

BIJLAGEN

Bijlage hoofdstuk I –

Algemeen overzicht

1.1. Beschrijving van de sociale toestand

Bijlage 1. Beschrijving en evaluatie van de sociale toestand

Voorwaarden voor een goede sociale bescherming en sociale insluiting zijn een voldoende hoog inkomen, een kwalitatief goede job, een adequate opleiding, een goede gezondheid en een goede huisvesting. Een performant en houdbaar sociaal beschermingssysteem is noodzakelijk om deze voorwaarden voor iedereen te kunnen garanderen.

In een eerste deel wordt onderzocht in welke mate de hierboven vermelde voorwaarden vandaag gerealiseerd zijn. In een tweede deel staat de performantie en de houdbaarheid van het sociaal beschermingssysteem - de regelingen en instrumenten die sociale bescherming en sociale insluiting moeten realiseren - centraal.

De analyse gebeurt op basis van de op Europees niveau overeengekomen gemeenschappelijke overkoepelende indicatoren voor de open methode van coördinatie inzake sociale bescherming en sociale insluiting (zie lijst in bijlage), waar nodig aangevuld met nationale indicatoren.

Bijlage 1.1. Analyse van de sociale situatie

1. Een voldoende hoog inkomen¹

Iedereen moet over een voldoende hoog inkomen beschikken om volwaardig te kunnen deelnemen aan de samenleving. Het beleid is erop gericht dat mensen die met een sociaal risico worden geconfronteerd toch in voldoende mate hun vroegere levensstandaard kunnen behouden en dat armoede voorkomen wordt.

Algemene inkomensongelijkheid

De inkomensquintielratio **S80/S20** geeft een ruwe indicatie van de algemene inkomensongelijkheid. In 2004 (inkomen 2003) is het totale inkomen van de rijkste twintig procent van de bevolking in België vier keer groter dan dat van de armste twintig procent. Deze verhouding is lager dan het EU25 gemiddelde: 4,8. Gemeten met deze indicator is de inkomensongelijkheid in de Europese Unie het laagst in Slovenië: 3,1 en het hoogst in Portugal: 7,2.

Armoederisico

Met een **armoederisicopercentage** van 15% situeerde België zich rond het EU-25 gemiddelde (16%)². Voor de bevolking van 16 jaar en ouder is het percentage 14% (vrouwen 15% en mannen 13%). Tsjechië liet met 8% het laagste percentage in de EU optekenen, Slovakije, Ierland en Portugal met 21% het hoogste. De Belgische **armoederisicodrempel** voor een alleenstaande bedroeg 9.325 euro per jaar of 777 euro per maand (jaar/12). In internationaal vergelijkend opzicht (uitgedrukt in koopkrachtpariteiten) is dat een relatief hoge drempel (zevende hoogste van de 25 EU-lidstaten).

¹ Tenzij anders vermeld zijn de Belgische armoederisicocijfers die hier vermeld worden gebaseerd op EU-SILC 2004 (referentie inkomen 2003).

² Meting op basis van de gemeenschappelijk overeengekomen Europese methodologie. Armoederisicogrens is 60% van het mediaan equivalent inkomen.

Een analyse van de armoederisicocijfers toont aan dat sommige subgroepen in de samenleving in hoge mate het risico lopen in de armoede terecht te komen.

De positie op de arbeidsmarkt, zowel individueel als op het niveau van het huishouden is in dit verband een belangrijke verklarende factor. In België is er, op het vlak van armoederisico, ook in vergelijking met andere EU-lidstaten, een zeer groot verschil tussen zij die werken enerzijds (4%) en werklozen (28%) en andere inactieven (27%) anderzijds. Het zeer hoge armoederisico van de bevolking in huishoudens zonder een betaalde job (huishoudens zonder kinderen: 30% en met kinderen: 70%) is bijzonder zorgwekkend.

Het belang van een goede opleiding voor het verwerven van een goede levensstandaard blijkt uit het feit dat mensen met ten hoogste een diploma van lager secundair onderwijs een driemaal hoger risico op armoede lopen dan mensen met een diploma van hoger onderwijs (23% versus 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, maar een aantal specifieke subgroepen, waaronder éénoudergezinnen (36%) of huishoudens zonder betaald werk met kinderen (70%) hebben een sterk verhoogd armoederisico.

Ook ouderen (65+) hebben een duidelijk verhoogd armoederisico (21%). Er is geen significant verschil tussen vrouwen: 21%, en mannen 20%³.

Een andere hoge risicogroep zijn mensen met een niet EU25 nationaliteit (armoederisicopercentage van ca. 50%). Hier ligt een belangrijke uitdaging op het vlak van opleiding en integratie in de arbeidsmarkt.

De inkomenssituatie van heel wat huurders is zeer precair. Hun armoederisicopercentage is meer dan tweemaal zo hoog als dat van eigenaars: 27% versus 11%. De aanzienlijke stijging van huurprijzen en van de prijs van wonen in het algemeen is in dit opzicht bijzonder zorgwekkend (zie verder).

Er zijn belangrijke verschillen tussen de armoederisicopercentages in de verschillende gewesten. Het cijfer voor het Vlaams Gewest ligt met 11% beduidend beneden dat van het Waals Gewest: 18%. Ondanks een zeer beperkte nauwkeurigheid van de raming voor Brussel kan men aanvoeren dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het gewest is met het hoogste armoederisicopercentage: 27%. De verschillen tussen het Vlaams en het Waals Gewest situeren zich vooral bij de jongere leeftijdsgroepen: kinderen, jong volwassenen en mensen op actieve leeftijd beneden 55 jaar.

Wat de intensiteit van het armoederisico betreft, zoals gemeten met de **relatieve mediane armoederisicokloof**, situeert België zich met 23% rond het EU gemiddelde: 22%. De relatieve mediane armoederisicokloof is de kloof tussen het mediaan inkomen van de mensen geconfronteerd met armoederisico en de armoederisicogrens, uitgedrukt als een percentage van de grens. De mediane intensiteit van het armoederisico is het grootst op actieve leeftijd (16-64): 24% en het laagst op oudere leeftijd: 65+: 18% en 75+: 15%. Bij kinderen (0-15) is de kloof 23%. Bij de bevolking van 16 jaar en ouder is de armoederisicokloof van mannen wat groter dan die van vrouwen: 24 versus 21. De kloof is vergelijkbaar in de drie gewesten.

Er moet op gewezen worden dat de inkomenssituatie van een aantal groepen in de samenleving moelijk in beeld kan worden gebracht met behulp van kwantitatieve

³ Wanneer in deze tekst verwezen wordt naar statistische significantie wordt uitgegaan van een 95% betrouwbaarheidsniveau.

indicatoren. Vaak gaat het om mensen die zich in situaties van extreme armoede bevinden, bvb. daklozen, mensen die zich illegaal in het land bevinden. Zij worden op dit moment niet in beeld gebracht door de indicatorenset. De indicatoren geven meestal ook enkel een beeld van de bevolking in private huishoudens.

De levensstandaard van ouderen

In functie van het beleid inzake pensioenen is het nuttig wat dieper in te gaan op de inkomenssituatie van ouderen –gepensioneerden. Pensioenen moeten niet alleen armoede bij ouderen – gepensioneerden voorkomen, ze moeten mensen ook toelaten na pensionering tot op zekere hoogte de levensstandaard die ze tijdens hun beroepsloopbaan genoten hebben te behouden.

Zoals hoger vermeld was het **armoederisico van ouderen** (65 jaar en ouder) in 2004 (inkomen 2003) hoger dan het gemiddelde van de totale bevolking. Vergeleken met de complementaire jongere leeftijdsgroep (0-64 jaar) lopen ouderen 1,5 keer meer risico op armoede (21% versus 14%). Het armoederisico van ouderen in België is hoger dan het Europees gemiddelde (18%) en België is één van vijftien van de vijfentwintig lidstaten waar ouderen relatief meer geconfronteerd worden met armoederisico dan de jongere leeftijdsgroep. Het armoederisico van mensen van 75 en ouder is in België identiek aan dat van de bredere leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder.

Al is het percentage mensen met armoederisico in de oudere leeftijdsgroep (65+) hoger dan in de jongere leeftijdsgroepen, de intensiteit van het armoederisico is in deze groep, zoals in bijna alle EU-lidstaten kleiner (zie hoger).

Ouderen lopen zowel het risico op armoede als ze alleen leven (23%), als wanneer ze als koppel leven (20%). Hoewel er geen significante verschillen kunnen worden vastgesteld tussen vrouwen en mannen op het niveau van de totale bevolking is het duidelijk dat alleenstaande oudere vrouwen meer getroffen worden door armoederisico dan alleenstaande oudere mannen (24% versus 19%). Bij de bevolking van 75 jaar en ouder is het verschil tussen alleenstaande vrouwen en mannen nog groter (25% versus 16%).

De verschillen tussen vrouwen en mannen worden bevestigd wanneer men administratieve data over het aantal gerechtigden op de inkomensgarantie voor ouderen analyseert. Er zijn beduidend meer vrouwen dan mannen die deze sociale bijstandsuitkering, gebaseerd op een toets van de bestaansmiddelen, ontvangen: in januari 2006 ging het om 48.195 vrouwen versus 21.894 mannen. Meer dan twee derden zijn dus vrouwen.

Verschillen tussen vrouwen en mannen op het vlak van pensioenen vinden hun oorzaak in een verschillend gedrag op de arbeidsmarkt. Vrouwen zijn vaker gedurende langere periodes afwezig van de arbeidsmarkt, werken meer deeltijds (zie verder), hebben vaak lagere lonen.

Het feit dat significante verschillen inzake de hoogte van het pensioen niet onmiddellijk zichtbaar zijn in de algemene armoederisicocijfers voor ouderen kan verklaard worden door het feit dat armoederisico gemeten wordt op basis van het totale inkomen van het huishouden⁴. Een laag individueel inkomen van een lid van het huishouden kan in combinatie met andere, hogere inkomens tot een hogere levensstandaard leiden. Bovendien moet eraan herinnerd worden dat de armoederisicocijfers alleen betrekking hebben op de bevolking in private huishoudens. De oudere bevolking in instellingen, waarin vrouwen oververtegenwoordigd zijn, blijft dus buiten beeld. In 2001 was ongeveer 6% van de bevolking van 65 jaar en ouder gedomicilieerd in een collectief

⁴ Bij armoedemeting gaat men uit van het samenbrengen en gelijk delen van alle inkomens in het huishouden.

huishouden (8% van de vrouwen en 3% van de mannen). Voor de subgroep van 75 jaar en ouder was het overeenstemmende percentage 12% (15% van de vrouwen en 6% van de mannen).

De **inkomensongelijkheid** in de bevolking van 65 jaar en ouder, gemeten met de inkomensquintielratio indicator (S80/S20) is in België kleiner dan deze in de bevolking van de complementaire jongere leeftijdsgroep. De rijkste twintig procent van de ouderen hebben samen een inkomen dat 3,4 maal groter is dan dat van de armste twintig procent. Bij de bevolking van 0 tot 64 jaar is de verhouding 4,1. In de Europese context neemt België met 3,4 een middenpositie in. De inkomensongelijkheid bij ouderen is het hoogst in Portugal: 6,5, het kleinst in Hongarije: 2,5.

De **relatieve mediane inkomensratio**, de verhouding van het 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%. In Europees vergelijkend perspectief is dat relatief laag. Het EU25 gemiddelde is 87%. De laagste ratio werd opgetekend in Ierland, 62%, de hoogste in Polen: 113%. Er is in België geen significant verschil tussen vrouwen en mannen.

2. Een kwaliteitsvolle job

Een kwaliteitsvolle job is een bron van inkomen die tot betere levensvoorwaarden leidt, maar die ook sociale participatie in de hand kan werken en mensen kan toelaten ten volle hun potentieel te realiseren. Al reduceert arbeid het risico op armoede gevoelig, het inkomen dat een betaalde job met zich meebrengt is toch niet altijd voldoende om mensen uit de armoede te tillen. Een voldoende hoge werkzaamheidsgraad is noodzakelijk voor het garanderen van de houdbaarheid van het sociaal beschermingssysteem. Voor de beschikbaarheid van jobs is een sterk economische draagvlak belangrijk. De Belgische strategie in verband met economische groei en jobs wordt beschreven in het Belgisch Nationaal Hervormingsprogramma.

Activiteits-, werkzaamheids- en werkloosheidsgraad

Ook in functie van de vergrijzing van de samenleving (zie verder) is het belangrijk dat de activiteitsgraad verhoogd wordt. Deze indicator, die het aandeel van de werkenden en de werklozen in de bevolking van 15 tot 64 geeft, meet de algemene participatie in de arbeidsmarkt⁵. De Belgische **activiteitsgraad** is in Europees vergelijkend perspectief laag te noemen: 66,7% in 2005 (vrouwen: 59,5%, mannen 73,9%) in vergelijking met een EU25-gemiddelde van 70,2% (vrouwen: 62,5%, mannen 77,8%). Voor de actieve leeftijdsgroep 25-54 is de activiteitsgraad vergelijkbaar met het EU25-gemiddelde, voor de jongere en oudere leeftijdscategorie is hij veel lager. Er is sprake van een trendmatige stijging van de activiteitsgraad van 60,6% in 1992 naar 66,7% in 2005.

De ontwikkeling van de werkzaamheidsgraad is in belangrijke mate afhankelijk van de economische groei. Na een stabiele substantiële **reële groei van het BBP** op het eind van de jaren negentig kende België een aanzienlijke groeivertraging in het begin van de jaren 2000. Alleen in 2004 werd met 2,6% een aanzienlijke groei gerealiseerd. Na opnieuw een zwakke groei in het tweede semester van 2004 en het eerste semester van 2005 zou de economische activiteit, zoals in de meeste EU-lidstaten opnieuw moeten aantrekken zodat in 2006 weer groeicijfers hoger dan 2% zouden kunnen worden opgetekend. De Europese Commissie verwacht voor 2006 een reële groei van 2,3%, voor 2007 2,1%.

⁵ Idealiter zou vanuit een breed activeringsbegrip ook een indicator moeten ontwikkeld worden die niet betaalde maatschappelijk nuttige activiteit in beeld brengt (bv. vrijwilligerswerk in zorg).

Parallel met de verzwakking van de economische activiteit daalde de omvang van de totale werkzame bevolking licht in 2002 (-0,2%) en 2003 (-0,1%), maar ze groeide opnieuw in 2004 (+0,6%) en 2005 (+0,9%). De Belgische **tewerkstellingsgraad** bedroeg in 2005 61,1% (vrouwen: 53,8 %, mannen 68,3%) en ligt daarmee lager dan het EU25 gemiddelde: 63,8% (vrouwen: 56,3 %, mannen 71,3%). Zoals bij de activiteitsgraad situeren de verschillen met het Europees gemiddelde zich niet bij de bevolking tussen 25 en 54 - hier is de werkzaamheidsgraad met 78,3% zelfs hoger dan het EU-gemiddelde: 77,2% - maar bij de jongere (15 tot 24) en oudere (55 tot 64) bevolking. De werkzaamheidsgraad van jongeren blijft met 27,5% duidelijk beneden het EU25 gemiddelde: 36,8%. Ook de werkzaamheidsgraad van ouderen (55 tot 64 jaar), 31,8%, blijft in vergelijkend opzicht zeer laag (EU25: 42,5%). Over een langere periode is er wel sprake van een duidelijk stijgende trend. In 1992 bedroeg de werkzaamheidsgraad nog 56,3%. Er is dus een toename met 5 procentpunten (ppt). De stijging van de werkzaamheidsgraad situeert zich vooral bij vrouwen van 25 tot 54 jaar (+ 12 procentpunten: van 58,1% in 1992 naar 70,4% in 2005) en bij beide geslachten in de leeftijdsgroep 55 tot 65 jaar: van 22,2% in 1992 naar 31,8% in 2005 (vrouwen: + 11 ppt en mannen + 8 ppt).

Het zal nog aanzienlijke inspanningen vragen om de vooropgestelde Europese doelstellingen wat de werkzaamheidsgraad betreft (70% voor de algemene werkzaamheidsgraad voor beide geslachten, 60% voor de werkzaamheidsgraad van vrouwen en 50% voor de oudere werknemers) te bereiken. De strategie in dit verband wordt uiteengezet in het Belgisch Nationaal Hervormingsprogramma⁶.

Men moet er rekening mee houden dat toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen gevolgen met zich meebrengt voor de informele zorgverstrekking in de gezinnen. Er ontstaat een toenemende vraag naar formele zorgvoorzieningen voor kinderen, personen met een handicap of langdurige gezondheidsproblemen en ouderen die veel zorg nodig hebben.

Uit de resultaten van de Arbeidskrachtenenquête blijkt dat het **deeltijds werk** in België toeneemt. In 1995 werkte nog 15,4% van de loontrekkenden deeltijds. In 2005 was dat opgelopen tot 24,1%. Het deeltijds werk is zeer ongelijk verdeeld tussen vrouwen en mannen. In 2005 werkte 43,5% van de vrouwen deeltijds tegenover 8,1 procent van de mannen.

De Belgische **werkloosheidsgraad** bereikte in 2001 met 6,6% een voorlopig minimum om nadien toe te nemen tot 8,4% in 2005 (vrouwen 9,5%, mannen: 7,6%). Het EU25 cijfer is 8,7 (vrouwen: 9,8, mannen: 7,9). De Europese Commissie verwacht een daling naar 8% in 2006 en naar 7,6% in 2007.

Zorgwekkend was de aanzienlijke stijging van de **jeugdwerkloosheid** (15 tot 24 jarigen) van 16,8% in 2001 naar 21,5% in 2005. De stijging was vooral groot bij de mannen: 14,5% in 2001 naar 21% in 2005. Bij de vrouwen was er een stijging van 19,5% naar 22,1%. Recente cijfers met betrekking tot de jeugdwerkloosheid wijzen op een stabilisatie of lichte afname.

Belangrijke vaststelling is dat er niet alleen in functie van leeftijd en geslacht grote verschillen bestaan op het vlak van werkzaamheids- en werkloosheidsgraden, er zijn ook belangrijke verschillen tussen andere subgroepen in de samenleving. Wat dit laatste betreft zijn vanuit het oogpunt van sociale bescherming vooral de lage werkzaamheidsgraden (en de hoge werkloosheidsgraden) van allochtonen, mensen met een lage opleiding of met een handicap zorgwekkend.

⁶ In het kader van de opvolging van het Nationaal Hervormingsprogramma wordt vastgesteld dat de recente toename van de totale werkzaamheidsgraad en van de vrouwelijke werkzaamheidsgraad in België iets sneller is dan het EU-gemiddelde en dat de stijging van de werkzaamheidsgraad van ouderen duidelijk sneller is.

De werkzaamheidsgraad van mensen met een niet EU15 nationaliteit lag in 2004 26 procentpunten onder deze van mensen met een EU15-nationaliteit (20 ppt voor mannen, 30 ppt voor vrouwen). Het verschil was daarmee nauwelijks kleiner dan in de periode 2001-2003 toen het ongeveer 28 ppt bedroeg. Als men niet de nationaliteit, maar de etnische afkomst als criterium zou hanteren om de allochtone bevolking te identificeren is het verschil nog groter ⁷.

De werkzaamheidsgraad van mensen met ten hoogste een diploma lager secundair onderwijs lag in 2004 20 procentpunten onder deze van de totale bevolking (17 ppt voor mannen, 23 ppt voor vrouwen). Dit was 18 ppt in 2002-2003.

In 2002 lag de werkzaamheidsgraad van personen met een handicap 17 procentpunten onder deze van de totale bevolking (ongeveer gelijk voor mannen en vrouwen).

Langdurige werkloosheid, huishoudens zonder betaald werk, geografische concentratie van lage werkzaamheid en hoge werkloosheid

Het niet hebben van een betaalde baan wordt des te problematischer wanneer dit zich langdurig voordoet, wanneer niemand binnen het huishouden een job heeft of wanneer hoge werkloosheids- en inactiviteitsgraden sterk geografisch geconcentreerd zijn.

Langdurige werkloosheid (een jaar en langer) is zeer problematisch vanuit het oogpunt van sociale insluiting. Er is niet alleen het langdurig inkomensverlies, er is ook het feit dat langdurige werkloosheid tot een verlies van bekwaamheden en van het besef van eigenwaarde dreigt te leiden, dingen die men nodig heeft om opnieuw een job te kunnen opnemen. In 2005 bedroeg de langdurige werkloosheidsgraad in België 4,4%, 5% voor vrouwen en 3,8% voor mannen. Het EU25 gemiddelde was in dat jaar 3,9% (4,5% vrouwen, 3,5% mannen). Er is in België sprake van een stijgende trend sinds 2002 toen 3,6% van de actieve bevolking langdurig werkloos was. Alleenstaanden (8%), mensen met een diploma van ten hoogste lager secundair onderwijs (8%) en vooral alleenstaande ouders (14%) en mensen met een niet EU25-nationaliteit (20%) hebben een sterk verhoogde kans op langdurige werkloosheid. De langdurige werkloosheidsgraad is met 6,2% hoger bij jongeren van 15 tot 24 jaar dan bij de oudere leeftijdsgroepen 25 tot 49 jaar (4,4%) en 50 tot 64 jaar (6,2%).

De inkomenssituatie van de **bevolking in huishoudens zonder betaald werk** is zeer zorgwekkend. Leven in een huishouden zonder betaald werk kan ook negatieve gevolgen hebben op de toekomstige prestaties van kinderen in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Hier ligt een belangrijke doelstelling voor het werkgelegenheidsbeleid. Het aandeel van volwassen personen (18-59) die leven in een huishouden zonder betaald werk was in 2005 in België op één na het hoogste van alle EU-lidstaten (14%, 12% voor mannen en 15% voor vrouwen). Het EU25 gemiddelde was 10%. 13% van de kinderen (tot 17 jaar) leefden in een huishouden zonder betaald werk (EU-gemiddelde 9,6%). Het percentage blijft zo goed als stabiel in de tijd, ondanks de toenemende werkzaamheidsgraad van vrouwen (concentratie van betaalde arbeid op het niveau van het huishouden). 69% van de volwassen bevolking op actieve leeftijd leefde in een huishouden zonder kinderen (31% was alleenstaand, 24% leefde als koppel en 14% leefde in een ander huishoudentype), 31% leefde in een huishouden met kinderen (13% in een éénoudergezin, 13% leefde als een koppel, 6% leefde in

⁷ Het onderscheid autochtone en allochtone bevolking kan op verschillende manieren geoperationaliseerd worden. Op Europees niveau worden de criteria nationaliteit en land van geboorte gebruikt. De Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) gebruikt het nationaliteitscriterium samen met naamherkenning en zelf-classificatie om tot een classificatie op basis van etniciteit te komen. Het percentage etnisch niet-Europeanen in het totaal van de niet werkende werkzoekenden in Vlaanderen neemt toe over de periode 1999-2006.

een ander huishoudentype). 56% van de kinderen in huishoudens zonder betaald werk leefden in een éénoudergezin.

