

STRATEGISCH RAPPORT
VOOR DE SOCIALE BESCHERMING
EN INSLUITING
2006-2008

België



STRATEGISCH RAPPORT
VOOR DE SOCIALE BESCHERMING
EN INSLUITING
2006-2008

België



.be



HOOFDSTUK I. ALGEMEEN OVERZICHT	9
SECTIE 1.1. BESCHRIJVING VAN DE SOCIALE TOESTAND	9
1.1.1. Welvaart, sociale bescherming en armoede	9
1.1.2. Gezondheid en lange termijn zorg	10
1.1.3. Werk, activering en opleiding	10
1.1.4. Sociale zekerheidsuitkeringen en bijstand	11
1.1.5. Huisvesting	12
1.1.6. Demografie-houdbaarheid.....	12
SECTIE 1.2. ALGEMENE STRATEGISCHE BENADERING	12
1.2.1. Een sterke, leefbare, billijke en solidaire sociale zekerheid	12
1.2.2. De strategie van Lissabon en de onderlinge versterking van werkgelegenheid, het sociaal en het economisch aspect.....	14
1.2.3. Gezondheid: een nieuwe uitdaging.....	15
1.2.4. Beter bestuur	15
HOOFDSTUK 2. NATIONAAL ACTIEPLAN SOCIALE INSLUITING.....	19
SECTIE 2.1. SLEUTELUITDAGINGEN, PRIORITAIRE DOELSTELLINGEN EN TARGETS.....	19
2.1.1. Een goede en betaalbare woning voor iedereen.....	19
2.1.2. Activering en diversiteit: Meer mensen uit risicogroepen aan 't werk.....	20
2.1.3. Kinderarmoede: Doorbreken van de cirkel van de armoede	22
SECTIE 2.2. AAN IEDEREEN EEN KWALITEITSVOLLE EN BETAALBARE WONING GARANDEREN DOOR TUSSEN TE KOMEN OP DE HUURMARKT.....	23
2.2.1. Beleidsmaatregelen	23
2.2.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen	26
2.2.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken	26
SECTIE 2.3. ONTWIKKELEN VAN DE ACTIVERING EN DE DIVERSITEIT IN HET TEWERKSTELLINGSBELEID EN DE MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE... ..	27
2.3.1. Beleidsmaatregelen	27
2.3.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen	30
2.3.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken	30
SECTIE 2.4. STRIJDEN TEGEN DE ARMOEDE BIJ KINDEREN.....	31
2.4.1. Beleidsmaatregelen	31
2.4.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen	33
2.4.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken	33

B) Goede algemene toegankelijkheid	48
C) Maatregelen om de «financiële hinderpalen» te matigen	48
D) Maatregelen om de «niet financiële hinderpalen» te beperken.....	50
4.2.3. De kwaliteit van de verzorging bevorderen	51
A) Kwaliteitsverzorging voor allen!	51
B) De kwaliteit van de behandelingen.....	53
C) De kwaliteit van de zorgverleners.....	54
D) Respect van de rechten van de patiënt	55
4.2.4. De financiële leefbaarheid van toegankelijke en kwaliteitsverzorging garanderen	56
A) Evolutie van de uitgaven: beheerste trend, rekening houdend met de kostprijs van de veroudering	56
B) Vastlegging van een groeिनorm van de openbare gezondheidsuitgaven	56
C) Monitoring van de openbare gezondheidsuitgaven	57
D) Werktuigen tot beheersing van de groeिनorm van de openbare uitgaven voor de gezondheid.....	57
E) Andere beleidslijnen voor duurzaamheid	58
F) Aanvullende (of privé-) financiering van de gezondheidsuitgaven	59
 SECTIE 4.3. DE LANGDURIGE VERZORGING.....	 60
4.3.1. Korte beschrijving van het systeem van verzorging op lange termijn	60
4.3.2. De toegang tot verzorging op lange termijn verzekeren.....	60
A) Een zorgaanbod voor ouderen dat voortdurend verder ontwikkeld wordt om de evolutie van de behoeften op te vangen	60
B) Kosten en andere toegankelijkheidsproblemen in verband met de zorg voor ouderen.....	63
C) Een aanbod van langdurige verzorging dat zich specialiseert	64
D) De kostprijs en andere toegankelijkheidsproblemen voor de langdurige verzorging	66
E) De noodzakelijke samenwerking tussen deze verschillende diensten voor langdurige zorg voor ouderen.....	68
4.3.3. Bevordering van de kwaliteit van verzorging op lange termijn.....	69
4.3.4. De financiële leefbaarheid van toegankelijke kwaliteitsverzorging op lange termijn garanderen.....	70
 BIJLAGEN	 71

Inleiding

Zoals benadrukt wordt in de conclusies van de Europese raden van maart 2005 en maart 2006, biedt de **Lissabonstrategie**, nu gericht op werkgelegenheid en groei, een kader waarin het economisch, werkgelegenheids en sociaal beleid elkaar onderling versterken.

Op sociaal vlak omvat de **open methode van coördinatie** (gemeenschappelijke doelen bepalen, opvolging en evaluatie van hun inwerkingtreding en onderling leerproces) drie domeinen: **sociale integratie, pensioenen, gezondheid en langdurige zorg**. Deze drie domeinen worden sedert dit jaar gezamenlijk behandeld in het kader van een gerationaliseerd en een geïntegreerd sociaal proces.

Het is in deze context dat de Raad de Lidstaten heeft gevraagd om in september 2006 «**nationale rapporten inzake de sociale bescherming en de sociale inclusie voor de periode 2006-2008**» voor te leggen. Op basis van deze nationale strategische rapporten, zal de Europese Commissie een ontwerp van gemeenschappelijk rapport inzake sociale bescherming en sociale inclusie voorstellen met het oog op de Raad van maart 2007.

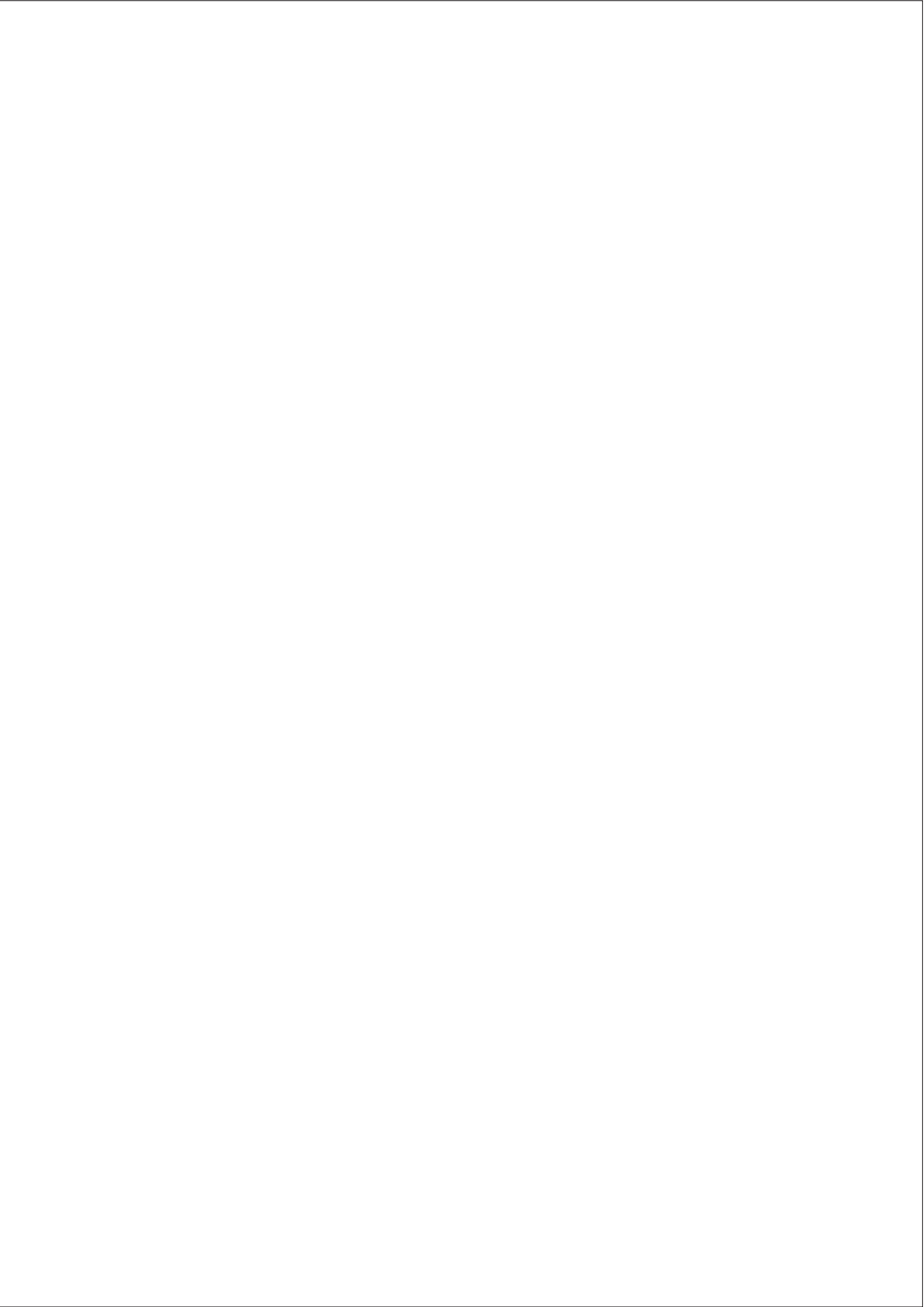
Concreet bevat dit Belgische strategisch rapport vier hoofdstukken: een algemene inleiding, een hoofdstuk sociale inclusie, een hoofdstuk pensioenen en een hoofdstuk gezondheidszorg en langdurige zorg.

Hoofdstuk I, «Algemene inleiding», bevat twee delen. Het 1^{ste} deel maakt de stand van zaken op van de sociale situatie in België. Het bevat informatie (geïllustreerd met statistieken) over welzijn, sociale bescherming, armoede, gezondheid, werk, activering, opleiding, de prestaties inzake sociale bescherming en maatschappelijke begeleiding, huisvesting en de houdbaarheid van de sociaal bescherming. Deze informatie situeert waar België zich op de Europese schaal bevindt en geeft nu en dan verduidelijkingen per categorie (actieve/niet-actieve bevolking, jongeren/ouderen, vrouwen/mannen, ... enzovoort). Deze verzameling van gegevens maakt het mogelijk de sterke en de zwakke punten van België op sociaal vlak te inventariseren. Zo wordt duidelijk welke de uitdagingen zijn die het beleid voor 2006-2008 kunnen sturen. Het 2^{de} deel vat de algemene beleidsbenadering van België op sociaal vlak samen. Het vermeldt de wil om een sterke, leefbare, rechtvaardige en solidaire sociale zekerheid te behouden, voornamelijk door werkgelegenheid te creëren. Het generatiepact wordt hierin vernoemd als zeer belangrijk instrument.

Hoofdstuk II is gewijd aan *het Nationaal Actieplan Sociale Inclusie*. Dit hoofdstuk werd opgebouwd rond 3 sleuteluitdagingen: iedereen de garantie bieden op betaalbare en degelijke huisvesting, de activering en de verscheidenheid in werk en maatschappelijke integratie meer ontwikkelen en het bestrijden van armoede die kinderen treft. Voor elke uitdaging vermeldt het rapport de gekwantificeerde doelstellingen, de belangrijkste beleidsmaatregelen (per grote beleidslijn) om deze uitdagingen te realiseren, de indicatoren alsook de opvolgingsmodaliteiten (de instrumenten voor monitoring) en de middelen toegekend voor de verwezenlijking van deze doelstellingen.

Hoofdstuk III betreft *de pensioenen*. Dit hoofdstuk bestaat in hoofdzaak uit een update van het «Belgisch Nationaal Strategisch Pensioen-rapport 2005». De drie paragrafen van dit hoofdstuk behandelen respectievelijk de drie gemeenschappelijke Europese doelstellingen, zijnde: toereikende pensioenen, de leefbaarheid van het pensioenstelsel (om de budgettaire gevolgen van de vergrijzing het hoofd te bieden) en de modernisering van de pensioenstelsels. Bijzondere aandacht gaat uit naar de maatregelen die in het kader van het Generatiepact werden genomen om deze doelstellingen te bereiken.

Hoofdstuk IV, ten slotte, betreft *de gezondheidszorg en de langdurige zorg*. De eerste paragraaf behandelt de voornaamste uitdagingen waarmee het land wordt geconfronteerd inzake gezondheidszorg en langdurige zorg. De tweede paragraaf is gewijd aan de gezondheidszorg. De derde paragraaf gaat in op de langdurige zorg. Voor deze twee voornaamste onderdelen concentreert het verslag zich na een korte beschrijving van de geldende systemen op de drie gemeenschappelijke doelstellingen op Europees vlak: de toegang tot de gezondheidszorg verzekeren (en tot de langdurige zorg); de kwaliteit van de zorg bevorderen; de financiële leefbaarheid verzekeren van de systemen van gezondheidszorg en langdurige zorg.



Hoofdstuk I: Algemeen overzicht

SECTIE 1.1. BESCHRIJVING VAN DE SOCIALE TOESTAND

1.1.1. Welvaart, sociale bescherming en armoede

België kent een hoge algemene welvaart en een sterk uitgebouwd sociaal beschermingssysteem. Het mediaan beschikbaar inkomen van de Belgische gezinnen behoort anno 2003 tot de hogere in de EU25 zone (7de plaats). In datzelfde jaar werd 29,7% van het BBP aan sociale bescherming besteedt (5e hoogste in EU25). De sociale uitkeringen (zonder pensioenen) reduceren het armoederisicopercentage met 46%, wat meer is dan het EU25-gemiddelde, maar sommige lidstaten scoren nog beter.

Binnen deze context kent België een relatief armoederisicopercentage (15%) dat zich rond het EU25-gemiddelde (16%) situeert. In België is er, op het vlak van armoederisico, ook in vergelijking met andere lidstaten, een zeer groot verschil tussen degenen die werken enerzijds (4%) en werklozen (28%) en andere inactieven (27%) anderzijds. Ook ouderen (65+) hebben een duidelijk verhoogd armoederisico. Vergeleken met de jongere leeftijdsgroep (0-64 jaar) lopen ouderen 1,5 keer meer risico op armoede (21% versus 14%). Globaal is er geen verschil in armoederisico tussen oudere mannen en vrouwen. Wel zijn er duidelijke verschillen tussen oudere alleenstaande vrouwen (24%) en mannen (19%). Dit verschil is nog groter onder 75-plussers. Deze verschillen vinden wellicht hun oorsprong in verschillende loopbaanprofielen, waarbij de vrouwelijke loopbaan meer gekenmerkt wordt door onderbrekingen en lagere lonen, onder meer door meer deeltijds werk (cf. infra). Personen met een lage opleiding hebben een driemaal hoger armoederisico dan hoog opgeleiden (23% t.o.v. 7%). Het armoederisicopercentage van kinderen (0-15) en dat van jong volwassenen (16-24) leunt met respectievelijk 17% en 16% nauw aan bij het gemiddelde voor de totale bevolking. Alleenstaande ouders en personen die leven in een gezin zonder betaald werk en met kinderen lopen, samen met personen met een niet EU-25 nationaliteit, het hoogste armoederisico.

1.1.2. Gezondheid en lange termijn zorg

Een aantal belangrijke indicatoren wijst op een voortdurende verbetering van de globale gezondheidstoestand van de bevolking. Zowel de levensverwachting als de levensverwachting in goede gezondheid blijven toenemen. Deze laatste neemt zelfs sneller toe dan de totale levensverwachting. Op beide vlakken scoort België goed in Europees verband, ook wat de trend betreft. De kindersterfte is de afgelopen decennia sterk gedaald en blijft verder afnemen (12,1/1000 in 1980, 4,3/1000 in 2004).

De dekkingsgraad voor geneeskundige verzorging is voor zware medische ingrepen bijna volledig (99%) en wordt voor lichtere ingrepen (momenteel dekking van 94%) verder uitgebreid, met name via verplichte verzekering voor zelfstandigen. In vergelijking met de twaalf andere EU-lidstaten waarvoor al EU-SILC data werden verzameld in 2004 is het percentage mensen (16+) dat in België zegt in de voorbije twaalf maanden een medisch onderzoek of behandeling, om financiële redenen, te hebben uit- of afgesteld, beperkt: 1,8%. Indien ook tandheelkundig onderzoek in rekening wordt gebracht stijgt dit tot 4%. België scoort met deze percentages bij de beste lidstaten. Andere bronnen, met een andere bevragingswijze, leiden evenwel tot hogere cijfers. Een verdere ontwikkeling van de indicatoren voor dit en andere aspecten van gezondheid en lange termijn zorg vormt een specifieke uitdaging. De meeste gezondheidsindicatoren wijzen op belangrijke verschillen tussen beter en minder goed gesitueerde bevolkingscategorieën. In dit kader is de, onder andere financiële, toegankelijkheid van de preventieve en curatieve gezondheidszorg een belangrijk aandachtspunt.

Op het vlak van de lange termijn zorg kan, mede in het perspectief van de veroudering van de bevolking, de betaalbaarheid, op maatschappelijk en persoonlijk vlak, als een cruciale uitdaging worden gezien.

1.1.3. Werk, activering en opleiding

In 2005 is de werkzaamheidsgraad met 61,1% onder het EU25 gemiddelde van 63,8% gebleven. De verschillen met het Europees gemiddelde situeren zich uitsluitend bij jongere (15-24 jaar) en oudere (55-64 jaar) personen op actieve leeftijd. Dit zijn tevens de prioritair aandachtsgroepen voor het werkgelegenheidsbeleid. De langdurige werkloosheid en, vooral, het aandeel van volwassen personen dat leeft in een huishouden zonder betaald werk situeren zich boven het Europees gemiddelde. Personen met een niet EU25-nationaliteit, personen met een lage opleiding en personen met een handicap hebben een substantieel lagere werkzaamheidsgraad dan de globale actieve bevolking. Onder loontrekkenden neemt het deeltijds werk toe. In 1995 werkte nog 15,4% van de loontrekkenden deeltijds. In 2005 was dat opgelopen tot 24,1%, 43,5% bij vrouwen en 8,1% bij mannen. De werkzaamheidsgraad vertoont verder grote regionale verschillen. Vanuit het perspectief van sociale inclusie ligt een belangrijke uitdaging in het stimuleren van de werkgelegenheid voor een aantal kansgroepen, zonder het percentage werkende armen, dat in België relatief laag is, op te drijven.

Onderwijs en opleiding zijn cruciale determinanten voor de kansen op de arbeidsmarkt en voor een optimale ontplooiing van iemands capaciteiten. Vanuit dit perspectief moet vastgesteld worden dat er op het vlak van het percentage vroegtijdige schoolverlaters geen trendmatige daling is in de richting van het voor 2010 vooropgestelde 10%-streefcijfer. In 2005 bedroeg het aandeel vroegtijdige schoolverlaters in België 13%, tegenover een EU25-gemiddelde van 15%. De participatie aan levenslang leren is sinds begin van de jaren '90 duidelijk toegenomen. Met 10% scoort België in 2005 evenwel nog steeds iets lager dan het EU25-gemiddelde (10,8%). Zoals in andere landen, blijkt de participatie duidelijk hoger te liggen onder personen met een hoge basisopleiding dan onder personen met een lage basisopleiding.

1.1.4. Sociale zekerheidsuitkeringen en bijstand

De sociale uitkeringen zijn een noodzakelijk complement bij een activerend arbeidsmarktbeleid en een strategische factor voor het beleid van armoedebestrijding en sociale cohesie. Nadat was vastgesteld dat in de loop van de jaren 1980 en 1990 de (minimum)uitkeringen een achterstand hadden opgelopen ten opzichte van de algemene welvaartsontwikkeling werd de afgelopen jaren de handhaving van de levensstandaard van de pensioenen en de andere sociale uitkeringen als een regeringsprioriteit erkend. Vanaf 2008 voorziet het Generatiepact dat de regering zich om de twee jaar uitspreekt over de financiële middelen die ze ter beschikking stelt voor een aanpassing van alle of sommige inkomensvervangende uitkeringen aan de evolutie van de algemene welvaart.

Op het vlak van het inkomen van bejaarden wijzen diverse indicatoren erop dat de inkomens van 65-plussers in België, die voor 84% uit pensioenen bestaan, gemiddeld en in internationaal vergelijkend opzicht, niet hoog zijn. Als voorbeeld verwezen zij naar de relatieve mediane inkomensratio, de verhouding van het netto mediaan equivalent inkomen van de bevolking van 65 jaar en ouder tot het mediaan equivalent inkomen van de complementaire jongere leeftijdsgroep van 0 tot 64 jaar bedraagt in België 76%. Het EU25 gemiddelde is 87%. Via aandacht voor welvaartsaanpassingen, aandacht voor a-typische loopbanen van vooral vrouwen en voor pensioenen van zelfstandigen werd de afgelopen jaren getracht de toereikendheid van huidige en toekomstige pensioenen te verbeteren. Onlangs werd door de regering beslist om de bodembescherming voor ouderen (IGO) per 1/12/2006 op te trekken tot het niveau van de armoederisicogrens.

Het beleid inzake de sociale uitkeringen voor degenen die niet op de arbeidsmarkt terecht kunnen richt zich enerzijds op het waarborgen van een adequaat minimum, gegeven de budgettaire contouren, en anderzijds op het vermijden van financiële werkloosheids- of inactiviteitsvallen. Door een aantal recente maatregelen blijken deze werkloosheidsvallen grotendeels te zijn weggewerkt. Toch moet vastgesteld worden dat het niveau van een aantal minimumuitkeringen zich nog beneden de armoederisicodrempel situeert. Dit is voornamelijk het geval voor de werkloosheids- en invaliditeits- en bijstandsuitkeringen voor koppels (met en zonder kinderen) en voor de werkloosheids- en bijstandsuitkeringen voor alleenstaanden (met en zonder kinderen).

1.1.5. Huisvesting

De inkomenssituatie van heel wat huurders is zeer precair. Hun armoederisicopercentage is meer dan tweemaal zo hoog als dat van eigenaars: 27% versus 11%. Alhoewel een goede indicator rond de betaalbaarheid van wonen ontbreekt kan op basis van vroeger onderzoek vermoed worden dat er zich een belangrijk probleem van de betaalbaarheid stelt voor lage inkomens die op de private woningmarkt moeten huren. Sinds 1995 is het aantal sociale huurwoningen in percentage van het totaal aantal huishoudens constant gebleven, op goed 6%. Dit geldt voor de drie Gewesten. De kwaliteit van de huisvesting blijkt voor zwakke sociale categorieën in veel gevallen minder goed te zijn. Het verbeteren van de huisvestings situatie op het vlak van kwaliteit en betaalbaarheid van sociaal zwakke sociale categorieën op de private huurmarkt vormt een belangrijke uitdaging.

1.1.6. Demografie-houdbaarheid

De actuele uitdagingen en maatregelen moeten mede gezien worden in het perspectief van de demografische evolutie. De verhouding van de bevolking van 65 jaar en ouder tot de bevolking op actieve leeftijd (15-64 jaar) neemt naar verwachting toe van 26% in 2004 tot 46% in 2050. De begrotingskost van de vergrijzing, gedefinieerd als de toename van het geheel van de sociale uitgaven van de overheid, zou volgens de meest recente prognoses 5,8% van het BBP bedragen. De houdbaarheid van een hoog algemeen welvaartsniveau en het waarborgen van een adequate levensstandaard en zorg voor alle burgers veronderstellen dat deze evolutie op alle relevante domeinen wordt voorbereid.

SECTIE 1.2. ALGEMENE STRATEGISCHE BENADERING

1.2.1. Een sterke, leefbare, billijke en solidaire sociale zekerheid

De regering is ervan overtuigd dat een leefbare, sterke, billijke en solidaire sociale zekerheid een middel is om een dynamische economie te ontwikkelen en een noodzakelijk instrument is voor het scheppen van werkgelegenheid, het verhogen van de tewerkstellingsgraad en voor meer welvaart. Het is de bedoeling ze te versterken.

Het scheppen van werkgelegenheid is de beste garantie om de toekomst van de sociale zekerheid veilig te stellen.

In dit opzicht wenst de regering tegelijkertijd ambitieuze acties op het getouw te zetten om de economie te ondersteunen en te dynamiseren en om te voorkomen dat het niveau van sociale bescherming achteruitloopt op de evolutie van de nationale rijkdom.

