé publique et compétente pour valider et coupler les données et les mettre à la disposition d'administrations et de tiers. Cette nouvelle banque de données permet de donner, par pathologie (les patients étant répartis selon près de 600 pathologies homogènes), un aperçu du volume et de la répartition de la consommation médicale en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale, de prestations techniques, de durée de séjour, de médicaments, ...

Début mai, une *présentation* a eu lieu concernant les différences de pratiques médicales constatées dans différents domaines entre les hôpitaux. Ces chiffres agrégés seront immédiatement suivis par un *feedback* vers les établissements individuels. En d'autres termes, les établissements seront informés de la mesure dans laquelle leur consommation médicale pour une même pathologie se tient par rapport aux autres hôpitaux.

Une fois que les hôpitaux et leurs médecins disposeront de ces données, la discussion sur la *qualité* de l'acte médical devra commencer. Cette discussion pourra s'organiser au sein des collèges de médecins créés spécialement à cette fin, mais elle pourra également l'être au niveau local entre les médecins hospitaliers ou être appuyées par les sociétés scientifiques.

Pour organiser ces discussions avec efficacité, une série de *thèmes de pratiques médicales* pourront être définis de façon à pouvoir mener des campagnes ponctuelles. Il devra s'agir de pathologies touchant de grands nombres, pour lesquels des écarts manifestes de consommation sont constatés et ne peuvent s'expliquer au point de vue médical. Le premier *feedback* comprendra immédiatement une évaluation ponctuelle des différences en matière de *consommation d'antibiotiques*.

Il sera procédé à une actualisation des données disponibles. Fin 2000, les données pour l'année 1997 seront opérationnelles, et en juin 2001, il en ira de même pour les informations de l'année 1998. Des efforts seront également faits dans le sens de la plus grande *transparence* possible de ces données. L'objectif poursuivi est que toutes les informations soient portées à la connaissance, de manière adéquate, non seulement des commissions, groupes de travail et instances concernés mais aussi des acteurs sur le terrain ainsi que du grand public. Il va de soi que cette diffusion des données doit se faire de manière objective et scientifiquement justifiée, de sorte à éviter un usage impropre et des conclusions hâtives. Lorsque cela sera fait, rien n'empêchera une diffusion nominative des informations, le nom de l'hôpital pouvant être publié. Je me propose de créer le cadre permettant la réalisation de telles diffusions justifiées. À cette fin, j'ai récemment créé la base légale par la voie de la loi-programme. Dans le courant du mois de mars, je proposerai au gouvernement un arrêté royal en la matière.

Een tweede belangrijke databank betreft de gegevens van *Farmanet* waarin op een gedetailleerde wijze het voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart wordt gebracht. Deze databank werd reeds gebruikt voor informatiecampagnes naar de voorschrijvende artsen. Om daadwerkelijk aangewend te kunnen worden op het vlak van kwaliteitsevaluatie en analyse van het voorschrijfgedrag dient deze gegevensbank *verfijnd* te worden. Meer bepaald dient de informatie betreffende de voorgeschreven geneesmiddelen gekoppeld te worden aan de *patiëntenkarakteristieken* van de betreffende arts. Daartoe dienen beide gegevens via een *uniek spoor* aan de verzekeringsinstellingen te worden overgemaakt zodat op het niveau van de individuele patiënt de koppeling kan plaatsvinden. Deze overdracht via uniek spoor zal, naar praktijk-evaluatie, vanaf 2001 operationeel zijn. In afwachting hiervan zullen de gegevens omtrent de voorgeschreven geneesmiddelen per huisarts op geaggregeerd niveau gekoppeld worden aan de gegevens omtrent de patiëntelevan van dezelfde huisarts. Deze gegevens betreffende het jaar 1998 worden momenteel door de ziekenfondsen ter beschikking gesteld en zullen beschikbaar zijn voor gebruik op het vlak van de praktijk-evaluatie die georganiseerd wordt in de LOK's. Ook met betrekking tot *Farmanet* is er op het einde van de nota een *kalender* der werkzaamheden toegevoegd.

Ook met betrekking tot de gegevens van *Farmanet* gelden een aantal doelstellingen die hiervoor met betrekking tot MKG-MFG werden uiteengezet, namelijk de noodzaak om gerichte campagnes rond welomschreven thema's te voeren, het belang van permanente actualisering en van zo groot mogelijke transparantie.

Het is evident dat een programma van informatiebeheer, informatieverbreiding en kwaliteitsevaluatie op een eenduidige en transparante wijze dient bestuurd te worden. Voor wat betreft de ziekenhuispraktijken wordt de coördinatie verzekerd door de multipartite overlegstructuur die gemeenschappelijk wordt georganiseerd vanuit het RIZIV en het ministerie van Volksgezondheid. Wat betreft de ambulante praktijk — in casu het voorschrijfgedrag door huisartsen — is de coördinatie toevertrouwd aan het comité voor de evaluatie van de medische praktijk, opgericht binnen de Wetenschappelijke Raad. Deze werkzaamheden worden ondersteund door *expertencellen* die op dit ogenblik worden opgericht of verder uitgebouwd en die de deskundigheid van RIZIV en ministerie van Volksgezondheid samenbrengen: het betreft hier de Technische Cel waarvan hierboven sprake was, de Geneesmiddelen-cel ter ondersteuning van rationeel geneesmiddelengebruik en de Kwaliteitscel die het proces van *peer-review*, accreditering en kwaliteitsevaluatie zal ondersteunen.

Ook zal een bijkomende expertise worden ontwikkeld op het vlak van de *doorlichting en de dynamisering van de nomenclatuur* van geneeskundige verstrekkingen. Er zal binnen de Wetenschappelijk Raad een afdeling doorlichting nomenclatuur worden ingesteld. Hiermee wordt ook tegemoetgekomen aan één van de aanbevelingen van de Algemene Raad in zijn rapport.

La seconde banque de données concerne les données de *Pharmanet* qui inventorie dans le détail le comportement prescriptif des médecins généralistes. Cette banque a déjà servi pour les campagnes d'information destinées aux médecins prescripteurs. Afin de pouvoir servir effectivement en ce qui concerne l'évaluation de la qualité et l'analyse du comportement en matière de prescription, cette banque doit être *affinée*. Plus particulièrement, les informations relatives aux médicaments prescrits doivent être couplées aux *caractéristiques des patients* du médecin en question. Pour ce faire, les deux types de données doivent être transmises aux organismes assureurs via une *piste unique* de façon à ce que le couplage puisse s'effectuer au niveau du patient individuel. Cette transmission via la piste unique sera, pour ce qui est de l'évaluation des pratiques, opérationnelle à partir de 2001. En attendant, les données agrégées, relatives aux médicaments prescrits par un médecin généraliste seront couplées aux données relatives aux patients de ce même médecin. Ces données portant sur l'année 1998 sont mises à disposition par les mutualités et peuvent, servir à l'évaluation de pratiques organisée dans les GLEM. En ce qui concerne aussi *Pharmanet*, la fin de la présente note mentionne un *calendrier* des travaux.

Les données de *Pharmanet* servent également à une série d'objectifs qui ont été exposés concernant les RCM-RFM, à savoir la nécessité de mener des campagnes ponctuelles sur des thèmes bien définis, l'importance d'une actualisation permanente et de la plus grande transparence possible.

Il est évident qu'un programme de gestion et de diffusion de l'information et d'évaluation de la qualité doit être mené de manière uniforme et transparente. En ce qui concerne les pratiques hospitalières, la coordination est assurée par la structure de concertation multipartite qui est organisée en commun depuis l'INAMI et le ministère de la Santé publique. Quant à la pratique ambulatoire — en l'occurrence, le comportement prescriptif des médecins — la coordination a été confiée au Comité d'évaluation des pratiques médicales, créé au sein du Conseil scientifique. Ces travaux sont appuyés par des *cellules d'experts* créées et développées en ce moment et réunissant l'expérience de l'INAMI et du ministère de la Santé publique: il s'agit de la Cellule technique évoquée ci-dessus, la Cellule des médicaments en vue de soutenir l'utilisation rationnelle des médicaments et la Cellule de la qualité qui appuiera le processus de *peer review*, d'accréditation et d'évaluation de la qualité.

Une expertise supplémentaire sera également développée sur le plan de la *radioscopie et de la dynamisation de la nomenclature des prestations de santé*. Au sein du Conseil scientifique, il sera installé une section radioscopie de la nomenclature. Ce faisant, il est satisfait à une des recommandations du Conseil général dans son rapport.

Conclusie

Tot slot en samenvattend, wil ik nogmaals de nadruk leggen op het niet te overschatten belang van deze initiatieven. Een verantwoord gezondheidsbeleid is ondenkbaar als we niet over betrouwbare gegevens en statistieken beschikken. Aan de heersende onduidelijkheid en onzekerheid moet dringend een einde worden gemaakt.

Ik voeg hieraan toe dat wij dit wensen te doen *samen* met alle betrokkenen. *Transparantie* is een sleutelwoord in de hele operatie.

In de eerste plaats is de medewerking van de artsen essentieel : het is aan hen uitspraken te doen over en evaluaties te organiseren betreffende de medische praktijken. Een bijzondere inspanning wordt ook gevraagd aan ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen, wetenschappelijke verenigingen, ...

Wij rekenen op hun actieve deelname om dit initiatief tot een goed einde te brengen en ik ben ervan overtuigd dat als deze inspanning vruchten afwerpt, zowel de *kwaliteit* van de geneeskunde als de organisatie van de gezondheidszorg en de vernieuwing van het medisch aanbod een *belangrijke* sprong voorwaarts zullen doen.

Conclusion

Pour conclure et résumer, je tiens à souligner une fois encore l'importance non négligeable de ces initiatives. Une politique de santé justifiée est impensable si nous ne disposons pas de données et de statistiques fiables. D'urgence, il faut mettre un terme à l'imprécision et à l'incertitude qui règnent.

J'ajoute que nous souhaitons le faire *ensemble* avec tous les intéressés. La *transparence* est le mot clé de toute l'opération.

En premier lieu, la collaboration des médecins est essentielle : il leur appartient de se prononcer sur les pratiques médicales et d'organiser l'évaluation de celles-ci. Un effort particulier est aussi demandé aux hôpitaux, aux organismes assureurs, aux sociétés scientifiques, ...

Nous comptons sur leur participation active pour mener cette initiative à bonne fin. Et je suis convaincu que si cet effort porte ses fruits, tant la *qualité* de la médecine que l'organisation des soins de santé et la rénovation de l'approche médicale feront un *grand* pas en avant.

BIJLAGE 6.5

Beleidsnota ziekenhuizen : uitdagingen en perspectieven binnen een geïntegreerde gezondheidszorg

Inleiding

In de voorliggende synthesesnota worden de beleidsintenties en -acties voor de ziekenhuizen opo middellange en langere termijn geschetst. In deze nota worden een aantal beginse-len geformuleerd die het uitgangspunt vormen voor een vernieuwd ziekenhuisbeleid. Vervolgens wordt nader ingegaan op de sturingselementen die noodzakelijk zijn om het beleid gestalte te geven. Tot slot wordt ook gefocust op enkele actuele thema's. Erg belangrijk is ook de ziekenhuisfinanciering waarvan de krachtlijnen van de op stapel staande hervorming beknopt worden toegelicht. Ten slotte wordt nader ingegaan op de ondersteuning van het ziekenhuisbeleid via een goed gestructureerde gegevensverzameling.

6.5.1. Beginselen voor een vernieuwd ziekenhuisbeleid*De patiënt centraal stellen*

In deze visie wordt de patiënt centraal gesteld en dit zowel in het concept als in de financiering. Binnen de vernieuwde visie moet de zieke worden gevolgd in alle aspecten en fasen van zijn aandoening, met een bijzondere aandacht voor het zorgcontinuüm. Deze aanpak is per definitie beroeps- en instellingsoverschrijdend, interdisciplinair qua benadering en met afstemming van het preventieve en het curatieve beleid naar de patiënt toe.

Evidence-based medicine

Uit het voorgaande moet een beter onderbouwde praktijkvoering voortvloeien, zowel medisch, verpleegkundig, paramedisch als psychosociaal. Een analyse van de huidige praktijkvormen is eveneens noodzakelijk, wat moet uitmonden in zogenaamde gouden standaarden of richtlijnen voor een goede praktijkvoering. Een op evidentie gebaseerde geneeskunde veronderstelt dat de financieringstechniek wordt aangepast.

Van een gefractioneerde naar een coherente beleidsvoering

Het centraal stellen van de patiënt houdt ook in dat men moet overstappen naar een globaal gezondheidsbeleid. Hierbij is het belangrijk de rol van de eerste en van de tweede lijn correct te definiëren en te voorzien in een geïntegreerd functioneren van het geheel van de gezondheidsvoorzieningen. Tussen de diverse soorten van voorzieningen moeten bruggen worden gecreëerd om een continuïteit in het zorgproces mogelijk te maken en een geïntegreerde uitbouw van de voorzieningen te realiseren. Een belangrijk instrument in deze globale visie vormt het centraal medisch dossier.

ANNEXE 6.5

Note de politique hôpitaux : défis et perspectives dans le cadre de soins intégrés

Introduction

Dans la présente note de synthèse, sont schématisées les intentions et actions de politique pour les hôpitaux à moyen et à plus long terme. Dans cette note, sont formulés un certain nombre de principes qui constituent le point de départ d'une nouvelle politique en matière d'hôpitaux. Elle se consacre ensuite de manière plus détaillée aux éléments conducteurs nécessaires pour donner corps à la politique. Enfin, elle se focalisera sur quelques thèmes actuels. Un point très important également est le financement des hôpitaux dont sont exposées les lignes de force de la réforme en chantier. Enfin, la note aborde plus précisément le soutien de la politique hospitalière via une collecte de données bien structurée.