De geografische concentratie van lage werkzaamheidsgraden en hoge werkloosheidsgraden stelt een bijzonder probleem. De verschillen inzake werkzaamheidsgraad tussen de provincies (nuts 2 niveau) worden gemeten met de **regionale cohesie indicator**: de variatiecoëfficiënt van de werkzaamheidsgraden ⁸. Met een waarde van 8,7 bereikte deze indicator in 2004 zijn hoogste waarde sinds 1999 (eerste meting). Er zijn sterkere verschillen tussen de werkzaamheidsgraden per provincie van vrouwen (10,7) dan tussen deze van mannen (7,2). Ook wanneer men de cijfers op het niveau van de gewesten vergelijkt zijn er grote verschillen op het vlak van werkzaamheids- en werkloosheidsgraad.

Armoederisico ondanks werk

Hoewel het hebben van een betaalde job de belangrijkste bepalende factor is voor het vermijden van armoederisico is het niet zo dat betaald werk automatisch armoederisico uitsluit. In België werd **4% van de werkenden (werknemers + zelfstandigen)** in 2004 **geconfronteerd met armoederisico**. In Europees vergelijkend opzicht is dat een goede score. Het EU-25 gemiddelde was 9%. Gezien de grote omvang van de groep werkenden betekent dit toch dat 14% van de bevolking met armoederisico werkt. Armoederisico kan hier het gevolg zijn van arbeidsduur (deeltijds of onregelmatig werk), laag loon of gezinslast. Kwetsbare groepen zijn alleenstaande ouders, huishoudens met meerdere kinderen en mensen met een niet EU-25 nationaliteit. Mensen met een tijdelijk arbeidscontract en vooral deeltijds werkenden hadden een verhoogd armoederisico.

3. Een goede opleiding

De toegang tot werk, de inkomenssituatie, gezondheid, de kansen op het vlak van maatschappelijke integratie en participatie hangen allen samen met het opleidingsniveau. In een maatschappij waar opleiding meer en meer bepalend is voor de positie op de sociale ladder, vallen diegenen met een lage opleiding vaak uit de boot. Hierboven werd er al op gewezen dat een lage opleiding leidt tot een merkkelijk lagere werkzaamheidsgraad en een merkkelijk hoger armoederisico. Voor de economische groei zijn goed opgeleide arbeidskrachten een noodzaak.

In de eerste plaats is de initiële formele opleiding van groot belang. In 2005 bedroeg het aandeel **vroegtijdige schoolverlaters** (jongeren van 18 tot 24 jaar die geen opleiding volgen en het secundair onderwijs niet afronden) in België 13% (meisjes: 11% en jongens: 15%), tegenover een EU25-gemiddelde van 15% (meisjes: 13% en jongens: 17%). Er kan geen trendmatige daling in de richting van het voor 2010 vooropgestelde 10% streefcijfer worden vastgesteld. Er zijn grote verschillen tussen de gewesten: 11% in het Vlaams Gewest, 16% in het Waals Gewest en 19% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Op basis van Arbeidskrachtenenquête van 2000 werd aangetoond dat kinderen van ouders met maximaal een diploma lager secundair onderwijs bijna negenmaal zoveel kans hebben om vroegtijdig de school te verlaten dan kinderen van mensen die hoger onderwijs hebben gevolgd.

De **opleidingsresultaten van 15-jarige studenten** wordt op een internationaal vergelijkbare manier gemeten in het kader van de **PISA**-enquête van de OESO. Eén indicator geeft het percentage studenten dat de laagste score (niveau 1 of lager op een schaal met vijf niveaus) behaald heeft op een **leesvaardigheidstest**. Het behalen van deze lage score betekent nog niet dat men ongeletterd is, maar impliceert toch dat men ernstige problemen heeft in het omgaan met schriftelijke informatie en dus met

⁸ Definitie: standaardafwijking van de werkzaamheidsgraden op nuts 2 niveau (in België: provincies) gedeeld door het gewogen nationaal gemiddelde.

elke vorm van leerproces dat gebaseerd is op schriftelijk materiaal. Deze studenten zullen waarschijnlijk onvoldoende gebruik kunnen maken van de aangeboden onderwijskansen, wat hun verdere onderwijs- en beroeps carrière in het gedrang kan brengen. Met 17,8% scoort België in 2003 beter dan het gewogen EU-gemiddelde (19,8%). In 2000 was dat 19,0% (gewogen EU-gemiddelde 19,4%). Achter het cijfer voor België gaan verschillende resultaten voor de Gemeenschappen schuil (Vlaamse Gemeenschap: 12,4%, Franse Gemeenschap: 25,1% en Duitstalige Gemeenschap 20,1%) en achter de algemene gemiddelden voor elke gemeenschap gaat vaak een zeer grote spreiding van de resultaten schuil (zeer goed scorenden versus zeer zwak scorenden). Kinderen van ouders met een hoog socio-professioneel statuut (bovenste kwartiel) scoren gemiddeld veel beter dan kinderen van ouders met een laag socio-professioneel statuut (onderste kwartiel). Het verschil in score is anders naargelang de Gemeenschap, maar het is aanzienlijk voor alle Gemeenschappen. Uit een recente OESO-studie, gebaseerd op het PISA onderzoek, komen grote prestatieverschillen naar voor tussen de leerlingen naargelang de migratiestatus, waarbij autochtone leerlingen veel betere resultaten optekenen dan (eerste en tweede generatie) allochtone leerlingen.

Gegeven de snelle ontwikkelingen in de samenleving en in de economie wordt het steeds belangrijker dat na de initiële opleiding werk wordt gemaakt van voortgezette opleiding en vorming (**levenslang leren**). Sinds het begin van de jaren 90 is er in België duidelijk een toename van de participatie aan opleiding en vorming in het kader van levenslang leren. Met 10% scoort België in 2005 iets lager dan het EU25-gemiddelde (10,8%). Er zijn slechts kleine verschillen tussen de geslachten. Zoals in andere landen blijkt de deelname aanzienlijk hoger onder de hoog dan onder de laag opgeleiden (In 2004: 3% bij mensen met ten hoogste een diploma lager secundair onderwijs, 16% bij mensen met een diploma van hoger onderwijs). Ook leeftijd is een belangrijke differentiërende factor. Oudere, veelal lager geschoolde, werknemers blijken minder te participeren aan opleiding en vorming.

4. Een goede gezondheid

Een essentieel element van het welzijn is een lang leven te kunnen doorbrengen in goede gezondheid. Het sociaal beschermingsbeleid moet ertoe bijdragen dat alle groepen in de samenleving daar op een zo gelijk mogelijke basis toegang toe hebben.

De **levensverwachting**, de leeftijd die men bij de geboorte gemiddeld mag verwachten te kunnen bereiken, is één van de meest gebruikte indicatoren om de algemene gezondheidstoestand van een bevolking in beeld te brengen. Ze wordt bepaald door een groot aantal factoren, waaronder de algemene welvaart, de leefhygiëne en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Net zoals in de meeste andere EU-lidstaten, is de levensverwachting in België in de loop van de voorbije decennia voortdurend toegenomen. In 2004 bedroeg ze 82,4 voor vrouwen en 76,5 voor mannen (een verschil van 5,9 jaar in het voordeel van de vrouwen). In 1990 was dat nog 79,4 voor vrouwen en 72,7 voor mannen (een verschil van 6,7 jaar in het voordeel van de vrouwen). We kunnen de cijfers voor 2003 (vrouwen: 81,7 en mannen 75,9) vergelijken met deze van de andere Europese lidstaten. België blijkt een relatief hoge levensverwachting te hebben. De beste resultaten werden opgetekend in Zweden (vrouwen: 82,5, mannen: 77,9), de slechtste in Letland (vrouwen: 75,9, mannen: 65,7).

Het is belangrijk na te gaan welk gedeelte van de **levensverwachting in goede gezondheid** wordt doorgebracht zodat men niet alleen een idee heeft van de lengte, maar ook van de kwaliteit van het leven. De levensverwachting in goede gezondheid is ook belangrijk in het licht van 'active ageing' strategieën gericht op het langer actief blijven van ouderen. Oudere, gezonde mensen kunnen een belangrijke bijdrage leveren tot hun familie, de gemeenschap waarin ze leven en de economie door formele

activiteit op de arbeidsmarkt en door informele activiteit zoals zorg voor kinderen, zieken, ouderen. Er bestaat een bewezen verband tussen gezondheid en economische groei en sociale welvaart.

Recent werd de gezondheidsverwachting berekend op basis van mortaliteitsdata van het NIS en de vragen naar de gezondheidstoestand opgenomen in de socio-economische enquête van 2001⁹. De gezondheidstoestand werd vastgesteld op basis van de vraag naar de algemene subjectieve gezondheid: Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? Chronische ziekte werd vastgesteld op basis van de vraag: Lijdt u aan één of meer langdurige ziekten, chronische aandoeningen of handicaps?

Voor vrouwen was de levensverwachting bij geboorte 81,7 jaar, de gezondheidsverwachting 59,5 jaar en de levensverwachting zonder chronische ziekte 63,4 jaar. De levensverwachting van mannen was 75,4 jaar, terwijl hun gezondheidsverwachting 58 jaar en hun levensverwachting zonder chronische ziekte 59,7 jaar was. Vrouwen hebben dus een levensverwachting die 6 jaar langer is dan die van mannen, maar hun subjectieve gezondheidsverwachting is slechts 1,5 jaar langer en ze mogen verwachten 2,9 jaar langer met een chronische ziekte te leven dan mannen.

Op 65 jaar was de levensverwachting van vrouwen 20,2 jaar, de gezondheidsverwachting 7 jaar en de levensverwachting zonder chronische ziekte 10,1. De levensverwachting van mannen op 65 was in 2001 16,2jaar terwijl hun gezondheidsverwachting 6,6 jaar was en hun levensverwachting zonder chronische ziekte 8,6.

Men kan zich de vraag stellen of de toename van de levensverwachting in de tijd al dan niet gepaard gaat met een toename van het aantal jaren doorgebracht in slechte gezondheid (compressie, stabiliteit of expansie van slechte gezondheid)? Deze vraag is ook belangrijk in functie van projecties met betrekking tot de kost van de vergrijzing.

Een meting over drie meetpunten (1997, 2001 en 2004), waarbij telkens de Gezondheidsenquête werd gebruikt om de (subjectieve) gezondheidstoestand te meten levert steun op voor de compressietheorie (de verlenging van de levensverwachting gaat samen met een samendrukking van de jaren met een chronische ziekte)¹⁰. Over de periode 1997-2004 steeg de levensverwachting van mannen met 1,82 jaren terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 3,35 jaar toenam. Voor vrouwen nam de levensverwachting toe met 1,29 jaar, terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 2,47 jaar toenam.

⁹ Van Oyen, H. Bossuyt, N. Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S. Lorant, V. Miermans P-J. Composite health measures in Belgium based on the 2001 census, 32p (unpublished).

¹⁰ Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. *Reves* 2006. 14 p.

Alternatieve cijfers over de levensverwachting in goede gezondheid op basis van de Europese structurele indicator 'levensverwachting zonder invaliditeit'

De Europese structurele indicator levensverwachting zonder invaliditeit (disability free life expectancy) is beschikbaar voor de periode 1995-2003. De indicator wordt berekend op basis van een enquêtevraag (ECHP) naar beperkingen in dagelijkse activiteiten door ziekte of handicap¹¹. Over de bestudeerde periode nam de levensverwachting bij geboorte van vrouwen met 1,5 jaar toe, hun levensverwachting zonder invaliditeit met 2,8 jaar. Voor mannen steeg de levensverwachting in dezelfde periode met 2,5 jaar, de levensverwachting zonder invaliditeit met 4,1 jaar. De toename van beide indicatoren was dus groter bij de mannen dan bij de vrouwen. Vrouwen konden in 2003 verwachten 84,7% van hun leven zonder invaliditeit door te brengen (was 82,8 in 1995), mannen 88,8% (was 86,2% in 1995). In Europees vergelijkend opzicht scoort België goed met deze cijfers, ook wat de recente trend betreft.

De levensverwachting zonder invaliditeit op 65 jaar blijkt in dezelfde referentieperiode zowel voor vrouwen als voor mannen trager vooruit te gaan dan hun levensverwachting (vrouwen: levensverwachting +0,8, levensverwachting zonder invaliditeit +0,7; mannen levensverwachting + 1,9, levensverwachting zonder invaliditeit + 1,3. Ook hier is er een toename voor beide groepen, maar groter voor mannen dan voor vrouwen.

Er zijn duidelijke verschillen tussen de gewesten waarbij de levensverwachting en de gezondheids-verwachting bij geboorte het laagst is in het Waals Gewest en het hoogst in het Vlaams Gewest.

Enkele jaren geleden werd de **levensverwachting en de gezondheidsverwachting naar opleidingsniveau** berekend. Op basis van een combinatie van data uit de nationale mortaliteitsdatabank, een 5 jaar lange opvolging van de Volkstelling van 1991 en de Gezondheidsenquête van 1997. Men kon concluderen dat mensen met een laag opleidingsniveau (geen diploma of enkel lager onderwijs) in België niet alleen korter leven (vrouwen: 2,8 jaar; mannen 5,2 jaar) maar ook veel minder lang in goed ervaren gezondheid leven (vrouwen 14,5 jaar; mannen 15,5 jaar) dan hoog opgeleiden (diploma hoger onderwijs).

Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe beter de toegang tot informatie over gezondheid en hoe beter men gewapend is om die kennis ook in de praktijk te gebruiken. Anderzijds bepaalt het opleidingsniveau ook mee de arbeidsmarktpositie en werktevredenheid en daardoor ook indirect de gezondheidstoestand. Er is ook een duidelijk verband tussen de socio-economische positie en leefstijl.

In vergelijking met de twaalf andere EU-lidstaten waarvoor al EU-SILC data verzameld werden in 2004 is het percentage mensen (16+) dat in België zegt in de voorbije twaalf maanden een **medisch onderzoek of behandeling nodig te hebben gehad, maar niet te hebben gekregen** beperkt: 1,8%. Het percentage ligt hoger bij het tandheelkundig onderzoek: hier benadert het 4%. België scoort hiermee bij de beste lidstaten. Er is geen merkbaar verschil tussen vrouwen en mannen. Vooral 45 tot 54 jarigen en alleenstaanden en éénoudergezinnen zijn kwetsbaar. Opvallend is ook de slechte score van werklozen (10% heeft medische en 23% tandheelkundige zorgen gemist). Wat tandheelkundig onderzoek en behandeling betreft is er een duidelijk verschil in functie van het opleidingsniveau: 30% van diegenen die ten hoogste een diploma lager onderwijs hebben, hebben tandheelkundige zorgen moeten missen in

¹¹ ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? 2002 en 2003 zijn extrapolaties.

vergelijking met iets meer dan 10% van de mensen met een diploma post secundair onderwijs. Bij de redenen voor het niet voldoen van de behoeften aan medisch onderzoek en behandeling overwegen veruit financiële overwegingen +60%. Wat tandheelkundige zorgen betreft zijn financiële overwegingen ook belangrijk (45%), maar ook andere redenen spelen een rol (bvb. vrees voor de tandarts en tijdsgebrek)¹²

5. Een goede huisvesting

Het is niet voor iedereen evident een goede en betaalbare woning te vinden. Hiervoor werd reeds gewezen op de gemiddeld zwakkere inkomenspositie van huurders in vergelijking met eigenaars (armoederisicopercentage bevolking die leeft in een gehuurde woning: 27% versus bevolking die leeft in de eigen woning: 11%). Uit onderzoek is gebleken dat er in de loop van de jaren '90 een belangrijke stijging is geweest van de **kostprijs van de huisvesting**, wat vooral voor de zwakkere sociale categorieën die een woning huren op de private huurmarkt heeft geleid tot een situatie waarbij zij genooddaakt zijn om een zeer groot deel van het gezinsbudget aan huisvesting te besteden¹³. In 2003 besteedde 33% van de huurders met een inkomen lager dan het mediaaninkomen meer dan één derde van het budget van het huishouden aan huur. Daarmee ligt dit op hetzelfde niveau als op de vorige meetmomenten (2000 en 2001).

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. In het Vlaams Gewest ligt het aandeel wel iets lager (5%) dan in het Waals en Brussels Hoofdstedelijk Gewest (7%). In de drie Gewesten bestaan er, in verhouding tot het aantal beschikbare huurwoningen, lange wachtlijsten.

De **kwaliteit van de huisvesting** blijkt voor niet EU-25 personen in veel gevallen minder goed te zijn. Ook de huisvestingssituatie van huishoudens met kinderen en een lage werkintensiteit lijkt dikwijls problematisch. Deze categorie blijkt meer dan de totale bevolking te wonen in woningen met twee of meerdere structurele problemen of met een gebrek aan ruimte. Zwakke sociale categorieën (alleenstaande ouders, werklozen, zieken/invaliden) lijken over het algemeen 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%).

Er zijn in België geen recente cijfers beschikbaar over het **aantal daklozen**.

¹² De meting van onvoldane behoeften aan gezondheidszorg gebeurt in het kader van de Belgische Gezondheidsenquête op een andere manier dan in het kader van EU-SILC. Zo worden in het geval van EU-SILC individuele personen bevroegd, bij de Gezondheidsenquête antwoordt de referentiepersoon voor het huishouden. In EU-SILC wordt gevraagd naar onvoldane behoeften aan een medisch onderzoek of behandeling en tandheelkundig onderzoek of behandeling, in de Gezondheidsenquête worden volgende soorten gezondheidszorg apart bevroegd: medische zorgen of een operatie, tandverzorging, voorgeschreven geneesmiddelen, een bril, mentale zorgen (psycholoog of psychiater bvb.). Een huishouden dat medische consumptie heeft moeten uitstellen is dan een huishouden dat minstens één van deze vijf soorten gezondheidszorg heeft moeten uitstellen. Op basis van de Gezondheidsenquête 2004 kan men vaststellen dat 10% van de huishoudens medische consumptie heeft moeten uitstellen. In EU-SILC gaat het om niet voldane behoeften omwille van verschillende redenen, in de Gezondheidsenquête wordt alleen naar uit- of afstel omwille van financiële redenen gepeild.

¹³ Bij gebrek aan een adequaat alternatief wordt de NAPincl-indicator rond woonkost berekend op de Gezinsbudgetenquête, wat gelet op de beperkte omvang en grote uitval van deze enquête geen ideale situatie is om betrouwbare uitspraken over evoluties of risicocategorieën op te baseren.

Bijlage 1.2. Analyse van de performantie en de houdbaarheid van het sociaal beschermingssysteem

Impact van de sociale uitkeringen op het armoederisico

Het sociaal beschermingssysteem speelt een belangrijke rol in de strijd tegen het armoederisico. Indien men het **armoederisicopercentage** berekent **nadat alle sociale overdrachten (inclusief pensioenen) van het inkomen zijn afgetrokken** bekomt men 42%. Indien alle overdrachten behalve pensioenen worden afgetrokken bekomt men 28%. De sociale overdrachten (zonder pensioenen) reduceren het armoederisicopercentage met 46%, dat is meer dan het EU25 gemiddelde (38%), maar verschillende andere EU-lidstaten, scoren nog beter (Denemarken, Zweden en Finland: meer dan 60%). Griekenland, Italië en Spanje, landen waar pensioenuitgaven de sociale uitgaven domineren, scoren het slechtst (minder dan 20%).

Hoogte van de uitkeringen

Het is een voortdurende bekommernis voor het beleid om - gegeven de budgettaire beperkingen - de uitkeringen hoog genoeg te houden zodat mensen die niet terecht kunnen op de arbeidsmarkt een voldoende inkomen te garanderen.

Een aantal **minimumuitkeringen** in België situeren zich beneden de **armoederisicodrempel**. Voor een alleenstaande bereikte het bestaansminimum in 2003 75% van de drempel, de minimum werkloosheidsuitkering na zes maanden 91%, de minimum invaliditeitsuitkering 100% en het minimumpensioen voor een werknemer in de privésector met een volledige loopbaan 107%. Voor een éénoudergezin (twee kinderen) bereikte het bestaansminimum met de kinderbijslag 91% van de drempel, voor een koppel met twee kinderen 69%, voor een koppel zonder kinderen 67%. Het netto minimumloon (alleenstaande) situeerde zich op 131% van de drempel. Deze cijfers zijn het resultaat van nationale berekeningen. Berekend met behulp van de EU-OESO-methodologie komt men nagenoeg op dezelfde resultaten uit wat het bestaansminimum voor de drie huishoudentypen: alleenstaande, éénoudergezin (twee kinderen) en koppel met twee kinderen betreft. Voor éénoudergezinnen situeert België zich ongeveer op het gemiddelde van de EU-lidstaten waarvoor de indicator berekend werd. Voor de andere twee huishoudentypen (alleenstaande en koppel met twee kinderen) scoort België eerder laag in internationaal vergelijkend perspectief.

Een andere indicator laat toe na te gaan in welke mate een gepensioneerde louter en alleen op basis van zijn pensioen zijn levensstandaard kan behouden¹⁴. De **netto theoretische vervangingsratio**, drukt het netto pensioeninkomen in het eerste jaar van pensionering uit in verhouding tot het netto arbeidsinkomen in het laatste jaar vóór pensionering. Berekend voor een (mannelijke) werknemer in de privésector die een 40-jarige loopbaan met een gemiddeld loon achter de rug heeft en met pensioen gaat op 65 jaar (basis typegeval) bereikte bedroeg de netto vervangingsratio in 2004 63% (enkel eerste pijler pensioen). Dat is een vrij bescheiden ratio in internationaal vergelijkend opzicht.

De projectie van de netto theoretische vervangingsratio pensioenen op basis van de methodologie van de Indicatoren Subgroep van het Europees Sociaal Beschermingscomité toont aan hoe een tweede pijlerpensioen een substantiële extra bijdrage kan leveren tot het behoud van een adequate vervangingsratio op langere

¹⁴ Indicator berekend op basis van de methodologie ontwikkeld door de Indicatoren Subgroep van het Europees Sociaal Beschermingscomité (standaardsimulatie op basis van typegevallen). Zie: Current and Prospective Theoretical pension Replacement Rates. Report by the Indicators Sub-Group (ISG) of the Social protection Committee. May 19th 2006.

termijn mits een voldoende hoge bijdrage wordt betaald gedurende een voldoende lange periode. Een bijdrage van 4,5% van het brutoloon gedurende een 40 jaar kan een bruto vervangingsratio van 10% opleveren in het voorliggende basis typegeval.

Financiële werkloosheids- en inactiviteitsvallen

De uitkeringen moeten voldoende hoog zijn maar tegelijkertijd moet er ook over gewaakt worden dat het verschil met het inkomen uit arbeid groot genoeg is zodat het opnemen van een betaalde job voldoende financieel beloond wordt.

Een aantal indicatoren moeten toelaten na te gaan in welke mate het opnemen van een betaalde job financieel voordelig is in vergelijking met het inkomen in een uitkerings situatie (identificatie van zogenaamde **financiële vallen**). Op Europees niveau analyseert men in dit verband de marginale effectieve belastingsvoet die aangeeft welke proportie van het brutoloon wordt wegbelast¹⁵ wanneer men een betaalde baan opneemt¹⁶. We bespreken hier kort twee indicatoren: de werkloosheidsval en de inactiviteitsval¹⁷.