In het voortgangsverslag over het nationaal hervormingsprogramma (NHP) 2005-2008 wordt de stand van zaken opgemaakt over de uitvoering van deze strategie.

Er wordt daarin dieper ingegaan op de maatregelen getroffen en aangekondigd ter uitvoering van het *Generatiepact*, dat deel uitmaakt van de regeringsverklaring 2006.

De sociale partners zullen tijdens de komende weken over een interprofessioneel akkoord onderhandelen om het aldus uitgewerkte programma te kunnen voortzetten.

De financiering van de sociale bescherming komt niet aan bod in de open methode van coördinatie met betrekking tot de sociale dimensie. Desalniettemin speelt deze financiering een centrale rol. Het zou dan ook ongepast zijn om dat aspect buiten beschouwing te laten in een sociaal strategisch rapport.

De *eerste prioriteit* van de regering, op vlak van sociale bescherming, bestaat erin het *financieel evenwicht van de sociale zekerheid, structureel veilig te stellen*, zonder de druk op de arbeidskosten te verhogen en met behoud van een hoge graad van sociale bescherming.

De fiscale en parafiscale druk op arbeid ligt zeer hoog wat ons concurrentievermogen op wereldvlak in het gedrang zou kunnen brengen. België wenst dat deze problematiek aan bod zou komen in het kader van de sociale en economische convergentie op Europees niveau.

Om het scheppen van werkgelegenheid aan te moedigen, werden bijkomende maatregelen voor bijdragevermindering ingevoerd voor jongere en oudere werknemers alsook voor het bevorderen van onderzoek. Nieuwe bijdrageverminderingen worden overwogen. Deze maatregelen zijn beschreven in het deel werkgelegenheid van het voortgangsrapport van het Belgisch NHP.

De lagere inkomsten van sociale zekerheid als gevolg van deze bijdrageverminderingen werden gecompenseerd door middel van de alternatieve financiering. In eerste instantie bestond de alternatieve financiering in een percentage van BTW-inkomsten. Vandaag wordt deze ook gevoed, door accijnzen en een percentage van de inkomsten op de roerende voorheffing. De nieuwe sociale beschermingsmaatregelen om de werkgelegenheid te stimuleren (werkgelegenheidsbonus, dienstencheques, outplacement...) worden door enveloppes afkomstig uit de alternatieve financiering gefinancierd.

Om de inkomsten onder controle te houden heeft de regering beslist de strijd tegen zwartwerk en sociale fraude op te voeren. Ze is van mening dat een overlegde actie op Europees niveau of door samenwerking tussen bepaalde lidstaten een doeltreffende strijd tegen fraude zou kunnen garanderen.

Het onder controle houden van de uitgaven, onder andere voor geneeskundige verzorging, maakt deel uit van de problematiek van een gezonde financiering. De regering wil voorzien in een passende financiering van de geneeskundige verzorging terwijl tevens mechanismen worden ingevoerd om de kosten onder controle te houden en de actoren (zorgverleners, ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen, ...) te responsabiliseren. Dit beleid werpt zijn vruchten af, zoals blijkt uit hoofdstuk 4 van het rapport.

De *tweede prioriteit* van de regering op het gebied van sociale bescherming is de *welvaartsvastheid van de sociale uitkeringen*. Dit mechanisme garandeert het in stand houden van een behoorlijk niveau van sociale bescherming.

In hoofdstuk 3 van het rapport wordt deze strategie inzake pensioenen uiteengezet en wordt het structureel mechanisme van welvaartsvastheid dat met de sociale partners werd overeengekomen, beschreven.

Deze strategie geldt ook voor de andere sociale uitkeringen die niet aan bod komen in dit rapport.

Naast deze prioriteiten berust de Belgische strategie op sociaal gebied ook op:

- een strikt beheer van de overheidsfinanciën en een vermindering van de overheidsschuld – die het laagste niveau sedert 25 jaar bereikt –, wat middelen vrijmaakt om de budgettaire kosten van de vergrijzing op te vangen;
- een beleid tot hervorming van de arbeidsmarkt (gaande van zekerheid in een betrekking naar zekerheid van de activiteit van de loopbaan);
- de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting door middel van een meerdimensionale benadering;
- het optrekken van het bedrag van het minimuminkomen om arbeid aantrekkelijker te maken.

1.2.2. De strategie van Lissabon en de onderlinge versterking van werkgelegenheid, het sociaal en het economisch aspect

Er zijn nauwe banden tussen het nationaal hervormingsprogramma (NHP) en het sociaal strategisch rapport.

Wat de *werkgelegenheid* betreft, kunnen we verwijzen in hoofdstuk 2 over sociale insluiting naar de tweede geïdentificeerde sleuteluitdaging: *activering en diversiteit* waarvan de prioritaire doelstelling erin bestaat *de activiteitsgraad van risicogroepen* (vrouwen, laaggeschoolde bevolking, bevolking met buitenlandse nationaliteit of van vreemde afkomst, personen met een handicap) *te verhogen*. Dit door de nadruk te leggen op de permanente vorming van laaggeschoolden, schooluitval tegen te gaan en door bijzondere aandacht te besteden aan de tewerkstellingstrajecten voor de doelgroepen.

In hoofdstuk 3 over pensioenen wordt dieper ingegaan op de kwestie van het *actief ouder worden* en de maatregelen genomen in het kader van het Generatiepact.

Ten slotte maakt het belang van geneeskundige verzorging en langdurige verzorging duidelijk dat de sector van de gezondheidsvoorzieningen de tewerkstelling in de hand kan werken.

Wat betreft het *macro-economisch* gedeelte van het NHP, kan een verband worden gelegd met het vraagstuk van de overheidsfinanciën en het onder controle houden van de kosten, dat wordt toegelicht zowel in hoofdstuk 3 – pensioenen dat herinnert aan de Belgische strategie, gekoppeld aan het Zilverfonds, als in het deel gezondheid

waarin het onder controle houden van het evenwicht tussen kwaliteit-toegankelijkheid/kosten aan bod komt.

In het sociaal rapport wordt ook het vraagstuk van de inkomens en van de sociale uitkeringen onderzocht. Deze thematiek vormt het kernvraagstuk in de strijd tegen armoede.

De eerste geïdentificeerde sleuteluitdaging in het deel insluiting: een *degelijke en betaalbare woning voor iedereen* vult de beschrijving van de inkomensproblematiek aan. De Belgische overheid antwoordt aldus op de observaties die herhaaldelijk voor België vermeld zijn in de gezamenlijke rapporten over sociale insluiting (2004, 2005) en in «Social inclusion in Europe 2006».

In het Belgisch plan voor duurzame ontwikkeling maakt huisvesting ook deel uit van zijn prioritaire acties.

Ten slotte wordt in het hoofdstuk insluiting de nadruk gelegd op *armoede bij kinderen*. Voor deze uitdaging is een mainstreaming benadering met aandacht voor onderwijs, inkomens, werkgelegenheid, gezondheid, vervoer, ... onontbeerlijk. Met deze uitdaging wordt uitdrukkelijk verwezen naar de verantwoordelijkheid van de overheid om iedereen dezelfde kansen aan te bieden (en dus om ongelijkheid weg te werken).

1.2.3. Gezondheid: een nieuwe uitdaging

Het deel *gezondheid* is nieuw in het Europese proces; in de latere versies van de sociale strategische rapporten zal een beter onderling verband tussen de delen kunnen worden gelegd. Daarin wordt de Belgische strategie toegelicht, die erin bestaat iedereen een kwaliteitsverzorging aan te bieden tegen een redelijke prijs, waarbij tevens de globale verhoging van de kosten van het systeem onder controle kan worden gehouden.

De vicieuze cirkel waarin personen met psychische ziekten zich bevinden – van ziekte naar uitsluiting en van uitsluiting naar ziekte – vereist overlegde acties en een diepgaand onderzoek waarbij het sociaal statuut van de betrokken personen aan bod zou moeten komen.

1.2.4. Beter bestuur

• Proces voor het opmaken van de strategische rapporten

Wat betreft de politieke coördinatie heeft België, wegens zijn grondwettelijke structuur, een praktijk van overleg tussen alle bevoegde overheidsniveaus ontwikkeld: de federale regering, de Gewesten en de Gemeenschappen. Het NHP, dat werd opgemaakt in het kader van de strategie van Lissabon, werd tussen deze overheden gecoördineerd. Nieuwe structuren werden overigens voor het opmaken van dit strategische verslag ingevoerd om een coördinatie bij het opstellen zelf mogelijk te maken.

Onderhavig rapport, waarin de drie elementen van de OMC voor de eerste maal worden opgenomen, heeft evenzo aanleiding gegeven tot de oprichting van een

passende structuur voor de opmaak en het overleg, die steunde op de netwerken die voor de vorige rapporten werden ingesteld.

De bevoegde administraties werden betrokken bij de opmaak, of hebben de teksten zelf opgesteld of waren verantwoordelijk voor bepaalde keuzens die in deze rapporten werden gemaakt (zoals het NAPincl bijvoorbeeld).

Het verslag werd aan de sociale partners voor advies voorgelegd.

Er bestonden reeds passende processen en structuren voor de voorbereiding en de opvolging van het NAP-incl, waarbij een groot aantal actoren werd betrokken, waaronder de verenigingen van personen die in een situatie van armoede en sociale uitsluiting leven, maar ze werden versterkt om meer inspraak en een grotere doorzichtigheid van de processen mogelijk te maken. Zo werd de 'groep acties' aanzienlijk verruimd en op te merken valt eveneens dat het voorstel van strategische doelstellingen heeft voorgelegd. Het 'bottom up' proces werd eveneens versterkt omdat beter rekening werd gehouden met de talrijke aanbevelingen in het rapport «Abolir la pauvreté» dat in december 2005 door het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaanonzekerheid en sociale uitsluiting werd gepubliceerd, en die afkomstig zijn van de overleggroepen die twee jaar lang zijn bijeengekomen in het kader van de «dialogo-methode».

• **Insluiting: proefproject: ervaringsdeskundigen**

Om de kloof te dichten tussen personen die door armoede zijn getroffen en de samenleving en om de maatschappij beter bewust te maken wat betreft de problematiek van sociale uitsluiting is een experiment van start gegaan in 2004. Personen die armoede en sociale uitsluiting aan den lijve ondervonden hebben, ontvangen een specifieke opleiding die hen in staat stelt hun armoede-ervaring op een professionele manier aan te wenden binnen de overheidsdiensten. Op dit ogenblik werken er 18 ervaringsdeskundigen op het vlak van armoede en sociale uitsluiting in 10 verschillende federale overheidsdiensten.

• **Gezondheid**

De bestaande overlegstructuren tussen de gemeenschappen en regio's en het federaal niveau werden ingezet om het opstellen van het verslag te coördineren. Deze coördinatie kan beschouwd worden als een voorbeeld van good governance, in het bijzonder betreffende zorgen van lange duur.

Naar analogie van wat op het gebied van inclusie werd gedaan, wordt overwogen om een groep indicatoren en een groep acties op te starten om de evolutie van het deel gezondheid van het rapport op te volgen.

Wat de *monitoring* van de acties en de doelstellingen betreft, zal een jaarlijkse en transversale evaluatie plaatshebben met de verantwoordelijken voor het NHP, voor het plan DO en met de sociale partners.

Deel I zal worden opgevolgd door middel van de set globale indicatoren van de sociale OMC (open methode van coördinatie). De Belgische delegatie bij de ISG zal voor deze opvolging instaan in overleg met de verantwoordelijken voor de strategie werkgelegenheid.

Deel II wordt opgevolgd door voormelde permanente groepen, in overleg met het Steunpunt tot bestrijding van armoede.

Deel III wordt voornamelijk opgevolgd door de reeds vermelde Studiecommissie voor de vergrijzing. De indicatoren pensioenen zullen eveneens worden opgevolgd door de Belgische delegatie bij de ISG in overleg met de politieke verantwoordelijken inzake pensioenen.

Deel IV werd opgevolgd via verschillende kanalen:

De gezondheidsenquête door middel van interviews is de belangrijkste gegevensbron in België. In de enquête 2004 werd bijzondere aandacht besteed aan de situatie van ouderen.

Het in het rapport meer uitvoerig beschreven Kenniscentrum (KCE) heeft een belangrijke evaluatieopdracht.

Een overleg met het oog op het verzekeren van de samenhang met de acties ondernomen met de steun van de Europese Structuurfondsen, in het kader van de uitvoering van het sociale luik van de Lissabon strategie moet nog geactiveerd worden.



Hoofdstuk 2: Nationaal Actieplan Sociale Insluiting

SECTIE 2.1. SLEUTELUITDAGINGEN, PRIORITAIRE DOELSTELLINGEN EN TARGETS

2.1.1. Een goede en betaalbare woning voor iedereen

Het garanderen van een goede en betaalbare woning aan iedereen blijft één van de grootste beleidsuitdagingen voor België. De Belgische huisvestingsmarkt kent een hoog aantal private eigenaars en een beperkte huurmarkt. Het aanbod van sociale huurwoningen hierbinnen is beperkt en onvoldoende om aan de noden te voldoen. Sinds 1995 is het aantal sociale huurwoningen in percentage van het totaal aantal huishoudens constant gebleven, op zowat 6%. In de drie Gewesten bestaan er lange wachtlijsten. Dit is een indicator van de woonnood, zij het niet de enige. De private huurmarkt wordt gekenmerkt door een schaarste op het onderste segment waardoor woningen vaak te duur zijn en een lage kwaliteit hebben. In extreme vorm uit dit zich in huisjesmelkerij, zeker bij mensen die illegaal in België verblijven.

Uit vroeger onderzoek is gebleken dat er in de loop van de jaren '90 een belangrijke stijging is geweest van de kostprijs van de huisvesting. Een belangrijke groep huurders combineert bijgevolg een zwakke inkomenspositie met een relatief hoge huisvestingskost. De NAPincl-indicator rond woonkost geeft aan dat in 2003 33% van de huurders met een inkomen onder de mediaan meer dan één derde van het gezinsbudget aan huur besteedt. Nog uit vroeger onderzoek is gebleken dat de problemen rond de betaalbaarheid van de huisvesting zich vooral situeren bij personen die een woning huren op de private huurmarkt.

De kwaliteit van de huisvesting blijkt voor niet EU25 personen en huishoudens met kinderen en een lage werkintensiteit duidelijk minder goed te zijn. Deze categorieën blijken meer te wonen in woningen met twee of meerdere structurele problemen of met een gebrek aan ruimte. Zwakke sociale categorieën (alleenstaande ouders, werklozen, zieken/invaliden) blijken meer te wonen in woningen met twee of meer gebreken, evenals bewoners van een huurwoning. Brusselse huishoudens worden veel meer dan huishoudens uit andere gewesten geconfronteerd met een ruimtegebrek (17% tegenover ongeveer 4% voor de andere gewesten). Waalse en Brusselse huishoudens (23%) wonen meer in woningen met een structureel gebrek dan Vlaamse huishoudens (14%).

Om een goede en betaalbare woning te garanderen aan iedereen dient er een globaal en coherent huisvestingsbeleid ontwikkeld te worden door de Gewesten, in afstemming met het Federale niveau, dat verschillende sporen integreert.

TARGET 1: Stijging van het aantal sociale huurwoningen in percentage van het totaal aantal huishoudens.

	2003	2004	2008	2010
België	6,2%	6,3%	7%	8%

2.1.2. Activering en diversiteit: Meer mensen uit risicogroepen aan 't werk

Vanuit de vaststelling dat werk een cruciale dam vormt tegen armoede en sociale uitsluiting werd reeds in het NAPIncl 2001-2003 activering als een belangrijke beleidsprioriteit naar voren geschoven. Activeringsmaatregelen om via financiële stimuli, het wegwerken van werkloosheidsvallen en de verdere uitbouw van de sociale economie de tewerkstelling van risicogroepen te bevorderen zijn constanten binnen de reeds uitgevoerde NAPIncl.

Het Nationaal Hervormingsprogramma stippelde een breed arbeidsmarktbeleid uit waarbij goed werk, voor iedereen, jong en oud, wordt nagestreefd en de nadruk ligt op het verhogen van de werkzaamheidsgraad en de creatie van nieuwe arbeidsplaatsen.

In 2005 lag de werkgelegenheidsgraad in België met 61,1% onder het EU25-gemiddelde (63,8%). Een belangrijk deel van dit verschil is te wijten aan de zwakke deelname van de oude werknemers. In dit deel gaat de aandacht evenwel vooral uit naar andere risicogroepen. De problematiek van de oudere werknemers zal vooral in hoofdstuk 3 behandeld worden. De indicatoren bevestigen de belangrijke onderparticipatie aan werk van specifieke groepen. De werkzaamheidsgraad van personen met een niet EU25-nationaliteit, van laaggeschoolden en van personen met een handicap blijft ver onder deze van de totale actieve populatie. Alleenstaanden, personen met een lagere scholing en vooral alleenstaande ouders en personen met een nationaliteit van buiten de EU25 hebben een sterk verhoogde kans op langdurige werkloosheid.

Meer dan in de meeste EU-lidstaten het geval is, zijn er in België relatief meer huishoudens waar niemand betaald werk heeft. Het aandeel van personen die leven in een huishouden zonder betaald werk was in België in 2005 het op één na hoogste in de EU25 (13,5% tegenover 10% voor EU25). Het is opmerkelijk dat een duidelijke toename van de vrouwelijke werkgelegenheidsgraad (van 44,6% in 1992 naar 53,8% in 2005), niet gepaard is gegaan met een afname van het percentage huishoudens zonder betaald werk. Mogelijks heeft deze toename zich voornamelijk voorgedaan in huishoudens waar reeds betaald werk aanwezig was. Voor sommige groepen zijn wellicht specifieke maatregelen vereist voor de begeleiding naar werk. Gelet op het hoge armoederiscopercentsage voor personen die leven in een huishouden zonder werk blijft ook aandacht voor de inkomensbescherming belangrijk.

Vanuit deze vaststellingen en aanvullend op het algemene arbeidsmarktbeleid wordt in dit NAPIncl het thema «activering en diversiteit» naar voren geschoven als een belangrijke beleidsuitdaging. Om de werkzaamheidsgraad van risicogroepen te verhogen dienen er voor hen specifieke en gedifferentieerde maatregelen genomen te worden om hen toe te leiden naar de arbeidsmarkt en moeten er inspanningen geleverd worden om de arbeidsmarkt voor hen toegankelijker te maken.

TARGET 1: Verhoging van de werkzaamheidsgraad van specifieke doelgroepen, met name van vrouwen, van laaggeschoolden en van personen met een handicap.

	2005	2008	2010
Totale actieve bevolking	61,1%	66%	70%
Vrouwen	53,8%	55%	60%
Laaggeschoolden	32,6%	40%	50%
Personen met een handicap	35,6%	40%	50%

TARGET 2: De werkloosheidsgraad van personen met niet-EU nationaliteit zal niet hoger zijn dan deze van werknemers met EU/Belgische nationaliteit.

	2005		Ratio EU/Niet EU		
	Niet EU	EU	Index 2005	Target 2008	Target 2010
België	32,2%	7,9%	24,53	70	100
Brussel	34,6%	14,0%	40,46	76	100
Vlaanderen	25,6%	5,2%	20,31	68	100
Wallonië	39,4%	11,6%	29,44	72	100

TARGET 3: Verhogen van de participatie aan levenslang leren, specifiek voor personen met een laag opleidingsniveau. Het gaat hierbij om het percentage van de bevolking van 25 tot 64 jaar oud dat deelgenomen heeft aan een opleiding of training gedurende de vier weken die voorafgingen aan de arbeidskrachtenenquête.

	2003	2004	2008	2010
België	8,5%	9,5%	11,5%	12,5%
Lage opleiding	2,6%	3,2%	4,5%	6,25%

TARGET 4: Verminderen van vroegtijdig afhaken van het onderwijs of meer precies, het percentage jongeren van 18 tot 24 jaar die geen diploma hoger secundair onderwijs heeft en geen opleiding of vorming volgden.

	2005	2008	2010
België	13%	11%	10%

2.1.3. Kinderarmoede: Doorbreken van de cirkel van de armoede

Het bekijken van armoede en sociale uitsluiting vanuit de invalshoek armoede bij kinderen is tamelijk nieuw in België. In het Algemeen Verslag over de Armoede (1994) werden het belang van het gezin en maatregelen die het gezinsleven van mensen die in armoede leven beschermen als essentiële schakels naar voren geschoven in de strijd tegen de armoede. Het uitlichten van één van de componenten van het gezin, met name kinderen en vanuit dit gezichtspunt kijken legt echter een aantal nieuwe sporen bloot om de cirkel van de armoede, waarbij armoede van generatie op generatie wordt doorgegeven, te doorbreken.

België scoort op het vlak van de kinderarmoede beter dan het EU25-gemiddelde (17% tegenover 19%). Net zoals in een meerderheid van de andere lidstaten ligt het armoederisico van kinderen (-16 jarigen) iets boven het globale armoederisicopercentage voor de volledige bevolking. Kinderen van alleenstaande ouders en, a fortiori, kinderen in gezinnen waar geen van de volwassen gezinsleden werkt worden geconfronteerd met zeer hoge armoederisico's, respectievelijk 36% en 70%. Voor deze categorieën liggen de cijfers ook boven het EU-gemiddelde. De moeilijke situatie van deze huishoudens weerspiegelt zich ook op andere terreinen, o.a. de (on)mogelijkheid om op vakantie te gaan. Het percentage kinderen dat in een huishouden zonder betaald werk leeft behoort, met bijna 13%, tot de hoogste binnen EU25.

Ondanks het onderwijs is er een tendens tot intergenerationale overdracht van een gebrek aan kansen. Dit wordt geïllustreerd door het PISA-onderzoek waaruit blijkt dat kinderen van ouders met een hoog socio-professioneel statuut (bovenste kwartiel) gemiddeld veel beter scoren op leesvaardigheidstests dan kinderen van ouders met een laag socio-professioneel statuut (onderste kwartiel).

Kinderen wonen iets vaker in woningen met gebreken en duidelijk meer in woningen met een gebrek aan ruimte. Inzake basiscomfort (bad of douche, warm stromend water, wc binnenshuis) scoren zij dan weer iets beter dan de globale bevolking.

Essentieel in de strijd om de intergenerationale cirkel van de armoede te doorbreken is het verhogen van de mogelijkheden van mensen die in armoede leven om zelfstandig een kwaliteitsvol gezinsleven uit te bouwen waarbinnen de kinderen steun vinden voor hun ontplooiing en kansen krijgen om hun toekomst vorm te geven, zonder hierbij verstoord te worden door een opeenstapeling van problemen en moeilijkheden als gevolg van armoede. Dit betekent kortom een menswaardig inkomen, een kwaliteitsvolle job, een degelijke woning, goede onderwijsmogelijkheden en vrijetijdsmogelijkheden.

TARGET 1: Verminderen van het percentage kinderen jonger dan 16 jaar die een armoederisico kennen, m.a.w. leven in huishouden waarvan het equivalentinkomen lager is dan 60% van het nationaal mediaan equivalentinkomen.

	2003	2008	2010
België	17%	15%	12%

TARGET 2: Verminderen van het aandeel kinderen (0-17 jaar) die leven in een huishouden zonder betaald werk.

	2004	2005	2008	2010
België	13,2%	12,9%	10%	7%

SECTIE 2.2. AAN IEDEREEN EEN KWALITEITSVOLLE EN BETAALBARE WONING GARANDEREN DOOR TUSSEN TE KOMEN OP DE HUURMARKT

2.2.1. Beleidsmaatregelen

As1: Ingrijpen op het aanbod, zowel kwantitatief als kwalitatief

De toegang tot de huisvesting en de kwaliteit ervan vormt een prioriteit in de ontwikkelde beleidsmaatregelen. Vlaanderen actualiseert hiertoe het stelsel van tegemoetkomingen in de huur en ent het op kwaliteitsbewaking en de minimumkwaliteitsnormen, onderzoekt de mogelijkheden van een huurwaarborgfonds, stimuleert de sociale verhuurkantoren en bouwt de dienstverlening van de huurdersorganisaties verder uit. Eveneens wordt het aanbod aan bescheiden woningen verhoogd en de mix van private en sociale huisvesting nagestreefd. In dezelfde optiek, zal het Waalse Gewest het luik «huisvesting» van haar Plan «HP» concretiseren, privé patrimonium mobiliseren, de kwaliteit van bescheiden huurwoningen verbeteren, partnerschappen met de privé aansluiten en de creatie van «gemeenschappelijke» woningen stimuleren. Het Brusselse Gewest plant de bouw van 5.000 nieuwe sociale woningen, stimuleert de omschakeling van leegstaande kantoorgebouwen naar woningen en het wonen boven winkels en zal de onroerende voorheffing verminderen in een aantal wijken.