6.5.1. Principes d'une nouvelle politique en matière d'hôpitaux*Placer le patient en position centrale*

Dans cette vision, le patient est placé en position centrale et ce, aussi bien au niveau du concept qu'au niveau du financement. Dans le cadre de cette nouvelle vision des choses, le malade doit être suivi dans tous les aspects et toutes les phases de son affection, avec une attention particulière pour la continuité des soins. Cette approche déborde par définition du cadre de la profession et de l'établissement, est interdisciplinaire dans son approche et s'oriente vers le patient en accord avec la politique préventive et curative.

Médecine basée sur l'évidence

De ce qui précède, doit résulter une pratique mieux structurée, aussi bien médicale, thérapeutique et paramédicale que psychosociale. Une analyse des formes actuelles de la pratique est également nécessaire, ce qui doit déboucher sur ce qu'on appelle des standards ou directives « en or » pour une bonne pratique. Une médecine basée sur « l'évidence » suppose une adaptation de la technique de financement.

D'une politique fractionnée vers une politique cohérente

Le positionnement central du patient implique également que l'on doive passer à une politique de santé globale. Il importe en l'occurrence de définir correctement le rôle de la première et de la deuxième ligne et de prévoir un fonctionnement intégré de l'ensemble des équipements de soins de santé. Il faut créer des ponts entre les diverses catégories de structures pour rendre possible une continuité dans le processus des soins et pour réaliser un développement intégré des équipements. Le dossier médical central constitue un instrument important dans cette vision globale.

Taakverdeling en complementariteit

Indien een ziekenhuis niet over alle programma's beschikt, moet de patiënt kunnen worden doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Dit veronderstelt dat er tussen de ziekenhuizen goede afspraken qua taakverdeling worden gemaakt. Idealiter wordt dit gerealiseerd binnen netwerken van ziekenhuizen, over alle ideologische grenzen heen.

Een nieuwe organisatie van ziekenhuizen

De patiëntgerichte aanpak en de daaruit voortvloeiende meer coherente organisatie van ziekenhuizen vergt dat de ziekenhuizen regionale programma's ontwikkelen die een continuïteit mogelijk maken in de totale zorgverstrekking. In de ziekenhuisorganisatie dient tevens een andere structuur te worden uitgetekend die niet langer een verticale structuur impliceert, maar een horizontale structuur waarin verschillende disciplines zich verenigen rond zorgprogramma's. Bovendien is het wenselijk dat de ziekenhuizen binnen de daartoe geëigende juridische structuren zouden kunnen functioneren. Daarom moet gestreefd worden naar een uniek statuut voor het beheer van ziekenhuizen.

Een meer globale en transparante financiering

Het verschuiven van een structurele naar een meer patiëntgerichte financiering is een proces dat reeds een aantal jaren aan de gang is en dat moet worden verdergezet, naar mate overigens meer en betere gegevens beschikbaar worden. De activiteiten- en patiëntgerichte financiering mag evenwel geen vrijbrief zijn om de uitgaven exponentieel te laten groeien. De verschillende financieringsbronnen dienen tevens beter op elkaar te worden afgestemd. Structurele achterstanden in de vaststelling van de budgetten moeten vermeden worden.

Prioriteitenstelling

De beperking der middelen laat niet toe om een ongebreidelde groei te kennen. Voortdurend moeten daarom keuzes worden gemaakt en prioriteiten vastgesteld.

Samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus

Een coherente bevoegdheidsuitoefening is slechts mogelijk als op een permanente basis een communicatie wordt gevoerd over de doelstellingen van het federaal beleid en de toepassing ervan door de gemeenschappen en gewesten.

6.5.2. Sturingselementen voor het ziekenhuisbeleid

De drie sturingselementen (erkenning, programmatie, financiering) met hun onderlinge wisselwerking blijven de sturingselementen van het beleid. De activiteit van het ziekenhuis vormt de hoeksteen waarop deze elementen steunen.

Répartition des tâches et complémentarité

Si un hôpital ne dispose pas de tous les programmes, le patient doit pouvoir être renvoyé à un autre hôpital. Ceci suppose qu'entre les hôpitaux se concluent de bons accords sur la répartition des tâches. Cela se fera idéalement au sein de réseaux d'hôpitaux, au-delà de toutes frontières idéologiques.

Une nouvelle organisation d'hôpitaux

L'approche orientée sur le patient et l'organisation plus cohérente des hôpitaux qui en résulte exigent que les hôpitaux développent des programmes régionaux rendant possible une continuité dans la totalité des soins prodigués. Dans l'organisation hospitalière, il faut également tracer une autre structure qui n'implique plus une structure verticale mais une structure horizontale dans laquelle diverses disciplines s'associent autour de programmes de soins. De plus, il serait souhaitable que les hôpitaux puissent fonctionner dans le cadre de structures juridiques propres prévues à cet effet. C'est la raison pour laquelle il faut viser un statut unique pour la gestion des hôpitaux.

Un financement plus global et transparent

Le glissement d'un financement structurel vers un financement davantage axé sur le patient est un processus qui est en cours depuis un certain nombre d'années déjà et qui doit être poursuivi, d'autant que davantage et de meilleures données sont disponibles. Le financement axé sur l'activité et le patient ne peut cependant pas constituer un laissez-passer pour une croissance exponentielle des dépenses. Les différentes sources de financement doivent également être mieux intégrées les unes aux autres. Il faut éviter des retards structurels dans la fixation des budgets.

Définition de priorités

La limitation des moyens ne permet pas de connaître une croissance débridée. Il faut dès lors constamment faire des choix et fixer des priorités.

Collaboration entre les différents niveaux de compétence

Un exercice cohérent de compétences n'est possible que si l'on établit sur une base permanente une communication sur les objectifs de la politique fédérale et leurs applications par les communautés et les régions.

6.5.2. Éléments conducteurs de la politique hospitalière

Les trois éléments de base (agrément, programmation, financement) avec leur interactivité restent les éléments conducteurs de la politique. L'activité des hôpitaux forme la pierre d'angle sur laquelle reposent ces éléments.

Vaststelling van de behoeften door programmatie

Programmatie heeft het voordeel dat de behoeften worden onderzocht en vastgelegd, en ook duidelijk kan worden aangegeven welke financiële middelen hiermee corresponderen. Een absolute voorwaarde is evenwel dat de wetgeving voldoende flexibel is om deze vlug aan te passen aan de snel evoluerende behoeften.

Het waarborgen van kwaliteit

Het voldoen aan de verplichting tot kwaliteitstoetsing geldt als erkenningsvereiste. De erkenning is ook naar de financiering toe niet zonder belang. Meer en meer wordt immers bij de financiering gebruik gemaakt van technieken van budgetisering. De techniek van de kwaliteitstoetsing dient daarom verder te worden oppuntgesteld en tot uitvoering te worden gebracht zo mogelijk met een meer globale beoordeling van de medische, verpleegkundige, paramedische en farmaceutische praktijkvoering. De beoordeling van de praktijkvoering zou op termijn kunnen leiden tot een certificering van de ziekenhuisactiviteit.

De financiële dekking van de kosten

De financiering van het ziekenhuis evolueert naar een patiëntgerichte financiering. In de toekomst moet een techniek worden ontwikkeld om meer samenhang te creëren in de financiering.

Afstemming van de diverse beleidsinstrumenten

De financiering gaat in beginsel uit van een activiteitsniveau dat moet worden bereikt om een programma uit te baten. Uiteraard zal bij de vaststelling van de activiteitsniveau rekeningen moeten worden gehouden met de goede spreiding en de toegankelijkheid van de voorzieningen.

6.5.3. Structurering van het ziekenhuislandschap

Het gebrek aan ordening in het ziekenhuislandschap heeft geleid tot een « overaanbod » voor een aantal diensten. Bovendien is het om financiële en kwaliteitsredenen geboden dat een programma een voldoende kritische massa bereikt. Indien men deze doelstelling wil vrijwaren is een taakverdeling tussen de ziekenhuizen onontbeerlijk.

Samenwerking als basisvoorwaarde voor goede structurering

Verschillende samenwerkingsmogelijkheden werden daartoe wettelijk voorzien :

— De fusie

De overheid heeft het samenvoegen van ziekenhuizen aangemoedigd. Te vermijden daarbij is dat alle ziekenhuizen uitgroeien tot mastodonten. Om het begrip fusie tot zijn juiste toedracht te herleiden is het noodzakelijk het maximum aantal bedden van een ziekenhuis voortaan te beperken. Ingeval

Définition des besoins par la programmation

La programmation offre l'avantage d'examiner et de fixer les besoins et on peut aussi clairement indiquer quels moyens financiers y correspondent. Une condition absolue est cependant que la législation soit suffisamment flexible pour les adapter rapidement aux besoins sans cesse en évolution.

La garantie de la qualité

Satisfaire à l'obligation d'un contrôle de la qualité tient lieu de condition d'agrément. L'agrément n'est pas non plus sans conséquence sur le financement. On fait en effet de plus en plus usage de techniques de budgétisation lors du financement. La mise au point d'une technique de contrôle de la qualité doit dès lors être poursuivie en vue d'une mise en pratique, si possible avec une appréciation plus globale de la pratique médicale, infirmière, paramédicale et pharmaceutique. L'appréciation de la pratique pourrait à terme mener à une certification de l'activité hospitalière.

La couverture financière des frais

Le financement des hôpitaux évolue vers un financement qui est axé sur le patient. À l'avenir, il faudra développer une technique qui puisse créer davantage de cohésion dans le financement.

Harmonisation des différents instruments politiques

En principe, le financement part d'un niveau d'activité qui doit être atteint afin d'exploiter un programme. Il va de soi que, lors de l'établissement des niveaux d'activité, il faudra tenir compte d'une bonne répartition et de l'accessibilité des équipements.

6.5.3. Structuration du paysage hospitalier

Le manque d'organisation dans le paysage hospitalier a donné lieu à une « suroffre » pour un certain nombre de services. Par ailleurs, pour des raisons financières et de qualité, il est nécessaire qu'un programme atteigne une masse critique suffisante. Si l'on veut sauvegarder cet objectif, une répartition des tâches entre les hôpitaux est indispensable.

Collaboration : condition de base pour une bonne structuration

À cet effet, la loi a prévu plusieurs possibilités de collaboration :

— La fusion

Les pouvoirs publics ont encouragé la fusion d'hôpitaux. Il faut toutefois éviter que tous les hôpitaux deviennent des mastodontes. Afin de ramener la notion de « fusion » à sa juste signification, il est nécessaire de limiter dorénavant le nombre maximal de lits d'un hôpital. Si un hôpital comprend

een ziekenhuis uit meerdere campussen bestaat, lijkt het aangewezen dat deze zich complementair ten opzichte van elkaar opstellen, zodat het geheel van het ziekenhuis functioneel is.

— De associatie

De wijziging van de initiële associatiewetgeving heeft evenwel geleid tot ont dubbeling van diensten of programma's, wat uiteraard nooit de bedoeling is geweest. Daarom werd beslist de wetgeving zo aan te passen. Incentives zullen gecreëerd om associaties te helpen totstandkomen.

— De groepering

De groepering is beperkt tot ziekenhuizen die ieder wel over minstens 150 bedden beschikken maar die vanuit hun bezorgdheid tot taakverdeling en complementariteit een samenwerkingsakkoord wensen af te sluiten. Dit soort akkoorden moet van overheidswege worden aangemoedigd in de mate deze effectief leiden tot een meer rationele ziekenhuisorganisatie.

— De netwerken

Deze recent ingevoerde rechtsfiguur, voornamelijk bedoeld om rond bepaalde doelgroepen zorgcircuits te creëren, kan ook worden aangewend om allianties tussen instellingen tot stand te brengen. Bij deze netwerken kunnen meerdere ziekenhuizen en niet-ziekenhuizen aansluiten om binnen een bepaalde regio een rationele organisatie van de gezondheidszorg tot stand te brengen.

— Duurzame samenwerkingsverbanden

Om duurzame samenwerkingsverbanden tot stand te brengen lijkt het aangewezen een vorm van rechtspersoonlijkheid in het leven te roepen. Het moet gaan om een eenvoudige en transparante rechtspersoonlijkheid met een eigen vermogen, die een dynamische samenwerking tussen ziekenhuizen mogelijk maakt.

Création van een statuut sui generis voor het ziekenhuisbeheer

De organieke wetgeving van de ziekenhuizen zal worden aangevuld met een bijkomende titel waarin een aantal basisregelen voor het beheer van een ziekenhuis zullen worden vastgelegd en dit met respect voor de finaliteit van het ziekenhuis.

6.5.4. Een nieuw ziekenhuisconcept voor de algemene ziekenhuizen

Het algemeen kader

Het nieuw ziekenhuisconcept vertrekt vanuit de gedachte dat er nood is aan een zorgcontinuüm voor, tijdens en na het ziekenhuisverblijf. Het concept is ook dienstoverschrijdend zowel op het medisch-technische vlak als naar de klinische zorg toe, waar interdisciplinariteit essentieel is, met inbegrip van de psychosociale dimensie. In het nieuw ziekenhuis-

plusieurs campus, il semble opportun que ceux-ci soient complémentaires afin que l'ensemble de l'hôpital soit fonctionnel.

— L'association

La modification de la législation initiale sur les associations a cependant donné lieu à un dédoublement de services ou de programmes, ce qui évidemment n'a jamais été le but. C'est la raison pour laquelle il a été décidé d'adapter la législation. La création d'incitatifs aidera à réaliser des associations.

— Le groupement

Le groupement est limité aux hôpitaux qui disposent d'au moins 150 lits chacun, mais qui, dans un souci de répartition des tâches et de complémentarité, souhaitent conclure un accord de collaboration. Les pouvoirs publics doivent encourager ce genre d'accords dans la mesure où ceux-ci mènent effectivement à une organisation plus rationnelle des hôpitaux.