De **werkloosheidsval** indicator vergelijkt het inkomen van iemand die pas werkloos is geworden na gewerkt te hebben aan een loon dat twee derden bedraagt van het gemiddeld loon van een arbeider in de industrie (APW-loon) met het inkomen van iemand die werkt aan hetzelfde loonniveau. In het geval van huishoudentypen met kinderen wordt ook de kinderbijslag in aanmerking genomen. Vier huishoudentypen werden geanalyseerd. In alle vier de gevallen is de marginale effectieve belastingsvoet in 2004 in België groter dan 75%. Dit betekent dus dat men bij de overstap naar werk minder dan 25% van het brutoloon overhoudt omwille van het wegvallen van uitkeringen, belastingen en sociale bijdragen. Met 88% scoort België het slechts in het geval van een alleenstaande. Hier wordt 88% van het brutoloon wegbelast of neemt het inkomen slechts toe met 12% van het brutoloon. Alleen in Denemarken is de marginale effectieve belastingsvoet nog groter (89%). Enige relativering is hier wel geboden. Wanneer niet naar de eerste maar naar de dertiende maand werkloosheid wordt gekeken, situeert België zich met ongeveer 80% veel dicht bij het EU gemiddelde, omwille van de belangrijke degressiviteit over de tijd van de Belgische werkloosheidsuitkeringen. De werkloosheidsval voor een éénoudergezin bedraagt 79%, voor een éénverdienerskoppel met twee kinderen 76% en voor een tweeverdienerskoppel met twee kinderen (uitgangssituatie een persoon werkt de andere is werkloos en aanvaardt een job) 77%. Voor deze andere huishoudentypen is de Belgische marginale effectieve belastingsvoet dicht bij het EU-gemiddelde of lager gesitueerd. In de periode 2001-2004 daalt de werkloosheidsval voor de meeste landen. In het geval van België is het verschil tussen het resultaat van de indicator aan het begin en aan het einde van deze periode klein (alleenstaande -1 ppt en tweeverdienerskoppel met twee kinderen - 2 ppt).

De **inactiviteitsval** vergelijkt het inkomen van iemand die een bijstandsuitkering (bestaansminimum) ontvangt met het inkomen van iemand die werkt aan twee derden van het APW-loon. De marginale effectieve belastingsvoet ligt in dit geval lager dan in het geval van de werkloosheidsval indicator omdat de bijstandsuitkering lager is dan de werkloosheidsuitkering. In België is er niet veel verschil wat het huishoudentype éénoudergezin betreft (73% inactiviteitsval versus 79% werkloosheidsval), maar voor de andere types is het verschil wel groot: alleenstaande: 66% versus 88%;

¹⁵ Er moet rekening gehouden worden met het wegvallen of de reductie van uitkeringen, met belastingen en sociale bijdragen.

¹⁶ In België is het gebruikelijk de relatieve toename van het netto inkomen als indicator te gebruiken. Deze indicator is gemakkelijker te interpreteren.

¹⁷ Een derde type indicator: de lage loonval die de mogelijke financiële val weergeeft wanneer men van een laag betaalde naar een beter betaalde job overgaat (of meer werkt, of loonsverhoging krijgt) bespreken we hier niet.

éénverdienergezin met twee kinderen: 67% versus 76%, tweeverdienersgezin met twee kinderen: 45% versus 77%. Een analyse waarbij ook kinderopvangkosten werden opgenomen in de berekening wijst op een niet onaanzienlijke toename van de marginale belastingsvoet in dit geval (tussen +6 en +14% afhankelijk van het huishoudentype).

Men moet voorzichtig zijn met de interpretatie van deze indicatoren. Goed scoren betekent in dit geval dat er een goede financiële beloning is voor het opnemen van betaald werk, maar de landen die best scoren doen dat vaak omdat de bijstands- en werkloosheidsuitkeringen die ze aanbieden zeer laag zijn. Onnodig te vermelden dat de inkomenspositie van de uitkeringstrekkers die geen werk kunnen vinden dan zeer problematisch is. Om werkloosheids- en inactiviteitsvallen te remediëren kan men het netto arbeidsinkomen laten toenemen door belastingen of bijdragen op lage lonen naar beneden te halen of door zogenaamde 'in work benefits' toe te kennen (uitkeringen bedoeld voor mensen die werken aan een laag loon).

De investering in het sociaal beschermingssysteem

België **investeert** aanzienlijk in zijn **sociaal beschermingssysteem**. In 2003 werd 29,7 % van het BBP aan sociale bescherming (**Esspros** definitie) besteed (**totale bruto uitgaven**).¹⁸ Dat is meer dan het Europees gemiddelde (28%). Het aandeel van de uitgaven voor de verschillende functies van de sociale bescherming in het BBP was als volgt: rust- en overlevingspensioenen: 12,6%, ziekte en gezondheidszorg: 7,6%, werkloosheid: 3,5%, kinderen/gezinnen: 2,2%, arbeidsongeschiktheid: 1,9%, sociale uitsluiting 0,5%.

Vergelijking met de andere EU-lidstaten toont aan dat de sociale bescherming in België slechts in geringe mate gebaseerd is op een onderzoek van de bestaansmiddelen (3 % van de uitgaven) en dat een relatief laag percentage bestaat uit voordelen in natura (ca. 25%). Net zoals bij de meeste andere lidstaten hebben de uitgaven, uitgedrukt in procent van het BBP een piek bereikt in 1993 (België 29,3%) om nadien te dalen tot in 2000 (België 26,8%) en vervolgens opnieuw te stijgen. De stijging over de laatste 3 jaar (2000 tot 2003) is in België relatief sterker (+ 2,9% BBP) dan het EU-gemiddelde (+ 1,1% BBP). De sterke stijging is vooral te wijten aan een belangrijke toename van de uitgaven voor de functie ouderdom en overleving (+1,5% BBP) en voor de functie ziekte/gezondheidszorg (+1,4% BBP). De uitgaven voor werkloosheid zijn toegenomen met 0,5% van het BBP. De uitgaven voor sociale bijstand zijn licht gestegen (+0,1%), deze in verband met kinderen gezinnen zijn stabiel gebleven in procent van het BBP.

De vergrijzing en de houdbaarheid van het sociaal beschermingssysteem

Net zoals voor de andere EU-lidstaten vormt de vergrijzing van de bevolking als gevolg van de toenemende levensverwachting en de lage vruchtbaarheid ook voor België een belangrijke uitdaging. De problematiek wordt van nabij opgevolgd via de jaarlijkse rapporten van de Studiecommissie voor de Vergrijzing.

De Vergrijzingscommissie gaat uit van een toename van de **levensverwachting bij de geboorte** van vrouwen van 81,6 jaar in 2000 naar 88,9 jaar in 2050¹⁹. Voor mannen wordt een stijging van 75,1 jaar naar 83,9 jaar verwacht. Wat de **vruchtbaarheidsgraad** betreft wordt een toename van 1,61 naar 1,75 verwacht. Het

¹⁸ Zonder administratiekosten en andere uitgaven komt dat neer op 28,3 % BBP bestedingen aan sociale uitkeringen en diensten. Studies geven aan dat de netto totale uitgaven voor sociale bescherming voor België (rekening houdend met rechtstreekse belastingen op uitkeringen enerzijds en belastingvoordelen anderzijds) wat lager liggen dan het brutobedrag. Zie: Adema, W. and Ladaique, M. (2005) 'Net social Protection Expenditure'. Social Employment and Migration Working paper N° 29, OECD.

¹⁹ Zie hierover: Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie van de Vergrijzing. Jaarlijks verslag. Mei 2006. 158 p.

migratiesaldo wordt verondersteld vrij stabiel te zijn en over de hele periode te schommelen rond 18.000 à 17.000.

De **afhankelijkheidsratio van ouderen** (bevolking van 65 jaar en ouder als een percentage van de bevolking van 15 tot 64 jaar) zou volgens de Studiecommissie in België toenemen van 26% in 2004 naar 46% in 2050 (+21 procentpunten of +80%). Dit betekent dat waar er in 2004 nog ongeveer 4 mensen op beroepsactieve leeftijd zijn per 65+er er in 2050 nog slechts twee mensen op beroepsactieve leeftijd per 65+er zullen zijn. De verwachte toename is wat lager dan het EU25 gemiddelde (+27 procentpunten) en ook het niveau in 2050 ligt beneden het EU 25 gemiddelde (51%). Het **aandeel van de leeftijdsgroep van 85 jaar en ouder in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder** zou toenemen van 9% in 2004 naar 22% in 2050.

Ongetwijfeld is ook de ontwikkeling van de **structuur van de huishoudens** een belangrijke variabele. België situeert zich wat de gemiddelde grootte van de huishoudens betreft in 2004 met 2,4 rond het EU25 gemiddelde: 2,5. Op lange termijn is er duidelijk sprake van een tendens naar gezinsverduunning. In 1981 was de gemiddelde grootte van de huishoudens in België nog 2,7. Het aandeel van de bevolking dat alleenstaand is, is in 2005 in België lager dan het EU-25 gemiddelde: 12,5% versus 14,6%. Er wordt een verdere toename van het aandeel van de alleenstaanden in de bevolking verwacht. Het aandeel van de bevolking dat in een éénoudergezin leeft is met 6,6% in België relatief hoog ²⁰. Binnen de EU is dat percentage alleen in het V.K. nog hoger: 8,4%.

Men kan er vanuit gaan dat de gezinsverduunning, ook als gevolg van de toegenomen instabiliteit van de gezinnen (minder huwelijken en meer echtscheidingen) in combinatie met de stijging van de activiteits- en werkzaamheidsgraad van vooral vrouwen de mogelijkheden op het vlak van informele zorg binnen het gezin zal doen afnemen en de vraag naar formele zorgvoorzieningen voor kinderen, mensen met een handicap, ouderen zal doen toenemen (residentiële zorg (instellingen) en thuiszorg).

Volgens het verslag van de Studiecommissie van mei 2006 zou de **begrotingskost van de vergrijzing**, gedefinieerd als de toename van het geheel van de sociale uitgaven van de overheid uitgedrukt in procent van het Bruto Binnenlands Product tussen 2005 en 2050, 5,8 procentpunten bedragen. De pensioenuitgaven zouden stijgen met 3,9 ppt (van 9,1%), de uitgaven voor acute gezondheidszorg met 2,4 ppt (van 6,2%) en deze voor langdurige zorg met 1,3 ppt (van 0,9%). Een afname van de uitgaven in procent van het BBP wordt verwacht m.b.t. de werkloosheid (-1,1 ppt, van 2,2%), kinderbijslag (-0,6 ppt, van 1,6%), arbeidsongeschiktheid en brugpensioen (beiden -0,1 ppt, van respect. 1,2% en 0,4%). De overige sociale uitgaven die door de Vergrijzingscommissie in haar projectie worden betrokken (beroepsziekten, arbeidsongevallen, bestaanszekerheid) zouden stabiel blijven in verhouding tot het BBP (1,4%). In totaal zouden de sociale uitgaven (concept Vergrijzingscommissie, verschillend van het ESSPROS-concept) toenemen van 23,1% van het BBP in 2005 naar 28,8% van het BBP in 2050. De maatregelen van het recente generatiepact, voor zover die door het Federaal Planbureau gesimuleerd konden worden (niet alle maatregelen konden becijferd worden) zouden tegen 2050 de budgettaire kost van de vergrijzing licht doen dalen (-0,1 % van het BBP).

²⁰ Cijfers gebaseerd op de Arbeidskrachtenenquête 2005.

Verskil tussen de (Belgische) raming van de Vergrijzingscommissie en de (Europese) raming van de Working Group on Ageing.

De projectie van de Studiecommissie voor de Vergrijzing wijkt op een aantal punten af van de raming uitgevoerd in het kader van de Working Group on Ageing van het Comité voor de Economische politiek (WGA)²¹. Deze laatste gaat ondermeer uit van een meer beperkt concept van sociale uitgaven (kinderbijslag, arbeidsongevallen, beroepsziekten, bestaanszekerheid werden niet opgenomen) en ze houdt ook geen rekening met het Generatiepact zodat een onmiddellijke vergelijking niet mogelijk is. De uitgaven voor pensioenen en werkloosheid worden in de WGA projectie hoger, de uitgaven voor gezondheidszorg (acute en lange termijn zorg) lager ingeschat. De verschillen zijn een gevolg van verschillen inzake hypothesen en methodologie²².

De totale kosten van de vergrijzing nemen volgens de WGA-studie met 6,3 ppt merklijk sneller toe dan het EU25 gemiddelde: +3,4 ppt. De publieke uitgaven voor pensioenen en lange termijn zorg in België nemen sterker toe: pensioenen: België + 5,1 ppt. EU25: +2,2 ppt.; langdurige zorg: België +1, EU25 +0,6. Hierbij kan opgemerkt worden dat België in 2004 wel een kleiner aandeel van zijn BBP uitgaf aan pensioenen dan het Eurozone en EU25 gemiddelde: 10,4% van het BBP in vergelijking met 11,5% van het BBP in de Eurozone en 10,6% van het BBP in de EU25. De uitgaven voor acute gezondheidszorg stijgen in België dan weer minder dan het Europees gemiddelde (1,4 ppt. versus 1,6) en de uitgaven voor onderwijs (BE: -0,7 EU25: -0,6) en werkloosheid dalen iets meer (BE: -0,5 vs EU25: -0,3).

Centraal in de Belgische strategie gericht op de blijvende betaalbaarheid van het sociaal beschermingssysteem staat de progressieve vermindering van de **overheidsschuld in verhouding tot het BBP** en het opbouwen van een demografisch Reservefonds (Zilverfonds) dat op langere termijn moet helpen om de kosten van de vergrijzing te dragen. Dit Fonds kan vanaf 2010 aangesproken worden om de kosten van de vergrijzing te helpen dragen, tenminste indien de schuld tegen dan gedaald is tot 60% van het BBP.

De strategie in dit verband wordt toegelicht in het Belgisch Nationaal Hervormingsprogramma. De bruto overheidsschuld is de voorbije jaren aanzienlijk gedaald. In 1994 bedroeg ze nog 136% van het BBP, tegen 2005 was ze gedaald tot 93% van het BBP (EU-25 gemiddelde is 63% van het BBP). De strategie van schuldafbouw voorziet in een daling naar 75,3% van het BBP in 2010 en 36,1% in 2030. Tegen 2050 zou de schuld opnieuw toenemen tot 63,5% (programme scenario)²³.

²¹ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In: European Economy. Special Report n° 1/2006.

²² Voor een overzicht zie het rapport van de Vergrijzingscommissie.

²³ Zie Public Finances in EMU 2006. Long-term sustainability of public finances base don the 2005/06 updates of the stability and convergence programmes. Table I.19. p. 60.

Bijlage: List of the commonly agreed overarching indicators²⁴

	Commonly agreed EU indicator (EU) Commonly agreed national indicators (NAT)²⁵	Definition
1a	<p><u>EU</u>: At-risk-of-poverty rate</p> <p>+ Illustrative threshold value</p> <p><i>In future consider the possibility to add At-persistent risk of poverty rate</i></p>	<p>Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below 60% of the national equivalised median income²⁶</p> <p>Value of the at-risk-of-poverty threshold (60% median national equivalised income) in PPS for an illustrative household type (e.g., single person household)</p> <p>Source: SILC</p>
1b	<u>EU</u> : Relative median poverty risk gap	<p>Difference between the median equivalised income of persons aged 0+ below the at-risk-of poverty threshold and the threshold itself, expressed as a percentage of the at-risk-of poverty threshold.</p>
2	<u>EU</u> : S80/S20	<p>Ratio of total income received by the 20% of the country's population with the highest income (top quintile) to that received by the 20% of the country's population with the lowest income (lowest quintile).</p> <p>Income must be understood as equivalised disposable income.</p> <p>Source: SILC</p>
3	<u>NAT</u> : Healthy life expectancy	<p>Number of years that a person at birth, at 45, at 65 is still expected to live in a healthy condition (also called disability-free life expectancy).</p> <p>To be interpreted jointly with life expectancy</p> <p>Source: Eurostat</p>

²⁴ Portfolio of overarching indicators and for the streamlined social inclusion, pensions, and health portfolios. Version adopted at 22 May SPC. June 2006.

²⁵ **Commonly agreed national indicators based on commonly agreed definitions and assumptions** that provide key information to assess the progress of MS in relation to certain objectives, while not allowing for a direct cross-country comparison, and not necessarily having a clear normative interpretation. These indicators/statistics should be interpreted jointly with the relevant background information (exact definition, assumptions, representativeness).

²⁶ **Equivalised median income** is defined as the household's total disposable income divided by its "equivalent size", to take account of the size and composition of the household, and is attributed to each household member (including children). Equivalization is made on the basis of the OECD modified scale.

4	EU: Early school leavers	Share of persons aged 18 to 24 who have only lower secondary education (their highest level of education or training attained is 0, 1 or 2 according to the 1997 International Standard Classification of Education – ISCED 97) and have not received education or training in the four weeks preceding the survey. Source: LFS
5	EU: People living in jobless households	Proportion of people living in jobless households, expressed as a share of all people in the same age group ²⁷ . This indicator should be analysed in the light of context indicator N°8: jobless households by main household types Source: LFS
6	NAT: Projected Total Public Social expenditures	Age-related projections of total public social expenditures (e.g. pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers), current level (% of GDP) and projected change in share of GDP (in percentage points) (2010-20-30-40-50) Specific assumptions agreed in the AWG/EPC. See "The 2005 EPC projections of age-related expenditures (2004-2050) for EU-25: underlying assumptions and projection methodologies" Source: EPC/AWG
7a	EU: Median relative income of elderly people	Median equivalised income of people aged 65+ as a ratio of income of people aged 0-64 Source: EU-SILC
7b	EU: Aggregate replacement ratio	Median individual pensions of 65-74 relative to median individual earnings of 50-59, excluding other social benefits Source: EU-SILC
8	<i>Unmet need for care</i>	<i>Use, definition and breakdowns yet to be agreed upon once data is available for all countries.</i> Source: EU-SILC
9	EU: At-risk-of-poverty rate anchored at a fixed moment in time (2005) <i>Possibly replaced or supplemented in future by material deprivation or consistent poverty indicators</i>	Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below the at-risk-of-poverty threshold calculated in year 2005 (1st EU-SILC income reference year for all 25 EU countries), up-rated by inflation over the years. Source: SILC
10	EU: Employment rate of older workers <i>Possibly replaced or supplemented by "average exit age from the labour market" when quality issues are resolved</i>	Persons in employment in age groups 55 - 59 and 60 – 64 as a proportion of total population in the same age group Source: LFS

²⁷ Students aged 18-24 years who live in households composed solely of students are not counted in neither numerator nor denominator

11	EU: In-work poverty risk	Individuals who are classified as employed ²⁸ (distinguishing between “wage and salary employment plus self-employment” and “wage and salary employment” only) and who are at risk of poverty. This indicator needs to be analysed according to personal, job and household characteristics. It should also be analysed in comparison with the poverty risk faced by the unemployed and the inactive. Source: SILC
12	EU: Activity rate <i>Possibly replaced or supplemented in future by MWP indicators</i>	Share of employed and unemployed people in total population of working age 15-64 Source: LFS
13	NAT: Regional disparities – coefficient of variation of employment rates	Standard deviation ²⁹ of regional employment rates divided by the weighted national average (age group 15-64 years). (NUTS II) Source: LFS
14	<i>To be decided following ISG work on health indicators</i>	

²⁸ Individuals classified as employed according to the definition of most frequent activity status. The most frequent activity status is defined as the status that individuals declare to have occupied for more than half the number of months in the calendar year.

²⁹ Standard deviation measures how, on average, the situation in regions differs from the national average. As a complement to the indicator a graph showing max/min/average per country is presented.

Possible alternative measures:

Regional disparities – underperforming regions. Source LFS

1. Share of underperforming regions in terms of employment and unemployment (in relation to all regions and to the working age population/labour force) (NUTS II).
2. Differential between average employment/unemployment of the underperforming regions and the national average in relation to the national average of employment/unemployment (NUTS II) Thresholds to be applied: 90% and 150% of the national average rate for employment and unemployment, respectively. (An extra column with the national employment and unemployment rates would be included)

Context information	
	GDP growth
	Employment rate, by sex
	Unemployment rate, by sex, and key age groups
	Long term unemployment rate, by sex and key age groups
	Life expectancy at birth and at 65
	Old age dependency ratio, current and projected
	Distribution of population by household types, including collective households
	Public debt, current and projected, % of GDP
	Social protection expenditure, current, by function, gross and net (ESPROSS)
	Jobless households by main household types (see breakdown of Social Inclusion indicator 1a)
	Making work pay indicators (unemployment trap, inactivity trap (esp. second earner case), low-wage trap.
	Net income of social assistance recipients as a % of the at-risk of poverty threshold for 3 jobless household types .
	At-risk of poverty rate before social transfers (other than pensions), 0-17, 18-64, 65+
	NAT: Change in projected theoretical replacement ratio for base case 2004-2050 accompanied with information on type of pension scheme (DB, DC or NDC), and change in projected public pension expenditure 2004-2050. (These results should systematically be presented collectively in one table).

Bijlagen Hoofdstuk 2

Nationaal Actieplan Sociale Insluïting

- 1. Goede praktijken**
- 2. Verslag over de uitvoering van het NAPIncl 2003-2005 en het Implementatieplan 2005-2006**
- 3. Alle acties in detail.**
- 4. Afkortingen**

PS: De indicatoren van het NAPIncl zijn onder een afzonderlijke bijlage opgenomen

Bijlage Inclusie 1. Goede praktijken

A.2.1.1. Een betaalbare en kwaliteitsvolle woning voor iedereen : Transversaal experiment voor de integratie van daklozen in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest

Name of Policy/Project	Member State
Directe toegang van de straat tot een woning voor daklozen	België – Brussels Hoofdstedelijk Gewest
End Purpose of the Initiative	
Voor daklozen de toegang tot een woning bevorderen en hen woonzekerheid bieden. Huisvesting wordt niet gezien als een doel op zich, maar als een startpunt, een hefboom voor een zekere ontplooiing, sociale netwerkvorming en maatschappelijke integratie.	
Main Results	
Voor daklozen biedt dit experiment een zekere stabiliteit in een kwaliteitsvolle woning, de kans om te oefenen in dagdagelijkse sociale relaties, de ontwikkeling van solidariteit, het gebruik van een eigen ruimte met de mogelijkheid om een beroep te doen op de verantwoordelijken van sociale diensten.	
Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input type="checkbox"/>
Children <input type="checkbox"/>	Healthcare <input type="checkbox"/>
Single-parent families <input type="checkbox"/>	Long-term Care <input type="checkbox"/>
Unemployed <input type="checkbox"/>	Governance <input type="checkbox"/>
Older people <input type="checkbox"/>	
Young People <input type="checkbox"/>	Geographical Scope
People with disabilities <input type="checkbox"/>	National <input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/>	Regional <input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities <input type="checkbox"/>	
Homeless <input type="checkbox"/>	Implementing Body
Specific Illness/disease <input type="checkbox"/>	
Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	
Context/Background to the Initiative	
<p>Het leven op straat is het resultaat van extreme sociale uitsluiting en de zichtbare manifestatie van zware sociale problemen, niet beperkt tot huisvestingsproblemen. De opvang in een onthaalhuis is slechts een gedeeltelijk en tijdelijk aanbod voor daklozen. De verzading van de onthaalhuizen, gaande van crisisopvang tot opvang voor middellange of lange duur en het gebrek aan kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare huisvesting voor mensen met een laag inkomen in het Brusselse Gewest, creëert een situatie waarbij iedere organisatie zich prioritair toelegt op crisisopvang.</p> <p>De manier van leven in een onthaalhuis wordt vanuit het onthaalhuis bepaald en laat weinig ruimte voor keuze en de kans om het eigen leven in handen te nemen. Het veelvuldig gebruik van instellingen kan in een aantal gevallen zelfs leiden tot het verlies van de mogelijkheden om zelfstandig te leiden door afhankelijkheid of soms zelfs chronisch worden. De krachtsverhoudingen tussen de instellingen en de gebruikers leiden in bepaalde situaties tot breuken die de uitsluiting versterken, hetgeen het tegenovergestelde is van de doelstelling die men nastreeft.</p> <p>Personen die niet in een instelling willen leven hebben vaak geen andere keuze dan</p>	

alleen te wonen in een woning. Dit leidt vaak tot problemen gelieerd aan eenzaamheid en het gebrek aan de nodige financiële middelen om de hoge huurprijzen in Brussel te betalen.