As 2: Verlagen van de toegangsdrempel tot de huisvesting en de voorzieningen, door in te grijpen op zowel de kostprijs als de inkomens

Op federaal niveau, zullen indicatieve huurschalen gedetermineerd worden in het kader van de paritaire huurcommissies. De mogelijkheid tot oprichting van een huurwaarborgfonds wordt onderzocht. Het Vlaamse huursubsidiestelsel zal vereenvoudigde modaliteiten kennen. Daarnaast wordt onderzocht in welke mate het besteedbaar

inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met schulden, kan gehanteerd worden bij de inschrijving en toewijzing van een sociale huurwoning. De tegemoetkomingen in de huur zullen eveneens hervormd worden in Brussel en de toegang er toe vergemakkelijkt, o.a. voor specifieke doelgroepen wordt er een experiment voorzien. Daarnaast wordt een gewestelijke taks op leegstaande en verwaarloosde woningen ingevoerd, een Informatiecentrum voor Huisvesting opgericht en een administratieve vereenvoudiging doorgevoerd.

As 3: Toegang tot energie en water

Bij de start van de vrijmaking van de energiemarkt werd in het Vlaamse Gewest in juli 2003 een aantal sociale energiemaatregelen ingevoerd. Op basis van een grondige evaluatie werden op 20 juli 2006 zowel een vernieuwend voorontwerp van decreet als een voorontwerp van besluit principieel goedgekeurd door de Vlaamse Regering, waarin o.m. een verhoging van de minimale levering van elektriciteit is voorzien en waarin de afsluitingen nog strikter worden geregeld. Tevens loopt er momenteel een pilootproject in Oost-Vlaanderen rond het uitvoeren van sociale energiescans. De ontwikkeling van een sociaal Waterfonds vormt in het Waalse Gewest een belangrijke stap in het realiseren van een echt recht op energie. Het Waalse Gewest zal er eveneens over waken dat iedereen een goede toegang heeft tot gas en elektriciteit en een betere bescherming voor sociaal zwakkere groepen. In de Brusselse sociale huisvesting zal progressief een systeem van geïndividualiseerde rekeningen ingevoerd worden. Bij renovaties zal men energiebesparende maatregelen en het gebruik van hernieuwbare energie stimuleren.

As 4: Versterken van de positie van de huurders en het stimuleren van de participatie

Het Federale Grootstedenbeleid financiert pilootprojecten m.b.t. de paritaire huurcommissies in de steden Charleroi, Gent en Brussel. Om de positie en rechten van de huurders te versterken zal de registratie van het huurcontract, die alleen nog maar schriftelijk kan zijn, verplicht gemaakt worden. In het nieuwe Vlaamse sociale huurbesluit zal een prioriteitsregel voor bewoners van onbewoonbaar verklaarde woningen opgenomen worden. In het vernieuwde Vlaamse huursubsidiestelsel ontvangen bewoners van ongeschikt en/of onbewoonbaar verklaarde woningen tijdelijk een ondersteuning onder de vorm van huursubsidie, indien zij verhuizen naar een conforme woning. De in 1995 ingevoerde Vlaamse heffing op langdurig leegstaande gebouwen en woningen werd in 2004 aangevuld met een objectievere en homogener vaststellingsmethodiek. Het Waalse Gewest wil de begeleiding van sociale huurders verbeteren en hun omgevingskwaliteit verbeteren. Eveneens zullen privé-eigenaars die hun woning blijven verhuren ondanks een verbod daartoe, gesanctioneerd worden. In Brussel zullen de sociale woningen over een professionele sociale dienst kunnen beschikken en de adviesraden van huurders zullen uitgebreid worden naar alle sociale woningen.

As 5: De private huisvesting sociaal maken

In Vlaanderen zal het budget voor de Sociaal Verhuurkantoren verder verhogen, krijgen zij ruimere actiemogelijkheden en zal er een promotiecampagne gevoerd worden. Het Waalse Gewest voorziet eveneens in een herfinanciering van de Sociale

Verhuurkantoren door steun aan de renovatie- en aanpassingswerken aan onbewoonde gebouwen die zij in beheer nemen. Een energie-audit wordt eveneens voorzien voor deze woningen. In Brussel zal het aantal woningen, beheerd door een sociaal verhuurkantoor, verhoogd worden met 2.000 eenheden. Door de uitvoering van het meerjarenplan van het «Netwerk Wonen» zullen verschillende sociale diensten aangeboden worden aan huurders die niet kunnen genieten van een sociale woning.

As 6: Versterken van de begeleiding van de daklozen

De federale overheid zal de obstakels verwijderen die verhinderen dat een dakloze een referentieadres kan nemen. Om de integratie van daklozen te bevorderen stimuleert het Waalse Gewest de professionalisering van de sector. In het Brusselse gewest zijn er meerdere maatregelen m.b.t. daklozen voorzien: een samenspraak over de prioritaire opdrachten inzake inschakeling via huisvesting, intensifiëring van de programma's voor sociale cohesie, organisatie van een nachtopvang, verhoging van het aantal opvangplaatsen voor vrouwen, organisatie van een ontmoetingsplaats, verhoging van de middelen voor het straathoekwerk, financiële steun voor begeleid wonen en oprichting van een referentiecentrum. Van haar kant zal de Franse Gemeenschap een sensibilisatieproject m.b.t. gezondheid ontwikkelen voor daklozen. De Duitstalige Gemeenschap evalueert momenteel het decreet van 9 mei 1994 betreffende de erkenning van instellingen die tijdelijk personen in nood opvangen en omkaderen en het toekennen van subsidies voor de aankoop, bouw, huur, renovatie en uitrusting van de gebouwen bestemd voor de crisisopvang.

As 7: Voeren van een inclusief beleid en het bevorderen van de coördinatie tussen de verschillende overheidsniveaus

Op federaal niveau zullen bijkomende middelen voor huisvesting van mensen met een laag inkomen toegekend worden aan 15 steden en gemeenten die reeds een steun ontvangen in het kader van het Grootstedenbeleid en Mechelen en Sint-Niklaas. De IMC Grootstedenbeleid en Huisvesting voorziet in de organisatie van een dialoog tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten, zowel over stedelijke als huisvestingsvraagstukken. Op het Brusselse niveau wordt er voorzien om een rondetafeloverleg te organiseren om te komen tot een gecoördineerde aanpak van huisjesmelkers en een intergewestelijke vergadering over sociale begeleiding.

As 8: Ontwikkelen van de kennis over de problematiek

De federale administratie voor het Grootstedenbeleid zal in 2006 de gegevensbank over de steden, die gecreëerd werd in 2005, verder ontwikkelen. Op het Vlaamse niveau voert het Kenniscentrum voor Duurzaam Woonbeleid een onderzoeksopdracht uit, over de woningkwaliteit en de woonwensen van de bewoners, naast een ad hoc onderzoek over een aanbodbeleid in de private huursector en een onderzoek naar de mogelijkheden en modaliteiten van een huurwaarborgfonds. Eveneens zullen er in het Brusselse gewest verschillende instrumenten ontwikkeld worden: een evaluatie van de instrumenten om de effectiviteit van de bestaande maatregelen te bevorderen en de toegankelijkheid voor de meest armen te verzekeren, de oprichting van een woonobservatorium, een structureel, verkennend woononderzoek, een Buurtatlas en vervolgens het opstellen van een kadaster van openbare eigendommen.

2.2.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen

De indicatoren die gebruikt zullen worden om de onderscheiden acties op te volgen worden toegelicht in de fiches in het monitorsysteem. De resultaten zullen stapsgewijs toegevoegd worden op de interactieve opvolgingsmonitor. De evoluties in de target zoals geformuleerd in sectie 2.1.1. zal opgevolgd worden in de werkgroep indicatoren.

2.2.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken

De middelen die toegekend worden aan de onderscheiden acties worden toegelicht in de fiches in het monitorsysteem. Maar de realisatie van de doelstelling om iedereen een kwaliteitsvolle en betaalbare woning te garanderen gebeurt eveneens en vooral door de mobilisatie van aanzienlijke middelen die reeds voorzien zijn voor structurele maatregelen die al langer in voege zijn, zowel op het gebied van huisvesting als op samenhangende domeinen zoals tewerkstelling, fiscaliteit, maatschappelijke hulpverlening, stadsrenovatie, justitie of zelfs gezondheid. Deze diversiteit in de benaderingen, die gepaard gaat met een diversiteit in bevoegde diensten en overheden en financieringsbronnen, vraagt een volgehouden inspanning op het gebied van samenwerking en coördinatie. De Interministeriële Conferentie over huisvesting vormt hierbij een essentieel instrument.

SECTIE 2.3. ONTWIKKELEN VAN DE ACTIVERING EN DE DIVERSITEIT IN HET TEWERKSTELLINGSBELEID EN DE MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE

2.3.1. Beleidsmaatregelen

As 1: Bevorderen van de gelijkheid van kansen in (de toegang tot) tewerkstelling en het beheren van de diversiteit

De hoofddoelstelling is dat de arbeidsmarkt een weergave is van de sociale realiteit. Daartoe moet iedereen gelijke toegang hebben tot publieke of private tewerkstelling en moet discriminatie bestreden worden. Op federaal niveau zal er een interministeriële werkgroep over de discriminatie geïnstalleerd worden en acties ondernomen worden om de bedrijfswereld te sensibiliseren. Het NAR kreeg de opdracht om alle tewerkstellingsmaatregelen in kaart te brengen om zo een goede afstemming van de verschillende maatregelen te bewaken waarbij het optimaliseren van de arbeidsmarktkansen en een duurzame werkgelegenheid voor kansengroepen centraal staat. In het beleid wordt op verschillende plaatsen ook aandacht gegeven aan het aspect diversiteit: apart budget voor projecten in het kader van diversiteit, stimuleren van diversiteitsmanagement in bedrijven via de +premie, maar ook een bijzondere aandacht voor het genderthema. De federale overheid heeft besloten om de diversiteit en de bestrijding van de discriminatie in de werkgelegenheid te ondersteunen door een project inzake certificatie van de inspanningen die door de ondernemingen worden verwezenlijkt op te zetten.

Vlaanderen zal diversiteitsplannen lanceren om de participatie aan werk van armen en ex-gedetineerden te verhogen. Het vernieuwde beleid inzake diversiteit moet toelaten om de uitsluiting op de arbeidsmarkt voor ouderen, mensen van een andere etnisch-culturele herkomst en gehandicapten te voorkomen. De Vlaamse overheid besteedt jaarlijks 8 miljoen Euro aan een aantal initiatieven en voorziet eveneens in een tewerkstellingspremie bij de aanwerving van een persoon ouder dan 50 jaar. In het Waalse Gewest neemt het begrip «gelijke kansen» een centrale plaats in het beleid gericht op de toegang tot tewerkstelling. Bovenop de structurele maatregelen die prioritair op deze doelgroepen gericht zijn, zoals de Geïntegreerde Maatregel voor de Socio-Professionele Integratie, ontwikkelt het Waalse gewest meerdere maatregelen in het kader van haar Strategisch, Transversaal Plan voor de Sociale Insluiting: versterken van de jobcoaching, de versterking van voorkwalificatie in het kader van de EFT en de OISP, versterken van de inschakeling van personen met een handicap in de schoot van de bedrijven, de versterking van de inschakeling van rechthebbenden op het recht op maatschappelijke integratie door het bijkomend aanwerven van adviseurs bij de OCMW's en de versterking van de bestaande Inschakelingsbedrijven en de creatie van nieuwe structuren. In Brussel concretiseert het diversiteitsbeleid zich door de organisatie van de sensibilisatieseminaries in bedrijven, een Diversiteitscharter, een Diversiteitsplan en de ondersteuning door gespecialiseerde consultants. Een Gelijkerekansenbeleidsplan zal eveneens ingevoerd worden in de schoot van de Brusselse administratie voor de huisvesting.

As 2: Verwijderen van obstakels die de toegang van ouders op de arbeidsmarkt verhinderen

De federale overheid heeft de uitbreiding van het ouderschapsverlof evenals de verbetering van het zwangerschapsverlof voltooid. Zij heeft zich tot doel gesteld om de openbare sector aan te passen aan wat in de particuliere sector werd gerealiseerd. Door de uitwerking van een nieuw statuut voor telewerk van op de woonplaats, draagt zij ook bij tot een betere afstemming tussen werk en privé-leven. Dit statuut zal nog verbeterd worden door de wet op het welzijn op het werk aan te passen aan deze bijzondere modaliteit van werk.

Het Vlaamse actieplan voor de uitbreiding van de flexibele en occasionele kinderopvang zal in 2007 in werking treden. De Franse Gemeenschap zal het Plan «Cicogne II» uitvoeren dat er op gericht is om 8.000 bijkomende opvangplaatsen te creëren voor kinderen van 0 tot 3 jaar. De Waalse regering voorziet bijkomende middelen om het door de Franse Gemeenschap gevoerde beleid te ondersteunen dat er op gericht is om de doelstellingen van de Europeese Top van Barcelona te bereiken (dekkingsgraad van 33% tegen 2010). In Brussel zullen 2.600 kinderopvangplaatsen gecreëerd worden. De Vlaamse Gemeenschapscommissie zal occasionele en flexibele kinderopvangplaatsen creëren in de bestaande infrastructuur in Brussel en nieuwe initiatieven aanmoedigen, het aantal plaatsen dat voorbehouden wordt voor kinderen van nieuwkomers verhogen en zal vorming met het accent op toegankelijkheid organiseren voor het personeel van de kinderopvangcentra. Tenslotte zal de opvang van werkzoekenden versterkt worden met de opening van een tweede Huis voor Kinderen in een «achtergestelde» zone van het gewest en door de samenwerking te intensifiëren met de crèches van het Gewest.

As 3: Bevorderen van de tewerkstelling van de minst gekwalificeerden door hen te ondersteunen bij hun stappen tot integratie, door het ontwikkelen en erkennen van hun competenties

Om de duurzame socioprofessionele inschakeling in de arbeidsmarkt van de OCMW-cliënten te realiseren zet de federale overheid meerdere instrumenten in zoals de overeenkomsten met de OCMW's van de grote steden, de krachtlijn «Sociale insluiting» van de federale ESF-programmering en de maatregel tot bevordering van de inschakeling van de OCMW-cliënten in de bedrijfswereld. Wat betreft de geïntegreerde trajecten zullen de inspanningen van de OCMW's m.b.t. de diversifiëring van de tewerkstelling meer in rekening gebracht worden. In het Vlaamse strategisch plan «geletterdheid» werden duidelijke prioriteiten gelegd en acties uitgewerkt. Met het decreet betreffende het verwerven van een titel van beroepsbekwaamheid wil de Vlaamse overheid iedereen het recht in handen geven om een titel te verkrijgen voor wat hij of zij aan competenties, verbonden aan een bepaalde beroepsuitoefening verworven heeft. In het Waalse Gewest voorziet de geïntegreerde maatregel voor de professionele inschakeling begeleiding op maat aan prioritaire doelgroepen: werkzoekenden die ver van de arbeidsmarkt staan waaronder de laaggeschoolden, langdurig werklozen, gerechtigden op het leefloon, gehandicapten en personen van vreemde herkomst. De actie van de OCMW's zal eveneens versterkt worden om de inschakeling van gerechtigden op het leefloon te bevorderen. Bovendien garandeert het luik socio-professionele inschakeling van het

Plan HP eveneens een begeleiding aan permanente bewoners van een camping. Het Waalse Gewest zal eveneens handelen op het niveau van de professionele oriëntatie. In samenwerking met de Franse Gemeenschap, wordt een alfabetiseringsprogramma uitgevoerd. Voor de Franse gemeenschap is het doel van het samenwerkingsakkoord met het Waalse Gewest en de COCOF om de algemene capaciteit van alfabetiseringscursussen voor volwassenen te verhogen met 50%. Het Waalse programma omvat eveneens een coherente strategie voor de strijd tegen de digitale kloof. Bovendien zal een sociale clausule ingeschoven worden in de openbare aanbestedingen. De validatie van de competenties, die georganiseerd wordt door het Waalse Gewest, de Franse Gemeenschap en in Brussel de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zal bijdragen tot het bieden van meer opleidingsmogelijkheden op de werkvloer en het verhogen van het volume en het niveau van de kwalificatie. Er zal een partnerschap ontwikkeld worden tussen de BGDA en de 19 Brusselse OCMW's om een socio-professioneel inschakelingsprogramma te realiseren voor gerechtigden op het leefloon of een equivalent ervan, terwijl de gewestelijke administratie personen met een «eerste contract» zal aanwerven.

As 4: Steunen van de sociale en professionele integratie van risicogroepen en bevorderen van de activering via andere dan professionele activiteiten

Activering dient zich niet te beperken tot een betaalde tewerkstelling. Men dient eveneens rekening te houden met de diversiteit van de sociale uitsluiting en elke mogelijkheid die leidt tot de integratie in de maatschappij te stimuleren. Vlaanderen zal investeren in de verdere uitbouw van de lokale diensteneconomie. Verwacht wordt dat het decretaale kader voor de lokale diensteneconomie eind 2006 een feit zal zijn. In het kader van het Vlaamse meerbanenplan worden acties voorzien die vnl. gericht zijn naar werkzoekenden die worden geconfronteerd met «een niet arbeidsmarktgerelateerde» problematiek: het versterken van de gespecialiseerde screening, het pilootmatig ontwikkelen van activeringstrajecten waarin een combinatie tussen werk en zorg gemaakt wordt, en het verhogen van de kwantiteit en kwaliteit van de arbeidszorgplaatsen binnen de sociale economie. Van zijn kant zal het Waalse Gewest de oprichting van de sociale netwerken en geïntegreerde gezondheidsnetwerken bevorderen. In dezelfde optiek organiseert de Franse Gemeenschap een preventieve dienstverlening door het uitbouwen van mobiele equipes in samenwerking met de medische en sociale wereld. Om de toegang tot cultuur te stimuleren zal de Franse gemeenschap de toegang tot geconventioneerde musea gratis maken op de eerste zondag van de maand.

As 5: Stimuleren van de uitbreiding van de sociale economie, de nabijheidsdiensten en de duurzame ontwikkeling als hefboomen voor de activering en de diversiteit

Om de verduurzaming van overheidsopdrachten te bevorderen zal op federaal niveau een steunpunt duurzame overheidsopdrachten opgericht worden. De Gewesten hebben er zich in het kader van het samenwerkingsakkoord voor de meerwaarden-economie toe verbonden de activiteitencoöperatieven te ondersteunen, terwijl de ICDO een referentiekader maatschappelijk verantwoord ondernemen uitwerkte. In

Vlaanderen zullen de «actieplannen steden en gemeenten ter bestrijding van de jeugdwerkloosheid» worden uitgevoerd. Naast activering van de jongeren gaat het vooral om jobhunting, intensieve jobcoaching en het aanbieden van jobs op maat. Binnen de invoegeconomie creëert de Vlaamse Regering bijkomende kwaliteitsvolle jobs en gaat meer aandacht uit naar de kwaliteit van de arbeid en de omkadering op de werkvloer. In Wallonië zullen de inschakelingbedrijven en nabijheidsdiensten structureel ingebed worden door hun erkenning en subsidiëring te reglementeren, terwijl de versterking van de bestaande structuren moet toelaten om tewerkstelling bij te creëren en een evenwichtige territoriale ontwikkeling te verkrijgen. In Brussel zullen eveneens nieuwe tewerkstellingsplaatsen in de nabijheidsdiensten gecreëerd worden en wordt voorzien in installatie van een gewestelijk platform voor de sociale economie om de creatie van economische activiteiten te ondersteunen door bedrijvent centra en loketten voor de sociale economie.

As 6: Ontwikkelen van de kennis over de problematiek

M.b.t. de kennis inzake de activering worden op federale niveau verschillende onderzoeken gelanceerd zoals de studie van trajecten om het aantal OCMW-cliënten dat aan het werk wordt gehouden na te gaan en een studie die de reële impact bestudeert van de activering van het zoekgedrag in het kader van het Plan voor meer begeleiding van de werklozen. In het Brusselse Gewest zullen alle tewerkstellingsmaatregelen geïnventariseerd en geëvalueerd worden om tot een vereenvoudiging te komen en enkel diegene te behouden die tot een kwaliteitsvolle en normaal verlonde tewerkstelling leidt. Etnische registratie of monitoring laat toe om te onderzoeken waar de pijnpunten liggen, bij welke sectoren, in welke regio en bij welke beroepen. Aan de sociale partners werd gevraagd een «eenduidig standpunt» te bezorgen. Ook de etnische minderheden zullen zo breed mogelijk bevraagd worden over hun ideeën omtrent monitoring. In Vlaanderen zal er een afstemming van verschillende initiatieven rond de registratie van kansengroepen gebeuren en is men recent van start gegaan met enkele pistes te verkennen om te komen tot een objectieve meetmethode van de doelgroep allochtonen. In Brussel zal er een rondetafeloverleg georganiseerd worden over statistieken gebaseerd op de herkomst.

2.3.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen

De indicatoren die gebruikt zullen worden om de onderscheiden acties op te volgen worden toegelicht in de fiches die in de monitor zijn opgenomen. De resultaten zullen stapsgewijs toegevoegd worden op de interactieve opvolgingsmonitor. De evoluties in de targets zoals geformuleerd in sectie 2.1.2. zullen opgevolgd worden in de werkgroep indicatoren.

2.3.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken

De middelen die toegekend worden aan de onderscheiden acties worden toegelicht in de fiches in het monitoringsysteem. Maar de realisatie van de doelstelling om de activering en de diversiteit te ontwikkelen binnen de tewerkstelling gebeurt eveneens en

vooral door de mobilisatie van aanzienlijke middelen die al voorzien zijn voor structurele maatregelen die al langer in voege zijn, zowel op het gebied van tewerkstelling als op samenhangende domeinen zoals onderwijs en vorming, sociale zekerheid, maatschappelijke hulpverlening, kinderopvang, justitie, de strijd tegen racisme of zelfs gezondheid. Deze diversiteit in de benaderingen, die gepaard gaat met een diversiteit in bevoegde diensten en overheden en financieringsbronnen, vraagt een volgehouden inspanning op het gebied van samenwerking en coördinatie. Vandaar het belang van de verscheidene transversale beleidsmaatregelen die opgezet worden.

SECTIE 2.4. STRIJDEN TEGEN DE ARMOEDE BIJ KINDEREN

2.4.1. Beleidsmaatregelen

As 1: Ingrijpen op het inkomen van de gezinnen en de huisvestingskost

Meerdere maatregelen uit de secties 2.2. en 2.3. vallen eveneens onder deze as. Het is niet noodzakelijk om hen hier te vermelden om aan het belang ervan te herinneren. Andere maatregelen richten zich meer specifiek naar huishoudens met kinderen waarbij een verbetering van de materiële levensvoorwaarden wordt nagestreefd. Daarom vormt de koppeling van de sociale uitkeringen aan de welvaart een prioriteit van de federale overheid. De werkbonus draagt hiertoe bij eveneens net zoals de nieuw ingevoerde schoolpremie die in augustus 2006 voor de eerste keer zal betaald worden voor kinderen tussen de 6 en 18 jaar.

As 2: Stimuleren van de sociale participatie van alle kinderen vanaf een vroege leeftijd

Een vroegtijdige deelname van kinderen aan de samenleving, via ondermeer kinderopvang en kleuteronderwijs, verhoogt de latere slaagkansen in het onderwijs. De federale overheid ontwikkelde een project om d.m.v. interculturele bemiddeling bedelende ouders er toe te bewegen hun kinderen naar school te sturen i.p.v. hen mee uit bedelen te nemen. Vlaanderen onderneemt inspanningen om het aanbod aan kinderopvang te verhogen en de toegankelijkheid ervan te verhogen door bestaande uitsluitingsmechanismen aan te pakken. Daarnaast wil men de deelname aan het kleuteronderwijs verhogen door een sensibilisering over het belang van een vroegtijdige participatie. De Franse Gemeenschap voorziet een evolutie in de omkadering van het kleuteronderwijs op elk moment in het schooljaar in functie van de toename van het aantal leerlingen. Voor het lager onderwijs voorziet men een versterking van de omkadering in de twee eerste jaren door de aanwerving van bijkomende leerkrachten. Het Waalse gewest legt de nadruk op de strijd tegen het afhaken op school en op de bevordering van de toegang tot de nieuwe technologieën voor jongeren. In het Brusselse Gewest stabiliseert de Franse Gemeenschapscommissie de financiering van de huiswerkscholen en andere diensten die zich richten naar jongeren in moeilijkheden en voorziet bovendien een subsidiëring om een betere toegang te garanderen aan de meest achtergestelden aan sportbeoefening. Vanaf de start van het schooljaar 2006,

zullen de Waalse en Brusselse musea die geconventioneerd zijn met de Franse Gemeenschap gratis zijn voor groepen van scholen en jongeren. Daarnaast zal de versterkte samenwerking tussen Cultuur en Onderwijs leiden tot een centrale plaats voor cultuur in onderwijsinstellingen. Ook op sportgebied worden er een aantal initiatieven genomen om de integratie, aansluiting en participatie van maatschappelijk kwetsbare jongeren te bevorderen.