— Les réseaux

Cette forme juridique, qui a été introduite récemment et qui visait essentiellement à créer des circuits de soins autour de certains groupes-cibles, peut également être utilisée pour réaliser des alliances entre des établissements. Plusieurs hôpitaux et non-hôpitaux peuvent se raccorder à ces réseaux afin de réaliser une organisation rationnelle des soins de santé dans une certaine région.

— Accords de collaboration durables

Afin de réaliser des accords de collaboration durables, il semble indiqué de créer une forme de personnalité juridique. Il doit s'agir d'une personnalité juridique simple et transparente disposant d'un patrimoine propre et permettant une collaboration dynamique entre les hôpitaux.

Création d'un statut sui generis pour la gestion des hôpitaux

La législation organique des hôpitaux sera complétée d'un titre supplémentaire fixant un certain nombre de règles de base pour la gestion d'un hôpital, tout en respectant la finalité de l'hôpital.

6.5.4. Un nouveau concept hospitalier pour les hôpitaux généraux

Le cadre général

Le nouveau concept hospitalier part de l'idée qu'une continuité des soins est nécessaire avant, pendant et après l'hospitalisation. Le concept dépasse également les services, aussi bien sur le plan médico-technique que sur le plan des soins cliniques, où l'interdisciplinarité est essentielle, y compris la dimension psycho-sociale. Dans le nouveau concept hospi-

concept worden de activiteiten omschreven als programma's. Het programma omvat zowel de diagnostische als de therapeutische mogelijkheden die zich voor een bepaalde pathologie aandienen. Er kunnen binnen een programma verschillende modules worden voorzien, gaande van basisprogramma's tot meer gespecialiseerde programma's.

Concrete uitvoering en prioriteiten voor de komende jaren

Tot op heden werden twee zorgprogramma's uitgewerkt: het betreft de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde en cardiale pathologie. De besluiten met betrekking tot de intensieve neonatologie en de perinatale zorg (de zogenaamde MIC-NIC-besluiten) kunnen als een zorgprogramma « *avant la lettre* » worden beschouwd. Ook de besluiten inzake de functies MUG, spoedgevallen en intensieve zorgen kunnen als een zorgprogramma worden beschouwd, ook al is nog verdere bijsturing nodig.

In het kader van het nieuw ziekenhuisconcept is het wenselijk om de komende jaren het concept van het basisziekenhuis te herformuleren, evenals enkele specifieke zorgprogramma's te realiseren. Hierna wordt hierop kort ingegaan.

— Het basisziekenhuis

Het basisziekenhuis dient een geheel van basiszorgen te verlenen. Belangrijk is dat het basisziekenhuis zich situeert in een netwerk van voorzieningen waar het samenwerkt met andere ziekenhuizen.

— De spoedgevallenzorg

In het kader van een reorganisatie van de spoedgevallenzorg werden totnogtoe een reeks van initiatieven genomen. De functie op het eerste niveau tot op vandaag « de eerste opvang » genoemd, zal worden omgevormd tot de functie « spoedgevallenzorg ». Wat het tweede niveau betreft, werden tot op vandaag zowat 150 gespecialiseerde spoedgevallenzorgfuncties erkend. Dit is een veel groter aantal dan aanvankelijk werd vooropgesteld. Omdat dit overaanbod een doelmatige organisatie van de spoedgevallenzorg in de weg staat, wordt daarom een bijsturing van het beleid voorbereid in de richting van een samenhang tussen de organisatie van een functie voor gespecialiseerde zorg en andere functies van het ziekenhuis, zoals intensieve zorgen. Binnen de beleidsbijsturing wordt verwacht dat de huisartsen een plaats verwerven in de lokale spoedgevallenzorg.

— De oncologie

Oncologie is bij uitstek een multidisciplinaire aangelegenheid. De globale benadering van de patiënt met kanker (preventie, diagnose, curatie, palliatie) vergt niet enkel een multidisciplinaire aanpak, maar ook een transmurale benadering, waar de samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen een noodzaak is.

Er wordt uitgegaan van twee soorten van programma's voor oncologie. Het eerste programma is een programma dat in elk ziekenhuis kan worden aangeboden. Het veronderstelt dat alle artsen die in het ziekenhuis kankerpatiënten behande-

talier, les activités sont définies comme des programmes. Le programme comprend aussi bien les possibilités diagnostiques que les possibilités thérapeutiques qui se présentent pour une certaine pathologie. Il est possible de prévoir plusieurs modules dans un programme, passant des programmes de base aux programmes plus spécialisés.

Réalisation concrète et priorités pour les années à venir

Jusqu'à présent, deux programmes de soins ont été élaborés: il s'agit des programmes de soins de la médecine reproductrice et de la pathologie cardiaque. Les décisions relatives à la néo-natalité intensive et aux soins péri-nataux (les arrêtés dites MIC-NIC) peuvent être considérées comme établissant un programme de soins « *avant la lettre* ». Les arrêtés concernant les fonctions SMUR, les urgences et les soins intensifs peuvent également être considérés comme constituant un programme de soins, bien que des adaptations soient encore nécessaires.

Dans le cadre du nouveau concept hospitalier, il est souhaitable de reformuler le concept de l'hôpital de base dans les années à venir, ainsi que de réaliser quelques programmes de soins spécifiques. Ce point sera traité brièvement ci-après.

— L'hôpital de base

L'hôpital de base doit assurer un ensemble de soins de base. Il importe que l'hôpital de base se situe dans un réseau d'équipements où il collabore avec d'autres hôpitaux.

— Les soins d'urgence

Dans le cadre de la réorganisation des soins d'urgence, une série de mesures ont été prises jusqu'à présent. La fonction au premier niveau, appelée jusqu'ici « premières prise en charge des urgences » sera convertie en fonction « soins d'urgence ». En ce qui concerne le deuxième niveau, 150 fonctions d'urgence spécialisées ont été reconnues jusqu'à présent. Ce nombre dépasse très largement le nombre initialement prévu. Étant donné que cette suroffre empêche une organisation efficace des soins d'urgence, on prépare une adaptation de la politique dans le sens d'une cohésion entre l'organisation d'une fonction de soins spécialisés et d'autres fonctions de l'hôpital, telles que les soins intensifs. Dans le cadre de la réorientation de la politique, on attend des médecins généralistes qu'ils acquièrent une place dans les soins d'urgence locaux.

— L'oncologie

L'oncologie est une matière multidisciplinaire par excellence. L'approche globale du patient cancéreux (prévention, diagnostic, soins curatifs, soins palliatifs) nécessite une approche non seulement multidisciplinaire, mais également « transmurale », où la collaboration entre les différentes parties concernées s'impose.

Deux types de programmes d'oncologie sont considérés au départ. Le premier programme est un programme qui peut être proposé par tous les hôpitaux; il suppose la coopération de l'ensemble des médecins traitant des cancéreux au sein

len, samenwerken onder de leiding van een oncoloog. Uiteraard moet dit programma in nauwe samenwerking worden gezien met het tweede type van programma dat een aantal doorgedreven diagnostische exploratiemogelijkheden moet kunnen aanbieden en moet kunnen beschikken over behandelingsmogelijkheden voor zeldzame tumoren en specifieke doelgroepen. Het oncologisch beleid zal begin 2001 tot uitvoering worden gebracht. In afwachting van het ontwikkelen van een zorgprogramma voor oncologie werd beslist om het aantal radiotherapiediensten en hun satellieten te blokkeren.

— De pediatrische zorg

Een kwalitatief ziekenhuisbeleid veronderstelt dat er een voldoende aandacht uitgaat naar de specifieke behoeften van kinderen. Luidens het interimrapport kunnen hospitalisaties voor kinderen slechts worden toegestaan in ziekenhuizen met een voldoende activiteit aan ziekenhuiszorg voor kinderen. De ziekenhuizen dienen te beantwoorden aan alle vereisten van een degelijk zorgprogramma voor kinderen. Naast dit basisprogramma zijn één of meerdere gespecialiseerde zorgprogramma's voor kinderen.

6.5.5. Geestelijke gezondheidszorg

Gelet op het belang van deze problematiek, worden hier de krachtlijnen van het te voeren beleid weergegeven. In een afzonderlijke beleidsnota zal hierop echter dieper worden ingegaan.

Na de omvorming van 1990 en de reconversieoperatie van 2000, moet de aandacht zich toespitsen op de meest kwetsbare groepen en moeten middelen worden vrijgemaakt voor een betere opvang. Het betreft met name een uitbreiding van het aantal pedopsychiatrische bedden; door de ziekenhuizen in te dienen projecten voor vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg; verwezenlijking van proefprojecten die moeten leiden tot het vaststellen van normen voor de behandeling an agressieve en sterk gedragsgestoorde patiënten, voor geïnterneerde personen met het oog op hun resocialisatie en voor de functie zorgbemiddelaar en tot slot de ontwikkeling en ondersteuning van dagcentra in het kader van het beschut wonen.

6.5.6. Geriatrische zorg

Het geriatrisch beleid vormt een belangrijk onderdeel van het gezondheidszorgbeleid. In een afzonderlijke beleidsnota zal hierop dan ook nader worden ingegaan. Nu reeds kan worden gesteld dat het geriatrisch beleid moet worden gevoerd binnen een breder geheel van voorzieningen die nodig zijn voor de verzorgingsbehoevende bejaarde. Volgende aandachtspunten worden weerhouden : de uitvoering van de afgesloten protocolakkoorden : verhoging van het aantal RVT-bedden en het creëren van een statuut voor de dagcentra; de actualisering van de RVT- wetgeving; een bijzondere aandacht voor de psychogeriatric en de organisatie van een geriatrisch netwerk.

de l'hôpital, sous la direction d'un médecin-oncologue. Ce programme doit, en effet, s'inscrire dans le cadre d'une étroite collaboration avec le deuxième type de programme qui doit pouvoir offrir une gamme de possibilités d'exploration diagnostiques performantes, tout en disposant de possibilités de traitement destinées aux tumeurs rares et aux groupes-cibles spécifiques. La politique oncologique sera mise en exécution début 2001. Dans l'attente du développement d'un programme de soins destiné à l'oncologie, la décision a été prise de bloquer le nombre de services de radiothérapie ainsi que de leurs satellites.

— Les soins pédiatriques

Une politique hospitalière qualitative suppose qu'une attention suffisante soit consacrée aux besoins spécifiques des enfants. Selon le rapport intermédiaire, les hospitalisations pour enfants ne peuvent être permises que dans les hôpitaux qui démontrent d'une activité suffisante en ce qui concerne les soins médicaux pour enfants. Les hôpitaux doivent répondre à toutes les exigences d'un programme de soins de bonne qualité pour enfants. Outre ce programme de base, il y a un ou plusieurs programmes de soins spécialisés pour enfants.

6.5.5. Soins de la santé mentale

Vu l'importance de cette problématique, les lignes de force de la politique à suivre ici indiquées seront traitées plus à fond dans une note de politique séparée.

Après la conversion de 1990 et l'opération de reconversion de 2000, il faut porter attention aux groupes les plus vulnérables, tout en libérant des moyens permettant un meilleur accueil. Il s'agit notamment d'une extension du nombre de lits pédopsychiatriques, des projets à introduire par les hôpitaux en vue d'un renouvellement dans les soins de santé mentale; de la réalisation de projets-pilotes devant aboutir à la fixation de normes relatives au traitement de patients agressifs et dont le comportement est fortement perturbé, pour les personnes internées en vue de leur resocialisation et pour la fonction de médiateur en soins et, enfin, du développement et du soutien des centres de jour dans le cadre de l'habitation protégée.

6.5.6. Soins gériatriques

La politique gériatrique, qui constitue une partie importante de la politique des soins de santé, fera l'objet d'une note de politique séparée. On peut d'ores et déjà considérer que la politique gériatrique doit s'inscrire dans un ensemble plus large d'équipements nécessaires pour la personne âgée qui a besoin de soins. Les points d'attention suivants sont à retenir : l'exécution des protocoles d'accord déjà conclus, l'augmentation du nombre de lits MRS et la création d'un statut pour les centres de jour, l'actualisation de la législation MRS, une attention particulière consacrée à la psychogériatrie et l'organisation d'un réseau gériatrique.

6.5.7. Het ziekenhuis binnen de globale gezondheidszorg

De overheid heeft diverse initiatieven genomen waarbij niet langer de structuur maar de patiënt centraal staat.

Op termijn dient de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuisspecialisten op een meer structurele wijze te worden uitgebouwd. De ziekenhuizen en huisartsen zullen bij de begeleiding van de projecten en bij de besluitvorming na evaluatie, nauw worden betrokken zodat het beleid op een ruime steun kan bogen.

Om de communicatie binnen het ziekenhuis maar ook buiten het ziekenhuis met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten te verbeteren, werd de Commissie Telematica opgericht. Deze Commissie heeft als opdracht advies te geven over de technische aspecten die moeten toelaten de patiëntendossiers en het ontslagdokument elektronisch samen te stellen. De Commissie zal standaarden ontwikkelen die de communicatie op een eenduidige wijze tussen de verschillende partijen in de gezondheidszorg mogelijk maakt of kan verbeteren.

Op termijn ligt het in de bedoeling de samenwerkingsverbanden te laten uitgroeien tot regionale verbanden waar voor de verschillende domeinen een samenwerking tussen de verschillende voorzieningen op voet van gelijkheid wordt betracht binnen één en dezelfde regio.

6.5.8. Patiëntenbegeleiding

Diverse functies zijn betrokken bij de organisatie van de patiëntenzorg. Deze werken vaak los van elkaar. Daarom ligt het in de bedoeling binnen het ziekenhuisorganogram een functie patiëntenbegeleiding te creëren waarin al deze diensten worden ondergebracht. Het gaat erom verschillende functies die met de patiëntenzorg te maken hebben te stroomlijnen tot één functie in het kader van de erkenning van ziekenhuizen. Prioriteit vormt het creëren van een statuut voor de sociale dienst. Voorts zal ook aandacht besteed worden aan het verder oppuntstellen van het concept van het ontslagmanagement en het uitwerken van specifieke erkenningsnormen voor het statuut van de psychologische dienst in het ziekenhuis.