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Deze vorm van gemeenschapswonen is

- Een antwoord op de moeilijkheden om toegang te hebben tot huisvesting wegens financiële redenen
- Een antwoord op het sociale isolement waarbij het alleen wonen vaak leidt tot een mislukking om te integreren in de maatschappij voor personen die op straat leefden. Mensen krijgen de kansen om opnieuw sociale banden aan te knopen, ontspanningsmogelijkheden op te zoeken, opnieuw leren onderhandelen, zich uitspreken over hun beperktheden, hun behoeften, hetgeen waarmee ze al dan niet akkoord zijn, samen de regels om samen te leven te bepalen.
- Een plaats waar kan geleerd en geëxperimenteerd worden met de sociale banden tussen generaties (volwassen daklozen en jongeren uit de diensten voor hulp aan jongeren)
- Een manier om leefregels uit te werken tussen samen-huurders, hetgeen een persoonlijke verantwoordelijkheid tegenover het gemeenschappelijke leven betekent, de verplichting om een eigen ruimte te gebruiken, zich geconfronteerd zien met verschillende manieren om een beperkte ruimte te gebruiken, zich een levensritme eigen maken, ...
- Het eigen leven terug in handen nemen en op een meer verantwoorde en minder afhankelijke manier een beroep doen op de hulpverlening.

2. How did the initiative address these objectives?

De sociale diensten onderhandelen met de eigenaars om een aangepaste woning te vinden voor het project. Vervolgens organiseren de sociale werkers ontmoetingen tussen de bewoners en de sociale werkers.

3 tot 6 personen wonen samen in een woning met een privé-ruimte en gemeenschappelijke lokalen. Zij bepalen zelf de huisregels, geholpen door de sociale werkers. Zij leren om de gevolgen van het samenwonen te beheren. De enige opgelegde regels zijn geen geweld gebruiken en deelnemen aan vergaderingen als dit gevraagd wordt door een huurder.

De bewoners ontmoeten de sociale werkers op hun eigen initiatief en op basis van de eigen behoeften, hetzij individueel of gemeenschappelijk. De collectieve begeleiding wordt opgevat als een steun aan het samenwonen.

De sociale werkers helpen de bewoners om zelf oplossingen te vinden voor de problemen die ze ontmoeten door hen te leren om de eigen oplossingsmogelijkheden te onderzoeken.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Er is geen planning voor de uitvoering van het project.

Het voortbestaan ervan hangt enkel af van de wens van de huurders en de financiële en personeelsmiddelen van de sociale diensten.

Monitoring and Evaluation

	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>De partners van het project zijn</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Een sociaal verhuurkantoor, ○ Een organisatie voor begeleid wonen ○ Een nachtasiel ○ Een organisatie voor straathoekwerk ○ Een onthaalhuis ○ Een organisatie voor hulp aan jongeren <p>De partners komen één maal per week samen om het project te evalueren en de evolutie ervan op te volgen.</p>

Outcomes

1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>Alle doelstellingen werden bereikt.</p> <p>Wel moest het project waarbij samengewoond werd met jongeren uit diensten voor hulp aan jongeren, bijgesteld worden gezien de moeilijkheden die men ontmoette.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wettelijke normen (bedrag van het leefloon beperkt tot de categorie van samenwonenden, oppervlakenormen) ○ De schaarste aan doorgangswoningen ○ De uitrusting van de huisvesting ○ Het financieel evenwicht en organisatorisch belasting voor de partnerorganisaties ○ De inschatting van de sociale werkers m.b.t. de vaardigheden van personen om samen te kunnen wonen ○ Het vastleggen van de procedures om in en uit het project te stappen ○ De grenzen van een gemeenschappelijke begeleiding ○ Het gebrek aan financiële steun van de overheden
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Specifieke onderhandelingen met de OCMW's die het leefloon toekennen aan de bewoners van een gemeenschapswoning ○ De zoektocht naar woningen buiten de quota voor de sociaal verhuurkantoren en de doorgangswoningen ○ Sensibilisatie- en onderhandelingscontacten met de overheden (gestart in 2006 met een forfaitaire subsidie) ○ Sensibilisatie van sociale werkers via de netwerken, maar deze moeilijkheid blijft bestaan.

4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<ul style="list-style-type: none"> ○ In tegenstelling tot de mening van bepaalde sociale werkers, getuigden de bewoners van een vaardigheid om in een woning te leven zonder lineair het institutionele parcours door te lopen (nachtasiel – onthaalhuis – begeleid wonen –private woning) ○ Een grote tolerantie en begrip voor de gedragingen of uitbarstingen van medebewoners

- De relaties sociale werkers – gebruikers lieten plaats voor een juistere relationeel evenwicht waarbij de professionele afstandelijkheid een mobiliserende katalysator werd en de krachten van de bewoners zelf aansprak
- De huur werd gedeeld onder meerdere personen waarbij de huisvesting betaalbaarder werd voor kleine inkomens en discriminatie vermeden werd
- De hulpverlening van de verscheidene sociale werkers werd met elkaar vergeleken en besproken. De professionele praktijken zijn niet meer versnipperd maar vinden hun zin in de complementariteit.

A.2.1.2. Ontwikkelen van activering en diversiteit in tewerkstelling : het management van de diversiteit in het Waalse Gewest

Name of Policy/Project		Member State	
Management van de diversiteit		België – Waalse Gewest	
End Purpose of the Initiative			
Doel van het initiatief is steun te bieden aan personen die op de arbeidsmarkt gediscrimineerd worden omwille van hun herkomst, handicap of leeftijd. De maatregel "management van de diversiteit" wil eveneens de continuering stimuleren van de ontwikkeling van het maatschappelijk verantwoord ondernemen door het verhogen van de zichtbaarheid ervan en de sensibilisatie van de sociale partners.			
Main Results			
De verwachte resultaten is een verhoging van de tewerkstellingsgraad van de mensen die het verst van de arbeidsmarkt verwijderd zijn.			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>	Waalse Gewest, FOREM, sociale partners, Gewestelijke Zendingen voor de Tewerkstelling, OCMW's	
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
<p>Het transversale Strategische plan « Creatie van activiteiten en jobs » dat ingesteld werd door het Waalse Gewest, integreert een as « management van de diversiteit ». Deze versterkt de maatregelen die reeds ingesteld werden ten voordele van deze doelgroepen zoals het Programma voor de professionele Overgang (PTP), de Geïntegreerde maatregel voor de socio-professionele integratie, de conventies die afgesloten werden met de verschillende commerciële en niet-commerciële sectoren gericht op de integratie van personen van vreemde herkomst, de aanwerving van integratieconsulenten bij de OCMW's om de integratie van rechthebbenden op het recht op maatschappelijke integratie te stimuleren en de versterking van de Gewestelijke zendingen voor tewerkstelling, in het kader van "jobcoaching" om de integratie te stimuleren van personen van vreemde herkomst, rechthebbenden op het recht op maatschappelijke integratie en alleenstaande ouders.</p> <p>De studie BIT uit 1998, toont aan dat bijvoorbeeld bij gelijke competenties een Belg van Marokkaanse afkomst niet dezelfde kansen heeft op de arbeidsmarkt als een "autochtone" Belg.</p>			

Er dient dus op een transversale manier een versterking te gebeuren van de operationele maatregelen en de werkgevers moeten aangemoedigd worden om positief te discrimineren bij een aanwerving : het label.

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Uitwerken van een geheel van stimulerende maatregelen ten behoeve van de private en publieke partners (bedrijven, non-profit-sector, Sociale en Economische Raad, FOREM, de OCMW's, regionale zendingen voor tewerkstelling, ...) om de aanwerving van kwetsbare groepen te stimuleren.

Definiëren, voor de bedrijven, een nieuw label voor het beheer van de menselijke hulpmiddelen door bij het aanwervingsbeleid de toegang tot werk voor de meest achtergestelde groepen te vereenvoudigen. Dit label zal 4 criteria hebben : culturele herkomst, geslacht (man/vrouw), handicap en leeftijd. Jaarlijks zal er een prijs uitgereikt worden aan een bedrijf dat zich hierin positief onderscheidt.

2. How did the initiative address these objectives?

Instellen van stimulerende maatregelen voor stimulerende maatregelen ten behoeve van de private en publieke partners (om de aanwerving van kwetsbare groepen te stimuleren).

Sensibilisatie van de bedrijven voor het label via een promotiecampagne, toekenning van de Waalse prijs "management van de diversiteit". 4 bedrijven zullen begeleidt worden om het label te behalen.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Label

2006 : Instellen van het label

2007 : toekennen van de Waalse prijs en de begeleiding van 4 bedrijven om het label te behalen

2008 : Uitbreiding van de maatregel

DIISP, OCMW's, versterking van de Gewestelijke Zendingen : uitvoering in 2006.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Wordt momenteel uitgewerkt.

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

De evaluatie zal later gebeuren.

2. What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?

De evaluatie zal later gebeuren.

3. How were these obstacles and risks addressed?

De evaluatie zal later gebeuren.

4. Were there any unexpected benefits or weaknesses?

De evaluatie zal later gebeuren.

A.2.1.3. Strijd tegen de armoede bij kinderen : voorbeeld van de Franse Gemeenschap

Name of Policy/Project		Member State	
Strategisch plan inzake de integratie van de informatie en communicatietechnologieën in de onderwijsinstellingen voor verplicht onderwijs en het onderwijs voor de sociale promotie.		Franse Gemeenschap van België	
End Purpose of the Initiative			
Het beleid om de ICT te integreren in de scholen van de Franse Gemeenschap werd ontwikkeld om een bijkomend educatief instrument aan te bieden aan het onderwijspersoneel en elke leerling gelijke kansen te garanderen in de toegang ertoe. Om haar pedagogische taken correct te kunnen vervullen, is het noodzakelijk dat de sector beschikt over aangepaste en kwaliteitsvolle instrumenten. Als de klassieke instrumenten essentieel zijn en moeten ontwikkeld worden, bieden de moderne technologieën nieuwe en aanvullende perspectieven. De onderwijsinstellingen dienen te kunnen beschikken over een recente informaticainfrastructuur die aangepast is aan het onderwijsniveau, de mogelijkheid te hebben om het personeel te kunnen vormen in het gebruik de nieuwe technologieën en hen kwaliteitsvolle computers ter beschikking te stellen.			
Main Results			
Onder de doelstellingen kunnen de volgende als goede praktijken vermeld worden :			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Het ITC-paspoort ○ De uitrusting van de scholen m.b.t. pedagogische informatica ○ De ontwikkeling van een pedagogische server over de netten hen ○ De oprichting van een databank met pedagogische informatie on line 			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>	Franse Gewest	
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>	Waalse Gewest	
Leerkrachten, schooldirecties		Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
Context/Background to the Initiative			
De regering van de Franse Gemeenschap nam in juli 2002 een strategisch plan aan m.b.t. de integratie van de informatie- en communicatietechnologieën in de onderwijsinstellingen voor verplicht onderwijs en het onderwijs voor sociale promotie. Met dit plan definieert de Franse Gemeenschap een strategische en coherent visie en			

garandeert ze een gecoördineerde benadering van de toekomstige ontwikkelingen inzake ITC in de onderwijsinstellingen, zowel in het Waalse als het Brusselse Gewest.

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Het Plan bestaat uit 48 maatregelen, verdeeld over 4 assen : vergemakkelijken van het beheer van de instelling door de introductie van ITC, verspreiden van het materiaal in de instellingen en een goede werking verzekeren, integreren van ITC in de pedagogische praktijken, toelagen aan elke leerling om vertrouwd te geraken met ITC.

2. How did the initiative address these objectives?

Vertrekkenden van dit plan kunnen er vier goede praktijken ontwikkeld worden :

1. Het ITC-passpoort : Het doel van dit project is om elke leerling te mogelijkheid de bieden om informaticavaardigheden te verwerven zonder dat dit gevolgen heeft op de slaagkansen tijdens het schooljaar. Het richt zich op de leerlingen van de eerste graad van het secundair onderwijs et het gespecialiseerd onderwijs voor de richtingen 2 en 3. Alle pedagogische documenten over het ITC-paspoort kunnen geraadpleegd worden op : www.enseignement.be/pass
2. Uitrusting van de scholen met pedagogisch informaticamateriaal : Plan Cyberscholen en start van het Plan Cyberklassen.

Voor het Waalse Gewest :

In het kader van het project Cyberscholen werden ongeveer 18.940 multimedia computers, met internetverbinding, geïnstalleerd in de lagere en secundaire scholen en de scholen voor sociale promotie in de periode 1998-200. Dit plan groeide uit een in 1998 goedgekeurd samenwerkingsakkoord tussen de regeringen van de Franse en de Duitstalige Gemeenschap en het Waalse Gewest. Het Gewest werd belast met het ter beschikking stellen en onderhoud van het materiaal gedurende 3 jaar. De Gemeenschappen hadden tot taak om het materiaal te integreren in de educatieve context door de vorming van de leerkrachten, de aanwezigheid van een begeleider in elke instelling en de ontwikkeling van een pedagogische server. Het materiaal werd strikt voorbehouden voor pedagogisch gebruik en kon niet aangewend worden voor administratieve taken.

In augustus 2005 tekenden de Franse en Duitstalige Gemeenschap en het Waalse Gewest een samenwerkingsakkoord om voor de periode 2006-2009 het informaticamateriaal te vervangen en te ontdebelen voor het Waalse Gewest. Dit was de start van het project Cyberklassen. Het doel van dit samenwerkingsakkoord is om de meest efficiënte synergie tussen de 3 entiteiten te garanderen om de vorming in nieuwe technologieën in de onderwijsinstellingen te verbeteren.

De opdracht voor het Waalse Gewest bestaat er vooral uit om de continuïteit van het voorgaande project te garanderen met als doel progressief het oude materiaal te vernieuwen en het aantal computers te verhogen dat ter beschikking wordt gesteld aan de scholen, om zo de norm van 1 computer per 15 leerlingen te bereiken. Het project voorziet ondermeer in de installatie van een netwerk in de school door een server ter beschikking te stellen per onderwijsinstelling en een aantal lokalen, in functie van de grootte van de school, te bekabelen. Het Waalse Gewest is eveneens belast met het onderhoud, de verzekering en bijstand bij gebruik van het materiaal dat voorzien wordt.

Van hun kant verbinden de Gemeenschappen er zich toe om te voorzien

in een opleiding van het personeel in het pedagogisch gebruik van ICT, in elke instelling een contactpersoon aan te duiden, de pedagogische servers op punt te stellen en te ontwikkelen en de kosten op zich te nemen voor de internetverbinding.

Het geheel van de instellingen moet uitgerust zijn voor het einde van 2009.

Voor het Brusselse Gewest

Een eerste uitrustingsplan, vastgelegd in een protocolakkoord tussen de Minister-president van het Brusselse Gewest en de Minister-president van de Franse gemeenschap in september 1998, werd ontwikkeld voor de lagere en secundaire scholen van het Brusselse Gewest.

De uitrusting van de secundaire scholen startte in 1998 en werd afgesloten in 1999. Het informaticalokaal van de scholen werd uitgerust met 8 PC, een centrale server, een hub en drie printers. Een tweede fase, van 1999 tot 2001, voorzorg in de uitrusting van de lagere scholen. Die bestond uit 4 PC om te plaatsen in een informaticalokaal, een centrale server, een hub en een printer. Elke instelling duidde een hulppersoon aan, belast met het onderhoud op het eerste niveau in hun instelling. Elke hulppersoon werd de kans geboden om een vorming van een halve tot een dag te volgen, georganiseerd door de leveranciers van het materiaal.

Een plan voor de vernieuwing 2005-2006 werd gelanceerd in het Brusselse Gewest. Dit voorziet in een verdubbeling van het materiaal en een gratis Internetaansluiting. Het nieuwe materiaal moet een uitbreiding van de hardware mogelijk maken : de nieuwe computers beschikken over een USB-poort en het multi-mediastation over een CD-lezer en -schrijver. Bovendien zal het besturingssysteem aan de leerkracht toelagen om zijn scherm te tonen aan de leerlingen of op afstand de controle over te nemen van een scherm van een leerling. Alle secundaire scholen werden uitgerust voor het einde van juni 2005 en er werd een dag vorming gegeven aan de hulppersonen. Het verhogen van het aantal werkposten in de lagere scholen zal in 2006 opgestart worden.

3. Ontwikkeling van een pedagogische server

Om de verspreiding van de hulpmiddelen te verzekeren ontwikkelde de Franse Gemeenschappen een netoverkoepelende server. Geboren in 1999 biedt de site www.enseignement.be een schat aan informatie over de onderwijsstructuren, de kalenders van de scholen, thematische rubrieken, pedagogische instrumenten en uitwisselingsmogelijkheden. De website geeft toegang tot de catalogus van de databank RESPEL, die opgezet werd om een exponentiële vermenigvuldiging van het materiaal toe te laten.

4. RESPEL : Een netoverkoepelende databank van pedagogische materialen werd gecreëerd en toegankelijk gemaakt voor een groot publiek op de website www.enseignement.be . Het project RESPEL zag het licht in 2003 en werd officieel voorgesteld in mei 2005. De realisatie van deze gegevensbank van pedagogische materialen beantwoordt aan de doelstellingen ingeschreven in het Strategisch Plan ter integratie van ITC, de beschikkingen van het decreet "Opdrachten" en van het "Decreet m.b.t. de besturing van het educatief systeem van de Franse Gemeenschap" dat handelt over de pedagogische hulpmiddelen.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Het Strategisch Plan inzake de integratie van de informatie- en

communicatietechnologieën in het leerplichtonderwijs en het onderwijs voor sociale promotie, dat gerealiseerd werd in 2002, werd recentelijk geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie zal het plan geactualiseerd worden en nieuwe uitdagingen aangegaan.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

De 48 maatregelen van het strategisch Plan werden op een individuele fiches weergegeven. Elke fiche herneemt, in zijn algemeenheid, de operationele doelstelling waartoe zij bijdraagt, de administratieve entiteit en politieke verantwoordelijke voor de uitvoering, de uitvoeringstermijnen, een situatiebeschrijving die de maatregel kadert, de operationele beschrijving van de noodzakelijke stappen om de maatregel te concretiseren, de kalender voor de uitvoering en het budget.

Recentelijk werd de evaluatie afgerond.

Om de objectiviteit van de evaluatie te garanderen, werd aan de Dienst Algemene Audit van het Ministerie van de Franse Gemeenschap gevraagd ze uit te voeren in samenwerking met een privé-firma.

De methodologie die gebruikt werd voor de evaluatie bestond er uit om, op basis van gesprekken met de verantwoordelijken (d.w.z. de diensten die hiertoe aangeduid werden in het Plan zoals goedgekeurd door de regering) de voorgestelde en/of uitgevoerde acties op te lijsten, de realisaties en resultaten van deze acties te "meten", de eventuele ondervonden moeilijkheden weer te geven en actielijnen voor te stellen voor het verder uitvoeren van het Plan.

In opvolging van deze gesprekken, werd er een rapport opgesteld dat een stand van zaken van de realisaties weergeeft, een evaluatie van de effecten ervan en een aantal strategische aanbevelingen om de doelstellingen uit het strategische Plan te bereiken. Het rapport werd bezorgd aan het Begeleidingscomité van het strategisch Plan om het verder te bezorgen aan de regering.

De aanpassing van het strategisch Plan, rekening houdend met de resultaten van de evaluatie, is momenteel bezig.

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

M.b.t; de 4 maatregelen die hierboven beschreven werden :

1. Het paspoort ICT : Een proefproject werd uitgevoerd in het schooljaar 2003-2004. De evaluatie van dit project was zeer positief, de continuering ervan voor de volgende jaren werd gegarandeerd. Meer en meer studenten volgen deze opleiding en verwerven de vaardigheden zoals beoogd door het paspoort.
2. Uitrusting van de scholen met pedagogisch informatica-materiaal : Plan Cyberscholen en start van het Plan Cyberklassen.
De nieuwe uitrustingsplannen beoogden een verhoging van het aantal computers in de scholen. In het Waalse Gewest vertegenwoordigt het project Cyberklassen 40.000 computers en meer dan 3.300 servers. Het aantal computers in de scholen werd verdubbeld om de norm van 1 computer per 15 leerlingen te bereiken. De scholen konden eveneens kiezen om cybermedia-klassen uit te rusten of de computers te integreren in de klassen, in functie van hun pedagogische praktijk.