As 3: Verlagen van de kost van onderwijs en stimuleren van de gelijkheid van kansen

Vlaanderen zal het basisonderwijs kosteloos maken voor wat nodig is om de eindtermen te bereiken. Voor de kostenbeheersing in het secundair onderwijs zal een maximumbijdrage vastgelegd worden. Daarnaast zal een nieuw financieringssysteem voor leerplichtonderwijs op basis van leerlingen- en schoolkenmerken ingevoerd worden. Opleidingen tot knelpuntberoepen krijgen daar bovenop een premie per leerling. Ook in de LOP's is kostenloosheid/kostenbeperking een bijzonder actueel thema. Eveneens onderneemt Vlaanderen heel wat inspanningen om de doelgroepen die recht hebben op een studiebeurs maximaal te bereiken. De nieuwe, administratief vereenvoudigde wetgeving voor studietoelagen kent hogere maximumgrenzen en hogere toelages. De hertekening van gewoon en buitengewoon onderwijs, is momenteel voorwerp van maatschappelijk overleg. Scholen kunnen sinds het schooljaar 2005-2006 voorrangsregelingen implementeren en een actief rekruteringsbeleid voeren om hun populaties te diversifiëren. Eveneens onderzoekt Vlaanderen hoe Onderwijs aan Anderstalige Nieuwkomers (OKAN) bijgestuurd kan worden. Ook worden er projecten ontwikkeld om bijvoorbeeld aan huiswerkbegeleiding te doen bij kansarme gezinnen. In de Franse Gemeenschap werden de scholen door een omzendbrief herinnerd aan de wetgeving m.b.t. de schoolkosten en werden er nieuwe maatregelen voorgesteld m.b.t. de kosten die kunnen gevraagd worden aan de leerlingen en hun familie. De herwaardering van het kwalificerend onderwijs wordt gestimuleerd door een verscheidenheid aan acties.

As 4: Ondersteunen van ouders in hun educatieve rol

In het Vlaamse Actieplan Spijbelen én in de beheersovereenkomsten met de ouderkoeperverenigingen staan een aantal acties die gericht zijn op de verhoging ouderbetrokkenheid van moeilijk bereikbare groepen. Specifiek voor de moeilijk bereikbare doelgroepen werd voor de CLB's eveneens in de mogelijkheid voorzien om vanaf september 2006 ervaringsdeskundigen in de armoede en sociale uitsluiting en interculturele bemiddelaars structureel in hun personeelsformatie op te nemen. In Vlaanderen werkt men ook aan de verdere uitbouw van het beleid inzake opvoedingsondersteuning. Daarnaast zal Vlaanderen de implementatie van het «Triple P» programma ondersteunen en subsidieert men steungezinnen. Om de relaties tussen de school en de gezinnen te verbeteren start de Franse Gemeenschap met verscheidene initiatieven die de banden tussen de gezinnen en de scholen versterken. In Brussel zal de VGC centra voor opvoeding ontwikkelen naast een ondersteuningsaanbod voor de gezinnen. Preventieve acties met jongeren zullen aangemoedigd worden bij de Brusselse OMCW's.

As 5: Vermijden van de plaatsing van kinderen en het promoten van alternatieve oplossingen

Op basis van een advies van de IMC zullen de gesprekken tussen de gemeenschappen en de federale staat worden verder gezet om te komen tot een samenwerkingsakkoord voor de opvang van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen. Met het Globaal Plan voor de Bijzondere Jeugdzorg groeit in Vlaanderen het aanbod in de Bijzondere Jeugdbijstand met 14%. Het gaat eveneens om preventie, risicoscreening, vroegtijdige detectie aan huis, ... Ook de Franse Gemeenschap besliste om de jeugdhulpverlening te verbeteren door een aantal maatregelen. Het Waalse gewest zal urgentiestructuren organiseren die toelaten om gezinnen in crisissituaties te huisvesten en te begeleiden naar een duurzame herhuisvesting.

As 6: Ontwikkelen van de kennis over de problematiek

Momenteel gebeurt er op federaal niveau een onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen armoede en de plaatsing van kinderen. De kansarmoede in onderwijs wordt in Vlaanderen opgevolgd via de GOK-indicatoren en internationaal vergelijkend onderzoek (PISA, ...) De LOP's pogen in kaart te brengen hoe de centrale onderwijsgegevens inzake GOK-problematiek zich lokaal vertalen, wat een beleid op maat van plaatselijke behoeften toelaat. Ook Kind en Gezin heeft een permanente registratie van kansarme gezinnen. In de Franse Gemeenschap zullen de maatregelen om te strijden tegen de concentratiescholen en om aan iedere leerling gelijke kansen op sociale emancipatie bestudeerd en geëvalueerd worden om na te gaan of er bijkomende of aanvullende pistes en acties nodig zijn. In Brussel zullen de noden inzake opvang in kaart gebracht worden. Het sociaal rapport, dat zal verschijnen in de herfst van 2006, van de Duitstalige Gemeenschap zal het accent leggen op «armoede bij kinderen».

2.4.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen

De indicatoren die gebruikt zullen worden om de onderscheiden acties op te volgen worden toegelicht in de fiches opgenomen in het monitoringssysteem. De resultaten zullen stapsgewijs toegevoegd worden op de interactieve opvolgingsmonitor. De evoluties in de targets zoals geformuleerd in sectie 2.1.3. zullen opgevolgd worden in de werkgroep indicatoren.

2.4.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken

De middelen die toegekend worden aan de onderscheiden acties worden toegelicht in de fiches in de monitor. Maar de realisatie van de doelstelling om de armoede bij kinderen te bestrijden, gebeurt eveneens en vooral door de mobilisatie van aanzienlijke middelen die al voorzien zijn voor structurele maatregelen die al langer in voege zijn, zowel op het gebied van onderwijs als op belendende domeinen zoals sociale zekerheid, maatschappelijke hulpverlening, kinderopvang, tewerkstelling, huisvesting, gezondheid, sport of zelfs cultuur. Deze diversiteit in de benaderingen, die gepaard gaat met een diversiteit in bevoegde diensten en overheden en financieringsbronnen, vraagt een volgehouden inspanning op het gebied van samenwerking en coördinatie. Vandaar het belang van de verscheidene transversale beleidsmaatregelen die opgezet worden.

SECTIE 2.5. MAATREGELEN VOOR EEN BETER BELEID

2.5.1. Voorbereidend proces

Net zoals de vorige Nationale Actieplannen Sociale Insluiting, werd het hoofdstuk Sociale Insluiting van het Strategisch Rapport gerealiseerd onder de coördinatie van de POD Maatschappelijke Integratie die valt onder de bevoegdheid van de minister voor Sociale Integratie.

Om de coherentie met de andere hoofdstukken van het Strategisch Rapport te garanderen, wordt de POD Maatschappelijke Integratie vertegenwoordigd in het redactiecomité van het Strategisch Rapport door zijn voorzitter. De POD Maatschappelijke Integratie ligt aan de basis van de hervorming van de werkgroep Acties zoals goedgekeurd in juli 2005 om de participatie van de stakeholders te verhogen. Deze nieuwe werkgroep acties, uitgebreid met de vertegenwoordigers van alle betrokken sectoren van het maatschappelijke middenveld, kwam 5 maal samen in voorbereiding van het NAPIncl 2006-2008 om te discussiëren over de sleutelprioriteiten en het voorontwerp van het NAPIncl. De groep acties werkte in samenwerking met de werkgroep indicatoren die haar werkzaamheden parallel verrichtte, zich hierbij concentrerend op de ontwikkeling van de meest geschikte indicatoren om targets te bepalen en voor een optimale opvolging van de weerhouden sleuteluitdagingen.

2.5.2. Beleidscoördinatie

De federale Minister voor Sociale Integratie werd gemandateerd door de IMC Integratie in de Samenleving, om het proces voor de uitwerking van het NAPIncl in goede banen te leiden. De Conferentie keurde eveneens de uitbreiding van de werkgroep acties en haar nieuwe manier van werken goed. Zij keurde eveneens de keuze van de 3 sleutelprioriteiten goed en de door de federale en regionale administraties voorgestelde planning voor de opmaak van het NAPIncl 2006-2008. De validering van het einddocument gebeurde eveneens door de IMC.

Politieke beleidscoördinatie gebeurt er eveneens op regionaal vlak. In Vlaanderen werd er een sterk gestructureerde coördinatie geïnstalleerd voor de realisatie van het Vlaamse Actieplan Armoedebestrijding (zie de sectie van de goede praktijken). In Wallonië bestaan er eveneens gecoördineerde regionale actieplannen, waarbij het PST 3 zich specifiek richt op sociale insluiting maar een andere periode of maatregelen bevat dan deze van het NAPIncl. De maatregelen die weergegeven worden in het NAPIncl dienen voorafgaandelijk het onderwerp uit te maken van een beslissing op de Waalse regering. Om de coördinatie te vereenvoudigen besliste deze om in 2003 een opvolgingscomité op te richten voor Waalse luik van het NAPIncl en in juli 2006 om dit om te vormen tot een permanente interkabinettenwerkgroep, uitgebreid met de administraties en vertegenwoordigers van het middenveld. In Brussel valt de administratieve coördinatie onder de bevoegdheid van de GGC en haar 2 ministers. Deze administratie is wettelijk belast met de coördinatie tussen de verschillende politieke

instellingen op het Brusselse grondgebied. In de strijd tegen de armoede zijn er verschillende instellingen betrokken (Gewest, Gemeenschapscommissie of Gemeenschap), die niet noodzakelijk vallen onder de bevoegdheden van de ministers die in het overleg betrokken zijn. In juli 2006 nam het Brusselse parlement een nieuwe ordonnantie aan die de synergie coördineert tussen de Brusselse overheden m.b.t. de staat van de armoede, de samenwerking m.b.t. het NAPIncl en de uitwerking van een Brussels Plan voor de strijd tegen de armoede.

2.5.3. Mobiliseren en betrekken van alle stakeholders

Zoals reeds vermeld, werd de participatie van alle stakeholders sterk gestimuleerd door de uitbreiding van de werkgroep acties en zijn nieuwe manier van werken. Het NAPIncl 2006-2008 werd echter niet alleen opgebouwd vanuit de werkgroep acties, andere bronnen werden eveneens aangeboord, in het bijzonder het tweejaarlijks verslag «Armoede Uitbannen» (2005) van het Steunpunt Armoedebestrijding, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting (www.armoedebestrijding.be). Deze bijdrage aan politiek debat en politieke actie is de vrucht van discussie en reflectie in de permanente dialoogwerkgroepen waaraan de verenigingen waar armen het woord nemen deelnemen. Het rapport werd eveneens gevoed door de publieke debatten die georganiseerd werden in het kader van 10 jaar Algemeen Verslag over de Armoede.

De betrokkenheid werd eveneens versterkt in de werkgroep indicatoren die er zich op toelagde om de resultaten van het onderzoek-actie-vorming «Een andere benadering van armoede-indicatoren» te honoreren.

(<http://www.armoedebestrijding.be/publicatiessteunpuntindicatoren.htm>).

2.5.4. Mainstreaming

Het onder de aandacht blijven brengen van armoede en sociale uitsluiting in de verschillende departementen gebeurt in België via verschillende kanalen. De betrokkenheid van alle overheidsniveaus bij de opmaak van het NAPIncl is één ervan. Eveneens dient het Federaal Plan voor Duurzame Ontwikkeling en de processen die er mee samenhangen vermeld te worden (www.icdo.fgov.be). Het sociale en de strijd tegen de armoede zijn hierin opgenomen als fundamentele pijlers in de duurzame ontwikkeling en alle federale administraties worden regelmatig uitgenodigd om verslag uit te brengen over de acties die zij in dit kader ondernemen, zowel intern (beheer van menselijke en materiële middelen) als extern (beleidsmaatregelen en gerichte communicatie). Op regionaal niveau beschikken alle departementen van de Vlaamse administratie over een aandachtsambtenaar inzake armoede.

2.5.5. Monitoring en maatregelen ter evaluatie

De werkgroep indicatoren zal de evolutie van de targets opvolgen en de betrokken overheden informeren indien de indicatoren niet de verwachte evolutie vertonen. De verschillende verantwoordelijke administraties zullen de mogelijkheid krijgen om zelf op de internetsite van de POD Maatschappelijke Integratie de elementen in te brengen om de uitvoering van de maatregelen op te volgen. Net zoals op federaal niveau (www.statbel.fgov.be) beschikken de Gewesten over statistische instellingen die methodes en instrumenten ontwikkelden om de indicatoren op te volgen die de socio-economische evolutie van hun bevolking opvolgen. Zowel de Vlaamse administratie voor Planning en Statistiek (www.aps.vlaanderen.be), het Waals Instituut voor de evaluatie, Prospectie en Statistiek (www.statistiques.wallonie.be) als het Brusselse Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (www.observatbru.be/fr/Publications/barometre.asp) zijn onontbeerlijke en actieve partners in de werkgroep indicatoren. Sinds 2005 publiceert het Brusselse Observatorium een sociale barometer die volgende onderwerpen belicht: demografie, inkomen, tewerkstelling, huisvesting, gezondheid, opleidingsniveau, sociale integratie en participatie ([www.observatbru.be/documents/Barometre_Social_2005_1\(1\).pdf](http://www.observatbru.be/documents/Barometre_Social_2005_1(1).pdf)).

In het voorjaar van 2007 zal er openbaar colloquium gehouden worden over het NAPIncl. Dit biedt een uitgelezen mogelijkheid om aanbevelingen voor de toekomst te formuleren. Het materiaal voor de uitwerking van een evaluatierapport tegen eind 2008 zal zodoende vanuit verschillende kanalen toegeleverd worden.

Hoofdstuk 3: Nationaal Strategisch Pensioenrapport

Actualisering van het Belgisch nationaal Strategisch Pensioenrapport 2005

Het Belgisch nationaal pensioensysteem en een vergelijking van dit systeem met dat van andere EU-lidstaten werd reeds uitvoerig beschreven in het Nationaal strategisch rapport pensioenen van 2005. Daarin kwamen tevens de uitdagingen van het Belgisch pensioensysteem aan bod. De handhaving van de levensstandaard van de gepensioneerde huishoudens, de duurzame financiering van de pensioenuitgaven in een context van een intensere demografische vergrijzing en het wegwerken van de Belgische achterstand inzake werkgelegenheid worden als de belangrijkste actuele uitdagingen onderkend. Om hierop een antwoord te bieden werd in de herfst van 2005 door de federale regering na overleg met de sociale partners het *Generatiepact* uitgewerkt. Dit Pact heeft tot doel de betaalbaarheid van de sociale zekerheid te vrijwaren. Om dit te realiseren werd een geheel van maatregelen genomen om de werkzaamheidsgraad te doen stijgen en om vorm te geven aan een nieuw sociaal contract voor een sterke en solidaire sociale zekerheid.

Voor het beleidsdomein pensioenen wordt de rapportering toegespitst op een beknopte beschrijving van de maatregelen die in het kader van het bovenvermelde Generatiepact werden uitgewerkt met het oog op het realiseren van onderstaande drie gemeenschappelijke doelstellingen.

SECTIE 3.1. TOEREIKENDE PENSIOENEN

3.1.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens

Beleidsdoelstelling g) Een toereikend pensioeninkomen voor iedereen en pensioenrechten waarmee mensen na hun pensionering hun levensstandaard in redelijke mate op peil kunnen houden, in een geest van rechtvaardigheid en solidariteit tussen en binnen de generaties.

Het armoederisicopercentage voor de totale bevolking, bij een armoederisicodrempel van 60% van het mediaan equivalent inkomen is in België voor het inkomensjaar 2003 (EU-Silc 2004) 15% terwijl het EU-25 gemiddelde 16% is. Voor de oudere leeftijdsgroep (65+) in België loopt het armoederisicopercentage op tot 21%. Dit percentage is significant hoger dan het EU-25 gemiddelde (18%). Daar in België voor de oudere leeftijdsgroep (65+) het

aandeel van het pensioeninkomen ongeveer 84% van het globaal inkomen bedraagt is een toereikend pensioeninkomen een belangrijk instrument om bij deze oudere leeftijds-groep een daling van het armoederisicopercentage te realiseren.

Een uitgebreide beschrijving van de inkomenssituatie van ouderen-gepensioneerden gaat als bijlage, deel I: Analyse van de sociale situatie bij het Algemeen Overzicht van voorliggend nationaal rapport. De toereikendheid van de pensioenuitkeringen bij de overstap van een economische activiteit naar gepensioneerde kan gemeten worden via de indicator 'theoretische vervangingsratio'. De resultaten van deze indicator voor diverse typegevallen voor een werknemer met een loopbaan van 40 jaar gaan als bijlage bij deel 3 van dit rapport. Voor de periode 2004-2050 wordt voor de diverse typegevallen, een lichte stijging van de theoretische totale netto -vervangingsratio's (1^{ste} en 2^{de} pijler) vastgesteld, te wijten aan een toenemend aandeel van de 2de pijler.

3.1.2. Maatregelen

A. Maatregelen voor een toereikend pensioeninkomen

– Welvaartsaanpassing van de minimumpensioenen via een wettelijk mechanisme van welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen (werknemers en zelfstandigen)

In de voorbije jaren volgden de uitkeringen van de minimumpensioenen de welvaarts-evolutie. Vanaf 2008 voorziet het Generatiepact dat de regering zich om de twee jaar moet uitspreken over de verdeling van de financiële middelen die ze ter beschikking stelt voor een aanpassing van alle of sommige inkomensvervangende uitkeringen in de sociale zekerheid, aan de evolutie van de algemene welvaart. Hieronder vallen ook de minimumpensioenen. Het implementeren van een dergelijk structureel mechanisme moet ervoor zorgen dat het niveau van de bescherming die de sociale zekerheid biedt niet achterop loopt ten opzichte van de evolutie van de algemene welvaart en de lonen van de actieve bevolking in het bijzonder. De hiervoor voorziene procedure zal voor de eerste maal in overleg met de sociale partners in de herfst van 2006 worden opgestart. Terzake kan de regering zich onder meer steunen op de verslagen van de Studiecommissie voor de Vergrijzing (cfr. punt 3.1.2.).

– Het gewaarborgd minimumpensioenen en het minimumrecht per loopbaanjaar: aanpassing modaliteiten (werknemers)

Op basis van administratieve gegevens van de huidige gepensioneerden wordt vastgesteld dat vrouwen meer dan mannen een eerder als a-typische beschouwde loopbaan hebben opgebouwd. Zo komen zij onder meer door hun groter aantal deeltijdse jaren vaak niet in aanmerking voor het recht op een gewaarborgd minimumpensioen na 30 jaar loopbaan. In dit kader werd een aanpassing doorgevoerd zodat deze jaren van deeltijdse tewerkstelling nu ook mee in aanmerking worden genomen voor de toegang tot het minimumpensioen. Hun pensioen wordt berekend pro rata de gewerkte duur.

In de regeling van de werknemers wordt, bij een loopbaan van minstens 15 jaar tewerkstelling waarin tijdens een jaar minstens een activiteit equivalent aan 1/3e van de voltijdse tewerkstelling werd ontwikkeld, een '*minimumrecht per loopbaanjaar*' toegekend. In dit geval gebeurt voor elk jaar de berekening van het pensioen minstens op basis van het

gewaarborgd maandelijks minimumloon. Het bedrag dat als basis voor de berekening van het minimumrecht wordt genomen zal met 17% worden verhoogd. Dat heeft als resultaat dat de pensioenopbrengst voor die jaren op het peil van het gewaarborgd minimumpensioen wordt gebracht, pro rata de gewerkte duur. In deze doelgroep bevinden zich vooral vrouwen.

– Maxistatuut voor de meewerkende echtgenoot (zelfstandigen)

Meewerkende echtgenoten geboren na 31 december 1955, zijn met ingang van 1 juli 2005 verplicht onderworpen aan het maxistatuut dat onder meer voor hen de mogelijkheid creëert om een eigen pensioen op te bouwen. Voor meewerkende echtgenoten die geen uitzicht hadden op een minimumpensioen, wegens een gebrek aan de vereiste minimum aantal jaren in de pensioenloopbaan, werden evenwel overgangmaatregelen voorzien zodat meer meewerkende echtgenoten aanspraak kunnen maken op het minimumpensioen.

– Verhoging van de Inkomensgarantie voor ouderen (sociale bijstand)

In de voorbije jaren volgden de bedragen voor de Inkomensgarantie voor ouderen de welvaartsevolutie. Op 1/12/2005 werd het basisbedrag opnieuw met 10 € per maand verhoogd. Ondanks deze verhoging situeert het huidige bedrag zich onder de armoederisicodrempel. Door de verhoging van het basisbedrag met 60 € op 1.12.2006, komt het minimuminkomen van alleenstaande 65+ gelijk te liggen met deze risicodrempel.

B. Maatregelen voor het verzekeren van een aanvaardbare levensstandaard voor gepensioneerden

– Welvaartsaanpassing van de loon- en inkomstenplafonds in de pensioenberekening (werknemers en zelfstandigen)

Het loon- en inkomstenplafond wordt in de pensioenberekening om de twee jaar (eerste aanpassing in 1999) aangepast zodat de welvaartsevolutie gevolgd wordt.

Vanaf 2008 valt de aanpassing van de loon- en inkomstenplafonds voor werknemers en zelfstandigen onder het wettelijk voorziene mechanisme betreffende de welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen (supra).

– Welvaartsaanpassing van de pensioenen gedurende de periode van pensionering (werknemers en zelfstandigen)

Selectieve welvaartsaanpassingen van de oudere pensioenen wordt tot 2007 verder gezet en heeft tot doel het historisch gegroeide verschil tussen de gemiddelde hoogte van de oudere pensioenen en deze van de nieuwe pensioenen te verkleinen. Vanaf 2008 valt de aanpassing van de oudere pensioenen onder het wettelijk voorziene mechanisme dat inkomensvervangende uitkeringen in de sociale zekerheid aanpast aan de evolutie van de algemene welvaart (supra).

– Aanpassing van de loopbaanvoorwaarde voor het niet-verminderd vervroegd rustpensioen (zelfstandigen)

De zelfstandige kan een niet-verminderd vervroegd rustpensioen krijgen, voor zover hij het bewijs levert van een 'volledige beroepsloopbaan'. Vanaf 1 januari 2003 moest een

volledige beroepsloopbaan 45 kalenderjaren tellen nu moet men 44 kalenderjaren bewijzen. De maatregel is van toepassing op de pensioenen die effectief en voor het eerst en ten vroegste ingaan op 1 januari 2006 en betreft zowel mannen als vrouwen.

– Versoepeling van de pensioenmalus voor zelfstandigen

De «pensioenmalus» die wordt toegepast bij de pensioenintrede voor de leeftijd van 65 jaar wordt voor zelfstandigen enigszins afgezwakt. Het verminderingspercentage – tot dusver 5% per jaar vervroeging – verandert in functie van de leeftijd op de ingangsdatum van het pensioen. De maatregel is van toepassing op pensioenen die effectief en voor het eerst ten vroegste ingaan op 1 januari 2007.

SECTIE 3.2. FINANCIËLE HOUDBAARHEID VAN PENSIOENSYSTEMEN

3.2.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens

Beleidsdoelstelling h): De financiële duurzaamheid van de openbare en particuliere pensioenstelsels, rekening houdend met de druk op de overheidsfinanciën en de vergrijzing van de bevolking, en in de context van de driedelige strategie om de gevolgen van de vergrijzing voor de begroting aan te pakken, met name door: mensen langer aan het werk te houden, actief ouder worden aan te moedigen; een passend en sociaal rechtvaardig evenwicht tussen premies en uitkeringen tot stand te brengen; en de betaalbaarheid en veiligheid van kapitaaldeckingsstelsels en particuliere regelingen te bevorderen.