6.5.9. Verbetering van het verzorgingsproces

Tot voor de invoering van het nieuw ziekenhuisconcept heerste de opvatting dat kwaliteit in de verzorging diende te worden gewaarborgd via het uitvaardigen van erkenningsnormen. De normen hebben voornamelijk betrekking op structurele eisen. Deze normen bieden evenwel nog geen waarborg voor de goede kwalitatieve afloop van het verzorgingsproces zelf. In de ziekenhuiswet werd daarom het principe verwoord dat de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteit moet worden getoetst, zowel binnen het ziekenhuis als door externe instanties. Het koninklijk besluit van 15 februari 1999 bevat een kaderregeling voor de toetsing van de medische activiteit. Totnogtoe werden negen domeinen aangeduid waar deze toetsing moet plaats hebben.

De toetsing moet gebeuren aan de hand van indicatoren in consensus opgesteld door een college van « gelijken ». Een overkoepelend orgaan binnen de Overlegstructuur heeft

6.5.7. L'hôpital vu dans l'ensemble des soins de santé

Les autorités ont pris diverses initiatives qui donnent la priorité aux patients plutôt qu'aux structures.

À terme, la collaboration entre les médecins généralistes et les spécialistes des hôpitaux doit être développée d'une manière plus structurelle. Les hôpitaux et les médecins généralistes seront associés au suivi des projets et au processus décisionnel après évaluation, de sorte que la politique puisse s'assurer d'un large soutien.

En vue de l'amélioration de la communication non seulement au sein de l'hôpital mais également en dehors de l'hôpital en ce qui concerne les patients hospitalisés, la Commission télématique a été créée. Cette commission a pour tâche de donner des avis sur les aspects techniques devant permettre de constituer les dossiers des patients et les documents de sortie de façon électronique. La Commission développera des standards devant permettre ou améliorer de manière univoque la communication entre les différentes parties situées au sein des soins de santé.

À terme, l'intention est de permettre aux relations de coopération de se développer en relations régionales où une collaboration, sur pied d'égalité, entre les différents équipements est poursuivie au sein d'une même région.

6.5.8. Accompagnement des patients

Diverses fonctions sont concernées par l'organisation des soins dispensés aux patients. Souvent, elles fonctionnent de manière indépendante l'une de l'autre. L'intention est de créer au sein de l'organigramme hospitalier une fonction d'accompagnement des patients, dans laquelle tous les services concernés seront réunis. Il s'agit de réunir les différentes fonctions qui sont confrontés aux soins dispensés aux patients dans une seule fonction établie dans le cadre de l'agrément des hôpitaux. La priorité doit être donnée à la création d'un statut pour le service social. En outre, il faudra attirer l'attention sur la mise au point du concept du référent hospitalier (*case-management*) et sur l'élaboration de normes de reconnaissance spécifiques pour le statut du service psychologique dans l'hôpital.

6.5.9. Amélioration du processus des soins donnés

Jusqu'avant l'introduction du nouveau concept hospitalier, on considérait que la qualité dans les soins donnés était garantie par la promulgation de normes d'agrément. Les normes sont principalement basées sur des exigences structurelles. Ces normes n'offrent pourtant pas de garantie quant à la bonne issue qualitative du processus des soins donnés eux-mêmes. C'est pourquoi, dans la loi sur les hôpitaux, on a formulé le principe selon lequel la qualité de l'activité médicale et infirmière doit être vérifiée aussi bien à l'intérieur de l'hôpital que par des instances externes. L'arrêté royal du 15 février 1999 contient une réglementation-cadre pour le contrôle de l'activité médicale. Jusqu'à présent, neuf domaines ont été désignés où ce contrôle doit se faire.

Le contrôle doit s'effectuer à l'aide d'indicateurs établis en consensus par un collège de « pairs ». Un organe coordinateur au sein de la Structure de concertation a pour mission

tot opdracht de werking van de verschillende colleges te harmoniseren en conclusies te trekken uit de rapporten van de colleges ten aanzien van de bevoegde overheden. Tussen de Colleges en de werkgroep van de Overlegstructuur zullen een aantal thema's worden afgesproken waaronder zal worden gewerkt om de kwaliteit van het verzorgingsproces te verbeteren.

Binnen het budget van financiële middelen werden met een aantal geselecteerde ziekenhuizen pilootprojecten opgestart. Na verloop van tijd zal worden geëvalueerd of bepaalde projecten vatbaar zijn voor veralgemening via normering.

Een typisch probleem in de gezondheidszorg, voornamelijk in ziekenhuizen, is de beheersing van risico's die inherent zijn aan het zorgverleningsproces. Het beheersen van deze problemen bevordert uiteraard ook de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Belangrijke stappen werden gezet inzake bloedtransfusies, de sterilisatie van produkten en apparatuur, ziekenhuishygiëne en medicatietoediening.

Om het verzorgingsproces te optimaliseren werden een aantal maatregelen genomen inzake het gebruik van de medische technologie. Het betreft meerbepaald de toename van het aantal NMR-toestellen, het voorlopig moratorium in de radiotherapie en de programmatie en financiering van de PET-scanner.

6.5.10. Personeelsbeleid

Op 1 maart 2000 werden de beleidsobjectieven inzake het personeelsbeleid voor de gezondheidssector vastgelegd. Het betreft meerbepaald het verderzetten van de inspanningen voor de sociale revalorisatie van het personeel in de verzorgingsinstellingen; aan de sector de nodige aantrekkelijkheid bieden teneinde te verhelpen aan het tekort aan verplegend personeel; het sociaal overleg te versterken; en het behoud van de kwaliteit van de zorg in het belang van de patiënt.

Om deze objectieven te realiseren worden de volgende maatregelen genomen : de verhoging van de barema's op 1 oktober 2001 met 1 %; de financiering van de gesubsidieerde contractuelen voor onbepaalde duur; de vermindering van de arbeidstijd en aanpassing van het einde van de loopbaan en de vorming van de verpleegkundigen.

d'harmoniser le fonctionnement des différents collèges et de tirer des conclusions des rapports des collèges à l'égard des autorités compétentes. Un certain nombre de thèmes seront convenus entre les Collèges et le groupe de travail de la Structure de concertation et on travaillera autour de ces thèmes en vue d'améliorer la qualité du processus des soins donnés.

Dans le cadre du budget des moyens financiers, des projets pilotes ont été lancés avec un certain nombre d'hôpitaux sélectionnés. Après un certain temps, on évaluera si certains projets sont susceptibles d'être généralisés via la normalisation.

Un problème typique dans les soins de santé, principalement dans les hôpitaux, est la maîtrise des risques inhérents au processus des soins donnés. Il va de soi que la maîtrise de ces problèmes favorise également la qualité des soins de santé.

D'importants pas ont été franchis en matière de transfusions sanguines, de stérilisation de produits et d'appareillage, d'hygiène dans les hôpitaux et d'administration de médicaments.

Afin d'optimiser le processus des soins donnés, un certain nombre de mesures ont été prises quant à l'emploi de la technologie médicale. Il s'agit plus particulièrement de l'augmentation du nombre d'appareils RMN, du moratoire provisoire pour la radiothérapie et de la programmation et du financement du PET-scanner.

6.5.10. Politique en matière de personnel

Le 1^{er} mars 2000, les objectifs en matière de politique de personnel ont été fixés dans le secteur de la santé. Il s'agit plus précisément de poursuivre les efforts pour la revalorisation sociale du personnel dans les institutions de soins; d'offrir au secteur l'attractivité nécessaire afin de remédier au manque de personnel soignant, de renforcer la concertation sociale et de maintenir la qualité des soins dans l'intérêt du patient.

Pour réaliser ces objectifs, les mesures suivantes ont été prises : l'augmentation des barèmes de 1 % au 1^{er} octobre 2001, le financement du personnel sous statut précaire FBI pour une durée illimitée; la réduction du temps de travail et l'adaptation de la fin de la carrière et la formation des infirmiers.

BIJLAGE 6.6

Oriëntaties betreffende een hervorming en modernisering van de ziekenhuisfinanciering

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering dient aan te sluiten bij de algemene beginselen van het ziekenhuisbeleid vandaag zoals de patiëntgerichte organisatie van de ziekenhuissector; de integrale benadering van de behandeling, zowel binnen de instelling als in relatie tot de extramurale sector; een op evidentie gestoelde medische praktijkvoering; de stimulering van taakverdeling, complementariteit en samenwerking tussen de ziekenhuizen.

De nieuwe ziekenhuisfinanciering die in 1990/1991 werd ingevoerd, had als voornaamste oogmerk de budgetten van de ziekenhuizen niet langer vast te leggen op historische basis, maar aan de hand van vergelijkingen tussen ziekenhuizen en van criteria die een zo goed mogelijke uitdrukking zijn van de financiële behoeften. De aanpassing van historisch naar doelbudget is in 2000 voor 100 % uitgevoerd.

De financiering van de ziekenhuizen zal progressief verder worden hervormd. Bedoeling hierbij is niet langer te steunen op de bedden en andere structurele kenmerken, maar op de reële activiteiten; de parameters verder te verfijnen; de daghospitalisatie gedeeltelijk te integreren in het verpleegdagbudget; een specifieke financiering te voorzien voor de universitaire ziekenhuizen; een stap te zetten naar een meer globale financiering voor geneesmiddelen en medische prestaties; een tijdige en zo definitief mogelijke vaststelling van de budgetten te garanderen; een vereenvoudigd systeem van uitbetaling in te voeren; de budgettaire middelen over de instellingen te verdelen binnen een gesloten en gegarandeerd landelijk globaal budget.

De hervorming sluit ook aan bij de beginselen van het nieuw ziekenhuisconcept: een meer globale en minder gefractioneerde financiering; een financiering die meer gebaseerd is op de activiteiten omtrent de patiënt dan op de vergoeding van het aanbod.

De vernieuwing van de financieringswijze moet gepaard gaan met een evaluatie van de medische praktijkvoering en het uitwerken van gouden standaarden of richtlijnen om de kwaliteit van de medische activiteiten te verbeteren. Hierin ligt duidelijk een verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen.

Het basisprincipe van de ziekenhuisfinanciering blijft een budget van financiële middelen, waarbij de ziekenhuizen voorafgaandelijk aan het dienstjaar hun financiële enveloppe kennen.

De vandaag bestaande band tussen de financiering en het « aantal erkende bedden » wordt doorgeknipt omdat de financiering beter wordt gebaseerd op de activiteiten van het ziekenhuis, dat wil zeggen op het aantal en het type van patiënten die in de instelling worden behandeld. In plaats van de statische notie « quotum van verpleegdagen » zal het meer dynamische begrip « verantwoorde activiteiten » worden gehanteerd. Deze verantwoorde activiteit kan worden afgeleid uit de geregistreerde klinische gegevens, de normale verblijfsduren per pathologiegroep bij klassieke hospitalisatie en de substitutiegraad naar daghospitalisatie. Belangrijk is dat zal

ANNEXE 6.6

Orientations concernant une réforme et une modernisation du financement des hôpitaux

Une réforme du financement des hôpitaux doit correspondre aux principes généraux de la politique hospitalière d'aujourd'hui, comme l'organisation, axée sur les patients, du secteur hospitalier; l'approche intégrale du traitement, aussi bien au sein de l'établissement qu'en relation avec le secteur « *extra-muros* »; une pratique médicale basée sur l'évidence; la stimulation de la répartition des tâches, la complémentarité et la collaboration entre les hôpitaux.

Le nouveau financement des hôpitaux instauré en 1990/1991 avait pour principal objectif de ne plus fixer les budgets des hôpitaux sur une base historique mais à l'aide de comparaisons entre les hôpitaux et de critères qui sont une expression la meilleure possible des besoins financiers. L'adaptation d'une base historique en un budget ciblé s'est effectuée à 100 % en 2000.

Le financement des hôpitaux continuera d'être progressivement réformé. L'intention ici n'est plus de s'appuyer sur le nombre de lits et autres caractéristiques structurelles mais sur les activités réelles; continuer d'affiner les paramètres; intégrer partiellement l'hospitalisation de jour dans le budget « journée d'hospitalisation »; prévoir un financement spécifique pour les hôpitaux universitaires; franchir un pas vers un financement plus global des médicaments et des prestations médicales; garantir un établissement dans les délais et aussi définitif que possible des budgets; instaurer un système de paiement simplifié; répartir les moyens budgétaires entre les établissements dans un budget national global fermé et garanti.

La réforme correspond également aux principes du nouveau concept hospitalier: un financement plus global et moins fractionné; un financement qui est davantage axé sur les activités concernant le patient que sur le remboursement de l'offre.

Le renouvellement du mode de financement doit aller de pair avec une évaluation de la pratique médicale et l'élaboration de standards ou de directives « en or » pour améliorer la qualité des activités médicales. On trouve clairement ici une responsabilité des catégories professionnelles.

Le principe de base du financement des hôpitaux reste un budget de moyens financiers où les hôpitaux connaissent leur enveloppe financière préalablement à l'exercice.

Le lien qui existe actuellement entre le financement et le « nombre de lits agréés » sera supprimé et le financement sera mieux basé sur les activités de l'hôpital, c'est-à-dire sur le nombre et le type de patients qui sont traités dans l'établissement. Au lieu de la notion statique de « quota de journées d'hospitalisation », on utilisera la notion plus dynamique d'« activités justifiées ». Cette activité justifiée peut être dérivée de données cliniques enregistrées, des durées de séjour normales par groupe de pathologie en cas d'hospitalisation classique et du taux de substitution en hospitalisation de jour. Il est important que l'on travaille avec le nouveau système

gewerkt worden met het nieuwe APR-DRG- systeem, dat beter rekening houdt met de *severity*, en dat minder vatbaar is voor manipulatie bij de registratie.