	<p>3. Ontwikkeling van een pedagogische server : De website www.enseignement.be is online en kent een constante evolutie. Per schoolniveau werden er ruimtes gecreëerd om de toegang tot aangepaste hulpmiddelen en discussieonderwerpen die direct de gebruikers interesseren, te vereenvoudigen. De resultaten evolueren continu progressief : stijgend aantal bezoekers en een toename van het aantal en de kwaliteit van de uitwisselingen. Discussiegroepen werden geopend om de uitwisseling tussen de leerkrachten te stimuleren. De gebruikersstatistieken tonen aan dat in oktober 2005 1.212.729 pagina's werden geconsulteerd en 209.536 documenten gedownload werden. De site is in constante evolutie om tegemoet te komen aan de noden van de doelgroepen.</p> <p>4. RESPEL kent momenteel +/- 2.500 hulpmiddelen voor zowel het lagere als het secundaire onderwijs. Alhoewel dit aantal redelijk beperkt is, kent de databank een continue ontwikkeling en het creëren van linken met andere, bestaande databanken wordt ten sterkste aanbevolen. Het in 2002 afgesloten samenwerkingsverband met Quebec voor de ontwikkeling en invulling van de databank werd recentelijk beëindigd. De samenwerking richtte zich op de analyse van de normen, de technische ontwikkeling van de databank en de uitwisselingsinstrumenten voor de gegevens. De gegevens over de hulpmiddelen uit de databank van Quebec werden geïntegreerd in RESPEL en omgekeerd.</p> <p>Veralgemeend kan gesteld worden dat de audit van de maatregelen uit het strategisch plan ter integratie van ITC in de onderwijsinstelling voor het leerplichtonderwijs en het onderwijs voor sociale promotie positieve resultaten aantoont voor het geleverde werk.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>De risico's zijn relatief zwak. Het probleem van ICT maakt deel uit van een grotere sociale vraag die verband houdt met een vereiste mentaliteitswijziging nodig voor de "kennismaatschappij". Als de school gezien wordt als de meest geschikte plaats om deze beweging in gang te zetten en te consolideren, is het noodzakelijk dat het leerkrachtenkorps hierover gesensibiliseerd is en de voordelen en gevolgen er van inzien.</p> <p>Alle leerkrachten zijn nog niet gesensibiliseerd over ICT en de integratie ervan in de klassen.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>Door een intensifiëring van de sensibilisatie bij de doelgroepen door informatie en vorming. Meerdere projecten zijn er op gericht om de leerkrachten te sensibiliseren en te informeren : de vorming van de leerkrachten, de website www.enseignement.be die een schat aan informatie herbergt, de organisatie van een colloquium over ICT, de publicatie van een decreet dat de erkenning en subsidiëring regelt van scholen die erkend materiaal willen aankopen? ...</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Wegens een grote betrokkenheid bij de maatregelen uit het plan, is het moeilijk om objectief op deze vraag te beantwoorden.</p>

A.2.1.4. Schikkingen voor een beter bestuur

A.2.1.4. a) Tewerkstelling ervaring in armoede en sociale uitsluiting binnen de federale overheid

Name of Policy/Project	Member State
Tewerkstelling ervaringsdeskundigen in armoede en sociale uitsluiting binnen de federale overheid	België
End Purpose of the Initiative	
<ul style="list-style-type: none">○ Voor het project werden drie centrale doelstellingen omschreven : Het perspectief van mensen in armoede binnen brengen in de federale overheidsdiensten○ Meewerken aan het realiseren van een grotere toegankelijkheid van de dienstverlening voor allen en hiermee bijdragen aan de realisatie van sociale grondrechten○ Het creëren van een nieuw soort functie binnen de federale overheid.	
Main Results	
<p>In 2004 beslistte de ministerraad om binnen de federale overheid ervaringsdeskundigen in armoede en sociale uitsluiting aan te werven. De POD Maatschappelijke Integratie werd belast met de uitvoering van deze opdracht. Voor het project werd co-financiering gevonden bij het ESF.</p> <p>In eerste instantie werden 2 ervaringsdeskundigen aangeworven binnen de POD Maatschappelijke Integratie.</p> <p>2 Coördinatoren werden aangesteld voor het uitwerken van het kader van het project, voor de opzet en opvolging en voor de begeleiding van de ervaringsdeskundigen zelf. Dit in samenwerking met de ervaringsdeskundigen van de POD Maatschappelijke integratie.</p> <p>16 ervaringsdeskundigen (waarvan 3 afgestudeerd en 15 in opleiding), waaronder 8 Nederlandstaligen en 8 Franstaligen werden vanaf september 2005 aangeworven en gedetacheerd naar 10 federale overheidsdiensten waaronder 5 instellingen sociale zekerheid.</p> <p>Aan franstalige kant werd de opleiding tot ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting opgezet onder impuls van de Europese fondsen en in samenwerking met het Instituut Roger Guilbert. Deze opleiding ging van start in oktober 2005. De eerste twee ervaringsdeskundigen werden effectief gedetacheerd eind december 2005 naar de HZIV, de laatste ervaringsdeskundigen gingen in augustus van start bij de FOD Financiën.</p> <p>Tot nog toe kunnen volgende resultaten worden omschreven :</p> <p>Er is onder impuls van het project meer expliciete aandacht voor de ervaringen en het perspectief van personen in armoede binnen de betrokken diensten; meer expliciete aandacht binnen de betrokken diensten voor de mogelijkheden om bij te dragen tot de realisatie van sociale grondrechten. meer expliciete aandacht voor de erkenning van 'ervaringskennis' binnen de federale overheid.</p> <p>Voor de ervaringsdeskundigen betekent hun betrokkenheid in het project een niet evidente opgave, maar niettemin een ondersteuning van het persoonlijk en professioneel groeiproces.</p>	

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Single-parent families <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Older people <input type="checkbox"/> Young People <input type="checkbox"/> People with disabilities <input type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/> Mensen in een situatie van armoede en sociale uitsluiting	Social Exclusion <input type="checkbox"/> Healthcare <input type="checkbox"/> Long-term Care <input type="checkbox"/> Governance <input type="checkbox"/> <hr/> Geographical Scope <hr/> National <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> <hr/> Implementing Body <hr/>
Context/Background to the Initiative	
<p>De rode draad doorheen het project is de vraag op welke manier de verschillende overheidsdiensten in het kader van hun eigen specifieke opdrachten de 'participatie' van mensen in armoede (zoals in de geest van het Algemeen Verslag over de Armoede in 1994) kunnen realiseren. Het belangrijkste kader hiervoor is de realisatie van sociale grondrechten.</p> <p>Het project wil nadrukkelijk aansluiten bij bestaande inzichten over armoede en armoedebestrijding :</p> <p>De benadering van armoede als een structureel probleem (d.i. een maatschappelijk kadering en niet hoofdzakelijk itv ondersteuning en begeleiding van individuen); Een participatieve benadering van armoedebestrijding; Aansluiting bij initiatieven inzake de actieve en passieve openbaarheid van bestuur; Kadering binnen het ideeëngoed van diversiteit binnen de federale overheid.</p>	
Details of the Initiative	
<p>1. Specific Objectives</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Definiëring en verfijning van de functie en het takenpakket van de ervaringsdeskundigen binnen elke dienst; ○ Een financieel en juridisch kader realiseren voor de doorstroming en indiensttreding van de ervaringsdeskundigen binnen de betrokken diensten zelf; <p>Het realiseren van een gepast kader voor de ondersteuning van de betrokken diensten (o.a. coaches en mentoren van de ervaringsdeskundigen); Het uittekenen van een gemeenschappelijk kader voor de opleiding en rekrutering van ervaringsdeskundigen; Verder uitwerken en uitdragen van een visie en referentiekader van het project; Creëren van een draagvlak (politiek en institutioneel) voor de continuering van het project;</p>

2. How did the initiative address these objectives?

- Volgende stappen werden gezet om de hierboven geformuleerde doelstellingen te bereiken :
Opzet van de opleiding aan franstalige kant.
Opzet van een specifieke recruiteringsprocedure voor de aanwerving van ervaringsdeskundigen (oproep via de OCMW's aan franstalige kant, samenwerking met het opleidingsinstituut De Link aan nederlandstalige kant);
Bekendmaking van het pilootproject bij de administrateurs-generaal van alle federale overheidsdiensten en openbare instellingen sociale zekerheid;
Overleg en onderhandelingen met de geïnteresseerde diensten betreffende functie, taakin-vulling en ondersteuning van de ervaringsdeskundigen;
Uitwerking van een samenwerkingsakkoord met de federale overheidsdiensten die een of meer ervaringsdeskundigen wilden tewerkstellen;
Individuele en groepsmatige begeleiding van de ervaringsdeskundigen binnen de POD MI;
Regelmatige opvolgingsgesprekken met de betrokken diensten mbt integratie van de ervaringsdeskundige, (evolutie in) functie en takenpakket, opvolging en omschrijving van de specifieke meerwaarde;
Organisatie van overleg en ervaringsuitwisseling tussen de betrokken diensten onderling;
Opzet van verschillende begeleidingscomités voor de opvolging en continuering van het project (beperkt begeleidingscomité, ESF-stuurgroep en uitgebreid begeleidingscomité);
Communicatie en verspreiding van informatie over het project binnen de betrokken diensten maar ook ruimer (o.a. via de media en participatie aan overlegvergaderingen);
Overleg en afspraken met de beide opleidingsinstituten;
Opzet van overleg tussen de betrokken opleidingsinstituten.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

- Eerste fase: Voorbereiding (oktober 2004-augustus 2005)
Aanwerving in oktober van 2 ervaringsdeskundigen binnen de POD MI;

Aanwerving van een franstalige coördinator in april 2005;
Aanvraag en goedkeuring ESF-dossier;
Afspraken met de betrokken gewesten en opleidingsinstituten voor de opzet van de opleiding aan franstalige kant;

- Tweede fase: Rekrutering, aanwerving en detachering van de ervaringsdeskundigen
 Rekrutering en aanwerving van 8 franstalige ervaringsdeskundigen in opleiding;
 start van de opleiding aan franstalige kant in november 2005;
 rekrutering en aanwerving van 5 nederlandstalige ervaringsdeskundigen in opleiding en 3 afgestudeerde ervaringsdeskundigen;
 uitschrijven van de doelstellingen en kader van het pilootproject;
 introductie van het pilootproject binnen de betrokken federale overheidsdiensten;
 start en uitbouw van de onderhandelingen met de betrokken diensten;
 uitbouw van een groepswerking met de ervaringsdeskundigen en opzet van een systeem van individuele ondersteuning;
 realisatie samenwerkingsakkoorden en effectieve start van de detacheringen;
 akkoord met een erkende onderzoeksinstelling voor de evaluatie van het pilootproject.
- Derde fase: Opvolging en evaluatie
 tussentijdse evaluatie met de hulp van de evaluatoren (onderzoeksinstellingen HIVA en ULB) en de organisatie van een colloquium in november 2006;
 De eindevaluatie van het project is voorzien voor eind 2007.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Opvolging per dienst via maandelijkse (eerste zes maand) en tweemaandelijks (na de eerste zes maand) opvolgingsgesprekken. Deze gesprekken gaan door met de coördinator en ervaringsdeskundigen van de POD MI en de coach en/of mentor van de betrokken diensten en de ervaringsdeskundigen zelf;
 Via de regelmatige teamvergaderingen met de ervaringsdeskundigen samen (1 nederlandstalig en 1 franstalig team met occasioneel ook uitwisseling tussen beide teams);
 Regelmatig overleg met de opleidingsinstituten mbt de coaching en evaluatie van de ervaringsdeskundigen zelf en mbt de algemene opvolging en overleg tussen beide opleidingsinstituten;
 1 beperkt begeleidingscomité, 1 ESF-stuurgroep en 1 ruim begeleidingscomité;
 Externe evaluatie door de HIVA en de ULB (tussentijdse evaluatie november 2006 en eindevaluatie eind 2007);
 Eindevaluatie gepland per dienst samen met de ervaringsdeskundigen, hun begeleiders, vertegenwoordigers van de dienst Personeel en Organisatie en de voorzitters of administrateurs generaal van de betrokken dienst en deze van de POD MI.
 Regelmatige contacten met externe partners die zich inzetten voor de

Outcomes	
1.	<p>To what extent have the objectives been met?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Voor het project zijn geen kwantificeerbare doelstellingen omschreven. Het onderhandelingsproces, het engagement van de betrokken diensten en het feit dat 16 ervaringsdeskundigen effectief van start zijn gegaan is al een belangrijke eerste stap. Het proces en de dialoog over de functie en taakinvulling van ervaringsdeskundigen is intensief en blijft voor de komende periode een belangrijke prioriteit. Ook dit kunnen we formuleren als een kwalitatief resultaat, m.n. de meer expliciete aandacht voor de ervaringen en het perspectief van mensen in armoede, dat mede door de onderhandelingen en de inschakeling van de ervaringsdeskundigen op gang is gekomen. (De obstakels hierbij worden hieronder beschreven). <p>Binnen elke dienst worden door de ervaringsdeskundigen verschillende taken opgenomen. Algemeen gaat het om betrokkenheid bij individuele ondersteuning en begeleiding (binnen een sociale dienst, call center, onthaal, eerstelijnspermanentie, ...), meewerken aan een efficiënte communicatie en informatie (o.a. via folders en brochures, websites, brieven, ...), betrokkenheid bij onderzoek (bvb. verzamelen en verder toepasbaar maken van materiaal vanuit Verenigingen waar Armen het Woord nemen, meewerken aan onderzoek vanuit cliëntperspectief (bvb. tevredenheidsonderzoek, verzamelen van ervaringen en voorstellen van gebruikers en niet-gebruikers, ...), mee uitwerken van concrete projecten en meewerken aan interne vorming en sensibilisering van personeel mbt de problematiek van armoede en sociale uitsluiting. De taken verschillen van dienst tot dienst en zijn mede afhankelijk van de verwachtingen en mogelijkheden binnen de betrokken diensten en de evolutie en voorstellen van de ervaringsdeskundigen zelf. Zoals reeds vermeld is het takenpakket van de ervaringsdeskundigen voortdurend in evolutie en onderwerp van onderhandeling tussen de POD MI, de ervaringsdeskundigen zelf en de betrokken diensten.</p> <p>In functie van het persoonlijk en professioneel groeiproces van de ervaringsdeskundigen, zijn de resultaten alvast positief, dankzij de inzet en het engagement van de ervaringsdeskundigen zelf, de coaches en mentoren binnen de betrokken diensten, de opleidingsinstituten en de POD Maatschappelijke Integratie.</p> <p>De verdere uitbouw en verfijning van het referentiekader is belangrijk voor het verder formuleren van kwalitatieve criteria vanuit het perspectief van cliënten. Ook hier zijn al belangrijke stappen gezet, mede door de veelvuldige communicatie over het project en de input van externen. De verfijning en versterking van het referentiekader blijft evenwel een voortdurende opdracht.</p> <p>Mbt het financieel en juridisch kader voor de doorstroming en indiensttreding van de ervaringsdeskundigen binnen de betrokken diensten alsook voor het creëren van een politiek en institutioneel</p>

2.	<p>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</p> <p>Het project heeft op verschillende vlakken te maken met weerstand: weerstand op het niveau van de diensten, op het niveau van de opleidingsinstituten, op het niveau van de ervaringsdeskundigen zelf en op het niveau van de omgeving.</p> <p>1. Op het niveau van de diensten stellen zich volgende uitdagingen: de erkenning en validering van een ander soort competentie en deskundigheid, m.n. 'ervaringsdeskundigheid'; de moeilijkheid om een gepaste taakomschrijving te definiëren anders dan de bestaande en vooropgestelde kaders; moeilijkheden mbt de inschakeling en integratie van een ervaringsdeskundige binnen de dienst; te lage of net te hoge verwachtingen (bvb. risico tot overbevraging en overschatten van de draagkracht van de ervaringsdeskundigen);</p> <p>2. Op het niveau van de opleidingsinstituten is het een uitdaging om het concept van ervaringsdeskundigen, zoals ontwikkeld in Vlaanderen, meer toepasbaar te maken binnen de context van een federale overheid waarin het accent ook meer ligt op beleidsmatig werken. Voor de opleiding is een zeer ervaringsgerichte en procesmatige begeleiding en opvolging noodzakelijk en hiervoor moeten dan ook voldoende middelen en omkadering worden voorzien.</p> <p>3. Op het niveau van de ervaringsdeskundigen is de integratie in de betrokken diensten niet evident (binnen de betrokken diensten zijn zij de eerste en soms enige ervaringsdeskundigen). Eigen is ook dat het engagement mbt de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting niet stopt na de werkuren. Het emancipatieproces van ervaringsdeskundigen mee ondersteunen betekent ook op verschillende vlakken rekening houden met hun eigen achtergrond en armoede-ervaringen.</p> <p>4. De weerstand op het niveau van de omgeving heeft onder meer te maken met een methodische discussie mbt de manier waarop het perspectief van mensen in armoede kan worden binnengebracht in de diensten en vragen mbt de legitimiteit van de 'persoonlijke en verbrede ervaring'.</p>
3.	<p>How were these obstacles and risks addressed?</p> <p>Dialogo is in deze heel belangrijk, zowel met de ervaringsdeskundigen, met de betrokken diensten, met de opleidingsinstituten als met externe deskundigen.</p> <p>Ondersteuning vanuit het beleid, zowel vanuit de politiek als vanuit het management binnen de betrokken dienst, is een voorwaarde sine qua non voor de totstandkoming, ontwikkeling en continuering van dit project. Er wordt o.a. veel geïnvesteerd in het duidelijk omschrijven van de meerwaarde van het werken met ervaringsdeskundigen.</p> <p>Er wordt veel geïnvesteerd in de begeleiding van de ervaringsdeskundigen zelf en van de betrokken diensten.</p> <p>Flexibiliteit, regelmatige reflectie over de doelstellingen en</p>

4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	We wachten de tussentijdse evaluatie af van het evaluatieonderzoek door de onderzoeksinstituten HIVA en ULB.

A.2.1.4. b) Het Vlaamse Actieplan Armoedebestrijding

Name of Policy/Project	Member State
Vlaams Actieplan Armoedebestrijding	België - Vlaanderen
End Purpose of the Initiative	
<p>Het Vlaams actieplan armoedebestrijding en de actualisatie komen tot stand in samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen en met participatie van mensen in armoede en hun verenigingen.</p> <p>Het actieplan bundelt alle inspanningen die de verschillende Vlaamse ministers leveren om armoede te bestrijden. Het plan bevat naast maatregelen op korte en langere termijn ook de modaliteiten om het gevoerde beleid te evalueren.</p>	
Main Results	
<p>Het Vlaams actieplan armoedebestrijding 2005-2009 als beleidsinstrument voor een gecoördineerd armoedebeleid. Dit omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participatie van de doelgroep waar verenigingen waar armen het woord nemen en het Vlaams Netwerk zich bij betrokken voelen. - Beschrijving van de algemen visie van het armoedebeleid - Situering van het Vlaamse armoedebeleid binnen het federale en Europese beleid - Geformuleerde doelstellingen op lange en op korte termijn binnen elk beleidsdomein - Concrete activiteiten - Tijdpad opgesteld voor de uitvoering - Indicatoren om de vooruitgang te meten 	
Targeted Beneficiaries	Policy Focus

General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Homeless	<input type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Mensen in armoede	<input type="checkbox"/>		

Context/Background to the Initiative

Sinds 2001 stelt de Vlaamse Regering jaarlijks een Vlaams Actieplan Armoedebestrijding op. Het actieplan is met het decreet betreffende de armoedebestrijding van 21 maart 2003 structureel verankerd en is opgebouwd volgens de tien basisrechten zoals opgenomen in het Algemeen Verslag over de Armoede.

De beleidsvisie die aan de basis van het decreet ligt is het uitgangspunt dat het armoedebeleid een inclusief beleid is. Op de verschillende beleidsdomeinen en niveaus moeten doelgerichte acties ondernomen worden vanuit een partnerschap tussen alle betrokken actoren. Partnerschap met mensen in armoede is een noodzaak.

Om de coördinatie tussen de verschillende beleidsdomeinen te waarborgen werd als instrument een horizontaal permanent armoedeoverleg opgericht. Dit wordt systematisch en structureel georganiseerd.

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Een actieplan dat multi-aspectueel is. Het is opgebouwd volgens de tien basisrechten:

- recht op participatie
- recht op maatschappelijke dienstverlening
- recht op gezin
- recht op rechtsbedeling
- recht op cultuur
- recht op inkomen
- recht op onderwijs
- recht op werkgelegenheid
- recht op huisvesting
- recht op gezondheidszorg

Een actieplan dat gefundeerd en gesitueerd is. Het omvat minstens:

- de beschrijving van de algemene visie van het Vlaamse armoedebeleid
- de situering van het Vlaamse armoedebeleid binnen het nationale en Europese beleid terzake
- de geformuleerde doelstellingen op lange en op korte termijn binnen elk beleidsdomein

Een actieplan dat concreet is, opvolgbaar, evalueerbaar en over de nodige instrumenten beschikt. Het omvat minstens:

Het actieplan komt tot stand met het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen. Zij vertegenwoordigen de doelgroep.

2. How did the initiative address these objectives?

- 1) Het horizontaal permanent armoedeoverleg is het overleg tussen de verschillende beleidsdomeinen. Daaraan nemen vertegenwoordigers van de verschillende administraties van de Vlaamse Gemeenschap deel (aandachtsambtenaren armoede). De opdrachten van het horizontaal overleg zijn:
 - acties voorbereiden in de verschillende beleidsdomeinen die voortvloeien uit het actieplan
 - de impact en de effecten van die acties analyseren
 - de acties coördineren en de acties van de verschillende beleidsdomeinen op elkaar afstemmen
 - de voorwaarden bepalen voor het organiseren van het overleg
 - kennisnemen van de voorstellen van het verticale overleg in elk van de beleidsdomeinen
 - Het actieplan evalueren

- 2) Het Vlaams Netwerk maakt deel uit van het horizontaal permanent armoedeoverleg. Participatie van mensen in armoede krijgt gestalte via hen.

- 3) Via provinciale consultatierondes wordt een ontwerp van actieplan voorgelegd aan mensen in armoede. Hun bedenkingen en commentaar worden mee opgenomen in het definitieve actieplan.

- 4) Binnen elk beleidsdomein wordt een verticaal overleg opgericht. Het verticale overleg heeft tot taak de specifieke beleidsinitiatieven te toetsen aan de visie en ervaring van de doelgroep en voorstellen tot bijsturing te formuleren

- 5) Een coördinerend minister voor armoedebstrijding

- 6) Een team armoede binnen de administratie dat alles coördineert

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

De Vlaamse Regering stelt 9 maanden na haar aantreden een actieplan armoedebestrijding op dat geldt voor de hele legislatuur.

Dit actieplan wordt jaarlijks geactualiseerd. De coördinerende minister voor armoedebestrijding legt jaarlijks voor 1 maart het geactualiseerde actieplan voor aan de Vlaamse Regering. De Vlaamse Regering vraagt advies aan haar adviesorganen die op dit vlak bevoegd zijn. Het geactualiseerde actieplan wordt ook aan het Vlaams Parlement bezorgd.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

	<p>Inhoudelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Via de jaarlijkse actualisatie - Via het verticaal en horizontaal permanent armoedeoverleg - Via de provinciale consultatierondes <p>Procesevaluatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Via het jaarverslag van het permanent armoedeoverleg
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	De realisatie van een Vlaams actieplan armoedebestrijding zorgt voor een inclusief armoedebeleid dat op de verschillende beleidsdomeinen en niveaus moet worden aangepakt. Dit vraagt een evolutie in de manier van denken. Armoedebestrijding gaat over meer dan enkel welzijn. Het is allesomvattend. Het Vlaams actieplan armoedebestrijding benadrukt deze multi-aspectualiteit van armoede en poogt hier een antwoord op te geven.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>1) Voor het decreet was er geen wettelijke basis voor het actieplan.</p> <p>2) De opvolging van het actieplan en de permanente evaluatie en bijsturing. De inspraak van mensen in armoede en wat daarmee gebeurt blijft een moeizame oefening. Het is goed dat via de provinciale consultatierondes mensen in armoede hun bedenkingen en opmerkingen kunnen geven over wat in het actieplan wordt opgenomen. Alleen is waakzaamheid geboden dat het hier niet bij blijft. Er moet ook iets gedaan worden met deze opmerkingen. Anders heeft inspraak en participatie weinig zin.</p> <p>3) De samenwerking tussen ambtenaren enerzijds als lid van het permanent armoedeoverleg en de gedragenheid door het politieke niveau vraagt nog voortdurende aandacht.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<ul style="list-style-type: none"> - Door consultatierondes te herhalen bij actualisatie; mensen hebben het recht om te weten wat er met hun inbreng is gebeurd. Echte participatie verloopt in 2 richtingen; het is een dialoog. - Door ruime verspreiding van het actieplan - Door publieke momenten rond armoedebeleid
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Gevaar van ad-hoc participatie waar fundamenteel weinig mee gebeurt</p> <p>Participatie van mensen in armoede is en blijft een moeizame oefening</p>

Bijlage inclusie 2. Verslag over de uitvoering van het NAPIncl 2003-2005 en het Implementatieplan 2005-2006

Om tijd te laten aan de verschillende betrokken administraties om de nodige gegevens voor de evaluatie te verzamelen, werd beslist om de opmaak van dit verslag te voorzien voor het einde van 2006. Op basis van dit verslag zal er begin 2007 een evaluatiecolloquium georganiseerd worden.