Door de Studiecommissie voor de vergrijzing wordt in het Jaarverslag van 2006 een actualisatie van de budgettaire kost van de vergrijzing geraamd. Bij deze recentste ramingen werd rekening gehouden met de invoering van de maatregelen van het Generatiepact, die een impact hebben op het arbeidsaanbod en de sociale uitgaven. De tabel opgenomen in bijlage deel 3 toont aan dat de budgettaire kost van de vergrijzing over de periode 2005-2050 geraamd wordt op 5,8% van het bbp. De kost voor de pensioenen bedraagt, voor deze periode, 3,9% van het bbp. Voor de periode 2005- 2011 zou de budgettaire kost van de vergrijzing, geraamd op 0,4% van het bbp, eerder beperkt blijven. De Studiecommissie, die in haar ramingen echter geen rekening heeft kunnen houden met alle maatregelen van het Generatiepact, komt aldus tot een eerder geringe impact ervan op de geraamde budgettaire kost van de vergrijzing. Voor de periode 2005-2011 zouden de in aanmerking genomen maatregelen de budgettaire kost doen verhogen met 0,2 procentpunt. In de daaropvolgende periode 2011-2030 zouden deze in aanmerking genomen maatregelen de budgettaire kost evenwel met 0,1 procentpunt verlagen.

De ramingen van de budgettaire kost door de Studiecommissie vallen lager uit dan deze van de lange termijn projecties die België, in het voorjaar 2006, aan de Ageing Working Group van het Economic Policy Committee van de EU geleverd heeft.

In het kader van de vergrijzing van de samenleving zijn de doelstellingen waarbij de actiteitsgraad en de werkzaamheidsgraad verhoogd worden cruciaal.

3.2.2. Maatregelen

A. Maatregelen voor de financiële duurzaamheid van de pensioenstelsels

– Verdere afbouw van de overheidsschuld en opbouw van de structurele reserves in het Zilverfonds

Vanaf het begrotingsjaar 2007 zal de overheidsschuld versneld worden afgebouwd door jaarlijks begrotingsoverschotten te realiseren die in het Zilverfonds zullen gestort worden. Het Zilverfonds werd in 2001 opgericht met als doelstelling een financiële reserve aan te leggen die moet toelaten om in de periode 2010-2030, de extra-uitgaven van de diverse wettelijke pensioenstelsels ingevolge de vergrijzing te financieren. Eind 2005 bedroeg de waarde van de portefeuille van het Zilverfonds meer dan 13,5 miljard euro of ongeveer 4,53% van het BBP.

– Verbreding van de financieringsbasis van de sociale zekerheid door onder meer toewijzing van de ontvangsten van de roerende voorheffing

In het kader van het Generatiepact werd de financieringswijze van de sociale zekerheid versterkt om aldus een duurzaam financieel evenwicht te verzekeren en voor eenieder, dus ook de ouderen, een hoge mate van bescherming te waarborgen. Om dit te bereiken wordt vanaf het begrotingsjaar 2006 de financieringsbasis vergroot door onder meer 15% van de ontvangsten van de roerende voorheffing toe te wijzen voor de financiering van de sociale zekerheidssystemen. Tevens zal vanaf 2007 het beginsel van de overdracht van de belastingontvangsten gegenereerd door het terugverdieneffect van de toegestane verminderde sociale zekerheidsbijdragen worden toegepast.

B. Maatregelen voor een versterking van de opwaartse tendens inzake werkzaamheidsgraad

– Invoering pensioenbonus als stimulans om langer te werken (werknemers en zelfstandigen)

Het rustpensioen wordt met een 'bonus' verhoogd op voorwaarde dat de werknemer of zelfstandige de leeftijd van 62 jaar heeft bereikt of een beroepsloopbaan van minstens 44 kalenderjaren bewijst, én zijn beroepsactiviteit voortzet. De maatregel is van toepassing op de pensioenen die effectief en voor het eerst ten vroegste ingaan op 1 januari 2007 en viseert enkel de gepresteerde periodes gelegen na 2005.

De invoering van de pensioenbonus is een aanmoediging om de oudere werknemer en zelfstandige hun professionele loopbaan na de leeftijd van 62 jaar of bij minstens 44 loopbaanjaren voort te zetten. Deze beleidsmaatregel heeft tevens als bijkomend effect dat de levensstandaard bij pensionering (cfr. punt 3.1.1) verhoogt.

– Fiscaal voordeel bij opname tweede pijlerpensioen op de wettelijke pensioenleeftijd (werknemers en zelfstandigen)

De opname van het aanvullend pensioen na een effectieve tewerkstelling tot aan de wettelijke pensioenleeftijd zal resulteren in een gunstiger fiscale behandeling. Voor werknemers die aan de slag blijven tot aan de wettelijke pensioenleeftijd, zal het belastingtarief voor

het gedeelte dat opgebouwd is via premiebijdragen betaald door de werkgever verlaagd worden van 16,5% tot 10%. Voor zelfstandigen die minstens tot aan de wettelijke pensioenleeftijd actief blijven zal het opgebouwde kapitaal van aanvullende pensioenen bij de omzetting ervan naar fiscale lijfrente, slechts voor 80% in aanmerking worden genomen.

– Toekennen van pensioenrechten aan jongeren die deeltijds werken en deeltijds leren (werknemers)

Vanaf 1 januari volgend op hun 18^{de} verjaardag wordt aan jongeren die zich bevinden in het stelsel van stageovereenkomsten, leerovereenkomsten en andere vormen van deeltijds werken en deeltijds leren pensioenrechten toegekend met als doel meer jongeren er toe aan te zetten werk aan te nemen. Deze maatregel heeft terugwerkende kracht tot 1 januari 2004.

– Invoering gedifferentieerde loonplafonds bij de pensioenberekening (werknemers)

Om actief zijn beter te laten renderen dan inactief zijn, wordt het loopbaanplafond in de pensioenberekening opgesplitst in een plafond van toepassing op de werkelijke lonen en een plafond van toepassing op fictieve lonen (die gelden voor volgende gelijkgestelde periodes: volledige werkloosheid, voltijds brugpensioen, volledige loopbaanonderbreking, voltijds tijdskrediet). Gedurende een nog te bepalen periode zal enkel het plafond voor de werkelijke lonen minimaal tweejaarlijks worden aangepast aan de evolutie van de algemene welvaart zodat in de toekomst geleidelijk een verschil zal ontstaan tussen de twee plafonds.

SECTIE 3.3. MODERNISERING VAN PENSOENSYSTEMEN

3.3.1 Beleidsdoelstelling en contextgegevens

Beleidsdoelstelling i): **Transparante pensioenstelsels die beantwoorden aan de behoeften en verwachtingen van mannen en vrouwen en aan de behoeften van moderne samenlevingen, de vergrijzing en structurele veranderingen; goede voorlichting zodat mensen hun pensionering kunnen plannen en hervormingen op basis van een zo breed mogelijke consensus kunnen worden doorgevoerd.**

De voorbije decennia zijn vrouwen massaal toegetreden op de arbeidsmarkt. Meer dan bij mannen wordt hun loopbaan echter gekenmerkt door deeltijds werk en loopbaanonderbrekingen. Zo werkte in 2005 ongeveer 42,6% van de vrouwen deeltijds tegenover 7,8% van de mannen. Het Belgisch pensioensysteem is onvoldoende mee geëvolueerd met die maatschappelijke ontwikkelingen. In het kader van het Generatiepact werd daarom eind 2005 gestart met het initiatief 'Vrouw en Pensioen' dat onder meer tot doel heeft de gevolgen van de arbeidssituatie van vrouwen op hun pensioen in kaart te brengen en waar nodig aan te passen aan de behoeften van de moderne samenleving.

Daarnaast ging bijzondere aandacht uit naar het informeren van de bevolking. Uit sociologisch onderzoek blijkt immers dat zowel jongeren die hun loopbaan starten als ouderen die aan het einde van hun loopbaan komen, onvoldoende inzicht hebben in de opbouw van hun pensioenrechten. Keuzes tijdens de beroepsloopbaan moeten steeds kunnen

gemaakt worden met kennis over de financiële gevolgen ervan op zowel korte als lange termijn. Voor jongeren is er dan ook een noodzaak hen grondig te informeren over de pensioengevolgen van hun loopbaankeuzes. Voor de actieven van de oudere leeftijdsgroepen is er een behoefte om een correcte inschatting van hun pensioen mogelijk te maken en hen zodoende te laten zien wat bijvoorbeeld één jaar langer werken als financiële consequentie heeft op hun pensioen.

3.3.2. Maatregelen

A. Maatregelen die beantwoorden aan de behoeften van de moderne samenleving

– Versoepeling van de toegang tot het Gewaarborgd minimumpensioenen

De eerder vermelde versoepeling van de toegang tot het minimumpensioen is een maatregel die in 2006 werd genomen om beter tegemoet te komen aan de arbeidsspecifieke situatie van vrouwen (zie punt 3.1.1. Maatregelen voor een toereikend pensioeninkomen).

B. Maatregelen die informeren

– Informatie aan jonge vrouwen over loopbaankeuzes en pensioengevolgen: infobrochure ‘Vrouw en Pensioen’

Bewuste loopbaankeuzes die een goede oplossing bieden in een bepaalde levensfase kunnen belangrijke gevolgen hebben op het pensioen later. Met de infobrochure «Vrouw en pensioen» worden jonge vrouwen in de eerste fase van hun carrière geïnformeerd over hun loopbaankeuzes en de pensioengevolgen hiervan.

– Pensioeninfo op maat

Via de website www.kenuwpensioen.be kan iedereen een betrouwbare simulatie krijgen van de berekening van hun toekomstig bruto rustpensioen. Een ander initiatief is dat elke 55 jarige vanaf 2006 automatisch een raming van zijn of haar toekomstig rustpensioen alsook een globaal loopbaanoverzicht ontvangt. De plus 55 jarigen kunnen op aanvraag hiervoor een aangepaste berekening ontvangen. Het is tevens de bedoeling om tegen 2010 iedereen, ongeacht het pensioenstelsel waarin ze actief zijn geweest, toegang te geven tot een on-line pensioensimulatie. Hiertoe werd een nieuwe organisatie SIGeDIS opgericht.



Hoofdstuk 4: Gezondheidszorg en langdurige verzorging

SECTIE 4.1. BELANGRIJKSTE UITDAGINGEN EN OVERZICHT VAN DE RECENTE EVOLUTIES INZAKE GEZONDHEIDSZORG EN LANGDURIGE VERZORGING

Het Belgisch gezondheidssysteem berust op een systeem van *verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging* dat deel uitmaakt van de sociale zekerheid. Dit systeem heeft volgende kenmerken:

- universele dekking;
- goede toegankelijkheid;
- solidaire financiering (bijdragen aangevuld met Rijkstegemoetkomingen en toegewezen belastingen);
- honorering van de zorgverleners hoofdzakelijk per handeling (met uitzondering van bepaalde verstrekkingen zoals klinische biologie en radiologie);
- ruim aanbod van zorgverleners en verzorgingsinstellingen zonder wachtlijsten;
- vrije keuze van de zorgverlener;
- beheer, overleg en tariefakkoorden door en met de sociale partners, de ziekenfondsen en de zorgverleners.

Wat de *interacties tussen het systeem van de gezondheidszorg en de diensten voor langdurige verzorging* betreft, worden verschillende formele diensten voor langdurige verzorging in het bestaande systeem van gezondheidszorg ingeschakeld. Talrijke specifieke risico's, eigen aan de langdurige verzorging worden inderdaad verzekerd door middel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Bedoeling is, te komen tot samenwerking en coördinatie op plaatselijk, gewestelijk en nationaal vlak, uitlopend op een geïntegreerd, permanent en multidisciplinair verzorgings- (en bijstands-) aanbod, aangepast aan de behoeften van de betrokken persoon. Daartoe werd voor twee soorten coördinatie gezorgd. Om te beginnen bestaat er een coördinatie tussen federale, communautaire en gewestelijke onderwerpen via de *«Interministeriële Conferentie Volksgezondheid»* waar de verschillende entiteiten verbintenissen aangaan wat verzorging voor ouderen, thuiszorg en primaire gezondheidszorg betreft. Vervolgens is er coördinatie tussen de diensten voor algemene verzorging en de diensten voor langdurige verzorging, bijvoorbeeld door middel van geïntegreerde thuiszorgdiensten, waarmee het mogelijk is de complementariteit van de verschillende zorgverleners en bijstandsdiensten optimaal te gebruiken.

De grote lijnen van het Belgische beleid inzake gezondheidszorg kunnen als volgt samengevat worden:

- Alhoewel de jongste jaren inspanningen werden geleverd om de financiële lasten voor de patiënten te verlichten teneinde sociale ongelijkheden weg te werken en de toegankelijkheid van de verzorging te bevorderen, blijven aanvullende maatregelen nodig. Concreet beschouwd zal het toepassingsmechanisme van de «maximumfactuur» worden uitgebreid. Ook de implantaten zullen beter worden terugbetaald. De wetgeving over de ‘toeslagen’ zal worden gewijzigd. Ten slotte zal het statuut van rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming worden uitgebreid. Naast de financiële maatregelen zullen initiatieven worden genomen om de ongelijke verzorgingsconsumptie weg te werken, onder andere wat tandheelkundige verzorging betreft;
- Om de *kwaliteit van de verzorging voortdurend te verbeteren* beoogt de overheid *gebruikersgerichte verstrekkingen* (aangepast aan hun behoeften) met *aandacht voor de continuïteit van de verzorging te garanderen, namelijk door voorrang te geven aan eerstelijnsverzorging*, een preventiebeleid, de vrije keuze van de patiënten en de beschikbaarheid van de informatie. Wat langdurige verzorging betreft, wordt bijzondere aandacht besteed aan coördinatie, met het oog op een geïntegreerd, permanent en multidisciplinair verzorgings- en voorzieningsaanbod dat aan de behoeften van de persoon is aangepast. De komende jaren zullen onder andere zorgtrajecten voor chronische patiënten worden uitgebreid en praktisch worden uitgevoerd;
- Een van de uitdagingen voor de komende jaren bestaat erin voldoende verzorgend personeel te kunnen inzetten, gelet op de vergrijzing van de bevolking. Er zullen inspanningen worden geleverd om de positie van de zorgverleners die instaan voor de eerstelijnsverzorging te versterken en om voldoende hulpverleners en verzorgenden een aantrekkelijk statuut aan te bieden. Verschillende vormen van verzorging zullen ook moeten worden uitgebreid, rekening houdend met de afhankelijkheidsgraad van de personen (verzorging in instellingen; dagverzorging, nachtverzorging, kort verblijf). Daartoe werd in 2005 een meerjarenprotocol met de verschillende bevoegde overheden gesloten;
- *De kosten/efficiëntie-verhouding moet beter worden*. Daartoe worden steeds meer «evidence medicine» technieken zowel in het ziekenhuis als voor ambulante verzorging ontwikkeld voor een meer doeltreffend gezondheidsbeleid. Instrumenten zoals ‘Health Technology Assessment’ zullen steeds meer worden gebruikt, en goede praktijken zullen steeds meer worden uitgewerkt. Daarnaast, om de verzekering voor geneeskundige verzorging duurzaam veilig te stellen probeert de overheid de kosten (groeinormen) onder controle te houden, onder andere door alle gezondheidsactoren te «responsabiliseren»;
- Het ontwikkelen van een *beleid tot bevordering van de gezondheid en van een gezonde levensstijl* is ook een prioriteit voor alle Gemeenschappen.

SECTIE 4.2. DE GEZONDHEIDSZORG

4.2.1. Beknopte beschrijving van het gezondheidszorgstelsel

In tegenstelling met sectie 4.3 in verband met de langdurige verzorging¹, dekt de in deze sectie bedoelde verzorging hoofdzakelijk de individuele curatieve verzorging evenals de daarmee gepaard gaande beleidslijnen inzake gezondheid en de collectieve gezondheidsdiensten, ingesteld om het beleid van preventie en volksgezondheid toe te passen.

Het Belgische gezondheidszorgstelsel bevordert de *vrije keuze* van de patiënt (in verband met de dienstverlener, zowel wat ambulante medische en paramedische verzorging als ziekenhuisverzorging betreft) en de praktijk van een *liberale geneeskunde*.

Zonder op details in te gaan, willen we toch verduidelijken dat de Federale Staat uitsluitend bevoegd is voor het «*stelsel van de verplichte gezondheidszorgverzekering*» dat integraal deel uitmaakt van het Belgische sociale zekerheidsstelsel en dat, zoals men kan zien in volgende sectie, voor een ruime waaier van verzorgingsactiviteiten de quasi totaliteit van de bevolking dekt. Daarentegen zijn wat de volksgezondheid betreft (zorgaanbod, bescherming van de volksgezondheid) de verantwoordelijkheden verdeeld tussen de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten.

4.2.2. De toegang tot de gezondheidszorg waarborgen: Universaliteit, Billijkheid, Solidariteit

A) Een ruime verplichte openbare verzekering die quasi de volledige bevolking dekt

De verplichte openbare gezondheidszorgverzekering dekt bijna integraal de ganse bevolking. Indien men aldus als dekkingspercentage inzake gezondheidszorg het aantal personen neemt die in verhouding tot de ganse bevolking (met inbegrip van kinderen) op gebied van gezondheidszorg verzekerd zijn, dan komt men in België tot 99%² dekkingspercentage voor de «grote risico's» (hoofdzakelijk ziekenhuisopname) en 94% voor de «kleine risico's». Dit verschil komt voort uit het onderscheid dat op dit ogenblik wordt gemaakt tussen de dekking in het stelsel van de loontrekkers en dat van de zelfstandigen, dat thans enkel in de terugbetaling van de «grote risico's» voorziet. Dit onderscheid zal nochtans geleidelijk worden weggewerkt, *aangezien de regering beslist heeft om de dekking van de kleine risico's uit te breiden tot de zelfstandigen, gedeeltelijk vanaf 1 juli 2006, aanvullend vanaf 1 januari 2008.*

Een belangrijke doelstelling van de Belgische overheid bestaat er in ervoor te zorgen dat ieder die van deze bescherming geniet in het stelsel te houden, en de toetreding van degenen die momenteel nog uitgesloten zijn te bevorderen. Aldus heeft de regering, om de dekking nog te verbeteren, onlangs haar bedoeling³ te kennen gegeven, de dekking ook toe te kennen aan niet vergezeld buitenlandse minderjarigen, die sedert minstens drie maanden het primaire of secundaire onderwijs volgen of, voor de jongeren die aangemeld werden bij een instelling van preventieve hulp aan de gezinnen.

1. Zie sectie 4.3.1. voor de definitie van de langdurige verzorging.

2. Bron: OESO (Health Data 2006).

3. Wetsontwerp – gezondheid 2006, in werking treding voorzien op 1 januari 2007.

Totaal bekeken mag men deze dekking als tamelijk volledig beschouwen. Binnen de budgettaire mogelijkheden tracht de overheid trouwens deze dekking regelmatig te verruimen. Vermelden wij bijvoorbeeld dat men eind juni van dit jaar tot een akkoord gekomen is om voor de kinderen van minder dan twee jaar en mits bepaalde voorwaarden, het vaccin tegen pneumocokken terug te betalen vanaf 1 januari 2007.

Herinneren wij eraan dat de verzekering voor geneeskundige verzorging niet voorziet in geneeskundige verstrekkingen maar financieel tegemoet komt in de kosten van deze verzorging. Het bedrag van deze tegemoetkoming schommelt hoofdzakelijk in functie van de aard van de verstrekking en van de rechthebbende. Zonder op de details in te gaan willen we alleen noteren, dat het persoonlijke aandeel of «remgeld» in principe 25% bedraagt maar dit kan, volgens het type van de prestatie, hoger of lager liggen. Noteren we reeds dat er met het oog op de verbeterde toegang tot de verzorging verschillende mechanismen bestaan om het persoonlijke aandeel van sommige patiënten te «verlichten», waardoor het daadwerkelijke gemiddelde aandeel van de patiënt voor het geheel van de prestaties herleid wordt tot 8,43%.⁴ We zullen hierop terugkomen in punt C).

B) Goede algemene toegankelijkheid

Op basis van de indicatoren van het «unmet need»⁵ haalt België bevredigende resultaten, vergeleken met het Europese gemiddelde. Nochtans blijkt uit bepaalde indicatoren dat voor sommige prestaties zoals tandenverzorging een verbetering mogelijk is.

C) Maatregelen om de «financiële hinderpalen» te matigen

Hoewel de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging als relatief ruim kan beschouwd worden, blijft het toch zo, dat de patiënt blootgesteld is aan kosten (remgeld, niet gedekte prestaties, verschillende supplementen) die soms hoog kunnen zijn, rekening houdend met zijn budget zonder te vergeten dat de regel van de «terugbetaling a posteriori» de patiënt verplicht het geld voor te schieten voor hij terugbetaling bekommt.

De overheid is bekommerd om deze problematiek en er bestaan verschillende mechanismen om het persoonlijke aandeel van sommige patiënten te «verlichten».

- Bij de mechanismen, bedoeld voor groepen die geïdentificeerd zijn als de meest kwetsbare qua financiële toegankelijkheid, is er het «recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming» (RVV) en de «Maximumfactuur» (MAF).

Het «RVV» kent hogere terugbetaling toe aan bepaalde «sociale categorieën» van personen die niet actief zijn op de arbeidsmarkt (zoals invaliden, gepensioneerden, gehandicapte) waarvan het jaarlijkse inkomen niet hoger ligt dan een bepaald bedrag (momenteel 13.246 Eur, verhoogd met 2.452 Eur per kind ten laste). Er dient opgemerkt te worden dat de regering

4. Bij voorbeeld het daadwerkelijke aandeel van de verzekerde is gemiddeld slechts 1,39% voor verpleegkundige verzorging maar het stijgt tot gemiddeld 22,88% voor kinesiotherapieverzorging. (Bron RIZIV; cijfers voor het jaar 2005).

5. Indicator die het percentage aangeeft van de bevolking die een bepaalde verzorging soms moet uitstellen of daarvan moet afzien.

beslist heeft vanaf 2007 het RVV uit te breiden tot *ALLE* huishoudens, waarvan het inkomen lager ligt dan een te bepalen plafond.

De «MAF» bepaalt een maximumprijs (die schommelt in functie van het inkomen van het huishouden) van jaarlijkse uitgaven per gezin inzake terugbetaalbare geneeskundige verzorging. De «*maximumfactuur*» is in feite het basisinstrument van het beleid ter stimulering van de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging. Dit voornamelijk door het zeer ruim actiegebied van deze maatregel (iets meer dan 500 000 Belgische huishoudens hebben in 2005 van deze maatregel kunnen genieten). Dankzij de MAF kunnen de remgelden geplafonneerd worden, wat een verlichting betekend van de last van de patiënten, vooral voor de categorieën met het laagste inkomen. Om de draagwijdte van dit mechanisme nog te verhogen werd beslist de persoonlijke tegevoetkomsten, waarmee rekening gehouden wordt in de MAF teller, uit te breiden, dit is bijvoorbeeld het geval van de magistrale voorbereidingen en de kosten verbonden met het afleveren van implantaten.

- Vermelden we bij de niet doelgerichte maatregelen waarmee het persoonlijke aandeel van de patiënten verlicht wordt, onder andere:
 - vermindering met 30% op het bedrag van het remgeld ingeval van raadpleging van een huisdokter voor alle personen in het bezit van een «*globaal medisch dossier*» (GMD)
 - Een constant beleid van vermindering van geneesmiddelenprijzen, gekenmerkt door:
 - Regelmatige *verplichte prijsverminderingen*. Aldus waren er op 1 juli 2006 niet minder dan 1400 geneesmiddelen, vooral oudere specialiteiten waarvan de prijzen verminderd werden (gemiddeld met 2% maar in bepaalde gevallen veel meer).
 - Meer gunstige terugbetalingen voor de geneesmiddelen, goedkoper op de markt, wat men «*referentie terugbetaling*» noemt.
 - Sedert 2006 terugbetaling van verschillende *werkelijk innoverende geneesmiddelen* niettegenstaande hun enorm hoge kostprijs (onder andere geneesmiddelen tegen kanker, zoals Herceptine en Erbitux) dankzij verhoging van het budget voor geneesmiddelen.
 - Sensibiliseringcampagnes met als doel, de voorschrijvers aan te sporen tot het voorschrijven van een minimum percentage, op straffe van sanctie⁶, van generische geneesmiddelen (30% minder duur dan de geneesmiddelen onder octrooi) vanaf 1 april 2006.
 - Concurrentievergelijking van farmaceutische firma's om de laagst mogelijke prijs te bekomen, via een systeem van oproep tot aanbesteding, bekend als het «*Kiwi model*», werd ingesteld voor twee moleculen met een belangrijk marktaandeel. Dit systeem zal verder ontwikkeld worden.