De heelkundige daghospitalisatie zal worden geïntegreerd in het ziekenhuisbudget. Als een grotere samenhang tussen klassieke en daghospitalisatie wordt nagestreefd, dient de gescheiden financiering van de daghospitalisatie via het systeem van de forfaitaire bedragen te worden afgeschaft.

Ook de methode van uitbetaling zal in de toekomst gewijzigd worden. Zo zou het budget B1 + B2 voor een gedeelte (bijvoorbeeld *a rato* van 80 %) kunnen worden uitbetaald onder de vorm van voorlopige twaalfden via de verzekeringsinstellingen. Het resterende gedeelte (*a rato* van 20 %) kan worden betaald per activiteitseenheid : het is het variabele gedeelte van de financiering.

Als de vermelde wijzigingen doorgevoerd worden, kunnen de herzieningen achteraf tot een minimum worden beperkt. De ziekenhuizen kennen sneller hun definitief budget, en de structurele achterstanden in de vaststelling van de budgetten kunnen worden weggewerkt.

In dit nieuw systeem wordt de opname een belangrijke parameter. De verschillen inzake medische praktijk zijn terzake groot. Parallel met de invoering van dit nieuw systeem dient er daarom een evaluatie en screening van aantal en aard van de opnamen te worden ondernomen. Terzake zal een vraag worden gericht aan de Multipartite Overlegstructuur, om indicatoren voor een verantwoord aantal opnamen op te stellen, rekening houdend met de pathologieprofielen van de ziekenhuizen en met de gegevens omtrent heropnamen en gesplitste opnamen. De opportuniteit van de opnames wordt in de volgende jaren een centraal thema, dit eveneens in relatie tot de activiteiten buiten het ziekenhuis (verwijsgedrag huisartsen, opvang na opname of na daghospitalisatie, spoedopnamen, ...).

De regels betreffende de gegarandeerde basisfinanciering blijven van toepassing, maar in functie van het verantwoord aantal bedden. De regels voor de vergoeding der sociale factoren worden verfijnd, en het voorziene budget zal worden aangepast.

Voor geneesmiddelen wordt de progressieve invoering van een forfaitair vergoedingssysteem gepland dat de financiële verantwoordelijkheid van het ziekenhuis / de voorschrijver beklemtoont. Voor een aantal geneesmiddelen categorieën, die een breed verspreid verbruik kennen en waar een ondoelmattige consumptie wordt vastgesteld, wordt de prijs van het product met een bepaald percentage verminderd. Deze vermindering wordt gecompenseerd door de toekenning van een vast budget.

Voor de universitaire ziekenhuizen dient een specifieke financiering toegepast die rekening houdt met hun specifieke activiteiten op het vlak van toegepast onderzoek, nieuwe ontwikkelingen, kwaliteitsevaluatie en opleiding en vorming aan het bed van de patiënt. Deze specifieke financiering zal in een specifiek onderdeel B7 van het ziekenhuisbudget worden ondergebracht.

In dat kader zullen de financieringsregels, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen universitaire en niet-universitaire instellingen, afgeschaft worden. Met andere woorden, voor wat de klinische activiteiten betreft die tevens in niet-

APR-DRG, qui tient mieux compte de la « sévérité », et qui est moins sujet à manipulation lors de l'enregistrement.

L'hospitalisation chirurgicale de jour sera intégrée dans le budget hospitalier. Si on veut atteindre une plus grande cohésion entre hospitalisation classique et hospitalisation de jour, il faut supprimer le financement séparé de l'hospitalisation de jour via le système des montants forfaitaires.

La méthode de paiement sera également modifiée dans le futur. C'est ainsi que le budget B1 + B2 pourrait être payé pour une partie (par exemple à raison de 80 %) sous la forme de douzièmes provisoires via les organismes assureurs. La partie restante (à raison de 20 %) pourrait être payée par unité d'activité : c'est la partie variable du financement.

Si les modifications précitées sont réalisées, les révisions pourront être par après réduites au minimum. Les hôpitaux connaissent plus rapidement leur budget définitif et les retards structurels dans l'établissement des budgets peuvent être éliminés.

Dans ce nouveau système, l'admission devient un paramètre important. Les différences de pratique médicale sont grandes en la matière. Parallèlement à l'instauration de ce nouveau système, il faut donc entreprendre une évaluation et un « screening » du nombre et de la nature des admissions. À cette fin, une demande sera adressée à la Structure de Concertation multipartite pour établir des indicateurs pour un nombre justifié d'admissions, compte tenu des profils de pathologie des hôpitaux et des données relatives aux réadmissions et aux admissions scindées. L'opportunité des admissions deviendra un thème central dans les prochaines années, et ce, également en relation avec les activités extérieures à l'hôpital (comportement de référence médecins traitants, accueil après admission ou après hospitalisation de jour, admissions d'urgence, ...).

Les règles relatives au financement de base garanti restent d'application mais en fonction du nombre justifié de lits. Les règles pour le financement des facteurs sociaux seront peaufinées, et le budget prévu sera adapté.

Pour les médicaments, on envisage l'instauration progressive d'un système de remboursement forfaitaire qui accentue la responsabilité financière de l'hôpital / du prescripteur. Pour un certain nombre de catégories de médicaments, qui sont consommés à une très large échelle et où on constate une consommation inefficace, le prix du produit sera réduit d'un pourcentage déterminé. Cette réduction sera compensée par l'octroi d'un budget fixe.

Pour les hôpitaux universitaires, il faut appliquer un financement spécifique qui tienne compte de leurs activités spécifiques sur le plan de l'examen pratiqué, de nouveaux développements, d'une évaluation de la qualité et de la formation au lit du patient. Ce financement spécifique sera incorporé dans une subdivision spécifique B7 du budget hospitalier.

Dans ce cadre, les règles de financement, où une distinction est faite entre établissements universitaires et non universitaires, seront supprimées. En d'autres termes, pour ce qui concerne les activités cliniques qui sont également exer-

universitaire instellingen worden verricht, worden dezelfde regels toegepast op alle instellingen. Het verschil tussen wat de groep der universitaire instellingen voor en na deze operatie verkrijgen, maakt deel uit van het specifiek onderdeel B7 van het ziekenhuisbudget.

Voor wat de honoraria betreft, zal in de universitaire instellingen nog slechts 25 % per prestatie uitbetaald worden. 75 % wordt als een forfaitaire enveloppe toegekend. Zulks komt beter overeen met de opdrachten van opleiding, ontwikkeling en evaluatie, die best op neutrale wijze worden uitgeoefend, dus zonder dat de vergoeding van de medische prestaties afhangt van hun aantal. In een eerste fase kan deze forfaitarisering eventueel enkel worden toegepast op de diagnostische prestaties.

cées dans des établissements non universitaires, les mêmes règles s'appliqueront à tous les établissements. La différence entre ce que le groupe des établissements universitaires obtient avant et après cette opération, fait partie de la subdivision spécifique B7 du budget hospitalier.

Pour ce qui concerne les honoraires, on ne paiera plus que 25 % par prestation dans les établissements universitaires. On attribuera 75 % à titre d'enveloppe forfaitaire. Ceci correspond mieux aux tâches de formation, de développement et d'évaluation, qui sont mieux exercées d'une manière neutre, donc sans que le remboursement des prestations médicales dépende de leur nombre. Dans une première phase, cette forfaitarisation ne pourrait éventuellement s'appliquer qu'aux prestations de diagnostic.

BIJLAGE 6.7

Beleidsplan palliatieve zorg**Inleiding**

Een goede palliatieve zorg is belangrijk. Hoe een samenleving met de zorg rond de stervende mens omgaat, zegt veel over het sociaal en moreel klimaat dat leeft in die samenleving.

Wij, beide ministers, geloven sterk in een holistische benadering van de palliatieve patiënt. Het versterken van een palliatieve cultuur, evenzeer als het optimaliseren van de zorg in het natuurlijke milieu van de patiënt (het thuis- of het thuisvervangend milieu) zijn een rode draad in de voorgestelde maatregelen.

Het uittekenen van een beleid betekent het leggen van prioriteiten. Dit impliceert onvermijdelijk een inboeten op enkele waardevolle verwachtingen van het werkveld. Daardoor dreigen de beoogde maatregelen als opsomming naast mekaar en ten opzichte van mekaar te worden afgewogen.

Om te verduidelijken dat maatregelen uit dit beleidsplan een coherente aanzet tot een palliatief beleid zijn, maar zeker geen eindpunt, wensen wij kort te duiden dat de psychologische aspecten van de palliatieve zorg in elke beleidsprioriteit aanwezig horen te zijn. Te vaak worden deze aspecten niet benoemd en minder behartigd dan de medische en materiële facetten van palliatieve zorg.

Met palliatieve zorg bedoelen we « persoonlijke intensieve zorg ». Een intensieve zorg die gericht is op alle noden van de patiënt *en* zijn omgeving is het uitgangspunt. Een sterfbed is iets anders dan een ziekbed. Het meeleven tot de laatste dag en vooral het begeleiden van de stervende mens in relatie tot zijn omgeving is cruciaal. Voor alle duidelijkheid : van bij de inzet van palliatieve zorg is het cruciaal dat dit gebeurt op verzoek en met instemming van de patiënt zelf.

Bij palliatieve zorg moeten vooral de basisnoden, de nood aan genegenheid, veiligheid, waardigheid en fysiek comfort, centraal staan. Onder meer een adequate pijnbestrijding neemt bij de patiënt de angst voor pijn weg en creëert een klimaat waar aandacht voor deze basisnoden in zijn geheel ruimte krijgt.

Evenzeer moeten de noden van de nabestaanden aandacht krijgen. Er moet ruimte zijn voor de beleving en het verwerkingsproces van de familieleden. De familie betrekken bij de zorg voor de patiënt, is uitermate belangrijk. Niet alleen als meerwaarde in de therapie van de patiënt zelf, maar als hulp bij de rouwverwerking achteraf.

De palliatieve zorg stopt ook niet bij het moment van het overlijden van de patiënt, de zorg voor de familie hoort verder te lopen in de rouwperiode.

Binnen deze groep van nabestaanden vergt elke subgroep een specifieke aanpak. Begeleiden van de levenspartner, de ouders, de grootouders of een goede vriend is verschillend. Vooral jonge en opgroeiende kinderen zijn hier vaak een vergeten groep.

ANNEXE 6.7

Soins palliatifs**Introduction**

Des soins palliatifs de qualité sont importants. La manière dont une société traite ses mourants en dit long sur le climat moral et social qui règne dans cette société.

Ma collègue et moi-même croyons tous deux à une approche holistique du patient palliatif. Le renforcement d'une culture de soins palliatifs, autant que l'optimisation des soins dans l'environnement naturel du patient (le domicile ou ce qui en tient lieu) sont comme un fil rouge dans les mesures proposées.

Définir une politique revient à dégager poser des priorités. Inévitablement, des hommes et des femmes de terrain n'y retrouveront pas certaines de leurs précieuses attentes. Par conséquent, les mesures visées risquent d'être considérées comme une énumération et pesées les unes par rapport aux autres.

Afin de préciser que les mesures de ce programme politique sont une amorce cohérente à une politique de soins palliatifs, mais certainement pas une fin en soi, nous souhaitons signaler que les aspects psychologiques des soins palliatifs se doivent d'être présents dans chacune des priorités politiques. Trop souvent, ces aspects sont passés sous silence et défendus avec moins de vigueur que les aspects médicaux et matériels.

Par soins palliatifs nous entendons des « soins intensifs dispensés personnellement ». Des soins intensifs répondant à tous les besoins du patient et de son entourage constituent le point de départ. Un lit de mourant est autre chose qu'un lit de malade. Vivre jusqu'au dernier instant avec le mourant et surtout l'accompagner dans son environnement sont d'une importance cruciale. Pour toute clarté : dès le départ, il est capital que les soins palliatifs soient aussi mis en œuvre à la demande et avec l'accord du patient même.

Au centre des soins palliatifs se trouvent surtout les besoins de base, le besoin de sympathie, de sécurité, de respect et de confort physique. Par exemple, une lutte adéquate contre la douleur supprime l'angoisse de la douleur chez le patient et crée un climat favorable pour que les besoins de base reçoivent toute l'attention voulue.

De même, il faut veiller aux besoins des proches. Il ne faut pas négliger ce que vivent et ce que doivent affronter les membres de la famille. Il est extrêmement important d'associer la famille aux soins à dispenser aux patients. Pas seulement à titre de plus-value dans la thérapie du patient lui-même mais également dans l'aide au travail de deuil par la suite.

Les soins palliatifs ne cessent pas avec le décès du patient, les soins à la famille doivent se poursuivre pendant la période de deuil.

Au sein de ce groupe de proches, chaque sous-groupe réclame une approche spécifique. L'accompagnement diffère pour le partenaire, les parents, les grands-parents ou les amis. Les jeunes et les enfants sont souvent oubliés.

Binnen een gezin reageert elk kind op zijn manier, naargelang de relatie met bijvoorbeeld de stervende ouder. Genuanceerd luisteren en een geëigende aanpak is nodig.

Aandachtspunten in een goede begeleiding van de stervende in relatie met zijn omgeving zijn : respect voor de wil en de wensen van de patiënt, een eerlijke communicatie, het omgaan met waarheid en non-verbale communicatie, het inschatten van de psychologische draagkracht van patiënten en familieleden, het creëren van een bespreekbaarheidsklimaat (een klimaat waar gesproken kan worden over gevoelens), het leren omgaan met angst, woede, hoop, schuldgevoelens en ontkenning, het opvangen van depressie en vooral ook het helpen bij aanvaarding.