Bijlage Inclusie 3. Alle acties in detail.

De elektronische versie van dit Actieplan laat toe om, vertrekkende van de tekst van de secties 2.2.1., 2.3.1. en 2.4.1. (beleidsmaatregelen), direct de gedetailleerde fiches (uitgebreidere beschrijving, timing, budget, verantwoordelijke, verwacht effect, maatregelen voorzien voor evaluatie, ...) per actie te raadplegen. De fiches zijn niet in papieren vorm toegevoegd, maar kunnen geraadpleegd worden op de website van de POD Maatschappelijke Integratie.

(<http://www.mi-is.be/Diensten-Services/NAP/HTML/FR/NAP2006-2008.asp>).

Bijlage Inclusie 4. Afkortingen

- BJB : Bijzondere Jeugdbijstand
- BGDA : Brusselse Gewestelijke Dienst voor Arbeidsbemiddeling
- CLB : Centrum voor Leerlingenbegeleiding
- COCOF : Commission Communautaire Française
- DIISP : Dispositief intégré d'insertion socioprofessionnelle, geïntegreerde maatregel van het Waalse Gewest voor de socioprofessionele integratie
- EFT : entreprises de formation par le travail
- GGC : Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
- GOK : Gelijke Onderwijskansen (Vlaanderen)
- ICDO : Interdepartementale Commissie Duurzame Ontwikkeling
- Plan HP : Plan Habitat Permanent : transversaal actieplan gericht op de permanente bewoning van toeristische uitrustingen (Waalse Gewest)
- IMC : Interministeriële Conferentie
- LOP : Lokaal Overlegplatform (Onderwijs, Vlaanderen)
- NARA : Netwerk van Administratie / Réseau des Administrations waar de federale en Gewestelijke administraties voor sociale economie en sociale inschakeling in opgenomen zijn
- OCMW : Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
- OISP : organismes d'insertion socioprofessionnelle
- OKAN : Onderwijs aan Anderstalige Nieuwkomers
- PTP : Programme de Transition professionnelle, Programma van het Waalse Gewest m.b.t. professionele overgang
- RESPEL : Ressources pédagogiques en ligne, online databank van de Franse Gemeenschap met pedagogische middelen
- SVK : Sociaal Verhuurkantoor

VGC : Vlaamse Gemeenschapscommissie

Bijlagen Hoofdstuk III –

Nationaal strategisch rapport pensioenen

Enkele gemeenschappelijke indicatoren en contextgegevens met betrekking tot de drie gemeenschappelijke doelstellingen van het beleidsdomein pensioenen

3.1.1. Beleidsdoelstelling g)

- De levensstandaard bij pensionering. theoretische vervangingsratio's

De mate van toereikendheid van de pensioenuitkeringen bij overstap van de economische activiteit naar het eerste jaar van pensionering wordt in kaart gebracht door de **netto-theoretische vervangingsratio** te berekenen voor een set van typegevallen gedefinieerd door de Indicatoren Subgroep van het EU Sociaal Beschermingscomité. De typegevallen hebben enkel betrekking op een alleenstaande man die een pensioen uitsluitend in de werknemersregeling heeft opgebouwd aangevuld met een tweede pijlerpensioen. Een exhaustieve weergave van de werkhypothese en een toelichting van de resultaten van deze berekeningen zijn opgenomen in het Belgisch Nationaal Strategisch Pensioenrapport 2005.

De voornaamste resultaten van deze berekeningen staan in onderstaande tabel. Voor het basis typegeval, waarbij een werknemer in de privésector die een 40-jarige loopbaan met een gemiddeld jaarloon achter de rug heeft en met 65 jaar op pensioen gaat is de netto vervangingsratio voor enkel het eerste pijler pensioen 63%. In vergelijking met de waarden voor de andere EU lidstaten is deze ratio voor het basis typegeval vrij laag. Voor gepensioneerden met een loopbaan gekenmerkt door een lager inkomensniveau (2/3 van het gemiddeld loon) ligt de netto vervangingsratio eerste pijler in 2004 met 64% net iets hoger.

Voor de gepensioneerden met een stijgend loonprofiel tijdens de 40-jarige loopbaan ligt de netto theoretische vervangingsratio eerste pijler in 2004 lager: respectievelijk 55% (als loon tijdens de 40-jarige loopbaan evolueert van 80% naar 120% van het gemiddeld loon) en 44% (als loon tijdens de 40-jarige loopbaan evolueert van 100% naar 200% van het gemiddeld loon). Deze lagere ratio's zijn voornamelijk het effect van het mechanisme van de loonplafonds waarbij het loon boven dit plafond geen bijkomende pensioenrechten gaat opleveren.

Uit onderstaande tabel volgt dat voor de periode 2004-2050 de totale netto theoretische vervangingsratio voor het basistype geval met ongeveer 6 procentpunt toeneemt. Een tweede pijlerpensioen met een premie van 4,25% van het loon gedurende de volledige loopbaan van 40 jaar levert een substantiële bijdrage tot het behoud van een toereikende vervangingsratio op langere termijn. Voor het basistype geval neemt de totale bruto vervangingsratio voor de periode 2004-2050 toe met ongeveer 4 procentpunt. Deze ontwikkeling is het resultaat van een daling van de bruto ratio eerste pijler met ongeveer 2 procentpunt die ruim gecompenseerd wordt door een toename van de bruto ratio tweede pijler met 6 procentpunt.

De totale netto vervangingsratio neemt voor de periode 2004-2050 toe met ongeveer 6 procentpunt.

Theoretische vervangingsratio's voor een alleenstaande werknemer met een loopbaan van 40 jaar.

	Basistype: 100% gemiddeld loon				2/3 gemiddeld loon		Toename van 80 tot 120% gemiddeld loon		Toename van 100 tot 200% gemiddeld loon	
	2004	2010	2030	2050	2004	2050	2004	2050	2004	2050
Bruto-vervangingsratio 1e pijler	39,23	40,6	38,16	36,99	43,24	42,24	33,46	31,49	26,96	22,49
Bruto vervangingsratio 2e pijler	3,64	5,4	10,19	9,59	0,86	2,26	3,46	7,97	3,37	7,15
Totale bruto vervangingsratio 1 ^{ste} en 2 ^e pijler	42,87	46	48,35	46,58	44,09	44,5	36,92	39,45	30,33	29,65
Totale netto vervangingsratio	67,29	71,92	76,41	73,75	65,28	65,57	59,86	65,14	49,88	51,97
Netto vervangingsratio indien enkel 1e pijler	62,81	64,86	63,54	61,47	64,09	62,44	55,31	54,26	43,86	39,63

Bron: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

3.1.2. Beleidsdoelstelling h)

- Financiële duurzaamheid van de pensioenstelsels.

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 echter geen rekening gehouden met alle maatregelen van het Generatiepact.

Uit onderstaande tabel volgt dat de budgettaire kost van de vergrijzing over de periode 2005-2050 wordt geraamd op 5,8% bbp. De kost voor de pensioenen bedraagt voor deze periode 3,9% van het bbp. . Voor de periode 2005-2011 wordt de budgettaire kost van de vergrijzing geraamd op een eerder relatief beperkt bedrag van 0,4%.van het bbp.

Budgettaire kost van de vergrijzing 2005-2050 (*)

Componenten	Budgettaire kost in % BBP				Relatieve wijzigingen in %		
	2005	2011	2030	2050	2005-2011	2005-2030	2005-2050
Pensioenen	9.1	9.0	12.0	13.0	-0.0	2.9	3.9
- werknemersregeling	(5.1)	(5.1)	(7.3)	(7.9)	(0.0)	(2.2)	(2.8)
- zelfstandigenregeling	(0.7)	(0.7)	(0.7)	(0.7)	(-0.0)	(-0.0)	(-0.0)
- overheid	(3.3)	(3.1)	(4.1)	(4.5)	(-0.1)	(0.8)	(1.2)
Gezondheidszorg en langdurige zorg	7.1	7.9	9.5	10.8	0.9	2.4	3.7
- "acute" gezondheidszorg	(6.2)	(6.8)	(8.0)	(8.6)	-	(1.8)	(2.4)
- "langdurige" zorg	(0.9)	(1.1)	(1.5)	(2.2)	-	(0.6)	(1.3)
Arbeidsongeschiktheid	1.2	1.2	1.2	1.1	0.0	-0.0	-0.1
Werkloosheid	2.2	2.1	1.3	1.2	-0.2	-1.0	-1.1
Brugpensioen	0.4	0.4	0.3	0.3	-0.0	-0.1	-0.1
Kinderbijslag	1.6	1.5	1.2	1.1	-0.2	-0.4	-0.6
Andere sociale uitgaven	1.4	1.4	1.4	1.4	-0.0	-0.0	-0.0
Totaal	23.1	23.4	26.8	28.8	0.4	3.8	5.8

(*) Studiecommissie voor de vergrijzing.
Verslag 2006.

Op middellange termijn 2005-2011 ligt de budgettaire kost van de vergrijzing, ten opzichte van de raming in het Jaarverslag 2005 van de Commissie 0,2 procentpunt hoger met de in aanmerking genomen maatregelen van het Generatiepact, waarvan ongeveer de helft in de tak 'pensioenen'. In de periode die daarop volgt (2011-2030) hebben de in aanmerking genomen maatregelen van het Generatiepact een positief effect op de uitgaven: de budgettaire kost van de vergrijzing ligt in die periode 0,1 procentpunt lager in vergelijking met de ramingen van het Jaarverslag 2005.

De Ageing Working Group (AGW) -projecties van het voorjaar 2006 verschillen voor België grondig van de bovenstaande ramingen van de Studiecommissie van de vergrijzing. De AWG-projecties resulteren in een sterkere groei van de pensioenuitgaven in % van het BBP. Dit is te wijten aan de sterkere toename van de afhankelijkheidsratio. De meeruitgaven voor de pensioenen in de AWG projecties is het gevolg van het feit dat de oudere bevolking gevoelig hoger is dan in de projecties van de Studiecommissie. Dit verschil is niet zozeer het gevolg van andere hypothesen zoals deze voor de levensverwachting maar is hoofdzakelijk te verklaren door een hoger migratiesaldo in het begin van de periode dat gekenmerkt wordt door een veel oudere leeftijdsstructuur.

3.1.3 Beleidsdoelstelling i)

- De moderne samenleving heeft nood aan aangepaste pensioenstelsels

De voorbije jaren zijn vrouwen massaal toegetreden op de arbeidsmarkt. Er worden evenwel significante verschillen in loopbaan tussen mannen en vrouwen vastgesteld: vrouwen werken vaker deeltijds en onderbreken vaker hun loopbaan. Mannen hebben aldus vaker een langere loopbaan met minder gelijkgestelde periodes. Mannelijke werknemers die momenteel op pensioen gaan (tussen 60 en 65 jaar) kunnen op 58 jaar gemiddeld een loopbaan van 37 jaar bewijzen (35 jaar tewerkstelling en 2 jaar gelijkstelling), terwijl vrouwelijke werknemers gemiddeld een loopbaan van 34 jaar bewijzen (26 jaar tewerkstelling en 8 jaar gelijkstelling). Een en ander heeft tot gevolg dat vrouwen veel minder vaak in aanmerking komen voor pensioensystemen die sterk steunen op loopbaanvoorwaarden.

Uit de enquête naar de arbeidskrachten, gevoerd door de FOD Economie – Afdeling Statistiek, waarvan de resultaten voor de periode 1995-2005 in onderstaande tabel zijn opgenomen, blijkt dat in 2005 ongeveer 42,6% van de vrouwen deeltijds werkt, ten opzichte van 7,8% van de mannen.

Jaar	Deeltijdse arbeidsgraad (in %)	
	Mannen	Vrouwen
	Totaal	
1995	3,1 15,4	33,4
2000	5,4 20,0	39,3
2002	5,6 20,3	39,5
2005	7,8 23,4	42,6

Bron: FOD Economie – Afdeling Statistiek; Eurostat, Enquête naar de arbeidskrachten.

Bijlagen Hoofdstuk IV

Gezondheid en Lange termijn Zorg

4.1. Beschrijvende Gegevens

4.1.1. Verdeling van bevoegdheden inzake gezondheid

4.1.2. Het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

4.2. Voorbeeld van « good practice »

4.3. Statistische analyse (door indicatoren)

Bijlage 4.1. Beschrijvende Gegevens

Bijlage 4.1.1 Verdeling van bevoegdheden inzake gezondheid

België is een federale Staat met drie soorten entiteiten met eigen bevoegdheden: de federale overheid en de deelgebieden (de Gemeenschappen en Gewesten). Dit is onder andere het geval op het gebied van gezondheid waar de entiteiten de bevoegdheden op volgende manier delen :

A) De bevoegdheden van de federale overheid

Wat betreft de gezondheid is de federale Staat bevoegd voor het zorgverstrekkingbeleid in de verzorgingsinstellingen en daarbuiten, op de volgende gebieden:

- a) de organieke wetgeving (voorbeeld: wet op de ziekenhuizen, ...);
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze financiering bij de organieke wetgeving wordt geregeld (budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen)³⁰;
- c) **de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging** (tak van de sociale zekerheid);
- d) het vastleggen van de basisregels inzake programmering;
- e) het vastleggen van de basisregels inzake financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
- f) het vastleggen van de nationale erkenningsnormen enkel voor zover ze een weerslag kunnen hebben op de in b), c), d) en e) vermelde bevoegdheden;
- g) het vaststellen van de voorwaarden en de aanduiding als universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.

De Belgische federale Staat is eveneens bevoegd voor aangelegenheden met betrekking tot de geneesmiddelen, de medische hulpmiddelen en de verhandeling van bepaalde stoffen (verdovende middelen, weefsels, hormonen). Het uitoefenen van de geneeskunde in de ruime zin van het woord en de medische noodhulp behoren ook tot de bevoegdheid van de federale overheid.

Op te merken valt dat de bevoegdheden van de federale overheid inzake gezondheid worden uitgeoefend door de Minister van Volksgezondheid en de Minister van Sociale Zaken, en door twee administratieve entiteiten: de FOD Sociale Zekerheid en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

B) De bevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten

De Franse, Vlaamse en Duitstalige **Gemeenschap** (alook de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de tweetalige instellingen op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) zijn bevoegd voor de "persoonsgebonden aangelegenheden", zowel wat betreft het gezondheidsbeleid als de hulpverlening aan personen. Wat het gezondheidsbeleid betreft, zijn ze bevoegd:

- voor het zorgverstrekkingbeleid in en buiten de verzorgingsinstellingen, met uitzondering van de hierboven opgesomde bevoegdheden van de federale overheid;

³⁰ De geprogrammeerde en erkende ziekenhuizen ontvangen een budget van financiële middelen. Dit budget wordt jaarlijks door de federale overheid vastgelegd en geldt als tegemoetkoming in de verblijfs- en verzorgingskosten van de patiënten. Het budget dekt hoofdzakelijk de investeringskosten, de verblijfskosten en de verzorgingskosten. Ten slotte dient opgemerkt dat ook de financiering is geëvolueerd van een structurele financiering naar de activiteitsgerichte financiering.

- voor het bevorderen van de gezondheid, van activiteiten en diensten inzake preventieve geneeskunde, met uitzondering van de nationale profylactische maatregelen.

Sinds 1 januari 1994 oefenen het Waals Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie, het eerste op het grondgebied van het Franstalig Gewest en de tweede op het grondgebied van het tweetalig Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de bevoegdheden inzake gezondheidsbeleid van de Franse Gemeenschap uit, met uitzondering van ondermeer:

- de universitaire ziekenhuizen;
- wat behoort tot de opdrachten toevertrouwd aan Kind en Gezin;
- de gezondheidsbevordering;
- de activiteiten en diensten inzake preventieve geneeskunde;
- de medische schoolinspectie.

Dankzij hun bevoegdheden kunnen de deelgebieden dus een "zorgverstrekkingbeleid" uitwerken en voeren. Daardoor kunnen ze ook:

- de erkenningsvoorwaarden vastleggen voor rustoorden voor bejaarden, coördinatiecentra voor verzorging en thuisverzorging, medische huizen (verenigingen voor geïntegreerde gezondheid), diensten voor geestelijke gezondheid;
- deze instellingen ondersteunen, bevorderen en subsidiëren;
- de algemene en psychiatrische ziekenhuizen erkennen overeenkomstig de federale erkenningsnormen;
- de rust- en verzorgingstehuizen (RVT's), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en het beschut wonen voor psychiatrische patiënten (BW) erkennen overeenkomstig de federale erkenningsnormen;
- de basisregels betreffende de programmering inzake ziekenhuizen, RVT's, PVT's en BW toepassen.

C) Samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten fédérées

Door de federalisering van de Staat is de verantwoordelijkheid voor gezondheid over verschillende niveaus van de macht verspreid. Met het oog op een betere coördinatie, in het bijzonder tussen het preventieve beleid en het curatieve beleid zijn in tal van domeinen, o.a. drugs, vaccinaties, het opsporen van borstkanker, "**samenwerkingsakkoorden**" gesloten, waarbij elk niveau echter de bevoegdheid voor zijn eigen materies behield.

Wat het vaccinatiebeleid betreft werd bijvoorbeeld volgende spreiding van de bevoegdheden vastgelegd:

- De wetenschappelijke aspecten worden besproken op het niveau van de Hoge Raad voor Hygiëne, die op het federale niveau is ingevoerd.
- De federale overheid beheert de wettelijk verplichte vaccinaties, nl. alleen die tegen kinderverlamming.
- De Gemeenschappen beheren de zogenaamde "niet-verplichte", maar aanbevolen vaccinaties, de organisaties die voor de preventie instaan, en de circuits voor het bestellen en verdelen van vaccins aan alle personen die inenten.

Bijlage 4.1.2. Het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

In deze bijlage vindt u een presentatie met een iets gedetailleerdere samenvatting van de grote onderdelen van het "**stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging**", dat integraal deel uitmaakt van het stelsel van de Belgische sociale zekerheid waarvoor de Belgische staat – zoals reeds vermeld – exclusief bevoegd is.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is gebaseerd op het principe van het "**sociale overleg**". De zorgverleners, de financiers en de onderlinge ziekenfondsverzekeraars zetelen in verschillende organen die tussenbeide komen bij het beheer en de uitvoering van die verzekering.

A) Organisatie, financiering en budget van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging past als tak van de sociale zekerheid in het mechanisme van het globale beheer van de hele sociale zekerheid.

In dit systeem van globale financiering spelen volgende diensten een centrale rol: de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (**RSZ**) voor het stelsel van de werknemers en het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (**RSVZ**) voor het stelsel van de zelfstandigen. Ze vergaren de middelen van de sociale zekerheid³¹ en ze verdelen deze middelen naar gelang de noden van de organisaties die de diverse takken van de sociale zekerheid beheren. Voor de gezondheidszorg gaat het hierbij om het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (**RIZIV**).

Naast de financiële middelen die haar worden toegekend in het kader van het globale beheer van de sociale zekerheid, beschikt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging nog over andere inkomsten (ongeveer 19 %). Die bestaan enerzijds uit een eigen alternatieve financiering (inkomsten uit BTW en accijnzen), die hoofdzakelijk gebruikt wordt voor de financiering van de ligdagen in ziekenhuizen, en uit specifieke inkomsten zoals persoonlijke bijdragen die bepaalde categorieën titularissen moeten betalen, een inhouding van 3,55 % op de pensioenen, de opbrengst van een toeslag op de bijdrage of premie in het kader van bepaalde verzekeringscontracten (auto, hospitalisatie,...), de inkomsten die voorzien zijn in het kader van de sociale reclassering van gehandicapten, de opbrengst van een bijdrage op de omzet die gerealiseerd wordt op de Belgische markt van de terugbetaalbare geneesmiddelen, ...

Het budget van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt uitgewerkt binnen het RIZIV, een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid die belast is met de uitvoering van en het toezicht op de verplichte verzekering in de gezondheidszorg. Om het hoofd te kunnen bieden aan de toename van de kosten in de gezondheidszorg, is de groei van het budget voor de gezondheidszorg aan een norm onderworpen: op dit ogenblik bedraagt die norm 4,5 % per jaar in reële termen.

De budgettaire procedure kan als volgt worden samengevat:

- De overeenkomsten- en akkoordencommissies waarin vertegenwoordigers van de zorgverleners en van de verzekeringsinstellingen zetelen, bepalen de noden in hun sector (biologie, radiologie, farmacie, chirurgie, ...). Ze winnen het advies van de

³¹ Die middelen zijn voor het stelsel van de werknemers hoofdzakelijk afkomstig uit de sociale bijdragen die worden ingehouden ten laste van de werkgevers en de werknemers. Voor het stelsel van de zelfstandigen komen de middelen hoofdzakelijk uit de sociale bijdragen op de inkomsten van die zelfstandigen. Andere bronnen waaruit het budget van de Sociale Zekerheid kan putten, zijn subsidies van de Staat en inkomsten uit alternatieve financiering (bestaande uit een percentage van de BTW-ontvangsten, een deel van de accijnzen op tabak en van de roerende voorheffing, van de opbrengst van de belasting op voordelen die voortvloeien uit de toekenning van aandelenopties, ...)

overeenkomstige technische adviseurs in. Zij doen suggesties voor aanpassingen aan de nomenclatuur in hun domein (invoering of afschaffing van de terugbetaling van bepaalde prestaties). Ze stellen een raming op van het bedrag van de uitgaven zoals die gepland zijn op basis van extrapolaties van het gemiddelde verbruik in de afgelopen vier of vijf jaar. Hierbij wordt rekening gehouden met de evolutie van de index van de prijzen, met wijzigingen aan de nomenclatuur, met ontwikkelingen in de bevolkingsstructuur.

- Het Verzekeringscomité, waarin vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners en vertegenwoordigers van de werkgevers en van de werknemers paritair zetelen (die laatste met een adviserende stem), moet een expliciete evaluatie opmaken van alle geformuleerde noden en duidelijk de criteria bepalen op basis waarvan de prioriteiten worden vastgelegd. Het Comité onderzoekt alle voorstellen en formuleert een globaal voorstel voor de begroting en voor een billijke spreiding van de uitgaven over de diverse sectoren van de gezondheidszorg. Dit voorstel wordt aan de Algemene Raad en aan de Commissie voor Begrotingscontrole overgemaakt.
- De Algemene Raad, die de verschillende financiers van het systeem (voogdijoverheid, werknemers en werkgevers) en de verzekeringsinstellingen omvat, bepaalt de globale budgettaire doelstelling op basis van het voorstel van het Verzekeringscomité en het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole. Als de Algemene Raad het niet eens is met de voorstellen van het Verzekeringscomité, deelt hij dit mee aan de Minister. De Ministerraad kan dan op voorstel van de Minister voor Sociale Zaken het bedrag van de globale jaarlijkse doelstelling en van de globale budgetten vastleggen

B) Wie is gedekt ?