In verband met de moeilijkheden die gepaard gaan met het mechanisme van de «terugbetaling a posteriori» bestaan er verschillende maatregelen met de hoop, dat de zorgverleners «principe van de derde betaler»⁷ zouden kunnen toepassen ten voordele van personen

6. Waarvan de aard nog nader moet bepaald worden.

7. Verplicht voor zienhuisopname, klinische biologie, en geneesmiddelen.

in precare economische situatie. In deze logica bestaat er een specifiek systeem van «forfaits»⁸ in het medische huis⁹ (ambulante verzorging); 150.000 personen genieten hiervan.

Verder mag erop gewezen worden, dat talrijke OCMW's¹⁰ de mogelijkheid van een «*medische kaart*»¹¹ bieden voor terugbetaling van basisverzorging. In het Brusselse Gewest bij voorbeeld zijn de 19 OCMW's van de Brusselse gemeenten akkoord geraakt over terugbetaling van een lijst van essentiële geneesmiddelen. Nog steeds in het Brusselse Gewest, maar ook in het Waals Gewest, is het niet zonder belang te verwijzen naar een delicate toestand in het geval van toegankelijkheid tot geneeskundige verzorging van personen zonder wettelijke woonst. Deze personen hebben recht op Dringende Medische Hulp maar de procedure om deze verzorging te bekomen (via een getuigschrift, ingevuld door een zorgverlener en voor te leggen aan het OCMW) is niet altijd gekend bij de verschillende betrokken personen en de administratieve drempel ligt tamelijk hoog, wat de toegang tot onontbeerlijke geneeskundige verzorging voor deze personen soms beperkt. Diverse initiatieven zouden kunnen overwogen worden om de zichtbaarheid van de procedure te vergroten¹².

Tenslotte hebben verschillende studies onlangs gewezen op een gevoelige verhoging van de kostprijs van een ziekenhuisverblijf ten laste van de patiënt. De overheid is bekommerd om deze toestand. Zo voorziet een recent wetsontwerp (wetsontwerp-gezondheid 2006) in een verbod voor ziekenhuizen om supplementen te vragen van honoraria en kamers in bepaalde gevallen (van een ouder vergezeld kind, dagverblijf, urgentie of intensieve verzorging.)

Bovendien werd een «toelatingsverklaring»¹³ ingevoerd om een grotere transparantie ten overstaan van de patiënt te waarborgen en hem bewust van te maken van de gevolgen van zijn keuze.

D) Maatregelen om de «niet financiële hinderpalen» te beperken

Naast de zuiver financiële hinderpalen zijn er ook nog andere belemmeringen, die de toegankelijkheid tot de geneeskundige verzorging van een gedeelte of het geheel van de bevolking beperken.

-
8. In het kader van een contract, getekend tussen patiënt, zijn verzekeringmaatschappij en het medische huis kan het verzekeringsorganisme rechtstreeks betalen aan het «medische huis», elke maand en per geabonneerd persoon in orde met de ziekenkas, een vaste som: het forfait betalen. Het forfaitaire bedrag wordt berekend op basis van de gemiddelde kostprijs van de RIZIV terugbetalingen in het systeem van de betaling per act, maar het eventuele remgeld blijft in elk geval ten laste van de patiënt.
 9. De «medische huizen» zijn zelfbeheerde verenigingen die primaire geneeskundige verzorging verlenen. Er wordt in ploeg gewerkt met huisdokters, kinesitherapeuten, verplegers, paramedici, sociale werkers, opvangpersonen, beroepsmensen van de geestelijke gezondheid.
 10. Openbare Sociale Actie centra.
 11. Het OCMW kan in bepaalde voorwaarden een kaart toekennen, waarmee de patiënt zich gratis kan laten verzorgen bij een door het OCMW erkende huisdokter of een medische raadpleging in een ziekenhuis van een bepaald net.
 12. Namelijk door de oprichting van «gezondheidsrelais» bij de «sociale relais» in het Waals Gewest.
 13. Het gaat om een document dat uitlegt welke kosten moeten verwacht worden in het kader van een ziekenhuisopname en dat verplicht aan elke patiënt moet uitgereikt worden ten laatste op het ogenblik van zijn opname.

Wat betreft de toereikendheid van het zorgaanbod kent België geen tekortverschijnsel, noch dat van de wachtlijsten.

Nochtans komt een meer doorgedreven structuur van het Belgische ziekenhuiswezen geleidelijk tot stand. Zij wil een aanpassing van het aanbod qua ziekenhuisverzorging in een gegeven geografische zone, een zogenaamd «*zorgbekken*», aan de behoeften van de bevolking. Deze nieuwe structuur voorziet¹⁴ een optimaal aanbod van hulp en diensten in functie van de huidige en toekomstige behoeften van de bevolking van elke zone. Deze aangepaste geografische spreiding van de uitbatingssites moet op termijn de toegang tot gespecialiseerde verzorging voor het geheel van de bevolking waarborgen.

Wat betreft de aanpassing van het zorgaanbod wordt de eerstelijnsverzorging prioritair. De politieke overheid wil aldus de zorgverleners ertoe aansporen, de toegankelijkheid van de primaire geneeskundige verzorging te optimaliseren (namelijk de eerste lijn verleners, dus hoofdzakelijk de huisdokters) want deze kunnen door hun 1^{ste} contact positie meer rekening houden met de diversiteit van de personen en daardoor een belangrijke rol spelen in de bepaling van een aangepast en voor de patiënt optimaal «*zorgtraject*».

In feite, zelfs indien de vrije en verantwoorde keuze van de arts de basis moet blijven, is een bepaalde structurering («*Gate keeping*») van het zorgaanbod soms noodzakelijk. Om aan te sporen tot voorafgaand beroep op de huisarts VOOR elke raadpleging van een specialist zal de eerste referentieraadpleging bij de specialist weldra (eind 2006) genieten van een «*voorkeurtarief*» voor de terugbetaling.

Men stelt trouwens vast dat de geografische spreiding van de huisartsen soms problematisch blijkt, wat aanleg geeft tot ontoereikende dekking met huisdokters in bepaalde wijken of sub-gewesten. Om deze toestand gedeeltelijk te verhelpen zal vanaf september 2006 een «*impulsiefonds*» gelanceerd worden, dat leningen zonder intrest en ook toelagen verleend aan huisartsen die zich gaan vestigen in een zone waar een tekort aan huisartsen is.

Noteren we tenslotte dat deze prioriteit inzake eerstelijnsverzorging ook overgenomen wordt door Gemeenschappen en Gewesten. Zo wenst bijvoorbeeld een Vlaams decreet van maart 2004 dat zorgverleners bijzondere inspanningen zouden leveren om de toegankelijkheid tot eerstelijnsverzorging te optimaliseren, onder andere rekening zouden houden met de «*diversiteit*» van de bevolking, tegelijk met het beleid van gelijke kansenbeleid.

4.2.3. De kwaliteit van de verzorging bevorderen

A) Kwaliteitsverzorging voor allen!

Alle Belgische overheidsinstanties, bevoegd voor gezondheid zijn zich ervan bewust, dat de kwaliteit van de verzorging een constante aandacht vereist. Buiten het naleven van de toepasselijke erkenningnormen moet de overheid erover waken, dat de zorgverlenende instellingen aan elke gebruiker verantwoorde verzorging verleent, die beantwoordt aan de

14. Door inspelings op de waaier van regelingwerktuigen waarover de federale, gewestelijke en communautaire regeringen beschikken: programmering, erkenningsnormen, financieringsregels...

vereisten van doeltreffendheid, efficiëntie, continuïteit, sociale gebruikersgerichte aanvaardbaarheid, zonder welk onderscheid ook¹⁵. Hiertoe wordt bijzondere aandacht besteed, onder andere, aan de eerstelijnsverzorging, aan preventiepolitiek, betrokkenheid van de patiënten, vrijheid van keuze en beschikbaarheid van de informatie.

Teneinde een structuur te krijgen tot steun aan de beslissing inzake beleidslijnen in verband met geneeskundige verzorging werd het «*Federaal Kenniscentrum voor de gezondheid-zorg*» (KCE)¹⁶ opgericht om te werken aan een grote toegankelijkheid van een kwaliteitsverzorging, daarbij rekening houdend met de groeiende behoeften en de beperkingen van de beschikbare budgetten. De activiteiten van het KCE kunnen in vier onderzoeksgebieden onderverdeeld worden:

- Analyse van de klinische praktijken en ontwikkeling van goede praktijk aanbevelingen (Good Clinical Practice);
- Evaluatie van de medische technologieën (Health Technology Assessment);
- Financiering en organisatie van de verzorging (Health Services Research);
- Billijkheid en studie van het gedrag van de patiënten.

Het naleven van «Good Practice» wordt meer en meer beschouwd als een onontbeerlijke bijdrage tot de verwezenlijking van een doeltreffend gezondheidsbeleid. Tenslotte heeft het RIZIV, om te komen tot een betere kwaliteit van de medische prestaties, gezorgd voor de organisatie van «*feedback campagnes*» over verschillende onderwerpen. Een individuele feedback bevat enerzijds recente wetenschappelijke informatie over bepaalde thema's en anderzijds individuele gegevens over de prestaties terzake van de geneesheer. Hij of zij wordt ook vergeleken met de collega's van zijn (haar) arrondissement en van het ganse land.

Ten slotte, met voorbehoud van bevoegdheden, die voorbehouden zijn aan de federale overheid, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor opleiding tot gezondheid en ook voor de activiteiten en diensten op stuk van «*preventieve geneeskundige verzorging*». Deze laatste groeperen onder andere de initiatieven met het oog op verbetering en bescherming van de gezondheidstoestand van de bevolking. Voor het *vaccinbeleid* maken kosteloze vaccins en vaccinaties deel uit van het huidige gezondheidsbeleid. Kinderen en jongeren kunnen gratis gevaccineerd worden via de georganiseerde preventiediensten. Vaccins tegen polio, difterie, tetanus, kinkhoest, hepatitis B, haemophilus influenza van type B, mazelen, bof, rode hond en meningocok van serogroep C zijn kosteloos. Door het kosteloze en niet stigmatiserend aanbod van deze preventieve maatregelen verkrijgt men goede resultaten op stuk van gezondheid ook in kwetsbare groepen, b.v. personen die in een armoedetoeestand¹⁷ leven.

Wat het *opsporingsbeleid* betreft werd een protocol afgesloten met het oog op samenwerking tussen de Federale Staat en de Gemeenschappen op stuk van massa- opsporing

15. Noteren we dat een Vlaams decreet van oktober 2003 betreffende de kwaliteit van geneeskundige verzorging de zorgverlener verplicht hun prestaties te verlenen zonder enig onderscheid (leeftijd, geslacht, ideologische, filosofische of religieuze overtuiging) in verband met de patiënt.

16. <http://www.kenniscentrum.be>

17. Wij vestigen nochtans de aandacht op het feit dat de toegankelijkheid tot bepaalde preventieve geneeskundige verzorging zwakker is voor de socio-economisch zwakste groepen en ook voor de weinig geschoolde personen.

van borstkanker door mammografie. Er werden trouwens informatiecampagnes over het opsporingsprogramma van dit type kanker gelanceerd. Een preventief mammografisch onderzoek wordt om de twee kalenderjaren aangeboden aan vrouwen van 50 tot 69 jaar, die nog niet voor borstkanker behandeld werden en die niet regelmatig een controle onderzoek ondergaan.

B) De kwaliteit van de behandelingen

B1. Verschillende «good evidence medicine» initiatieven

De praktijken eigen aan de ziekenhuisomgeving:

Rekening houden met de «Good evidence medicine» wordt steeds meer beschouwd als een onontbeerlijke bijdrage tot de realisatie van een efficiënt gezondheidsbeleid. In de ziekenhuisomgeving ontstonden volgende praktijken in België:

- De «*klinische trajecten*» (KT) zijn een geheel van methoden en middelen om de tussenkomsten van de leden van de multidisciplinaire en interprofessionele ploeg te harmoniseren en akkoorden af te sluiten over de taken voor een «specifieke bevolking van patiënten». De organisatie van de verzorging tussen de instellingen (doorzendsystemen) en de samenwerking tussen de primaire verzorging en de hogere niveaus kan geoptimaliseerd worden dankzij het KT.
- Het «*beheer van het klinische risico*» bevat een reeks concepten, methoden en technieken om ongewenste of negatieve resultaten van het verzorgingsproces zoveel mogelijk te vermijden. De Federale overheid steunt 2 onderzoeksprojecten. Het eerste betreft de medicatiefouten, 17 ziekenhuizen werken hieraan mee. Het tweede onderzoeksproject wil de haalbaarheid van de extractie van een geheel van veiligheidsindicatoren onderzoeken op basis van bestaande administratieve gegevensbanken.
- Een multidisciplinair «*medisch-farmaceutisch comité*» (MFC) is in elk ziekenhuis voorzien door de wetgeving inzake ziekenhuizen, teneinde een doeltreffend en rationeel gebruik van de geneesmiddelen in een instelling te waarborgen.
- Sedert 1999 werden «*geneesherencolleges*» op verscheidene gebieden opgericht. De colleges hebben een dubbele opdracht: de kwaliteit nader te verduidelijken, vooral ten opzichte van de beroepsbeoefenaars en de bilaterale uitwisseling van informatie over de medische praktijk tussen de overheid en de prestatieverleners in de hand werken. Concreet betekent dit, dat hun taken er onder andere uit bestaan, in consensus de indicatoren van de kwaliteit en de evaluatiecriteria op stuk van goede medische praktijk te bepalen, eventuele bezoeken te organiseren, opgetekende gegevens te controleren, rapporten op te stellen en te zorgen voor feedback voor de ziekenhuizen en de betrokken geneesheren...

De praktijken niet eigen aan de ziekenhuisomgeving:

Het begrip 'verzorging op maat' werd uitgewerkt voor aandoeningen zoals mucoviscidose, neuromusculaire ziekten, hersenaandoening, spina bifida, erfelijke monogenische aandoeningen, ... Het concept berust op een systeem van contracten met «referentiecentra» die zich verbinden tot een globale en longitudinale verzorging van deze patiënten, in

functie van hun noden die kunnen verschillen naar gelang van het stadium van de ziekte (bijv. diagnose, afhankelijkheidsfase, palliatieve fase) en naar gelang van de ernst en de complexiteit van de aandoening.

Gelijktijdig werd een systeem van «voorwaardelijke terugbetaling» ingevoerd voor een aantal uiterst dure verstrekkingen, waarvan de terugbetaling evenwel enkel geldt voor de «Evidence Based Medecine» indicaties. Voor deze uiterst gespecialiseerde verstrekkingen (zoals bijvoorbeeld de implanteerbare hartdefibrillatoren) worden de desbetreffende super-specialisten bij de verzorgingsbeslissingen betrokken, met een 'peer review' als doel maar ook voor sociale controle/responsabilisering.

B2. Kwaliteitsbehandelingen via optimale rationalisering van het gebruik van de bronnen

Het «programmeerbeleid» op federaal niveau bepaald, hoeveel ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, secties, functies en bedden nodig zijn. Indien deze berekening gebeurt in functie van de behoeften van de bevolking en van de toekomstige perspectieven¹⁸ houdt die eveneens rekening met de geografische spreiding en tracht dit te doen in de voorwaarden van een gezond beheer, wat een bepaalde rationalisering in het gebruik van de mid-delen vereist. Zoals reeds aangehaald in punt D van sectie 4.2.2., beoogt de structuur «zorgbekken» aldus een optimale geografische spreiding van de voorzieningen voor iedere zone.

Dezelfde logica geldt voor de planning van de technologieën (Pet Scan bijvoorbeeld).

C) De kwaliteit van de zorgverleners

- De traditionele manier om te komen tot kwaliteitsverzorging is het opleggen van «erkenningnormen»

Om erkend te worden moet een verzorgingsinstelling¹⁹ voldoen aan erkenningnormen die men «Goedkeuring» noemt. Het gaat onder andere over:

- Algemene organisatie (minimum activiteitsniveau, vereiste minimum beddenscapaciteit, types van verzorgingsprogramma's...)
- Organisatie en werking van alle dienstentypen (vereisten qua technische uitrusting, medisch en paramedisch personeel, verpleegpersoneel...)

In de loop van de jaren heeft de erkenning van de instellingen een evolutie gekend. Zo bevatten de normen, naast structuurvereisten steeds meer patiëntgerichte voorwaarden, met zorg voor bescherming van de openbare gezondheid.

18. Met behulp van wiskundige regels en formules op basis van bevolkingscijfers, leeftijdpiramide, ziektecijfer...

19. Wat de ziekenhuizen betreft geldt hetzelfde voor elke dienst, functie, afdeling, medische dienst, medisch-technische dienst en daarin uitgewerkte verzorgingsprogramma's.

Hetzelfde geldt voor het medische en paramedische personeel dat ook aan bepaalde normen moet voldoen om hun beroep uit te oefenen. Zo wordt een «accreditatie» toegekend aan elke zorgverlener die voldoet aan de minimum vastgelegde voorwaarden inzake continu opleiding, evaluatie (door gelijken) en activiteit (minimum aantal patiënten). Deze accreditatie geeft recht op een bijkomend forfaitair jaarlijks «honorarium».

- Buiten de noodzaak aangepaste erkenningnormen te hebben, zijn nog andere kwaliteitscriteria van de zorgverleners belangrijk :
 - Om een kwaliteitsaanbod te garanderen moeten de zorgverleners voldoende talrijk zijn. Zoals aangehaald in punt D van de sectie 4.2.2. kent België geen echt tekort aan zorgverleners, noch een probleem van wachtlijsten.
 - Er bestaan systemen van evaluatie door de gelijken («Peer review») en dit om de zorgverleners wederzijds te motiveren. Zo wordt op dit ogenblik via het concept van de «ziekenhuisprestatie» op basis van bestaande gegevensbanken een individuele, multidimensionale en geïntegreerde feedback van de administratieve gegevens van de ziekenhuizen uitgewerkt ter attentie van de ziekenhuizen. Bedoeling is, de ziekenhuizen toe te laten hun positie in het Belgische ziekenhuislandschap te bepalen, zodat ze voor zichzelf objectieven en verbeteringacties kunnen bepalen en kwaliteit op een prospectieve manier kunnen beheren.

D) Respect van de rechten van de patiënt

De «rechten van de patiënt» worden gepreciseerd in een duidelijke en eenvoudige wet. Deze vormt een belangrijk instrument voor de bevordering van de kwaliteit van de geneeskundige verzorging en voor een goede relatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Volgens de wet heeft de patiënt in zijn relatie met een beroepspracticus verschillende rechten: recht op kwaliteitsprestaties, recht op vrije keuze van de beroepspracticus, recht op alle hem betreffende informatie, recht op een zorgvuldig bijgehouden en op een veilige plaats bewaard patiëntendossier, recht op bescherming van zijn privé leven, enz.

Noteren we dat, om het respect voor deze rechten in de praktijk in de ziekenhuizen te garanderen, onlangs de functie van «bemiddeling» werd opgericht om patiënt en zorgverlener te verzoenen.

Noteren we eveneens, in een gelijkaardige optiek, dat de Vlaamse Gemeenschap verschillende initiatieven steunt om de positie van de patiënten te versterken. Vermelden wij bijvoorbeeld de steun aan het «*Vlaams Patiëntenplatform*» (VPP), een federatie die de verenigingen van patiënten en hulpgroepen in Vlaanderen vertegenwoordigt met als globale doelstelling de verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt en van zijn omgeving, teneinde te komen tot toegankelijke verzorging «op maat».

4.2.4. De financiële leefbaarheid van toegankelijke en kwaliteitsverzorging garanderen

A) Evolutie van de uitgaven: beheerste trend, rekening houdend met de kostprijs van de veroudering

De Studiecommissie voor de Veroudering (CEV) vindt, in haar laatste verslag van mei 2006, dat de openbare uitgaven voor de gezondheid van 7,1%²⁰ van het BNP in 2005 naar 10,8% zullen opklimmen in 2050. Deze projecties houden rekening met zowel de demografische factoren (effect van volume en effect van de veroudering van de bevolkingen) als met niet-demografische factoren. De projecties maken onderscheid tussen de evolutie van acute verzorging (die van 6,2% naar 8,6% van het BNP zouden stijgen in de periode 2005-2050) en de uitgaven voor de langdurige verzorging (die van 0,9% naar 2,2% van het BNP zouden stijgen in de periode 2005-2050).

Noteren we dat de werkgroep over de veroudering (Working Group on Ageing: WGA) van het Comité van het economische beleid van de Europese Unie een iets andere raming brengt, want het verwacht een minder hoge vooruitgang van de openbare uitgaven in België (die van 7,1% naar 9,5% van het BNP van 2005 tot 2050 zouden stijgen)

Om aan deze stijgende uitgaven het hoofd te bieden is de vaststelling van een *globale groeinorm van de uitgaven*, wat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging betreft, van kracht sedert het dienstjaar 1995 en werd vastgelegd op 4,5% per jaar *buiten inflatie*²¹, voor de jaren 2004 tot 2007 (zie B hieronder).

B) Vastlegging van een groeinorm van de openbare gezondheidsuitgaven

Het principe luidt, van jaar tot jaar het maximum toegelaten bedrag van de uitgaven vast te leggen (terugbetaling van de opgenomen verleningen) van de verplichte verzekering gezondheidszorg, rekening houdend met de vastgestelde groeinorm (4,5% per jaar buiten inflatie, voor de jaren 2004 tot 2007), dit bedrag noemt men «*Globale budgettaire doelstelling*»²². In 2004 werd een duidelijke overschrijding van deze globale budgettaire doelstelling waargenomen. In 2005 was er nog een heel lichte overschrijving (de «trend uitgaven» is dus omgebogen tot onder 4,5% van de reële groei). De eerste indicaties schijnen erop te wijzen, dat de globale budgettaire doelstelling gehaald zou moeten worden in 2006.

Het is het RIZIV dat gelast is met de jaarlijkse uitwerking van het budget van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Aangezien de behoeften elk jaar anders liggen en niet dezelfde zijn voor alle sectoren, brengt dit met zich mee, dat deze Globale budgettaire

20. Volgens de methodologie SHA (System of Health Accounts) van de OESO bedroegen de totale gezondheidsuitgaven in België 9,9% van het BNP in 2003 (ongeveer 10,1% in 2004 volgens de ramingen) waarvan +/- 70% overheidsuitgaven en 30% privé-uitgaven.

21. Noteren we dat het in deze norm alleen gaat om uitgaven voor geneeskundige verzorging die door de ziekteverzekering terugbetaald wordt. Dit bedrag omvat dus niet de remgelden ten laste van de verzekerden, de prestaties (of materiaal of geneesmiddelen) die niet vermeld staan in de lijst nomenclatuur) van de terugbetaalde verzorging... enz.

22. Dit veronderstelt dat de financiering van de aldus «in toom gehouden» uitgaven mogelijk is. Nochtans, aangezien deze maximaal toegelaten norm voor de groei van de uitgaven hoger ligt dan de groei van het BNP, kan dit op middellange termijn aanleiding geven tot financieringsproblemen.

doelstelling elk jaar onderverdeeld is in «*Gedeeltelijke Budgettaire Doelstellingen*» per grote medische en paramedische rubrieken.

Om deze verdeling uit te voeren steunen de verantwoordelijke instellingen op verschillende elementen: de beschrijving en financiële raming van de kosten van de «nieuwe behoeften» (lijst van de nog niet (of onvoldoende) door de ziekteverzekering gedekte prestaties); de technische berekeningen door de diensten van het RIZIV geven het geraamde bedrag van de toekomstige uitgaven: de mogelijkheden tot besparing op de bestaande prestaties; afschaffing van de in onbruik geraakte prestaties, vermindering van de honoraria, modulering van de remgelden, wijziging van de toegangsregels en van de terugbetaling van de prestatie, enz.).