In de maatregelen die hier onder worden voorgesteld, spreken we voortdurend over het bevorderen van de palliatieve cultuur. Dit proberen we concreet te maken door middel van een verhoging van budgetten in quasi alle vormen van palliatieve zorgverlening die er bestaan en in diverse modaliteiten (personeel, forfaits, remgelden, vorming, ...).

Deze inleiding moet duidelijk maken dat de beoogde maatregelen de patiënt wensen te benaderen in zijn sociaal netwerk, in zijn ruimere context.

Omschrijving

— Palliatieve zorg is het geheel van de zorgverlening aan terminale patiënten met een levensbedreigende ziekte die niet langer op curatieve therapieën reageren. Voor die patiënten is een multidisciplinaire (want verstrekt door mantelzorgers, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, verzorgenden, huisartsen, specialisten, psychologen, ...) totaalzorg (fysiek, psychisch, sociaal, moreel) van essentieel belang. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is de terminaal zieke en zijn familie een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is er op gericht de kwaliteit van het resterende leven van de terminale patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.

— Onder palliatieve functie begrijpen we sensibilisering, advies, opleiding en ondersteuning van al diegenen die bij de palliatieve zorg zijn betrokken (zowel de mantelzorg als de professionele of formele zorg).

Uitgangspunten

1. De palliatieve zorg maakt integrerend deel uit van een gezondheidszorg die zich niet enkel richt op « genezen » maar ook op « verzorgen ».
2. Palliatieve zorg is toegankelijk en beschikbaar voor alle terminale patiënten en wordt aangeboden op die plaats waar de patiënt voor kiest. Meer en meer mensen kiezen ervoor om thuis te sterven. Ook het thuisvervangend milieu wordt een alternatief voor het ziekenhuis. Verder investeren in een toegankelijke en beschikbare eerstelijnszorg is, ook voor wat betreft de kwaliteit van de palliatieve thuiszorg, prioritair.
3. Palliatieve zorg omvat meer dan gespecialiseerde pijnbestrijding en gespecialiseerde symptomatische behandeling, zoals die bij voorbeeld vereist zijn bij aandoeningen met een

Dans une famille, chaque enfant réagit à sa manière, selon ses rapports avec, par exemple, le parent mourant. Il est nécessaire de pratiquer une écoute nuancée et une approche adéquate.

Les points qui méritent l'attention pour un bon accompagnement du mourant par rapport à son entourage sont : le respect de la volonté et des souhaits du patient, l'honnêteté de la communication, la franchise, y compris dans la communication non verbale, l'évaluation juste de la force psychologique des patients et des membres de la famille, la création d'un climat propice à la discussion (un climat propre à l'expression des sentiments), l'apprentissage de la maîtrise de l'angoisse, de la colère, de l'espoir, des sentiments de culpabilité et de négation, la prise en compte de la dépression et aussi surtout l'aide à l'acceptation.

Dans les mesures proposées ci-dessous, nous parlons constamment de la promotion de la culture des soins palliatifs. C'est ce que nous essayons de concrétiser au moyen d'une augmentation des budgets pour presque toutes les formes de soins palliatifs qui existent et pour diverses modalités (personnels, forfaits, tickets modérateurs, formation, ...).

La présente introduction a pour objet de montrer clairement que les mesures visées veulent appréhender le patient dans son réseau social, dans son contexte le plus large.

Description

— Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins dispensés aux patients en phase terminale de maladie qui ne réagissent plus aux thérapies curatives. Pour ces patients, des soins globaux (physiques, psychiques, sociaux, moraux) et multidisciplinaires (dispensés par des proches, des assistants sociaux, des praticiens de l'art infirmier, des aides-soignants, des généralistes, des spécialistes, des psychologues, ...) sont d'une importance essentielle. Le but principal des soins palliatifs est d'offrir au malade en phase terminale et à sa famille la plus grande qualité de vie possible et le maximum d'autonomie. Les soins palliatifs sont destinés à garantir et à optimiser la qualité de ce qui reste de vie au patient en phase terminale pour lui-même et ses proches parents.

— Par fonction palliative, nous entendons la sensibilisation, les conseils, la formation, le soutien pour toutes les personnes associées aux soins palliatifs (tant les soins dispensés par l'entourage que les soins professionnels ou formels).

Points de départ

1. Les soins palliatifs font partie intégrante des soins de santé qui ne visent pas seulement à « guérir » mais aussi à « soigner ».
2. Les soins palliatifs sont accessibles et disponibles pour tout patient en stade terminal et sont offerts à l'endroit choisi par le patient. De plus en plus de personnes choisissent de mourir à domicile. Un environnement remplaçant le domicile devient une alternative à l'hôpital. Il est prioritaire de continuer à investir dans des soins de première ligne accessibles et disponibles, y compris en ce qui concerne la qualité des soins palliatifs à domicile.
3. Les soins palliatifs sont plus que la lutte spécialisée contre la douleur et le traitement spécialisé des symptômes. La lutte spécialisée contre la douleur et les soins symptomati-

slechte prognose maar die niet noodzakelijkerwijs samen vallen met een terminale fase.

4. Palliatieve zorg wordt aangeboden op vraag van de patiënt. Therapeutische hardnekkigheid mag niet vervangen worden door palliatieve hardnekkigheid.

Stand van zaken

In België is met een geleidelijke ontwikkeling van de palliatieve zorg gestart in de jaren tachtig, mede dankzij heel wat semi-professionelen uit de gezondheidssector. Aansluitend op een periode waarin subsidies werden verleend op basis van experimenten, is de palliatieve zorg ondertussen op structurele wijze verankerd in onze gezondheidszorg.

Eerder nieuwe structuren op te richten, is de opdracht nu om de bestaande structuren, initiatieven en concrete maatregelen verder te versterken en na evaluatie desgevallend nog te verbeteren.

Als basis voor de palliatieve zorg werden « *samenwerkingsverbanden* » (ook netwerken of platforms genoemd) opgericht. Deze samenwerkingsverbanden bestrijken geografisch omliggende gebieden. Zowat alle actoren (organisaties voor hulp een familie en patiënten, organisaties voor thuiszorg en van artsen, rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden, ziekenhuizen), binnen de gezondheidszorg maken deel uit van dit territoriaal samenwerkingsverband.

Elk samenwerkingsverband heeft een of meerdere *multidisciplinaire begeleidingsequipes* voor palliatieve thuiszorg. Deze equipes staan op vraag van de patiënt en in overleg met de betrokken zorgverstrekkers van de eerstelijns in voor de concrete ondersteuning van diegenen die de palliatieve zorgverlening aanbieden.

Hun taak is het, ten eerste, overleg te plegen met de betrokken zorgverstrekkers en hen advies te geven over alle aspecten van de palliatieve zorg (pijnbehandeling, gebruik van gespecialiseerd materiaal, ...), ten tweede, de palliatieve zorgverlening in het thuismilieu van de patiënt (onder meer afspraken met de huisarts en andere thuisverzorgers) en de psychologische en morele ondersteuning aan de betrokken zorgverstrekkers van de eerste lijn te organiseren en te coördineren.

In overleg met de huisarts, die systematisch wordt geïnformeerd over de behandeling in het thuismilieu, kan de equipe in uitzonderlijke omstandigheden ook zelf instaan voor bepaalde aspecten van de palliatieve zorg. In 2000 werd hiervoor een budget van 274,9 miljoen Belgische frank vrijgemaakt, wat 100 miljoen Belgische frank méér is dan het jaar tevoren werd uitgegeven.

Sinds 1997 is er wettelijk voorzien in een *palliatieve functie* voor elk rust- en verzorgingstehuis (RVT). Concreet betekent dit onder andere dat elke RVT-instelling zich moet aansluiten bij een erkend « samenwerkingsverband » en concrete afspraken moet maken met een erkende instelling die beschikt over zogenaamde Sp-bedden « palliatieve zorg » (bedden voor patiënten die speciale verzorging nodig hebben).

Sinds 1997 zijn, verspreid over een aantal ziekenhuizen, 360 dergelijke Sp-bedden erkend ten behoeve van patiënten

ques visent en effet également les affections présentant un mauvais pronostic sans qu'elles n'évoluent nécessairement en phase terminale.

4. Les soins palliatifs sont proposés à la demande du patient. L'acharnement thérapeutique ne peut être remplacé par l'acharnement palliatif.

Situation actuelle

En Belgique, les soins palliatifs ont commencé à se développer progressivement dans les années quatre-vingts, grâce notamment à de nombreux semi-professionnels du secteur de la santé. Après une période pendant laquelle les subsides étaient accordés sur la base d'expériences, les soins palliatifs se sont ancrés de manière structurelle dans nos soins de santé.

Plutôt que de créer de nouvelles structures, le mot d'ordre est aujourd'hui de renforcer davantage les structures existantes, les initiatives et les mesures concrètes et le cas échéant de les améliorer encore sur la base d'évaluations.

À la base des soins palliatifs se trouve « *l'association* » (appelée aussi réseau ou plate-forme) de soins palliatifs. Cette « association » couvre une zone géographiquement délimitée. Pratiquement tous les acteurs des soins de santé (organisations d'aide aux familles et aux patients, organisations de soins à domicile et de médecins, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, hôpitaux) font partie de cette association territoriale.

Chaque association a aussi une ou plusieurs *équipes d'accompagnement multidisciplinaires* de soins palliatifs à domicile. À la demande du patient et en concertation avec les dispensateurs de soins de première ligne concernés, ces équipes assurent le soutien concret de ceux qui offrent les services de soins palliatifs.

Ce soutien consiste, *primo*, à se concerter avec les dispensateurs de soins concernés et à leur donner des conseils sur tous les aspects des soins palliatifs (parmi lesquels le traitement contre la douleur, l'utilisation de matériel spécialisé), *secundo*, à bien organiser et coordonner la dispensation des soins palliatifs dans l'environnement domestique du patient (dont les conventions avec le médecin généraliste et d'autres membres du personnel soignant à domicile comme les infirmiers à domicile, les proches qui dispensent des soins, les assistants sociaux) et le soutien psychologique et moral aux dispensateurs de soins de première ligne concernés.

En concertation avec le médecin généraliste, qui est toujours informé du traitement au domicile, l'équipe peut, dans des circonstances exceptionnelles, aussi assurer elle-même certains aspects des soins palliatifs. En 2000, un budget de 274,9 millions de francs belges a été dégagé à cet effet, soit 100 millions de francs belges de plus que ce qui avait été dépensé l'année précédente.

Depuis 1997, la loi prévoit une fonction palliative pour toute maison de repos et de soins. Concrètement, cela signifie entre autres que chaque MRS doit se joindre à une « association » agréée et faire des conventions concrètes avec un établissement agréé disposant de lits Sp « soins palliatifs ».

Depuis 1997, 360 lits Sp palliatifs ont été agréés à l'intention des patients atteints d'une maladie incurable en phase

die ongeneeslijk ziek zijn, zich in een terminale fase bevinden en die geen palliatieve zorg ontvangen, thuis noch in een andere instelling. De instelling of de dienst die de Sp-bedden aanbiedt moet deel uitmaken van het samenwerkingsverband in de regio.

Sinds 1999 moet elk ziekenhuis ook beschikken over een palliatieve functie. Deze functie is breed gedefinieerd én omvat alle activiteiten die bedoeld zijn om de behandeling en de opvang van de terminale ziekenhuispatiënten te ondersteunen. Deze functie wordt momenteel forfaitair gefinancierd afhankelijk van de schaalgrootte van de instelling.

Voor palliatieve patiënten die thuis willen sterven bestaat er sinds 1 januari 2000, een palliatief zorgforfait van 19 500 Belgische frank dat maximaal 2 maal wordt uitbetaald. In 2000 werd hiervoor een extra budget van 395 miljoen Belgische frank vrijgemaakt.

Alle werknemers hebben binnen het kader van de wetgeving op loopbaanonderbreking, recht op palliatief zorgverlof. De duur van dit verlof is maximaal 2 maand gerekend voor de palliatieve verzorging van eenzelfde persoon. Bij een volledige arbeidsonderbreking ontvangt de werknemer een vergoeding per maand van 20 400 Belgische frank.

De voorstellen

Op een Interministeriële Conferentie van 29 maart 2000 tussen de federale overheden, de gemeenschappen en de gewesten, werd beslist tot de oprichting van een « Interkabinettenwerkgroep Palliatieve Zorg ». Ondertussen is deze werkgroep volop aan de slag om een reeks van voorstellen voor te bereiden voor een betere palliatieve zorg in ons land.

De onderstaande beleidsintenties zijn bedoeld als bijdrage tot dit interministerieel overleg. Deze voorstellen zijn gezamenlijk voorbereid door de bevoegde federale ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid en vormen als dusdanig de federale bijdrage voor het ruimere debat.

I. Thuis

— Uitbreiding zorgaanbod

Aansluitend op één van de fundamentele uitgangspunten, is het essentieel dat de palliatieve zorg stapsgewijs geïntegreerd wordt in het bestaande zorgverleningsaanbod. Deze doelstelling geldt des te meer voor de eerstelijnszorg gezien die instaat voor de opvang van patiënten die thuis willen sterven.

Het bestaand professioneel zorgaanbod op eerstelijnsniveau bestaat onder meer uit de huisarts, paramedici zoals de kinesist, de thuisverpleging maar ook bijvoorbeeld de gezinszorg.

Sinds 1 januari 2000 is er een palliatief thuiszorgforfait voor de palliatieve patiënt van 19 500 Belgische frank per maand, beperkt tot 2 maanden. Dit forfait is er voor palliatieve patiënten met de intentie om thuis te sterven. Het forfait is aanvullend op wat wordt terugbetaald via de « gewone » nomenclatuur en bedoeld als extra tegemoetkoming voor specifieke kosten inzake geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen.

terminale et ayant besoin de soins palliatifs qu'ils ne peuvent recevoir ni à domicile, ni dans un autre établissement. Le service qui propose des lits Sp doit faire partie de l'association de la région.