De verzekering voor geneeskundige verzorging dekt zowel loontrekkers als zelfstandigen en ambtenaren, werklozen, gepensioneerden, mensen met een minimumuitkering, gehandicapten, studenten, inwoners, enz., maar ook de personen die zij ten laste hebben en die aan de voorwaarden hiervoor voldoen (voornamelijk een kwestie van inkomsten) : de echtgenoot of echtgenote, samenwonende partners, kinderen,

We kunnen dan ook stellen dat bijna de hele bevolking die in België woont, toegang heeft tot de prestaties uit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Wie zich bij een verzekeringsinstelling inschrijft op basis van één van de hoedanigheden die in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voorzien zijn, heeft onmiddellijk recht op tegemoetkoming door de gezondheidszorg, d.w.z. vanaf het tijdstip waarop die inschrijving van kracht wordt. Als het om een herinschrijving gaat, wordt er een wachttijd van zes maand opgelegd alvorens het recht op tegemoetkoming voor die herinschrijving ingaat.

Elke begunstigde moet echter een aantal voorwaarden vervullen om (een jaar lang) recht te hebben op de tegemoetkomingen van de verzekering :

- zich inschrijven bij een verzekeringsinstelling: betrokkene mag die instelling vrij kiezen behalve als hij tot het statutaire personeel van de Belgische spoorwegen behoort
- een minimumbijdrage betaald hebben als die vereist is (voor sommige categorieën van de bevolking, o.a. mensen met een minimumuitkering, is die bijdrage immers gelijk aan nul) of recht hebben vanuit een andere titel (vb. persoon ten laste).

C) Wat is de omvang van de dekking ?

De dekking voor loontrekkers (en gelijkgestelde personen) is op dit ogenblik anders dan die voor zelfstandigen. Terwijl loontrekkers zowel gedekt³² zijn voor "**kleine risico's**" (raadpleging van huisartsen en specialisten, kinesitherapeuten, verstrekking van geneesmiddelen, tandverzorging, kleine heelkundige ingrepen, protheses, orthopedie, ambulante fysiotherapie en ambulante verpleeghulp, enz.) als voor "**grote risico's**" (hoofdzakelijk hospitalisatie, maar ook grote heelkundige ingrepen, specifieke technische diensten en specifieke behandelingen van bepaalde ziekten zoals kanker, tuberculose, geestesziekten, aangeboren ziekten en misvormingen, enz.), zijn zelfstandigen in principe alleen gedekt voor die laatste risico's. Als zij zich ook tegen kleine risico's willen laten verzekeren, kunnen zij bij een ziekenfonds een aanvullende verzekering afsluiten waarvoor ze dan een specifieke bijdrage moeten betalen.

De regering heeft echter beslist om de dekking voor kleine risico's uit te breiden naar zelfstandigen, gedeeltelijk vanaf 1 juli 2006 en integraal vanaf 1 januari 2008³³.

D) Hoe worden de terugbetaalbare prestaties bepaald ?

Binnen het RIZIV wordt in overleg met de diverse spelers (verzekeringsinstellingen, vertegenwoordigers van de professionals uit de gezondheidszorg) bepaald welke prestaties terugbetaald kunnen worden en welke prijzen hiervoor gehanteerd zullen worden. Zo worden de medische en paramedische prestaties die in een ziekenhuis of ambulant verstrekt worden, en de geneesmiddelen die in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaald worden, vastgelegd in een koninklijk of ministerieel besluit. Dit gebeurt na raadpleging van het Verzekeringscomité en van bepaalde instanties van het RIZIV waarin de betrokken zorgverleners en de verzekeringsinstellingen zetelen. Daarnaast onderhandelt een hele reeks overeenkomsten- of akkoordencommissies waarin de verzekeringsinstellingen en de vertegenwoordigers van de betrokken zorgverleners zetelen (voorbeeld: nationale commissie geneesheren – ziekenfondsen waarin de geneesheren zetelen, de overeenkomstencommissie fabrikanten van zwachtels en verbanden – verzekeringsinstellingen, ...) in het kader van het budget over de prijzen van de prestaties.

E) Welke tegemoetkoming levert de verzekering in de kostprijs van de gezondheidszorg ?

De verzekering voor geneeskundige verzorging verstrekt geen gezondheidszorg, ze biedt slechts een financiële tegemoetkoming in de kosten van de gezondheidszorg. Alle vormen van gezondheidszorg die (geheel of gedeeltelijk) kunnen worden terugbetaald, zijn opgenomen in de "**nomenclatuur**" van de prestaties uit de gezondheidszorg, d.i. een lijst die niet alleen de relatieve waarde van de prestaties bevat, maar ook de specifieke toepassingsregels, de criteria inzake bevoegdheid van de zorgverleners, enz. Een dergelijke lijst bestaat ook voor farmaceutische specialiteiten die terugbetaald worden.

Het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering in de prijs van de prestaties varieert hoofdzakelijk naar gelang de aard van de prestatie en het statuut van de begunstigde. De persoonlijke bijdrage of het "**remgeld**" bedraagt in principe 25 %, maar kan naar gelang het type prestatie hoger of lager uitvallen.

³²In totaal telt het stelsel van de loontrekkers 26 categorieën prestaties die terugbetaald kunnen worden.

³³ Dit geldt in feite vanaf 1 juli 2006 voor behoeftige ouderen (namelijk de gerechtigden op de IGO) en voor personen die voor de eerste keer eerste een activiteit als zelfstandige in hoofdberoep aanvatten vanaf 30 juni 2006. Vanaf 1 januari 2008 zullen alle zelfstandigen gedekt zijn.

Farmaceutische specialiteiten zijn dan weer naar gelang hun sociale en therapeutische nut opgesplitst in vijf categorieën van terugbetaling. De persoonlijke bijdrage van de begunstigde wordt voor elke categorie bepaald en varieert van 0 % tot 80 %. In geval van hospitalisatie betaalt de patiënt voor zijn geneesmiddelen in het ziekenhuis echter nooit meer dan een dagelijks forfait van 0,62 EUR³⁴.

Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, bestaan er trouwens diverse mechanismen die de persoonlijke bijdrage van bepaalde patiënten moeten "verlichten" :

- Het "**recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming**" (RVV). Het gaat om een voorkeurstelsel, nl. een stelsel dat in het kader van de gezondheidszorg hogere tegemoetkomingen uitkeert aan bepaalde categorieën personen (de lijst van die categorieën is bij wet vastgelegd), personen die zich in een specifieke sociale situatie bevinden (voorbeelden: invalide, gepensioneerde, gehandicapte, ...) en van wie het inkomen een bepaald bedrag niet overschrijdt (op 01/08/2005 13.246,34 EUR te vermeerderen met 2.452,25 EUR per persoon ten laste) of die omwille van de sociale situatie waarin ze zich bevinden, beschouwd worden als personen die deze inkomensgerelateerde voorwaarden vervullen. Die verhoogde tegemoetkoming geldt zowel voor medische en paramedische verstrekkingen als voor geneesmiddelen.
- De "**maximumfactuur**" (MAF) : het gaat om een mechanisme dat aan elk gezin de garantie wil geven dat het niet meer dan een bepaald bedrag zal moeten uitgeven voor terugbetaalbare en noodzakelijke geneeskundige verstrekkingen³⁵, waarbij dit maximumbedrag varieert naar gelang het gezinsinkomen. Er bestaan twee soorten maximumfactuur:
 - de "*sociale maximumfactuur*" wordt toegekend aan gezinnen die daadwerkelijk 450 EUR eigen bijdrage hebben betaald en waarvan één van de leden recht heeft op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming of op een uitkering voor een persoon met een handicap. Zodra het plafond van 450 EUR bereikt is, wordt het remgeld voor de rest van het jaar tot nul herleid. De verzekeringsinstellingen moeten over de toepassing van de sociale maximumfactuur waken.
 - De "*maximumfactuur inkomen*" geldt voor alle gezinnen³⁶ en voorziet ook een terugbetaling als het gezin meer eigen bijdrage heeft betaald dan het referentiebedrag dat op hen van toepassing is op basis van hun jaarlijkse netto inkomsten³⁷.

Opgelet: voor kinderen van minder dan 19 jaar oud geldt een speciale regeling. Een kind dat op 1 januari van het jaar van de toekenning van de maximumfactuur nog geen 19 jaar is en daadwerkelijk 650 EUR remgeld heeft betaald, kan als individu genieten van de regeling van de maximumfactuur.

³⁴ Merk toch op dat dit bedrag uitsluitend de terugbetaalbare specialiteiten dekt. Geneesmiddelen die niet terugbetaald worden, blijven ten laste van de patiënt.

³⁵ De kosten die bij de berekening van de maximumfactuur meetellen, zijn remgelden voor honoraria van geneesheren, verplegers en verpleegsters, paramedische hulpkrachten en kosten voor technische prestaties (medische beeldvorming, heelkundige ingrepen, laboratoriumonderzoeken, ...), onontbeerlijke geneesmiddelen (specialiteiten uit de categorieën A, B en C) en ziekenhuiskosten (persoonlijke bijdrage in de dagprijs per ligdag).

³⁶ Het gezin waarmee bij het berekenen van de maximumfactuur inkomsten rekening wordt gehouden, is het gezin zoals het volgens de gegevens uit het Rijksregister is samengesteld.

³⁷ <http://www.riziv.fgov.be/secure/f/maf/>

- De invoering van het "**globaal medisch dossier**" (GMD). Het globaal medisch dossier is een functionele en selectieve reeks relevante medische, sociale en administratieve gegevens over de patiënt, die manueel of geautomatiseerd beheerd worden. Het doel bestaat erin om de kwaliteit van de verstrekte zorg te verbeteren en om overlappings bij de gestelde medische handelingen en tegenstrijdige voorschriften te vermijden. De geneesheer die het GMD beheert, maakt mits toestemming van de patiënt alle vereiste en nuttige gegevens over aan collega's, hetzij geneesheren hetzij specialisten, die de patiënt in kwestie behandelen. Op die manier kan de communicatie met die andere zorgverleners beter verlopen. Sinds 1 mei 2002 kan iedere burger die dit wenst, een globaal medisch dossier laten aanleggen en aldus voor een raadpleging bij een geneesheer 30 % minder remgeld (eigen bijdrage in de prijs van de zorg) betalen.

F) Hoe worden de verstrekkingen terugbetaald ?

Er bestaan naast elkaar twee methodes waarop de verzekeringen de tegemoetkoming betalen:

- De regel is "**terugbetaling a posteriori**": de patiënt betaalt de behandeling aan de zorgverlener van zijn keuze. Deze laatste overhandigt hem een attest waarop vermeld is welke prestatie er is geleverd. De patiënt bezorgt dit attest vervolgens aan zijn verzekeringsinstelling met het oog op de terugbetaling.
- De uitzondering is "**de derde betaler**": het systeem van de derde betaler is verplicht voor patiënten die in een ziekenhuis opgenomen worden, en voor klinische biologie. De patiënt krijgt van het ziekenhuis een factuur met de totale kostprijs van de ontvangen verstrekkingen, maar hij betaalt niet de volledige kosten. Hij betaalt slechts het bedrag van zijn eigen bijdrage, nl. het remgeld, en eventuele supplementen. Het ziekenhuis stuurt ook een factuur naar de verzekeringsinstelling van de patiënt: die verzekering zal aan het ziekenhuis rechtstreeks het bedrag betalen dat strookt met de tegemoetkoming van de verzekering. Voor geneesmiddelen is een gelijkaardig systeem van toepassing: de patiënt die naar een apotheek gaat om er terugbetaalbare geneesmiddelen te kopen die zijn geneesheer heeft voorgeschreven, betaalt slechts een deel van de totale prijs van het geneesmiddel (het deel dat overeenstemt met zijn eigen bijdrage)³⁸. Ook in de sector van de ambulante verzorging kan het systeem van de derde betaler voor bepaalde categorieën van de bevolking onder bepaalde voorwaarden toegepast worden.

³⁸ Indien de patiënt zijn SIS-kaart aanbiedt of indien de apotheker over de "ziekenfondsgegevens" beschikt. Merk op dat het systeem van de derde betaler moeilijk of zelfs onmogelijk toe te passen is voor buitenlandse verzekerden die een Europese ziekteverzekeringskaart aanbieden, omdat de apotheker niet over de gegevens beschikt die hij nodig heeft om het systeem van de derde betaler toe te passen.

Bijlage 4.2. Voorbeeld van « Good Practice »

4.2.1. De "Maximumfactuur" als instrument voor een betere financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging

Name of Policy/Project		Member State	
Maximumfactuur		België	
End Purpose of the Initiative			
Een betere financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging garanderen.			
Main Results			
<p>In bijlage bis 4.2.1. wordt een overzicht gegeven voor de periode 2002 - 2005 van het aantal gezinnen en het aantal personen die een terugbetaling bekomen hebben in toepassing van de maximumfactuur.</p> <p>De gegevens zijn ingedeeld per toepassingsgebied van de maximumfactuur.</p> <p>De gegevens voor het dienstjaar 2005 zijn nog onvolledig.</p>			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
Young People	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering	
Homeless	<input type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
De maximumfactuur werd ingevoerd naar aanleiding van de vaststelling dat - ondanks de reeds bestaande maatregelen om een makkelijkere financiële toegang tot de geneeskundige verzorging te garanderen - de families die herhaaldelijk of aanhoudend geconfronteerd werden met kosten voor geneeskundige verzorging, nog onvoldoende bescherming genoten.			
Details of the Initiative			
1. Specific Objectives			
De persoonlijke bijdragen in de kosten voor geneeskundige verzorging van de gezinnen begrenzen, in functie van hun inkomens.			
2. How did the initiative address these objectives?			
De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging komt voor een bepaald percentage van het officiële tarief tegemoet in de kosten voor geneeskundige verzorging. Het mechanisme van de maximumfactuur garandeert dat, per kalenderjaar, het totaal van het deel dat ten laste blijft van de verzekerde een bepaald bedrag per gezin niet overschrijdt. Dit bedrag hangt af van de inkomens. Wanneer dit bedrag bereikt is, betaalt de verplichte verzekering (tegen het officiële tarief) alle kosten terug die het gezin betaald heeft gedurende de rest van hetzelfde			

3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	De maatregel werd ingevoerd in juli 2002.
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>1) Er werd een speciale cel opgericht bij de Dienst voor administratieve controle die het volledige proces volgt van de toepassing van de maximumfactuur door de verzekeringsinstellingen.</p> <p>Deze cel is bv. de tussenpersoon voor alle noodzakelijke informatie die de verzekeringsinstellingen moeten weten met betrekking tot het inkomen. Deze vragen worden door de verzekeringsinstellingen overgemaakt aan de Dienst voor administratieve controle, die ze op haar beurt voor verder gevolg overmaakt aan de fiscale administratie. Het antwoord van de fiscale administratie transiteert via de dienst voor administratieve controle aan de verzekeringsinstellingen.</p> <p>2) Er loopt een diepgaande studie over de maximumfactuur bij het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg.</p>
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>In bijlage IIa en IIb worden de volgende gegevens meegedeeld voor het dienstjaar 2005 (geboekte uitgaven door de verzekeringsinstellingen) :</p> <p>* bijlage ter 4.2.1</p> <p>In bijlage ter 4.2.1. a wordt per leeftijdsklasse de geboekte uitgaven en de daadwerkelijk betaalde remgelden meegedeeld. Deze gegevens houden GEEN rekening met de toepassing van de maximumfactuur. Er worden eveneens gemiddelde kostprijzen per verzekerde meegedeeld. In de kolom "remgeld%" wordt de verhouding meegedeeld tussen de daadwerkelijke betaalde remgelden tov de som van de terugbetalingen (uitgaven) en de remgelden. De gemiddelde "remgelddruk" = 8,32%</p> <p>* bijlage quater 4.2.1</p> <p>In bijlage quater 4.2.1 worden gelijkaardige gegevens meegedeeld NA toepassing van de maximumfactuur. Op basis van de totalen kan men vaststellen dat een bedrag van ongeveer 200 miljoen EUR "getransfereerd" wordt van de kolom "remgelden" naar de "kolom "uitgaven". Dit is de toepassing van de maximumfactuur : een gedeelte van de werkelijk betaalde remgelden wordt getransformeerd naar "uitgaven" omdat ze terugbetaald worden aan de verzekerden in het kader van de maximumfactuur. Daardoor vermindert de gemiddelde remgelddruk tot 7,23%</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>1. De implementering van de maximumfactuur vereist een gegevensuitwisseling tussen verschillende Administraties. Bepaalde van deze gegevens zijn "gevoelig" (gegevens m.b.t. inkomens) en vereisen dat er bijzondere aandacht wordt geschonken aan de bescherming van het privé-leven.</p> <p>2. De maximumfactuur kan resulteren in een dubbele terugbetaling van de persoonlijke aandelen van de verzekerden wanneer andere systemen voorzien in de tenlasteneming ervan</p>

3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>1. Er zijn informatiestromen gecreëerd via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid en tussen het RIZIV en de belastingadministratie, volgens principes die de bescherming van het privé-leven maximaal garanderen.</p> <p>2. Een project beoogt een informatiestroom te creëren die de personen die persoonlijke aandelen ten laste nemen toelaat te weten dat een bepaalde verzekerde recht heeft op de maximumfactuur, zodat ze er rekening kunnen mee houden bij hun eigen terugbetalingen.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Het zwakke punt van het systeem is de termijn die er is tussen het ogenblik waarop de personen de kosten betaald hebben en het ogenblik waarop ze terugbetaald worden. Een recente hervorming heeft het mogelijk te maken deze termijn in bepaalde gevallen te verkorten, maar er blijft steeds een tijdsverschil dat inherent is aan de noodzaak om een reeks gegevens te controleren en in voorkomend geval de verzekerde zelf te raadplegen.</p>

BIJLAGE bis 4.2.1**MAF 2002**

	Aantal gezinnen	Aantal personen	Gerealiseerde terugbetalingen €
MAF inkomsten	163.294	295.217	68.162.136,00
Sociale MAF	165.249	397.625	50.599.410,34
Sociale franchise	-	-	1.607.782,15
Kind, jonger dan 16 jaar	-	2.890	708.291,78
Verhoogde kinderbijslag	-	1.036	350.689,62
TOTAAL	328.543	696.768	121.428.309,89

MAF 2003

	Aantal gezinnen	Aantal personen	Gerealiseerde terugbetalingen €
Sociale MAF	194.667	418.458	62.870.444,62
MAF laag inkomen	94.737	154.626	36.180.585,01
MAF bescheiden inkomen	119.202	219.849	53.925.348,85
Verhoogde kinderbijslag	-	1.609	276.840,59
Kind, jonger dan 16 jaar	-	4.001	983.734,29
TOTAAL	408.606	798.543	154.236.953,36

MAF 2004

	Aantal gezinnen	Aantal personen	Gerealiseerde terugbetalingen €
Sociale MAF	204.456	425.967	75.641.719,63
MAF laag inkomen	91.398	150.139	40.851.030,35
MAF bescheiden inkomen	123.577	233.353	62.480.644,49
Verhoogde kinderbijslag		774	284.734,29
Kind, jonger dan 19 jaar		5.432	1.567.315,58
TOTAAL	419.431	815.665	180.825.444,34

MAF 2005 – situation au 10-07-2006

	Aantal gezinnen	Aantal personen	Gerealiseerde terugbetalingen €
Sociale MAF	211.796	442.819	70.778.547,26
MAF inkomen (€ 450)	100.051	167.316	39.650.429,84
MAF inkomen (€ 650)	131.014	248.278	63.427.699,09
MAF inkomen (€ 1.000)	37.203	76.506	19.220.665,10
MAF inkomen (€ 1.400)	9.862	21.070	6.189.131,31
MAF inkomen (€ 1.800)	12.914	31.804	7.679.437,16
Verhoogde kinderbijslag		648	247.337,34
Kind, jonger dan 19 jaar		5.521	1.573.861,73
TOTAAL	502.840	993.962	208.767.108,83

BIJLAGE ter 4.2.1

totaal zonder maf dienstjaar 2005				uitgaven ZONDER maximumfactuur			leeftijdsklassen	
klasse	uitgaven	remgelden (*)	verzekerden	kostprijzen	kostprijzen	remgeld% (*)		
				uitgaven	remgelden			
1	449.572.142,12	45.396.197,93	510.288	881,02	88,96	9,17	< =	4
2	340.609.534,77	34.087.825,82	583.909	583,33	58,38	9,10	5	9
3	313.131.331,82	35.747.872,72	615.799	508,50	58,05	10,25	10	14
4	381.794.366,40	37.833.122,80	623.296	612,54	60,70	9,02	15	19
5	424.819.820,48	44.735.062,94	621.926	683,07	71,93	9,53	20	24
6	549.318.212,84	62.237.072,06	656.083	837,27	94,86	10,18	25	29
7	626.918.174,42	71.167.976,15	695.620	901,24	102,31	10,19	30	34
8	678.279.903,42	76.048.903,19	753.583	900,07	100,92	10,08	35	39
9	793.897.778,11	87.353.102,77	802.956	988,72	108,79	9,91	40	44
10	905.538.625,98	98.007.577,25	768.233	1.178,73	127,58	9,77	45	49
11	1.028.526.271,74	109.711.459,64	701.297	1.466,61	156,44	9,64	50	54
12	1.161.152.268,94	119.727.920,17	664.063	1.748,56	180,30	9,35	55	59
13	1.081.593.351,21	105.943.490,31	503.984	2.146,09	210,21	8,92	60	64
14	1.312.292.536,01	123.007.798,57	490.523	2.675,29	250,77	8,57	65	69
15	1.566.451.218,96	137.906.895,02	469.038	3.339,71	294,02	8,09	70	74
16	1.743.255.540,57	137.066.770,33	401.569	4.341,11	341,33	7,29	75	79
17	1.681.492.407,72	113.873.501,84	296.617	5.668,90	383,91	6,34	80	84
18	927.182.009,53	49.723.184,35	122.594	7.563,03	405,59	5,09	85	89
19	573.360.256,79	22.688.990,66	56.979	10.062,66	398,20	3,81	90	94
20	185.046.293,10	5.595.283,47	15.133	12.228,00	369,74	2,93	> =	95
	16.724.232.044,93	1.517.860.007,99	10.353.490	1.615,32	146,60	8,32		