C) Monitoring van de openbare gezondheidsuitgaven

Eens deze Gedeeltelijke budgettaire doelstelling vastgelegd (in de loop van het tweede semester van het vorige jaar), wordt een «*Follow up procedure*» ingesteld om de verwezenlijking van deze doelstellingen na te gaan en dus om te zorgen voor het naleven van de norm. In de loop van het jaar in kwestie worden de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging regelmatig geanalyseerd. Eerste doel van deze analyse is, zo spoedig mogelijk een (risico van) overschrijding van de vastgelegde gedeeltelijke budgettaire doelstelling te kunnen opsporen (voor elke gedeeltelijke budgettaire doelstelling) en zo vlug mogelijk de gepaste maatregelen te treffen om de budgetten te respecteren. Gedurende het betrokken jaar ontvangt het RIZIV op maandelijks basis (met verschuiving van drie maanden) van de verzekeringsmaatschappijen de uitgaven²³ van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Op deze basis gebeurt elk kwartaar een gedetailleerde analyse die aan de verschillende beheerorganen medegedeeld worden, zo wordt een «*permanente audit*» van de analyse van de uitgavenevolatie bezorgd. Indien er risico's van overschrijdingen van de budgettaire doelstelling voorkomen, worden verbeteringen aangevraagd en toegepast.

D) Werktuigen tot beheersing van de groeinorm van de openbare uitgaven voor de gezondheid

Naast de in C vermelde verbeterende maatregelen past de Staat diverse beleidslijnen toe om de kostprijs (volume en prijs) van de prestaties te beheersen. De belangrijkste staan hieronder vermeld:

1°) Beleidslijnen om de actoren aansprakelijk te maken

Verschillende elementen van de verplichte verzekering gezondheidszorg sporen alle actoren ertoe aan blijk te geven van «matiging» inzake gezondheidsuitgaven. Bijvoorbeeld:

- Het remgeld en de terugbetaling a posteriori responsabiliseren de patiënten;
- De «forfaitarisering» van sommige hoofdzakelijk ziekenhuisprestaties maken de verleners aansprakelijk. Aangezien de principiële regel van de «prestatie per act» dikwijls leidt tot een bepaalde overconsumptie, is voortaan voorzien, op bepaalde gebieden, dat men gedeeltelijk overstapt naar de «forfaitarisering» (voor de klinische biologie, de medische beeldvorming...) om de uitgaven beter te kunnen beheersen;

23. Het gaat om «in de boekhouding opgenomen» uitgaven (in tegenstelling tot begrippen «gepresteerd» of «betaald»).

- Het mechanisme van de «permanente audit van de uitgaven» maakt de verleners en de beheerders aansprakelijk;
- De VI's worden eveneens geresponsabiliseerd door de verdeling van het budget van het RIZIV tussen de fondsen (namelijk de ziekenfondsen). Inderdaad, zonder in details te treden, wordt 30% van de tegemoetkomingen van de ziekenfondsen door het RIZIV terugbetaald door voor ieder ziekenfonds hun «theoretische uitgaven» te berekenen. Deze theoretische uitgaven hangen af van de profielen inzake «gezondheidsrisico's» van hun verzekerden.

2°) Rationalisering en Efficiëntie in de beheersing van het volume van prestaties en voorschriften

De bevordering van eerstelijnszorg, de campagnes tegen het misbruik van antibiotica, de technieken van «evidence based medicine», het GMD (Globaal medisch dossier) al deze «aansporingen», beschreven in de vorige secties, waarvan het eerste doel de toegankelijkheid of/en de kwaliteit van de verzorging is, zijn evengoed «aansporingen» tot doeltreffendheid en rationalisering in de prestaties, die, indien ze vruchtbaar zijn, bovendien onvermijdelijk aanleiding geven tot vermindering van het volume van de geneeskundige verzorging.

In dezelfde optiek kan men hopen, dat, wanneer men steeds vaker beroep doet op het mechanisme van de «forfaitarisering» (zie 1° van deze sectie) dit de overconsumptie zal afremmen. Dienaangaande dient te worden genoteerd, dat vanaf 1 juli 2006 de geneesmiddelen die in ziekenhuisomgeving gebruikt worden geforfaitiseerd worden tot 3/4 van het bedrag.

Noteren we ten slotte dat de bestendige ontwikkeling van het gegevensnet – de «Kruispuntbank van de sociale zekerheid» en de veralgemening van de SIS kaart (zoals ook de vooruitgang van de Europese kaart) evenveel gunstige elementen zijn voor een goede efficiëntie, waarmee ook tijd gewonnen wordt.

3°) De maatregelen met het oog op beheersing van de prijs van de prestaties

Verscheidene maatregelen beogen de gematigde evolutie van de prijzen van goederen en gezondheidsdiensten. In punt C van de sectie 4.2.2. heeft men gezien dat de prijzen van een reeks geneesmiddelen gevoelig gedaald zijn op 1 juli 2006. De toekomstige toepassing van het «kiwimodel» zou deze trend tot prijsvermindering van de geneesmiddelen in de komende maanden kunnen bevestigen.

E) Andere beleidslijnen voor duurzaamheid

Op het vlak van de *bevordering van de gezondheid en een gezonde levenswijze* heeft elke gemeenschap haar eigen beleid.

Met betrekking tot de preventieve Gezondheidszorg werden reeds in 1998 5 Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen (health targets) door de Vlaamse Regering officieel erkend. Dit volledig conform de aanbevelingen van de Europese afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie. In de periode 2006-2008 worden deze doelstellingen systematisch geactualiseerd²⁴. In 2007 wordt extra aandacht geschonken aan de uitwerking van een actieplan rond het gebruik van genotsmiddelen (tabak, alcohol en drugs). In 2008 organiseert de Vlaamse overheid een gezondheidsconferentie rond voeding en beweging.

De Franse Gemeenschap heeft een operationeel gemeenschapsplan uitgewerkt, waarin de prioriteiten inzake bevordering en preventie op het gebied van gezondheid worden bepaald: kankerpreventie, AIDS-SOA-preventie, cardiovasculaire gezondheid, vaccinatie, voorkomen van ongevallen thuis en verslavingspreventie. In verband met de prioriteit cardiovasculaire gezondheid werd een «Plan voor een gezond gedrag» in 2005 goedgekeurd, waarbij kinderen en adolescenten door middel van een informatiecampagne ertoe aangezet werden hun leefgewoonten te veranderen door beter te eten en meer te bewegen!

Overigens herinneren wij eraan, dat een federale wet elke werknemer verbiedt te roken in alle ruimten waar hij bezig is in het kader van zijn werk en dit sedert 1 januari 2006.

Noteren we ten slotte dat, met het oog op bevordering van verantwoord gebruik van antibiotica en meer bepaald om de verhoging van de macro weerstand aan deze geneesmiddelen te bestrijden er sensibilisatiecampagnes²⁵ georganiseerd worden teneinde de huidige overconsumptie van antibiotica in België te beperken.

F) Aanvullende (of privé-) financiering van de gezondheidsuitgaven

sociale zekerheid, die gefinancierd wordt door het globale beheer van de sociale zekerheid. Deze organisatie wordt niet op de helling gebracht, alle inspanningen gaan naar haar versterking en duurzaamheid.

Bepaalde prestaties worden echter niet of slechts gedeeltelijk gedekt door de verplichte verzekering. Om hun dekking te doen stijgen kunnen de personen beslissen aan te sluiten bij een «aanvullende verzekering» voor geneeskundige verzorging. Deze aanvullende verzekering kan aangeboden worden hetzij door de verzekeringsinstelling (in dat geval worden ze beheerd in een geest van ziekenfondsen, solidariteit, zonder winstgevend doel) waarbij de persoon verplicht aangesloten is, hetzij door privé verzekeringen.

Doen we ook opmerken dat sommige werkgevers een dekking voorzien in een «aanvullende groepsverzekering» voor hun werknemers.

Blijkt ook dat beroep op aanvullende verzekeringen in de loop van de laatste jaren gestegen is²⁶.

24. De doelstellingen zijn: Een daling van het aantal rokers met 10%, specifiek bij jongeren; verlagen van de consumptie van vetrijke voeding ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding; doelmatiger verloop van de borstkankerscreening (door mammografie bij vrouwen van 50 tot 69 jaar); een afname (met 20%) van het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer; verbeteren van de preventie van infectieziekten (met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella, het doel is om minstens de aanbeveling van de WHO, zijnde een vaccinatiegraad van 95%, te realiseren. Dit doel wordt sinds 2005 ruim gehaald. Preventie van zelfdoding en depressie wordt momenteel uitgewerkt als 6e gezondheidsdoelstelling.

25. Onder andere via de oprichting van een comité met name BAPCOP (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee).

26. Het aantal personen, gedekt door een privéverzekering voor geneeskundige verzorging is gestegen, respectief met 18% en 21% van 2000 tot 2004 voor individuele contracten (die van 959.000 tot 1.136.000 gestegen zijn) en voor de collectieve contracten (van 2.849.000 naar 3.459.000). De door een privéverzekering geneeskundige verzorging terugbetaalde bedragen kenden een nog grotere evolutie van 2000 tot 2004 en stegen van 77.576.000 tot 141.570.000 voor de individuele contracten (verhoging van 82,5%) en van 180.667.000 tot 314.993.000 voor de collectieve contracten (+ 74,3%). (Bron: Assuralia, de Beroepsunie van de verzekeringsbedrijven).

SECTIE 4.3. DE LANGDURIGE VERZORGING

4.3.1. Korte beschrijving van het systeem van verzorging op lange termijn

Een definitie geven van de «verzorging op lange termijn» (of «langdurige verzorging») is geen vanzelfsprekende zaak. Dit is niet beperkt tot verzorging voor ouderen. Wij hebben gekozen om in deze categorie het geheel van de revalidatieverzorging op te nemen (geestelijke gezondheid, chronische ziekten) en de palliatieve verzorging. Overigens zullen wij ook sommige hulpdiensten vermelden, die geen werkelijke geneeskundige verzorging verlenen maar die aanvullende diensten verlenen, die onontbeerlijke zijn voor geneeskundige verzorging op lange termijn. Deze diensten gelden meestal als steun voor de «*informele diensten*» die door de gezinnen geleverd worden.

Voor de langdurige verzorging en in het bijzonder de verzorging voor ouderen beschikken de Gemeenschappen en de Gewesten over talrijke bevoegdheden. Bijgevolg verschilt het arsenaal van de aangeboden diensten tussen de gewesten en de gemeenschappen. Noteren we dat deze verschillen in de toekomst groter zouden kunnen worden, meer bepaald in verband met het ouderenbeleid, aangezien de verschillende gewesten verschillende leeftijds piramiden vertonen en dat dus de veroudering niet overal op hetzelfde ogenblik noch in dezelfde mate aangevoeld wordt en zal worden.

Qua organisatie in elke Gemeenschap/Gewest kan de langdurige verzorging verleend worden, naargelang van het geval, hetzij in een ziekenhuismidden in de gespecialiseerde diensten, hetzij in gespecialiseerde instellingen of soms in de vorm van thuiszorg. Zoals men in de verschillende secties van dit deel zal zien, wordt samenwerking ontwikkeld tussen deze verschillende verleners, met de nadruk op multidisciplinaire en geïntegreerde aanpak van de langdurige verzorging..

Ten slotte, met het oog op een zo goed mogelijke coördinatie tussen de politieke visie van de verschillende machtsniveaus, werden gespecialiseerde comités met name «*Interministeriële Conferenties*» opgericht (samengesteld uit leden van de Federale Regering en van de Executieven van de Gemeenschappen en van de Gewesten). Zij beogen de bepaling van gemeenschappelijke doelstellingen waarrond elke overheid, rekening houdend met haar eigen diversiteit, autonome beleidslijnen uitstippelt om die doelstellingen te verwezenlijken. Zo bestaat er een werkgroep «*Beleid inzake chronische verzorging*», een werkgroep «*Te voeren gezondheidsbeleid voor ouderen*» en een werkgroep «*Geestelijke gezondheid*».

4.3.2. De toegang tot verzorging op lange termijn verzekeren

A) Een zorgaanbod voor ouderen dat voortdurend verder ontwikkeld wordt om de evolutie van de behoeften op te vangen

De vergrijzing van de bevolking en meer bepaald van de groep van de 80-plussers die de snelste groei zal kennen heeft een gevoelige weerslag op de vraag en de behoeften aan verzorging die een voortdurende aanpassing van de aard en de kwaliteit van de structuren van de aangeboden verzorging impliceren.

Om deze behoeften op te vangen bestaan er verschillende mogelijkheden van diensten, specifiek bestemd voor ouderen.

1°) Niet in een ziekenhuis residentiële opvang

In België omvat het aanbod van «*residentiële opvang van ouderen buiten het ziekenhuis*» verschillende typen structuren van definitieve opvang die van elkaar verschillen door hun aanbod van hoteldiensten en zorg. Bij de «*Rustoordn voor bejaarden*» (ROB), klassieke opvangvoorzieningen voor personen ouder dan 60 jaar komen nog de «*Rust- en verzorgingstehuizen*» (RVT), meer medisch gericht en ook, voor nog zelfredzame ouderen, de «*serviceflats*», die individuele huisvesting samen met zorgprestaties «naar keuze» aanbieden.

Naast deze structuren voor definitieve opvang – en dikwijls daarin – ontwikkelde zich een punctueel of tijdelijk opvangaanbod. Dit zijn de «dag/nachtverzorgingscentra (of opvangcentra)» en de «centra voor kort verblijf». Een «dagverzorgingscentrum» is verbonden met een Rusthuis. Het biedt in de loop van de dag/nacht meer «bepaalde» prestaties aan ouderen die nog voldoende zelfredzaam zijn om thuis te blijven. Een «centrum verkort verblijf» biedt een semi-residentiële opvang, ouderen kunnen er slechts voor korte periodes verblijven, met een maximum van 60 opeenvolgende dagen en van 90 dagen op jaarbasis.

De «*programming*» van de behoeften aan opvangstructuur voor ouderen wordt opgesteld, rekening houdend met het aantal ouderen die verzorging nodig hebben en met de demografische evolutie van de verschillende leeftijdscategorieën vanaf 60 jaar in de verschillende Gemeenschappen en Gewesten²⁷.

In oktober 2005 heeft de werkgroep «*Gezondheidsbeleid voor ouderen*» een Protocol van akkoord (nr. 3) voor een duur van 6 jaar gesloten. Dit protocol bevat een coherent beleid ten behoeve van ouderen en wil, rekening houdend met éénieders bevoegdheden, op een gecoördineerde wijze tegemoetkomen aan de behoeften van deze doelgroep inzake opvang, begeleiding en verzorging. Met dit protocol werd de oorspronkelijke programming voor de ROB's en RVT's uitgebreid en omgevormd tot een programming van «*verzorgingsvormen*» waarin alternatieve en innoverende vormen van verzorging worden geïntegreerd, alsook het bevorderen van het behoud van de oudere thuis, en dit, door middel van een omzettingssleutel in verhouding tot een RVT-equivalent. Concreet beschikt elk deelgebied over een aanvullend budget (uitgedrukt in RVT-equivalenten²⁸) waardoor het zijn opvangcapaciteit kan verhogen, de omzetting van ROB-bedden in RVT-bedden kan voortzetten, maar ook het zorgaanbod kan diversifiëren²⁹.

27. Ondanks relatieve hoge verpleegdagprijzen voor dergelijke instellingen (cf. punt B), behoort België tot de landen met een hoog percentage van opname in instellingen, namelijk 6 tot 7 personen in instellingen per 100 personen van 65 jaar en ouder.

28. Wat overeenstemt met een aanvullend budget toegekend door de federale Staat aan de Gemeenschappen en Gewesten van 174 miljoen EUR voor de periode van het protocol (2005-2011)

29. Het protocol nr. 3 preciseert aldus dat de RVT-equivalenten moeten gebruikt worden tegen 20% om innoverende projecten aan te moedigen, namelijk ofwel niet-definitieve geprogrammeerde vormen van residentiële verzorging (dagverzorgingscentra, kort verblijf, enz.), ofwel geprogrammeerde residentiële verzorging tot ondersteuning van de thuiszorg, ofwel een samenwerkingsakkoord tussen een of meerdere van deze structuren en residentiële structuren.

Hoewel ze aan Gemeenschappen/Gewesten grote bewegingsvrijheid laten in het gebruik van de RVT gelijkgestelden *vraagt de Federale Overheid aan Gemeenschappen en Gewesten om in hun programmering rekening te houden met de prioriteit om aan ouderen de mogelijkheid te bieden om zo lang mogelijk in het eigen huis te blijven.*

2°) Prioriteit aan het behoud thuis

De thuiszorg biedt een ideale alternatieve oplossing voor de residentiële verzorging want het is het kader bij uitstek om «verzorging op maat» te organiseren.

In deze optiek en om een betere omkadering te verkrijgen en ook vermindering van de werklust werden in 2005³⁰ sociale akkoorden afgesloten. Zo werd (in het kader van een omzetting van het equivalent van 28.000 ROB-bedden in RVT-bedden volgens het principe van de «RVT gelijkgestelden»), voorzien dat er 2.613 VTE's zouden gerealiseerd worden, waarvan 70 VTE's voorbehouden aan thuiszorg om te komen tot ontwikkeling van een zorgaanbod dat het plaatsen van personen met behoefte aan verzorging en die thuis wonen, vermijdt of uitstelt, in het kader van een samenwerking tussen de eerstelijnsverzorging en de verzorgingsinstellingen.

Naast de schikkingen, eigen aan de thuiszorg stelt elke gemeenschap bovendien nog verschillende betoelagde verenigingen ter beschikking zoals: de diensten voor «Gezinszorg» in Vlaanderen, de plaatselijke en gewestelijke centra («Lokale en Regionale» dienstcentra in Vlaanderen), de diensten voor «oppashulp» (in Vlaanderen), de verenigingen voor de gebruikers van informele verzorging (in Vlaanderen) en de diensten van logistieke hulp voor de thuiszorg (in Vlaanderen).

Zoals men ziet heeft de Vlaamse Gemeenschap duidelijk bevestigd dat de ontwikkeling van de thuiszorg als prioriteit geldt in haar gezondheidsbeleid en dit uit respect voor de wens van de patiënten, om zo lang mogelijk in het eigen huis te blijven³¹. Het Brusselse Gewest heeft van de ontwikkeling van thuiszorg ook een prioriteit gemaakt, in het bijzonder door de oprichting van een «overlegplatform voor de gezondheid van ouderen thuis». Het Waals Gewest ondersteunt ook thuishulp, namelijk door het subsidiëren, van 2004 tot 2006, van een aanzienlijk hoger aantal uren gezinshulp voor afhankelijke personen.

Op te merken valt ook dat de Duitstalige Gemeenschap de verbanden tussen opvangstructuren, transmuraal aanbod en structuren voor thuishulp heeft versterkt door het begrip «*case management*» uit te breiden tot de ganse sector van de ouderen³².

30. In het kader van de omvorming van het equivalent van 28.000 ROB-bedden in RVT-bedden volgens het principe van de «RVT-equivalenten».

31. Op te merken valt dat, met hetzelfde doel voor ogen, de federale Staat de verzorging en bijstand door de omgeving van ouderen wenst te ondersteunen door middel van beroepsverlof of specifieke loopbaanonderbrekingen...

32. Een oudere wordt opgevangen van bij de eerste aanvraag (ofwel om in een ROB-RVT te worden opgenomen, ofwel om thuishulp te bekomen); het multidisciplinair team maakt met de persoon een bijstands- en verzorgingsplan op in functie van zijn behoeften en rekening houdend met de familiale en leefomgeving; desnoods worden verbanden gelegd met de structuren van sociale bijstand. Dit lopend proefproject heeft ervoor gezorgd dat 50% van de aanvragers niet in een ROB of een RVT moesten worden opgenomen.

3) Ziekenhuisopvang van ouderen: bevorderen van een verzorgingscontinuüm

Er werd ook gewerkt aan een programma van geriatrische verzorging. De ontwikkeling van dit programma wil een gespecialiseerde aanpak waarborgen aan de geriatrische patiënten. Het bevat 5 luiken: de geriatriedienst (index G), de geriatrie raadplegingen, het geriatrische dagziekenhuis, de interne verbinding en de externe verbinding. Deze nieuwe verbindingfuncties dienen om een «verzorgingscontinuüm» te garanderen voor ouderen tussen de ziekenhuisopname en de verzorging op lange termijn. Op die manier helpt de interne verbinding bij het ten laste nemen van patiënten met geriatrisch profiel die niet in de geriatrie toegelaten zijn. De externe verbinding maakt de gemakkelijke overgang mogelijk, zonder discontinuïteit van het ziekenhuis naar de rust- en verzorgingstehuizen of naar de coördinatie van thuiszorg.

Anderzijds is een betekenisvolle vooruitgang gerealiseerd in het geriatrische dagziekenhuis. Dit maakt een ambulante diagnoseprogramma mogelijk, bijvoorbeeld in het kader van een globale evaluatie van de problemen, specifiek voor hoge leeftijd of een pre-operatiebepaling. Op 1 januari 2006 zijn op die manier 46 dagziekenhuisbedden tot stand gekomen, in de vorm van pilootprojecten.

B) Kosten en andere toegankelijkheidsproblemen in verband met de zorg voor ouderen

1°) Het probleem van de wachtlijsten in de punctuele of tijdelijke opvangdiensten

Dankzij de programmering van de opvangstructuren op basis van de behoeften aan verzorging en de demografische evolutie, aangepast aan de verschillende Gemeenschappen en Gewesten (cfr. punt A) kon men op globale manier³³ de problemen vermijden qua plaatsgebrek voor de behoeften aan institutionalisering op lange termijn. Daarentegen wordt toch nog plaatsgebrek vastgesteld op het niveau van de punctuele of tijdelijke opvangstructuren, die de continuïteit van de verzorging voor de terugkeer naar huis mogelijk maken. Daarom wordt, zoals reeds gezegd in punt A, aangespoord tot oprichting van nieuwe dag/of kortverblijf centra, bijvoorbeeld door formules die de oprichting van dergelijke instellingen financieel aantrekkelijker maken want die moeten dikwijls het hoofd bieden aan belangrijke vaste kosten.

2°) De kostprijs van de diensten voor ouderen

De geneeskundige verzorging verleend in het kader van de diensten aan ouderen (residentiële opvang of thuiszorg) is «forfaitair» gedekt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in functie van de afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende³⁴.

Daarentegen zijn de logieskosten in de niet ziekenhuis opvangstructuren in de vorm van «dagprijzen» ten laste van de resident. De door de Federale Staat gecontroleerde prijs schommelt, volgens de instellingen in functie van de aangeboden diensten.

33. In bepaalde provincies zijn er evenwel nog tekortkomingen, vooral voor «dringende» opnames in een instelling, voornamelijk in RVT's.

34. Deze afhankelijkheid wordt thans door middel van de Katz-schaal geëvalueerd.

Bovendien mogen wij niet vergeten dat voor de «dagcentra» en de «Kort verblijfcentra» buiten de prijs voor het verblijf in een instelling, de oudere persoon verder de kosten van haar woonst moet blijven betalen³⁵.

Teneinde de transparantie te verhogen en de resident en zijn gezin toe te laten voldoende informatie te krijgen om een betrouwbare vergelijking te kunnen maken van het aanbod door de verschillende instellingen heeft de overheid zich ertoe verbonden, de nodige maatregelen te treffen om de aanrekening van de kosten bovenop de dagprijs (zoals supplementen, voorschotten ten voordele van gemachtigde derden...) zoveel mogelijk te beperken en vooral om de dubbele factureringen te voorkomen.

3°) Het transportprobleem voor de «dagverzorgingscentra»

Het is ook interessant erop te wijzen dat beroep doen op «dagverzorgingscentra» ingewikkeld gemaakt is voor talrijke ouderen, die daarop geen beroep kunnen doen bij gebrek aan een aangepast vervoermiddel, des te meer daar geen enkele specifieke vervoertoeelage toegevend wordt aan de dagverzorgingscentra en dat op die manier talrijke dagverzorgingscentra deze bijkomende kost voor de oudere persoon moeten aanrekenen. Deze ontoegankelijkheid van de dagverzorgingscentra kan de opname van deze oudere persoon in een instelling versnellen of provoceren. Bij deze vaststelling heeft de federale overheid, die de werking van deze centra wenst te optimaliseren en het aantal genieters ervan wil verhogen, onlangs een financieringsvoorstel voorgelegd aan de Gemeenschappen en de Gewesten, om een sociaal assistent en een begeleider voor het vervoer in rekening te nemen.