Depuis 1999, chaque hôpital doit également disposer d'une fonction palliative. Cette fonction est largement définie et comprend toutes les activités visant à soutenir le traitement et l'accueil des patients en phase terminale hospitalisés. Cette fonction est actuellement financée de manière forfaitaire selon l'échelle de l'établissement.

Pour les patients palliatifs qui désirent mourir à domicile, il existe depuis le 1^{er} janvier 2000 un forfait « soins palliatifs » de 19 500 francs qui est payable au maximum 2 fois. En 2000, un budget supplémentaire de 395 millions de francs belges a été dégagé à cet effet.

Dans le cadre de la législation sur l'interruption de carrière, tous les travailleurs salariés ont droit à un congé pour dispenser des soins palliatifs. La durée de ce congé est de 2 mois maximum pour les soins palliatifs dispensés à une même personne. En cas d'interruption complète du travail, le travailleur salarié reçoit une intervention de 20 400 francs belges par mois.

Les propositions

Lors d'une conférence interministérielle du 29 mars 2000 entre les autorités fédérales, les communautés et les régions, il a été décidé de créer un groupe de travail inter cabinets « Soins palliatifs ». Depuis lors, ce groupe de travail a été constitué et prépare activement une série de propositions en vue d'améliorer les soins palliatifs dans notre pays.

Les intentions politiques ci-dessous se veulent une contribution à cette concertation interministérielle. Ces propositions ont été préparées en commun par les ministres fédéraux compétents pour les Affaires sociales et la Santé publique et constituent comme telles la contribution fédérale au débat.

I. Domicile

— Extension de l'offre de soins existante

Conformément à un des points de départs fondamentaux, il est essentiel que les soins palliatifs soient intégrés progressivement à l'offre de services de soins existante. Cet objectif vaut d'autant plus pour les soins de première ligne, étant donné que ceux-ci assurent l'accueil des patients qui souhaitent mourir à domicile.

L'offre de soins professionnels existant au niveau primaire comprend entre autres le médecin généraliste, les auxiliaires paramédicaux comme le kinésithérapeute, les soins infirmiers à domicile mais aussi par exemple l'aide sociale.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, il existe pour le patient palliatif un forfait de soins palliatifs à domicile de 19 500 francs belges par mois, limité à 2 mois. Ce forfait est prévu pour les patients palliatifs désireux de mourir à domicile. Ce forfait complète le remboursement accordé dans le cadre de la nomenclature « ordinaire » et se veut une intervention supplémentaire pour des frais spécifiques en matière de médicaments, de produits de soins et de dispositifs.

Dit forfait moet de invloed van financiële overwegingen bij de keuze tussen verzorging thuis of in het ziekenhuis uitschakelen :

1. Het is de bedoeling het zogenaamde thuisverplegingsforfait « C » via de thuisverpleging ook aan palliatieve patiënten toe te kennen. Het is momenteel — op voorschrift van de arts — voorbehouden aan patiënten met een zware zorgafhankelijkheid (wat betreft wassen en kleden, verplaatsen, incontinentie en eten), met andere woorden voorwaarden waar niet alle « palliatieve patiënten » aan beantwoorden.

Voorstel : het forfait « C » ook toekennen aan palliatieve patiënten en dit op basis van de criteria die gelden voor het recht op het thuiszorgforfait.

2. Nu betalen palliatieve patiënten nog steeds remgelden of persoonlijk aandeel voor raadplegingen en bezoeken van de huisarts.

Voorstel : het annuleren van deze remgelden voor patiënten met recht op het palliatief thuiszorgforfait.

3. Het palliatief thuiszorgforfait van 19 500 Belgische frank voor de patiënt : aangezien de huidige regeling pas is ingegaan begin dit jaar, is onder meer het werkelijk aantal terminale patiënten dat een beroep doet op dit forfait nog niet precies bekend. Begin volgend jaar is het mogelijk om deze maatregel ten gronde te evalueren, ook wat betreft een mogelijke uitbreiding van dit forfait van 2 naar 3 maanden.

Voorstel : deze tussenkomst in 2001 evalueren met een optie tot uitbreiding van 2 naar 3 maanden in 2002.

4. De beide ministers stellen ten slotte voor een oproep te richten tot alle bestaande diensten en zorgverstrekkers tot verder engagement in de palliatieve zorg binnen de bestaande regelgeving door middel van vorming, modulaire inzet van personeel, organisatorische aanpassingen en deelname aan de samenwerkingsverbanden.

— Versterking van de samenwerkingsverbanden

De samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg vervullen binnen hun regio een belangrijke rol bij het verspreiden van de cultuur van de palliatieve zorg. Zij coördineren lokale acties.

De kernopdrachten van een samenwerkingsverband zijn informatie en sensibilisering, opleiding en navorming, het opstellen van samenwerkingsprotocollen en het voeren van een regionaal beleid.

De samenwerkingsverbanden moeten een gebied bestrijken van minstens 200 000 en ten hoogste 1 000 000 inwoners. Per schijf van 300 000 inwoners is er voorzien in 1 VTE (voltijds equivalent) personeelslid-coördinator. Ook samenwerkingsverbanden met minder dan 300 000 inwoners beschikken over minimaal 1 VTE personeelslid.

Van deze samenwerkingsverbanden maken deel uit organisaties voor *mantelzorgers*, organisaties voor thuiszorg, lokale of regionale organisaties van huisartsen en van andere zorgverstrekkers, de RVT's, de erkende rustoorden of ROB's en de ziekenhuizen.

Ce forfait doit supprimer l'influence des considérations médicales sur le choix entre des soins à domicile ou à l'hôpital :

1. Aux patients palliatifs, il est formellement offert le forfait de soins à domicile « C » dans le cadre des soins à domicile. Il peut être attesté par les infirmiers à domicile — sur prescription du médecin — aux patients lourdement dépendants pour « se laver et s'habiller », « se déplacer », « incontinence » et « manger ». Ce sont là de lourdes exigences auxquelles les « patients palliatifs » ne répondent pas tous.

Proposition : étendre les indications pour le forfait « C » aux « patients palliatifs » et ce, sur la base des mêmes critères que ceux définis pour le droit au forfait de soins à domicile.

2. Aujourd'hui, les patients palliatifs paient encore des tickets modérateurs ou quotes-parts personnelles pour les consultations et visites du médecin généraliste.

Proposition : annuler ces tickets modérateurs pour les patients ayant droit au forfait de soins palliatifs à domicile.

3. Le forfait de soins palliatifs à domicile de 19 500 francs belges pour le patient. Étant donné entre autres que le régime actuel n'est entré en application qu'au début de cette année, le nombre réel de patients en phase terminale qui font appel à ce forfait n'est pas encore tout à fait connu. Au début de l'année prochaine, il sera possible d'évaluer cette mesure de manière approfondie, y compris en ce qui concerne une éventuelle extension de ce forfait de 2 à 3 mois en 2002.

Proposition : évaluer cette mesure en 2001 avec possibilité d'élargir de 2 à 3 mois en 2002.

4. Les deux ministres proposent outre l'extension des moyens financiers qu'un appel soit lancé à tous les services existants et dispensateurs de soins de s'engager davantage dans les soins palliatifs dans le cadre de la réglementation existante par la formation, l'engagement modulaire du personnel, les adaptations organisationnelles, la participation aux associations.

— Renforcement des associations

Les associations de soins palliatifs accomplissent un rôle important dans la diffusion de la culture des soins palliatifs dans une région et dans la coordination d'actions locales.

Les principales missions d'une association sont l'information et la sensibilisation, la formation et le recyclage, l'établissement de protocoles de collaboration et la conduite d'une politique régionale.

Les associations sont organisées au niveau régional. L'association doit couvrir une zone d'au moins 200 000 et 1 000 000 d'habitants. Par tranche de 300 000 habitants, il est prévu 1 ETP coordinateur membre du personnel. Les associations pour moins de 300 000 habitants disposent également de minimum 1 ETP membre du personnel.

Font partie de ces associations, des organisations de proches dispensant des soins, des organisations de soins à domicile, des organisations locales ou régionales de médecins généralistes et d'autres dispensateurs de soins, les MRS, les maisons de repos ou MRPA agréées et les hôpitaux.

De beide ministers stellen voor deze samenwerkingsverbanden verder te versterken door middel van de volgende maatregelen :

1. De huidige vergoeding van 1,250 miljoen Belgische frank voor 1 VTE coördinator per 300 000 inwoners is onvoldoende om de loonkost te dekken.

Voorstel : deze functie kostendekkend te financieren waarbij zowel rekening wordt gehouden met de anciënniteit als met de kwalificaties van het personeel.

2. Om hun kwalitatieve opdracht beter te vervullen wordt op het niveau van het samenwerkingsverband minstens in een parttime klinisch psycholoog voorzien, met mogelijkheid tot uitbreiding op basis van de grootte van het samenwerkingsverband. De psychologen helpen de patiënt en de betrokken zorgverstrekkers en zijn inzetbaar voor job-training.

Voorstel : minstens ½ functie « psycholoog » voorzien per samenwerkingsverband, verder te verhogen *pro rata* van 300 000 inwoners.

— Evaluatie van de palliatieve multidisciplinaire equipes

Deze equipes ondersteunen het samenwerkingsverband en hebben tot doel een aanvullende bijdrage te leveren in de ondersteuning en palliatieve verzorging van terminale patiënten die hun laatste levensfase thuis willen doorbrengen en thuis willen sterven.

Daar waar de samenwerkingsverbanden zich vooral richten op coördinatie, overleg en vorming, vervullen de equipes een tweedelijnsfunctie voor de eerstelijnszorgverstrekkers. De equipe geeft in de eerste plaats adviezen over palliatieve verzorging aan de betrokken zorgverstrekkers van de eerste lijn die, onder leiding van de huisarts van de patiënt, in elk geval zelf volledig verantwoordelijk blijven voor de verzorging en de begeleiding van de patiënt. In overleg met de betrokken zorgverstrekkers van de eerste lijn en met hun toestemming, kan de equipe in sommige gevallen ook zelf bepaalde aspecten van de palliatieve zorgverlening op zich nemen.

Deze equipes richten zich zowel tot de patiënten thuis als tot de patiënten die in thuisvervangende « intramurale » voorzieningen zijn opgenomen, aangeboden door onder meer de rusthuissector, RVT en « Beschut Wonen ».

In 1999 waren er 28 erkende multidisciplinaire begeleidings-equipes. Een belangrijk tekort bij de werking van deze equipes was dat de basisbezetting (bestaande uit 2 voltijdse verpleegkundigen, 4 uur huisarts en een halftijdse administratieve kracht, toegekend op basis van 100 verpleegde patiënten), onvoldoende rekening hield met het inwonersaantal van een gebied. Vooral equipes werkzaam in regio's van net minder dan 600 000 inwoners hadden geen recht op een hogere bezetting dan equipes werkzaam in regio's van bijvoorbeeld net 200 000 inwoners.

Sinds 1 juni van dit jaar zijn er inzake de werkingsmogelijkheden van de equipes belangrijke stappen vooruit gezet. De belangrijkste verbeteringen zijn :

— Als norm geldt voortaan dat vanaf 200 000 inwoners en een zorg voor 100 patiënten op jaarbasis, een basisequipe van 2,6 voltijdse integralen wordt gefinancierd. Equipes die werkzaam zijn in een gebied met meer inwoners, kunnen hun

Les deux ministres veulent renforcer ces associations par les moyens suivants :

1. L'actuelle intervention de 1,250 million de francs belges pour 1 ETP coordinateur par 300 000 habitants ne suffit pas à couvrir la charge salariale.

Proposition : financer la couverture des frais de cette fonction en tenant compte de l'ancienneté aussi bien que des qualifications du personnel.

2. Afin qu'ils puissent mieux accomplir leur mission de qualité, nous prévoyons, au niveau de l'association, au moins un psychologue clinicien à temps partiel sur la base de la taille de l'association. Cette fonction est disponible pour le patient, les dispensateurs de soins concernés et peut l'être pour la formation à l'emploi.

La *proposition* vise à prévoir au moins ½ fonction de « psychologue » par association, à augmenter ensuite au *pro rata* de 300 000 habitants.

— Évaluation des équipes multidisciplinaires de soins palliatifs

Ces équipes assistent l'association et ont pour but de compléter le soutien et les soins palliatifs des patients terminaux qui souhaitent passer la dernière phase de leur vie chez eux et y mourir.

Si les associations s'occupent surtout de la coordination, de la concertation et de la formation, les équipes exercent une fonction de deuxième ligne pour les dispensateurs de soins de première ligne. L'équipe conseille avant tout, sur les soins palliatifs, les dispensateurs de soins de première ligne concernés qui, sous la direction du médecin généraliste du patient, restent, dans tous les cas, eux-mêmes entièrement responsables des soins au patient et de l'accompagnement de celui-ci. En accord avec les dispensateurs de soins de première ligne concernés et avec leur autorisation, l'équipe peut également, dans certains cas, prendre en charge certains aspects des services de soins palliatifs.

Ces équipes s'adressent tant aux patients à domicile qu'aux patients admis dans des structures intra muros remplaçant le domicile comme le secteur des maisons de repos, les MRS et les initiatives d'habitation protégée.

En 1999, il y avait 28 équipes d'accompagnement multidisciplinaires agréées. Le fonctionnement de ces équipes présentait un défaut important : le personnel comptait des praticiens de l'art infirmier à raison de 2 temps plein, un médecin généraliste à raison de 4 heures et un employé administratif à mi-temps; cet effectif, accordé sur la base de 100 patients soignés, ne tenait pas suffisamment compte du nombre d'habitants d'une zone. Surtout les équipes travaillant dans des régions comptant tout juste moins de 600 000 habitants n'avaient pas droit à un personnel plus nombreux que les équipes travaillant dans des régions comptant à peine 200 000 habitants.