C) Een aanbod van langdurige verzorging dat zich specialiseert

Naast de diensten, specifiek voor de ouderen komt er geleidelijk specialisatie in het ten laste nemen van de andere langdurige verzorging, zij het nu binnen de ziekenhuisomgeving, in de gespecialiseerde instellingen of ten huize van de patiënt.

Wat de «in ziekenhuisomgeving aangeboden diensten» betreft, bestaan er gespecialiseerde diensten voor behandeling en readaptatie, genoemd «Service Sp» in de volgende specialiteiten: cardio-pulmonaire, neurologische, locomotorische, psychogeriatrische, chronische en palliatieve behandelingen. Deze diensten kunnen, naargelang van het geval, binnen een algemeen ziekenhuis gevestigd zijn of beschikken over hun eigen structuur. Noteren we nog dat voor de Sp diensten van minstens 80 bedden, zoals dit ook het geval is voor de geriatrische diensten, een financiering voorzien is voor de functie «*ziekenhuisreferent*» om de continuïteit van de diensten te verzekeren. Deze treft alle maatregelen die noodzakelijk zijn voor de voorbereiding van een kwalitatieve terugkeer naar huis, en dit vanaf de ziekenhuisopname, en werkt pluridisciplinaire samenwerkingsprocessen uit binnen het ziekenhuis en tussen het ziekenhuis en de eerste lijn structuren.

35. Ter herinnering: er bestaat een specifieke financiële steun voor ouderen of afhankelijke personen met een laag inkomen, zoals de IGO (de inkomensgarantie voor ouderen) en de THAB (tegenwoordig voor hulp aan bejaarden). Deze personen bekomen aldus een gegarandeerd minimuminkomen waardoor ze, onder andere, gebruik kunnen maken van residentiële voorzieningen of bijstand thuis (link te maken met de delen Sociale Insluiting en Pensioenen). Daarenboven, indien een oudere persoon de noodzakelijke kosten van de opname in een instelling toch niet kan dragen, kan het OCMW ze onder bepaalde voorwaarden ten laste nemen.

In verband met de «*Diensten voor thuishulp en thuiszorg*» zoals reeds gezegd in punt A, werden ook verschillende mechanismen en structuren ingesteld om onder andere hulp te bieden aan afhankelijke personen, ouder of niet. Het gaat bijvoorbeeld om diensten van thuishulp zoals verdeling van maaltijden, poetsen, gezinshulp... enz.

De verplegende thuiszorg wordt verleend door hetzij zelfstandige verpleegsters, hetzij door bezoldigde verpleegsters van een privé of openbaar organisme.

Zo stelt men ook vast dat op stuk van palliatieve en begeleidingsverzorging van personen op het einde van hun leven, zelfs indien de palliatieve opdracht van de ziekenhuisomgeving ook versterkt werd (via de palliatieve ziekenhuisfunctie of via de palliatieve Sp), bijzondere aandacht besteed wordt aan de «*Palliatieve thuiszorg*» waarvoor een ganse reeks maatregelen getroffen werden, meer bepaald via de officiële aanstelling in 1998 van multidisciplinaire begeleidingsploegen tot steun van de palliatieve verzorging van de patiënten in terminale fase, die de laatste periode van hun leven thuis willen doorbrengen. De financiële toegankelijkheid van de palliatieve thuiszorg werd ook vergemakkelijkt door een reeks maatregelen, getroffen in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging (zie, onder andere het «*Forfait palliatieve verzorging*» in 1° van punt D hieronder).

Op communautair en gewestelijk niveau werden talrijke initiatieven genomen voor de palliatieve verzorging. Zo kent het Waalse Gewest subsidies toe, bestemd voor dekking van de kosten opgelopen door de verenigingen die actief zijn op het gebied van de palliatieve verzorging voor uitgaven die door het RIZIV niet ten laste genomen worden. Het gaat om eerstelijnsdiensten die experimentele acties ontwikkelen op gebieden zoals de «*Platformen van palliatieve verzorging*» en de «*Waalse Federatie van de palliatieve verzorging*». In Vlaanderen wil het beleid de palliatieve verzorging ten huize stimuleren door het treffen van een aantal maatregelen tot steun van de informele verzorging. Een decreet betreffende de eerstelijnsverzorging en de samenwerking tussen de zorgverleners biedt een basis voor de erkenning van «*palliatieve netten*».

Tenslotte, wat de Geestelijke Gezondheid betreft, willen wij preciseren dat buiten de ziekenhuisdiensten (psychiatrische dienst van het algemene ziekenhuis en het psychiatrische ziekenhuis) bestemd voor patiënten die actieve behandelingen nodig hebben, de ambulante diensten, genoemd «*Diensten voor geestelijke gezondheid*» (SSM) talrijker worden. Het gaat om diensten, die via een pluridisciplinaire aanpak en in samenwerking met andere diensten of personen, betrokken bij de geestelijke gezondheid³⁶, zorgen voor opvang, diagnose en psychiatrische, psychologische en psychosociale behandeling van de personen. Hiertoe bestaan er ook «*psychiatrische verzorgingstehuizen*» (PVT), bestemd voor opvang van patiënten in gestabiliseerde staat en die voornamelijk hulp nodig hebben in de daden van het dagelijkse leven en «*beschut wonen*» met andere woorden residentiële diensten waarmee de patiënten die hulp nodig hebben voor hun sociale herinschakeling, de mogelijkheid krijgen op de meest zelfredzaam mogelijke manier te leven, mits een

36. Bepaalde diensten voor geestelijke gezondheid hebben initiatieven uitgewerkt om een specifiek probleem van geestelijke gezondheid aan te pakken wat betreft drugverslaving, personen die misdrijven van seksuele aard plegen, ouderen, kinderen en adolescenten.

bepaalde begeleiding. Er bestaan talrijke andere initiatieven op gebied van «geestelijke gezondheid». Ze trachten oplossingen aan te brengen voor werkelijke problemen van toegankelijkheid en aanpassing die bestaan op dit zo complexe gebied van de geestelijke gezondheid. Dankzij deze initiatieven in het kader van de «therapeutische projecten»³⁷ krijgen de bestaande structuren (eerstelijnsverzorging (daarbij thuiszorg) maar ook het geheel van de hierboven beschreven diensten, specifiek voor de geestelijke gezondheid) de nodige aansporingen om op optimale manier samen te werken rond de geestelijke gezondheid, met als hoofddoelstelling gewaarborgde continuïteit van de verzorging. (Zie ook 3° van punt D hieronder)

D) De kostprijs en andere toegankelijkheidsproblemen voor de langdurige verzorging

1°) De kostprijs van de langdurige verzorging

Er bestaan verschillende mechanismen voor het opvangen van de bijzondere situatie van langdurige patiënten die aan hoge kosten het hoofd moeten bieden.

Om te beginnen genieten de langdurige patiënten van bevoorrechte terugbetalingen, in het kader van het «RVV» en van de «MAF» op het niveau van de verplichte verzekering gezondheidsnormen (Zie punt C van de sectie 4.2.2.)

Vervolgens zijn er verschillende maatregelen die de kosten van de langdurige ziekten verlichten, daarbij:

- De tegemoetkomingen of forfaits bedoeld voor langdurige patiënten in bijzondere toestand. Vermelden we het «forfait voor chronische ziekten», de «tegemeetkoming voor het materiaal voor incontinentie» en het «forfait palliatieve verzorging». In elk geval kunnen de patiënten mits bepaalde voorwaarden genieten van een maandelijkse of jaarlijkse forfaitaire tegemoetkoming tot verlichting van de last waarmee ze geconfronteerd zijn;
- De tegemoetkoming voor hulp van derde: de persoon die geniet van een invaliditeitsvergoeding, die een of verschillende personen ten laste heeft en die voldoet aan bepaalde criteria, mag aanspraak maken op een forfaitaire uitkering voor hulp van een derde persoon. Deze uitkering bedraagt 5,37 € per dag;
- De integratietegemoetkoming toegekend door de Federale Staat aan gehandicapte personen minstens 21 jaar oud en ten hoogste 65 jaar en waarvoor een gebrek aan zelfredzaamheid of een beperkte zelfredzaamheid werd vastgesteld. Noteren we dat de personen ouder dan 65 jaar die lijden aan een beperking of een gebrek aan zelfredzaamheid kunnen de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) aanvragen;
- Een vermindering van het remgeld met 30% voor huisbezoeken voor personen ouder dan 75 jaar en de personen die in de onmogelijkheid verkeren om zich te verplaatsen omwille van een chronische ziekte, indien de patiënt een globaal medisch dossier heeft;

37. Een gezamenlijke verklaring van de werkgroep «Geestelijke gezondheid» (Cf. afdeling 4.3.1) heeft aanleiding gegeven onder andere tot de uitwerking van transversale «therapeutische projecten» die eind 2006 zullen worden uitgevoerd.

- De «*zorgverzekering*» van de Vlaamse Gemeenschap, verzekering die in oktober 2001 ingesteld werd ter versterking van de hulp aan personen die op gelijk welke leeftijd aangetast zijn door een verlengde en ernstige zelfredzaamheid. Deze verzekering³⁸ neemt de kosten voor hulpverlening en niet-medische verzorging ten laste. De tegemoetkoming is maandelijks en forfaitair: 95 € voor mantelzorg en thuis; 125 € voor de residentiële verzorging.

2°) Het probleem van adequate verzorging

Zelfs indien het aanbod meer gespecialiseerd wordt, blijven er toch nog duidelijke niet gedekte behoeften voor bepaalde doelgroepen of die niet specifiek ten laste genomen worden zoals dat ideaal gezien het geval zou moeten zijn.

Er rijst onder andere een probleem door het feit dat België, buiten de ziekenhuisopname niet beschikt over mogelijke residentiële opvangmogelijkheden specifiek voor personen die lijden aan zware pathologie tussen hun prille kinderjaren en de derde leeftijd. Dit is bijvoorbeeld het geval van chronische verzorging bij personen aangetast door «*niet aangeboren hersenletsels*» waarvoor het structuraanbod van gepaste verzorging «*mank loopt*», zelfs niet bestaat, meer bepaald in het kader van langdurige vergoeding. Toch werd sedert juli 2004 een aangepast verzorgingscircuit ingesteld voor patiënten in persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of minimaal responsieve status (MRS)³⁹. Dit omvat 4 componenten: algemeen ziekenhuis voor de acute fase, transit ziekenhuisopname in een expertisecentrum, langdurige aangepaste verzorging (instelling of thuis) en een nauwe samenwerking (externe verbinding) tussen de expertisecentra en de «*langetermijnzorg*». Hetzelfde type optreden ligt thans ter studie voor ten laste neming van de andere niet aangeboren chronische ziekten van het zenuwstelsel.

3°) De problemen van toegankelijkheid en gepastheid eigen aan de geestelijke gezondheid

Men moet vaststellen dat er een belangrijk verschil bestaat tussen het aantal personen die ten laste moeten genomen worden, ook een behandeling voor hun mentale of psychiatische storingen en het aantal personen waarvoor aan deze behoeften voldaan is.

De gepastheidproblemen zijn gebonden aan de complexiteit van de mentale aandoeningen, die dikwijls van veelvoudige medische, psychologische, sociale oorsprong zijn. Het is dus belangrijk dat het aanbod van verzorging voor geestelijke gezondheid geïntegreerd en multidisciplinair zijn en ook een grote continuïteit van de verzorging garanderen. Met dit doel voor ogen draait het aanbod van verzorging voor geestelijke gezondheid meer en meer rond doelgroepen en volgens het principe van de netwerken (principe erkend door een gezamenlijke verklaring van de werkgroep «*geestelijke gezondheid*»). Voor elke doelgroep (kinderen, volwassenen en ouderen) moet een zorgaanbod of een circuit van specifieke

38. Gefinancierd, enerzijds, door een dotatie afkomstig van het budget van deze Gemeenschap en, anderzijds, door de inning van verplichte bijdragen (van 10 à 25 € per jaar) voor personen ouder dan 25 jaar die in het Vlaamse Gemeenschap wonen.

39. Door de werkgroep «*Beleid inzake chronische verzorging*» (Cf. afdeling 4.3.1).

verzorging worden bepaald. De aanpak in de netwerken kan verschillende vormen aannemen maar in elk geval gaat het om een georganiseerde vorm van collectieve actie met het geheel van de betrokken zorgverleners met het oog op verbetering van de coördinatie, de complementariteit, de pluridisciplinariteit, de continuïteit en de kwaliteit van hun prestaties en activiteiten ten gunste van de gebruiker.

De problemen van toegankelijkheid zijn evident in gevallen van geestelijke gezondheid. Er bestaan ongelijkheden. Men staat voor een dubbele moeilijkheid. Enerzijds kan armoede problemen doen rijzen ingeval van geestelijke gezondheid. Anderzijds kunnen problemen van geestelijke gezondheid ook oorzaak zijn van de armoede. Overigens moeten personen van vreemde afkomst het hoofd bieden aan specifieke storingen, gebonden aan de talrijke toestanden van onzekerheid die ze vooral in de grote steden beleven.

De «*Diensten voor Geestelijke gezondheid*» (DGG) kunnen interessante oplossingen bieden voor de geestelijke gezondheid. Inderdaad verlenen zij via hun pluridisciplinaire ploeg geïntegreerde verzorging en garanderen op die manier een zekere geografische, financiële, culturele en psychologische toegankelijkheid, waarbij een globale aanpak ontwikkeld wordt door het ten laste nemen van de psycho-médisch-sociale aspecten van de patiënt.

Noteren we ook nog dat er diensten ontwikkeld worden met het oog op een gemakkelijke toegang tot hulp qua geestelijke gezondheid voor afgezonderde personen, onder andere in Brussel, maar ook in Wallonië.

E) De noodzakelijke samenwerking tussen deze verschillende diensten voor langdurige zorg voor ouderen

Zoals duidelijk aangetoond wordt door de oprichting van nieuwe (interne en externe) verbindingdiensten in ziekenhuisomgeving (cfr punt A 2°) wordt prioriteit gegeven aan het zekerstellen van een «verzorgingscontinuüm» aan langdurige patiënten (al of niet oudere). Dit «verzorgingscontinuüm» moet een multidisciplinaire en geïntegreerde aanpak van de langdurige verzorging garanderen en in de mate van het mogelijke als doel nastreven, de patiënt terug naar huis te krijgen of hem er te houden. Om dit doel te bereiken kunnen we onder andere verwijzen naar:

- De rol van de huisarts (en ook die van de coördinerende RVT-arts) moet versterkt worden en gezien worden als onmisbare centrale schakel;
- «*Geïntegreerde diensten voor thuiszorg*» (GDT's)⁴⁰ moeten zorgen voor evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt, uitstippeling en follow up van een verzorgingsplan, spreiding van de taken tussen de zorgverleners en het daarmee gepaard gaande multidisciplinaire overleg. Zo is er sedert 1 januari 2006 een terugbetaalbaar multidisciplinair overleg mogelijk voor de persoon die thuis verblijft of opgenomen is in een instelling waar een terugkeer naar huis gepland is en waar bijvoorbeeld een oudere patiënt kan voorbereid worden op zijn terugkeer naar huis na een verblijf in het ziekenhuis...

40. De geïntegreerde dienst voor thuiszorg (GDT) wordt gedefinieerd als de verzorgingsinstelling die, in een verzorgingszone, alle verzorgingsmogelijkheden voor de patiënten versterkt, onder andere door de praktische organisatie en omkadering van de verstrekkingen in het kader van de thuiszorg, waarvoor beroepsverleners van verschillende disciplines moeten worden aangesproken.

- Er werd een palliatieve specifieke opleiding ingesteld binnen de rustoorden.
- Het nieuwe geriatrische programma (cfr B 1°) brengt bepaalde oplossingen aan voor de fragmentering van de verzorging voor ouderen.

4.3.3. Bevordering van de kwaliteit van verzorging op lange termijn

Zoals uitgelegd werd in de sectie 4.3.2. legt de traditionele manier om tot kwaliteitsverzorging te komen bepaalde «*erkenningnormen*» op. In concreto moeten de verzorgingsinstellingen voldoen aan erkenningnormen, vastgelegd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en door de Gemeenschappen en Gewesten. Deze laatste controleren of deze normen nageleefd worden. Het toekennen van forfaits aan de RVT en aan de ROB, ten laste van de begroting van de ziekte-en invaliditeitsverzekering hangt af van het respect van deze normen. De kwaliteitscontrole steunt ook op de verschillende procedures waaraan de verleners van medische, paramedische en andere verzorging (erkenning en/of accreditatie) onderworpen zijn.

Wegens de vergrijzing van de werknemers en de stijgende vraag naar langdurige gezondheidszorg (en opvang), hoofdzakelijk voor ouderen kan men vrezen voor een tekort aan zorgverleners. Daarom dient voor het behoud van de kwaliteit maar ook uit bekommernis om toegankelijkheid, bijzondere aandacht verleend te worden aan de aantrekkelijkheid van de gezondheidsberoepen, meer bepaald qua werk- en uitoefeningvoorwaarden.

Er bestaan erkenningcriteria om houder te zijn van de bijzondere beroepstitel van in geriatric gespecialiseerd verpleger of om zich te mogen beroepen op de bijzondere *beroepskwalificatie* van verpleger met bijzondere geriatrische deskundigheid. Twee ministeriële besluiten zijn thans in ontwerp en zullen deze criteria vastleggen. Zo is het voorzien, dat de practici van de verpleegkunst een aanvullende geriatrische opleiding moeten volgen met 150 uren theorie om de beroepskwalificatie van van verpleger met geriatrische expertise te verkrijgen. Aan deze 150 uren theorie, moeten nog 450 uren praktijk toegevoegd worden om de beroepstitel van in geriatric gespecialiseerde verpleger te mogen dragen.

Zoals voor de geneeskundige verzorging, op het niveau van langdurige verzorging, bestaan er verschillende methoden van evaluatie door de gelijken («Peer review») die aanspoort tot kwaliteitsverzorging. Zo werd een «*college van artsen voor de geriatrische diensten*» in het leven geroepen. Zoals de andere geneesherencolleges heeft dit diverse opdrachten (Zie sectie 4.2.3). Bijzondere vermelding verdient daarbij het opstellen van een nationaal jaarlijks rapport.

Noteren we ook dat verzekering van de kwaliteit van de verzorging voor ouderen vooral betekent dat men beschikt over diensten die de werkelijke behoeften van deze seniors opvangen. Het is dus uiterst belangrijk, te beschikken over een instrument, waarmee de evaluatie van de verzorgingsbehoeften en de uitwerking van het vereiste verzorgingsplan mogelijk gemaakt worden. Sedert drie jaar onderzoekt een universitaire ploeg hoe het voor België meest geschikte instrument kan gevonden worden Deze studie eindigde in december 2005 en uit haar conclusies treedt naar voor dat het «*RAI/MDS*» het werktuig is dat best de vastgelegde criteria naleeft en een werkelijke meerwaarde biedt in verband met controle van de kwaliteit van de verzorging en stimulering van de samenwerking rond

de patiënt. Op dit ogenblik wordt er gewerkt aan een studie over de mogelijkheden tot veralgemeend gebruik van het werktuig RAI/MDS in de verschillende zorgcontexten.

In elke Gemeenschap en in elk Gewest worden initiatieven genomen om de kwaliteit van de langdurige verzorging te verbeteren.

De Vlaamse regering legt de nadruk op de noodzaak van «verzorging». Deze verzorging moet flexibel zijn, dankzij goede samenwerkingstructuren en moet aangepast zijn aan de werkelijke behoeften van de patiënten.

In het Waalse Gewest vindt een reflectie plaats over een optimaal interventiemodel voor de inspectiediensten in rusthuizen met het oog op de verbetering van de opvang en huisvesting van de ouderen, met name via het institutioneel levensproject.

Tot slot heeft in de Duitstalige Gemeenschap een «kwaliteitszorgproject» in alle ROB- en RVT-instellingen geleid tot een opvang- en verzorgingsconcept waarbij de ROB-RVT verankerd wordt als een leefomgeving waar de structuur ten dienste staat van de individuele behoeften van de ouderen. Aansluitend hierop werd een «kwaliteitscharter» voor de verzorging uitgewerkt, zal het concept van «ombudsman» voor de ouderensector ingevoerd worden en zal eind 2006 een «ethische commissie» opgericht worden (ter ondersteuning van de personen die werken in de ouderensector).

4.3.4. De financiële leefbaarheid van toegankelijke kwaliteitsverzorging op lange termijn garanderen

Aangezien de meeste formele diensten voor langdurige verzorging ingeschakeld zijn in het bestaande systeem van geneeskundige verzorging, meer bepaald door middel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is er geen politiek van financiële haalbaarheid van het systeem, eigen aan langdurige verzorging. Daarom verwijzen wij de lezer vooral naar de sectie 4.2.4.

Toch dient gepreciseerd dat inzake andere zorgverleners aan langdurige zieken en aan ouderen, die niet onder de verplichte verzekering vallen, de volledige politieke overheid wenst dat deze diensten zo goedkoop mogelijk zijn voor de gebruikers en de collectiviteit... waarbij toch een hoog kwaliteitsniveau moet gehaald worden en de diensten zo toegankelijk mogelijk moeten zijn!

Zoals vermeld in deze sectie 4.2.4, herinneren wij er tenslotte aan, dat de projecties van CEV en WGA onderscheid maken tussen de evolutie van de acute verzorging en de uitgaven voor de langdurige verzorging. Deze laatste bedragen 0,9 van het BNP van 2005 en het CEV verwacht dat ze tot 2,2% van het BNP in 2050 zullen stijgen, terwijl WGA die schat op 1,9% van het BNP in 2005.

BIJLAGEN

Op de CD in bijlage vindt de lezer de volledige versie van het rapport, zoals het aan het Europese Commissie werd gezonden, inclusief de diverse bijlagen die niet in deze brochure werden opgenomen.

Bijlage I omvat bijkomende informatie die het rapport verduidelijkt.

In de bijlage van hoofdstuk II⁴¹ werden 4 voorbeelden van «Good practice»⁴² toegevoegd.

De bijlage van hoofdstuk III bevat enkele gemeenschappelijke indicatoren en contextgegevens met betrekking tot de drie gemeenschappelijke doelstellingen van het beleidsdomein pensioenen

De bijlagen van hoofdstuk IV, tenslotte, bevatten meer gedetailleerde informatie over de bevoegdheidsverdeling in België inzake gezondheid (tussen de Federale overheid en de gemeenschappen en gewesten) alsook over het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, analyses van 5 voorbeelden van «Good practice»⁴³; en een resem statistische informatie (en indicatoren) ter verduidelijking van dit hoofdstuk van het rapport.

-
41. In een afzonderlijk document werden de indicatoren van het NAP sociale inclusie opgenomen.
42. Op het vlak van sociale inclusie werden volgende voorbeelden van «good practice» opgenomen:
- Een betaalbare en kwaliteitsvolle woning voor iedereen: Transversaal experiment voor de integratie van daklozen in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest;
 - Ontwikkelen van activering en diversiteit in tewerkstelling: het management van de diversiteit in het Waalse Gewest;
 - Strijd tegen de armoede bij kinderen: voorbeeld van de Franse Gemeenschap;
 - Schikkingen voor een beter bestuur: Tewerkstelling ervaring in armoede en sociale uitsluiting binnen de federale overheid, en, Het Vlaamse Actieplan Armoedebestrijding;
43. Op het vlak van gezondheidszorg werden volgende voorbeelden van «good practice» opgenomen:
- De «Maximumfactuur» als instrument om een betere financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging te garanderen;
 - De borstkankerscreeningsprogramma's om tumoren zo snel mogelijk op te sporen en zo de doeltreffendheid van de behandelingen te verhogen;
 - Het project «Coma» als aangepast zorgtraject voor de patiënten in een persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of een minimum responsieve status (MRS);
 - Het interministeriële protocol «ouderen» nr. 3 waarbij het budgettaire en organisatorische kader van de investeringen voor de ouderenzorg in de verschillende gemeenschappen en gewesten gespreid wordt over 6 jaar;
 - De vaccinatieprogramma's die de verlaging van de morbiditeit en de mortaliteit van de vermijdbare besmettelijke ziekten beogen via de immunisatie van doelgroepen.

FOD Sociale Zekerheid

Victor Hortaplein, bus 20 – B-1060 Brussel

<http://www.socialsecurity.fgov.be>

D/2006/9737/10