Depuis le 1^{er} juin de cette année, d'importants pas ont été faits quant aux possibilités de fonctionnement de ces équipes. Les principales améliorations sont :

— Désormais, la norme veut qu'à partir de 200 000 habitants et de soins pour 100 patients sur une base annuelle, une équipe de base de 2,6 ETP soit intégralement financée. Les équipes qui travaillent dans une zone comptant davan-

bezetting proportioneel uitbreiden als ze ook hun patiënten-aantal evenredig verhogen.

— De equipes krijgen ook meer ruimte om hun personeelskader vrij in te vullen op basis van het hen toegekend aantal personeelsleden. Naast verpleegkundigen met voldoende ervaring in palliatieve zorg komen in aanmerking licentiaten in de psychologie, kinesitherapeuten, maatschappelijk assistenten en assistenten in de psychologie.

Op basis van de oude overeenkomsten met 28 equipes werd voor 1999 162 655 401 Belgische frank uitgegeven. Om de nieuwe overeenkomsten mogelijk te maken werd voor 2000 een budget voorzien van 274,9 miljoen Belgische frank.

Voorstel : Daar de werkingsmogelijkheden van de equipes dit jaar reeds gevoelig zijn versoepeld en de financiering werd verruimd (uitgaven 1999 : 182 miljoen Belgische frank; budget 2000 : 274,9 miljoen Belgische frank) wordt voor volgend jaar een evaluatie voorzien van deze recente wijzigingen met een optie tot budgetverhoging in 2002.

II. *Thuisvervangend*

— Subsidiëring dagcentra

In ons land functioneren reeds enkele dagcentra en/of residentiële centra voor de opvang van palliatieve patiënten. Het gaat hier om waardevolle initiatieven gezien de centra vooral complementair zijn aan de thuiszorg én een belangrijke ondersteuning kunnen geven aan de mantelzorg. Bij afwezigheid van mantelzorg bieden zij een alternatief voor de verzorging thuis.

Toch zijn er nog een aantal fundamentele vragen met betrekking tot deze initiatieven zoals (1) de plaats of « *setting* » ervan (ziekenhuis, rusthuizen, afzonderlijk), (2) hun geografische spreiding en toegankelijkheid en (3) de omvang en de wijze van financiering van deze centra. Omwille van voorgaande redenen en aansluitend op het advies van de Nationale Ziekenhuisraad, wordt voorgesteld om enkele van deze centra onder de vorm van een experiment, te subsidiëren.

Voorstel : starten met enkele experimenten op bescheiden schaal.

— Versterking palliatieve zorgeenheden

Palliatieve zorgeenheden bestaan uit bedden die ofwel verspreid zijn over verschillende ziekenhuisdiensten of in zelfstandige entiteiten ondergebracht zijn, eventueel ook buiten de vestigingsplaats van het ziekenhuis zelf. Deze bedden zijn bestemd voor patiënten die palliatieve zorg nodig hebben die ze thuis of in de instelling waar ze verblijven niet kunnen krijgen.

Het is belangrijk ervoor te waken dat het aantal palliatieve zorgeenheden beperkt moet blijven gezien de palliatieve zorgcultuur een opdracht is voor het geheel van de gezondheidssector en zich dus niet mag beperken tot specifieke ziekenhuiszorgprogramma's.

Momenteel zijn er 360 « Sp-bedden » voor het hele land. Per bed is voorzien in een 1,25 VTE verplegende.

tage d'habitants peuvent augmenter proportionnellement leur personnel si le nombre de leurs patients s'accroît.

— Les équipes reçoivent aussi une plus grande marge pour compléter librement le cadre de leur personnel sur la base de l'effectif qui leur est attribué. Outre les praticiens de l'art infirmier possédant une expérience suffisante en soins palliatifs, entrent également en compte, les licenciés en psychologie, les kinésithérapeutes, les assistants sociaux et les assistants en psychologie.

Sur la base des anciennes conventions conclues avec 28 équipes, 162 655 401 francs belges ont été dépensés pour 1999. Pour rendre les nouvelles conventions possibles, il a été prévu pour 2000 un budget de 274,9 millions de francs belges.

Proposition : Étant donné que les possibilités de fonctionnement, ainsi que leur financement (dépenses 1999 : 182 millions de francs belges; budget 2000 : 274,9 millions de francs belges) ont déjà été assouplies sensiblement cette année, il est prévu pour l'année prochaine une évaluation de ces récentes modifications avec une option d'augmentation du budget en 2002.

II. *Environnement remplaçant le domicile*

— Centres de jour spécialisés

Notre pays comprend déjà quelques centres de jour et/ou des centres résidentiels pour l'accueil des patients palliatifs. Ces initiatives sont précieuses étant donné qu'elles complètent surtout les soins à domicile et peuvent apporter un soutien important aux soins dispensés par l'entourage. À défaut de soins par l'entourage, c'est une alternative possible au cadre familial.

Cependant, il subsiste encore une série de questions fondamentales concernant ces initiatives comme (1) le lieu ou le cadre de ces initiatives (hôpital, maison de repos, séparation), (2) la répartition géographique et l'accessibilité de ces structures et (3) le volume et le mode de financement de ces centres. En raison des motifs ci-dessus et conformément à l'avis du Conseil national des hôpitaux, il est proposé de subventionner quelques-uns de ces centres sous forme d'expérience.

La *proposition* est de commencer par quelques expériences à petite échelle

— Renforcement des entités de soins palliatifs

Les entités de soins palliatifs comprennent des lits qui sont répartis soit entre divers services hospitaliers soit compris dans des entités indépendantes, le cas échéant aussi en dehors du lieu d'implantation de l'hôpital même. Ces lits sont destinés aux patients incurables en phase terminale et qui ont besoin de soins palliatifs qui ne peuvent être donnés ni à domicile ni dans l'établissement où ils séjournent.

En ce qui concerne les entités de soins palliatifs, il importe de souligner que ce service doit rester limité en nombre puisque la culture des soins palliatifs et les soins palliatifs sont une mission appartenant à l'ensemble du secteur de la santé et ne peuvent donc se réduire à des programmes de soins hospitaliers spécifiques.

À l'heure actuelle, il y a 360 lits Sp pour tout le pays. Par lit, il est prévu 1,25 ETP soignant.

Voorstel : De ministers willen de werking, de financiering en de omkadering van deze Sp-bedden nog versterken door middel van :

1. een aanpassing van de normen zodat ook gespecialiseerde huisartsen met ervaring en een opleiding in palliatieve zorgen deze zorgeenheden kunnen leiden;
2. het medisch toezichtshonorarium van 808 Belgische frank per dag wordt momenteel beperkt tot 21 dagen en geldt vanaf de 1^e dag opname in het ziekenhuis. Het is de bedoeling deze beperking tot 21 dagen op te trekken tot 28 dagen én pas te laten tellen vanaf de opname in de Sp-palliatieve dienst;
3. de bestaande omkadering van de palliatieve zorgeenheden wordt opgetrokken van 1,25 per bed naar 1,50 per bed.

— Financiering palliatieve opdracht RVT en ROB

Ter ondersteuning van de verzorging van de terminale patiënten in het rust- en verzorgingstehuis (RVT) en naar analogie met de palliatieve opdracht in de ziekenhuizen, zijn de aangewezen geneesheer en de hoofdverpleegkundige belast met :

- ten eerste, het invoeren van een palliatieve zorgcultuur en de sensibilisering van het personeel;
- ten tweede, het formuleren van adviezen inzake palliatieve zorg ten behoeve van het aanwezige zorgpersoneel (verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, kinesitherapeuten);
- en ten derde, het bijwerken van de kennis inzake palliatieve zorg van het eerder vernoemde personeel.

Deze opdracht is dus complementair ten aanzien van de zorgverstrekkers, en heeft niet als bedoeling de verzorging zelf over te nemen.

Momenteel wordt deze palliatieve opdracht, die wettelijk enkel geldt voor de RVT-sector en niet voor de ROB-sector, niet bijkomend gefinancierd.

Voorstel : De palliatieve opdracht ondersteunen zowel in de RVT- als in de ROB-sector door middel van een forfait per instelling dat kan gebruikt worden voor vorming van het personeel en dus kan leiden tot een verhoging van de eigen competenties inzake palliatieve zorg. Deze forfaitaire financiering wordt voorzien voor instellingen vanaf meer dan 60 erkende RVT- en/of ROB-bedden. (De instellingen met minder dan 60 erkende bedden kunnen nu reeds voor hun palliatieve opdracht een beroep doen op de samenwerkingsverbanden en de palliatieve equipes.)

Het vast forfait zou worden verhoogd in functie van het aantal bedden én de aard van die bedden (RVT-ROB). In ruil voor deze extra financiering wordt een registratie en evaluatie van de palliatieve opdracht binnen deze instellingen voorzien.

III. *Ziekenhuis*

— Versterking Palliatieve opdracht

De palliatieve opdracht in een ziekenhuis wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team. Dit mobiele team is onder meer belast met het invoeren van een palliatieve zorgcultuur, het verstrekken van advies inzake palliatieve zorg, het zorgen voor de permanente opleiding van het personeel en voor de conti-

Proposition : Nous voulons renforcer encore le financement et l'encadrement de ces lits Sp par les moyens suivants :

1. adaptation des normes afin que les médecins généralistes spécialisés expérimentés et formés aux soins palliatifs puissent diriger cette entité de soins palliatifs;
2. les honoraires de surveillance médicaux de 808 francs belges par jour sont actuellement limités à 21 jours et s'appliquent dès le 1^{er} jour d'hospitalisation. Nous proposons de relever cette durée de 21 à 28 jours et de ne la faire courir qu'à partir de l'admission au service Sp palliatif;
3. l'encadrement existant pour les entités de soins palliatifs est relevé de 1,25 à 1,50 ETP par lit.

— Mission de soins palliatifs dans les MRS et les MRPA

Afin de soutenir les soins aux malades en phase terminale dans les maisons de repos et de soins (MRS) et par analogie à la mission de soins palliatifs des hôpitaux, les médecins et le praticien de l'art infirmier chef désignés sont chargés :

- d'abord, d'introduire la culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel;
- ensuite, de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'intention du personnel soignant présent (praticiens de l'art infirmier, aides-soignants, auxiliaires paramédicaux, kinésithérapeutes);
- et enfin, d'actualiser les connaissances en matière de soins palliatifs du personnel précité.

Cette mission est complémentaire à celle des dispensateurs de soins et n'a pas pour but de prendre en charge les soins comme tels.

Actuellement, cette mission palliative ne reçoit pas de financement supplémentaire. Elle n'a de valeur légale que pour le secteur des MRS et pas pour le secteur des MRPA.

Proposition : Nous voulons appuyer la mission des soins palliatifs tant dans le secteur des MRS que dans le secteur des MRPA au moyen d'un forfait par institution qui peut être utilisé pour la formation du personnel et donc conduire à une augmentation des compétences propres en matière de soins palliatifs. Ce financement forfaitaire est prévu pour les institutions comptant plus de 60 lits agréés MRS et/ou MRPA. (Les institutions comptant moins de 60 lits agréés peuvent, pour leur mission de soins palliatifs, d'ores et déjà faire appel aux associations et aux équipes palliatives.)

La proposition vise à augmenter le forfait par institution en fonction du nombre et de la nature (MRS-MRPA) de leurs lits. En échange de ce financement supplémentaire, il est prévu un enregistrement et une évaluation de la mission de soins palliatifs au sein de ces institutions.

III. *Hôpital*

— Renforcement de la mission de soins palliatifs

La mission de soins palliatifs dans un hôpital est assurée par une équipe multidisciplinaire. Cette équipe mobile est chargée entre autres d'introduire une culture de soins palliatifs, de donner des conseils en matière de soins palliatifs de veiller à la formation permanente du personnel et des soins ainsi

nuïteit van zorgverlening wanneer de terminaal zieke patiënt het ziekenhuis verlaat om naar huis te gaan of opgenomen wordt in de rusthuissector.

Momenteel wordt deze opdracht forfaitair als volgt gefinancierd :

- voor ziekenhuizen met minder dan 500 bedden — 450 000 Belgische frank;
- voor ziekenhuizen met meer dan 500 bedden — 750 000 Belgische frank

Voorstel : De ministers stellen voor om de palliatieve opdracht binnen de ziekenhuizen uit te breiden en een mobiele equipe, een mobiel supportteam te voorzien dat bestaat uit :

1. minstens een ½ time specialist per ziekenhuis en verder *pro rata* van ½ per 500 bedden;
2. minstens 0,5 gegradueerd verpleger en een 0,5 psycholoog. Voor ziekenhuizen met meer dan 500 bedden geldt 1,5 VTE.

In ruil voor deze extra financiering wordt een registratie en evaluatie van de palliatieve opdracht binnen deze instellingen voorzien.

qu'à la continuité des services de soins lorsque le patient en phase terminale de la maladie quitte l'hôpital pour rentrer chez soi ou être admis dans le secteur des maisons de repos.

Actuellement, cette mission est financée forfaitairement comme suit :

- pour les hôpitaux de moins de 500 lits — 450 000 francs belges;
- pour les hôpitaux de plus de 500 lits — 750 000 francs belges.

Proposition : Nous proposons de renforcer la mission de soins palliatifs dans les hôpitaux au moyen d'une équipe mobile, d'une équipe de soutien mobile comprenant :

1. au moins ½ temps spécialiste par hôpital et ensuite au *pro rata* de ½ par 500 lits;
2. au moins 0,5 infirmier gradué et 0,5 psychologue; pour les hôpitaux de plus de 500 lits, 1,5 ETP.

En échange de ce financement supplémentaire, il est prévu un enregistrement et une évaluation de la mission de soins palliatifs dans ces établissements.