(*) ZONDER toepassing maximumfactuur

BIJLAGE quater 4.2.1

totaal met corr. maf dienstjaar 2005				uitgaven MET maximumfactuur			leeftijdsklassen	
klasse	uitgaven	remgelden (*)	verzekerden	kostprijzen uitgaven	kostprijzen remgelden	remgeld% (*)		
1	452.013.810,32	42.954.529,73	510.288	885,80	84,18	8,68	< =	4
2	342.260.437,62	32.436.922,97	583.909	586,15	55,55	8,66	5	9
3	314.780.547,60	34.098.656,94	615.799	511,17	55,37	9,77	10	14
4	384.080.586,33	35.546.902,87	623.296	616,21	57,03	8,47	15	19
5	427.593.257,27	41.961.626,15	621.926	687,53	67,47	8,94	20	24
6	552.997.704,41	58.557.580,49	656.083	842,88	89,25	9,58	25	29
7	630.784.555,24	67.301.595,33	695.620	906,79	96,75	9,64	30	34
8	682.936.890,21	71.391.916,40	753.583	906,25	94,74	9,46	35	39
9	799.844.939,19	81.405.941,69	802.956	996,13	101,38	9,24	40	44
10	912.386.416,69	91.159.786,54	768.233	1.187,64	118,66	9,08	45	49
11	1.036.623.124,42	101.614.606,96	701.297	1.478,15	144,90	8,93	50	54
12	1.171.199.954,15	109.680.234,96	664.063	1.763,69	165,17	8,56	55	59
13	1.093.491.855,74	94.044.985,78	503.984	2.169,70	186,60	7,92	60	64
14	1.331.626.392,83	103.673.941,75	490.523	2.714,71	211,35	7,22	65	69
15	1.594.725.744,51	109.632.369,47	469.038	3.399,99	233,74	6,43	70	74
16	1.776.124.840,33	104.197.470,57	401.569	4.422,96	259,48	5,54	75	79
17	1.711.839.994,60	83.525.914,96	296.617	5.771,21	281,60	4,65	80	84
18	941.123.362,21	35.781.831,67	122.594	7.676,75	291,87	3,66	85	89
19	579.648.691,18	16.400.556,27	56.979	10.173,02	287,84	2,75	90	94
20	186.440.124,44	4.201.452,13	15.133	12.320,10	277,64	2,20	> =	95
	16.922.523.229,29	1.319.568.823,63	10.353.490	1.634,48	127,45	7,23		

(*) MET toepassing maximumfactuur

4.2.2. De borstkankerscreeningsprogramma's om tumoren zo snel mogelijk op te sporen en zo de doeltreffendheid van de behandelingen te verhogen

Name of Policy/Project		Member State	
Mammografiescreeningprogramma voor vrouwen van 50 tot 69 jaar		België – Vlaamse en Franse Gemeenschap	
End Purpose of the Initiative			
De tumor zo snel mogelijk opsporen om de doeltreffendheid van de behandeling te verhogen en de mortaliteit van de ziekte te verlagen			
Main Results			
De vroege surrogaatindicatoren van de impact van het programma op de mortaliteit van borstkanker zijn in overeenstemming met de Europese aanbevelingen.			
De participatiegraad is eerder laag (Vlaanderen: 35%).			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>	Federal State and Communities	
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Women 50-69			
Context/Background to the Initiative			
Aanbevelingen van de deskundigen op het vlak van borstkankerscreening, gebaseerd op de resultaten van studies die hebben aangetoond dat mammografiescreening de mortaliteit van borstkanker kan verkleinen.			
Details of the Initiative			
1. Specific Objectives			
- het aantal vrouwen verhogen met kleine tumoren zonder lymfevatinvase (Vlaamse Gemeenschap: de invasieve tumoren die gevonden worden mogen niet groter zijn dan 1 centimeter);			

	<ul style="list-style-type: none"> - de participatie verhogen van de vrouwen in de doelgroep - het aantal onnodige onderzoeken tot een minimum beperken.
2.	How did the initiative address these objectives?
	<ul style="list-style-type: none"> - Vlaamse en Franse Gemeenschap: kwaliteitsgarantieprogramme met kwaliteitscontrole op de procedure en het screeningsproces en evaluatie op alle niveaus. - Franse Gemeenschap: persoonlijke uitnodiging voor de mammografiescreening <p>De Vlaamse Gemeenschap heeft twee manieren om deel te noemen aan het screeningsprogramma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inschrijving door een huisarts; - persoonlijke uitnodiging.
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	<p>Franse Gemeenschap: op dit ogenblik is het programme gepalnd tot december 2009.</p> <p>De Vlaamse Gemeenschap heeft geen einddatum voor de implementatie van dit programma.</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<ul style="list-style-type: none"> - Permanente kwaliteitscontrole op de procedures en het screeningproces, op de radiografische en radiologische verstrekking en op de uitrusting. - Registratie van de resultaten van de mammografieën en van de opvolging van de abnormale resultaten. - Evaluatie volgens de Europese aanbevelingen.
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>De kwaliteit van de mammografiescreening is veel verbeterd.</p> <p>De vroege surrogaatindicatoren van de impact van het programma op de mortaliteit van borstkanker zijn in overeenstemming van de Europese aanbevelingen</p> <p>De participatiegraad stijgt maar is nog steeds niet hoog genoeg.</p> <p>Er vindt een verschuiving plaats van opportunistische diagnostische mammografie (waar er geen vermoeden is van kanker, dus eigenlijk voor preventieve doeleinden) naar mammografiescreening voor preventieve doeleinden (binnen het programma).</p>

2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	Een hoog percentage opportunistische screening.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>Communicatie over het programma en de verstrekkingen naar de bevolking en in het bijzonder naar de vrouwen in de doelgroep toe.</p> <p>Sensibilisering van de vrouwen in de doelgroep.</p> <p>Samenwerking en overleg tussen de betrokken partners (radiologen, huisartsen, verschillende regeringen, lokale en regionale netwerken, geneeskundigen, ziekenfondsen, ...).</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Het netwerk tussen huisartsen, specialisten en andere beroepsbeoefenaars is verbeterd.</p> <p>Er kan makkelijker gepraat worden over borstkanker.</p> <p>De kwaliteit van de mammografiescreening voor diagnostische doeleinden is verbeterd.</p> <p>De samenwerking tussen de verschillende regeringen in België is verbeterd en heeft tot de bovenvermelde positieve resultaten geleid.</p>

4.2.3. Het project "Coma" als aangepast zorgtraject voor de patiënten in een persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of een minimum responsieve status (MRS)

Name of Policy/Project	Member State
Aangepast zorgtraject voor de patiënten in een persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of een minimum responsieve status (MRS).	BELGIË
End Purpose of the Initiative	
<p>Algemene doelstelling</p> <p>Toereikende verzorging verlenen aan de juiste patiënt, op het juiste moment, op de juiste plaats en met de juiste middelen, waarbij wordt gezorgd voor de continuïteit binnen het zorgcircuit zelf. Het gaat er dus om een homogeen zorgaanbod optimaal af te stemmen op de behoeften of het vlak van revalidatie en chronische verzorging.</p>	
Main Results	
<p>Operationalisering van het zorgcircuit.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De externe liaisonfunctie blijft geen dode letter. Dankzij deze functie maakt het team van het deskundig ziekenhuiscentrum kennis met het RVT waarnaartoe het de patiënt verwijst. Zo verbetert niet alleen het wederzijds begrip, de families van de patiënten in een PNVS of een MRS worden ook beter geïnformeerd. Deze twee elementen dragen bij tot het bevorderen van de kwaliteit van de verzorging en de geleverde diensten. De kwaliteit wordt ook bevorderd doordat het team van het RVT bijkomende competenties kan verwerven via opleidingen die aangeboden worden in het kader van de externe verbindingsfunctie. 2. Het pilootproject bevordert de multidisciplinaire samenwerking. 3. Voor de eerste keer wordt er een transsectorale samenwerking georganiseerd binnen een officieel kader. 4. De ziekenhuisreferent voor de continuïteit van de verzorging speelt een centrale rol in het zorgnetwerk. 5. De geografische verspreiding van de deskundige ziekenhuiscentra en de geselecteerde RVT's maakt het voor de patiënt mogelijk om verzorgd te worden dicht bij huis. 6. Aangezien het federale platform van deskundige bestaat uit een vertegenwoordiger van elk van de deskundige ziekenhuiscentra en een gelijk aantal vertegenwoordigers van de langdurige verzorging, kan het terrein rechtstreeks contact hebben met de autoriteiten, wat het mogelijk maakt om samen oplossingen te zoeken voor de problemen die zich voordoen. 	

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Single-parent families <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Older people <input type="checkbox"/> Young People <input type="checkbox"/> People with disabilities <input type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input type="checkbox"/> Healthcare <input type="checkbox"/> Long-term Care <input type="checkbox"/> Governance <input type="checkbox"/> <hr/> Geographical Scope National <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> <hr/> Implementing Body
Context/Background to the Initiative	
<p>Elke dag worden personen getroffen door ernstige acute hersenletsels ten gevolge van een verkeersongeval, een ongeval thuis, een arbeidsongeval, een hartaanval met cerebrale anoxie, een infarct of een hersenbloeding (niet-aangeboren hersenletsel). Daaruit kan een comteuze toestand ontstaan en wanneer deze niet volledig herstelt, een evolutie naar een persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of een minimaal responsieve status (MRS). Dit type patiënt vertegenwoordigt een niet verwaarloosbaar deel van de volledige problematiek van de patiënten met niet-aangeboren chronische zenuwziekten. Voor al deze patiënten is het vooral het gebrek aan aangepaste verblijf- en verzorgingsstructuren dat problemen stelt. In de chronische fase van hun aandoening verblijven deze patiënten immers in diverse instellingen die er niet op voorzien zijn om op een continuë, globale en specifieke manier te beantwoorden aan hun zware zorgbehoeften. Dit stelt problemen zowel op het vlak van de kwaliteit van de verzorging (onaangepaste menselijke en materiële middelen) als op het vlak van de toegankelijkheid van de verzorging.</p>	
Details of the Initiative	
1.	Specific Objectives
	<p>Specifieke doelstelling</p> <p>De creatie van een aangepast zorgnetwerk voor de patiënten in een persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of een minimaal responsieve status (MRS).</p> <p>Kwaliteitsverzorging verstrekken die aangepast is aan de specifieke behoeften van deze patiënten.</p>
2.	How did the initiative address these objectives?
	<p>Om het bovenvermelde probleem op te lossen, hebben de federale overheden de Gemeenschappen en de Gewesten het protocol betreffende "het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status" gesloten (24/05/2004, BS 27/09/2004).</p>

Dankzij dit protocol is er een aangepast zorgnetwerk gecreëerd voor de patiënten in een PNVS of een MRS. We kunnen dit zorgnetwerk schematisch als volgt voorstellen:

De deskundige ziekenhuiscentra

Na de stabilisatie van de vitale functies van de patiënt in een algemeen ziekenhuis, voorziet het zorgtraject het volgende:

- Een overgangshospitalisatie in een deskundig ziekenhuiscentrum dat tijdens de ontwaakfase (gemiddeld 6 maanden) voorziet in een gespecialiseerde multidisciplinaire revalidatiefase.
- Aangepaste long term care:
 - in een gespecialiseerd rust- en verzorgingstehuis
 - in een instelling van het "Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées" (AWIPH) of in een nursing home van het Vlaams Fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap (VFSIPH)
 - thuis, in samenwerking met de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT).

De kwaliteit en de continuïteit van long term care wordt gegarandeerd door een duurzame nauwe samenwerking met de expertisecentra (externe liaison). Zo zullen er regelmatig opleidingen worden georganiseerd en zal er een goede continuïteit gegarandeerd worden. Daartoe zal het expertisecentrum zodra het nodig is gespecialiseerde adviezen geven aan het verzorgingsteam van de overgebrachte patiënt.

1) De deskundige ziekenhuiscentra (14 centra: 80 bedden)

Zodra zijn gezondheidstoestand gestabiliseerd is, verlaat de patiënt het algemeen ziekenhuis en wordt hij overgebracht naar één van de deskundige ziekenhuiscentra gespecialiseerd in de opvang en de revalidatie van de patiënten in een PNVS of MRS. Na een globale check-up moet een intensief en specifiek revalidatieprogramma van gemiddeld 6 maanden de kansen van de patiënt op ontwaken en herstel maximaliseren. De verleende verzorging en verstrekkingen scheppen de best mogelijke omstandigheden voor het herstel en de preventie van complicaties. Wanneer een intensieve revalidatie niet meer aangewezen is, zal er een oplossing voor langdurige begeleiding worden gezocht in overleg met de familie. In dat kader hebben de deskundige ziekenhuiscentra een samenwerkingsovereenkomst (externe liaison) met de gespecialiseerde RVT's, de instellingen van het AWIPH, de nursing homes van het VFSIPH en de GDT, om een optimale continuïteit van de verzorging te garanderen.

De opdrachten van de deskundige ziekenhuiscentra via de externa liaison zijn:

- Criteria voor goede beroepspraktijk uitwerken en verspreiden;
- De continuïteit van de verzorging van de patiënten in optimale omstandigheden verzekeren;
- Zorgen voor de permanente vorming van de verzorgingsteams van de langdurige structuren;
- In overleg de overbrenging van de patiënt voorbereiden.

2) Long term care: in gespecialiseerde RVT's (30 RVT's - 165 bedden)

Bij het verlaten van het deskundige ziekenhuiscentrum kan de patiënt opgenomen worden in een RVT dat weerhouden is in het kader van het zorgtraject. De gespecialiseerde RVT's beschikken over personeel en aan aangepaste structuur voor de doelgroep. Ze garanderen een kwaliteitsvolle opvang en begeleiding in een familiale omgeving en beklemtonen het comfort en de verzorging van de patiënt. De continuïteit van de verzorging wordt gegarandeerd door de duurzame samenwerking met het deskundig ziekenhuiscentrum dat zorgt voor opleiding en dat adviezen formuleert.

De langdurige verzorging thuis* of in een instelling van het AWIPH, de SBFPH of het VFSIPH.

Bij het verlaten van het deskundig ziekenhuiscentrum kan de patiënt thuis verzorgd worden of in een long term care instelling van het AWIPH, de SBFPH of het VFSIPH. De patiënt ontvangt een forfaitair bedrag waarmee hij het materiaal dat hij nodig heeft kan bekostigen. Wanneer de patiënt thuis wordt verzorgd, kan er multidisciplinair overleg georganiseerd worden met de GDT en kan er een zorgplan opgemaakt worden dat rekening houdt met alle betrokkenen.

In het kader van het protocol werd er een federaal platform van deskundigen opgericht voor de evaluatie van dit project; het is samengesteld uit een vertegenwoordiger van elk deskundig ziekenhuiscentrum en een gelijk aantal vertegenwoordigers van de long term care. Elke Gemeenschap en elk gewest heeft eveneens een vertegenwoordiger in het platform. De FOD Volksgezondheid verzorgt het voorzitterschap en het secretariaat.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Dit project werd aanvankelijk geïmplementeerd in het kader van een pilootproject dat 2 jaar duurde. De evaluatie van deze pilootperiode is pas afgelopen en gezien de resultaten heeft de Minister van Volksgezondheid beslist om dit zorgtraject structureel te maken.

Er zullen dus erkennings- en financieringsnormen komen, rekenig houdend met de aanbevelingen van het federaal platform van deskundigen dat opgericht werd in het kader van dit project. Dit platform raad aan het aantal expertisebedden met 21% te verhogen en ook de financiering van de externe liaison te verhogen, deze is immers een essentiële succesfactor voor de werking van het circuit!

Dit project is een uitstekend model van volledig geïntegreerde verzorging en zal zeker als reflectiebasis kunnen dienen voor de hervorming van de revalidatiesector en voor het zoeken naar een oplossing voor de verzorging van de andere niet-aangeboren zenuwziekten.

Monitoring and Evaluation

	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>In het kader van het protocol werd er een federaal platform van deskundigen opgericht voor de evaluatie van dit project; het is samengesteld uit een vertegenwoordiger van elk deskundig ziekenhuiscentrum en een gelijk aantal vertegenwoordigers van de long term care. Elke Gemeenschap en elk gewest heeft eveneens een vertegenwoordiger in het platform. De FOD Volksgezondheid verzorgt het voorzitterschap en het secretariaat.</p> <p>Dit platform heeft een standaard activiteitenverslag uitgewerkt voor de expertisecentra, waarin kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verzameld zijn. Met het oog op de zo volledig mogelijke evaluatie van dit project, werd na 2 jaar werking een semi-open vragenlijst gestuurd naar de RVT's die betrokken zijn bij het project en naar de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging.</p> <p>Over een periode van 2 jaar zijn epidemiologische, medische en klinische gegevens verzameld voor de 392 patiënten die dit nieuwe zorgtraject doorlopen hebben.</p> <p>Om bepaalde specifieke aspecten van dit nieuwe zorgmodel grondig te kunnen bestuderen, heeft het platform van deskundigen besloten om verschillende werkgroepen op te richten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zichtbaarheid van het project - medisch verslag - activiteitenverslag voor de expertisecentra - materiële behoeften en specifieke verzorging in de RVT's - ethiek - guideline
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>De aanvankelijke doelstellingen zijn volledig gerealiseerd</p> <p>1. De externe liaisonfunctie blijft geen dode letter. Dankzij deze functie maakt het team van het deskundig ziekenhuiscentrum kennis met het RVT waarnaartoe het de patiënt verwijst. Zo verbetert niet alleen het wederzijds begrip, de families van de patiënten in een PNVS of een MRS worden ook beter geïnformeerd. Deze twee elementen dragen bij tot het bevorderen van de kwaliteit van de verzorging en de geleverde diensten. De kwaliteit wordt ook bevorderd doordat het team van het RVT bijkomende competenties kan verwerven via opleidingen die aangeboden worden in het kader van de externe verbindingsfunctie.</p> <p>2. Het pilootproject bevordert de multidisciplinaire samenwerking.</p> <p>3. Voor de eerste keer wordt er een transsectorale samenwerking georganiseerd binnen een officieel kader.</p>

	<p>4. De ziekenhuisreferent voor de continuïteit van de verzorging speelt een centrale rol in het zorgnetwerk.</p> <p>5. De geografische verspreiding van de deskundige ziekenhuiscentra en de geselecteerde RVT's maakt het voor de patiënt mogelijk om verzorgd te worden dicht bij huis.</p> <p>6. Aangezien het federale platform van deskundige bestaat uit een vertegenwoordiger van elk van de deskundige ziekenhuiscentra en een gelijk aantal vertegenwoordigers van de langdurige verzorging, kan het terrein rechtstreeks contact hebben met de autoriteiten, wat het mogelijk maakt om samen oplossingen te zoeken voor de problemen die zich voordoen.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Het project is nog niet voldoende gekend door de sector.</p> <p>Probleem van toegankelijkheid van de long term care in de RVT's voor de patiënten, de kosten voor de patiënt blijven erg hoog en duidelijk hoger dan kosten voor thuisverzorging of voor verzorging in een nursing home.</p> <p>Er zijn onvoldoende bedden in de expertisecentra.</p> <p>De bezettingsgraad in de RVT's verschilt sterk van provincie tot provincie (van 0 tot 138%).</p> <p>Een aantal PNVS-MSR patiënten ontsnapt aan het zorgtraject en gaat naar niet-erkende centra.</p> <p>De instellingen voor personen met een handicap nemen niet echt deel aan het traject, op de 392 gevolgde patiënten zijn er slechts 2 overgebracht naar een nursing home van het VFSIPH.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>De bekendmaking van het project via, onder andere, een informatiebrochure en een symposium is essentieel om aan dit innoverende transsectorale project een plaats te geven in het zorglandschap.</p> <p>De verhoging van het aantal bedden in expertisecentra naar 21% zal waarschijnlijk gerealiseerd worden in 2007.</p> <p>Er is een discussie gepland met de Gemeenschappen en de Gewesten en eventueel zal de verspreiding van de RVT's en de rol van het AWIPH en het VFSIPH in het zorgcircuit herbekeken worden.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

4.2.4. 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

Name of Policy/Project	Member State
Protocol 3 GESLOTEN TUSSEN DE FEDERALE OVERHEID EN DE OVERHEDEN VEDOELD IN DE ARTIKELN 128, 130 EN 135 VAN DE GRONDWET BETREFFENDE HET TE VOEREN OUDERENZORGBELEID	BELGIË
End Purpose of the Initiative	
<p>De sociale akkoorden die in 2005 werden gesloten voor de non-profit sector beogen een betere omkadering en een vermindering van de werkdruk. In dit kader werd de volgende tekst opgenomen in de akkoorden:</p> <p>“in het kader van het equivalent van een reconversie van 28.000 ROB bedden in RVT volgens het principe van "RVT equivalenten": realiseren van 2.613 VTE, waarvan 70 VTE worden voorbehouden aan de diensten voor thuisverpleging teneinde voor thuiswonende zwaar zorgbehoevenden in het kader van een innoverende samenwerking tussen eerstelijnszorg en instellingen een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen dat institutionalisering vermijdt of uitstelt. De rusthuissector en deze van de diensten voor thuisverpleging zullen betrokken worden bij het interministerieel overleg dat moet leiden tot een nieuw samenwerkingsprotocol betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid.”</p> <p>Het derde protocolakkoord legt het budgettaire kader vast van de zorginvesteringen in de verschillende Gemeenschappen en Gewesten, en dit gespreid over zes jaar. Aangezien de klemtoon gelegd wordt op het creëren van bijkomende arbeidsplaatsen in de zorgsector, is het belangrijk om ervoor te waken dat er voldoende hulp- en zorgverstrekkers zijn die op een adequate manier gefinancierd worden. Het tewerkstellings- en onderwijsbeleid zullen hier een belangrijke rol spelen. De realisatie van 2.613 VTE, door de reconversie van 28.000 ROB bedden in RVT bedden, is verbonden aan de ondertekening van collectieve arbeidsovereenkomsten door de sociale partners.</p> <p>De collectieve overeenkomsten of de koninklijke besluiten die nodig zijn, hebben betrekking op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de verlaging van de drempel voor het oprichten van een vakbondsafvaardiging; - de onmiddellijke vervanging bij afwezigheid; - het tijdig bekendmaken van de uurrooster aan de werknemers en de sanctie die van toepassing is bij wijziging van de uurroosters; - de implementering van de maatregel "arbeidsovereenkomst”; 	

Main Results

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input type="checkbox"/>
Children <input type="checkbox"/>	Healthcare <input type="checkbox"/>
Single-parent families <input type="checkbox"/>	Long-term Care <input type="checkbox"/>
Unemployed <input type="checkbox"/>	Governance <input type="checkbox"/>
Older people <input type="checkbox"/>	
Young People <input type="checkbox"/>	Geographical Scope
People with disabilities <input type="checkbox"/>	National <input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/>	Regional <input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities <input type="checkbox"/>	
Homeless <input type="checkbox"/>	Implementing Body
Specific Illness/disease <input type="checkbox"/>	
Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	

Context/Background to the Initiative	
Details of the Initiative	
1.	Specific Objectives
2.	How did the initiative address these objectives?
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	Een interkabinettenwerkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende Ministers die het Protocol ondertekend hebben en die minstens een keer per maand samenkomt om de realisatie van de doelstellingen op te volgen.
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	Er is geen enkele doelstelling bereikt (zie lager).
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	De collectieve arbeidsovereenkomsten zijn niet allemaal ondertekend; noch de reconversie van ROB-bedden in RVT-bedden, noch de realisatie of de versterking van alternatieven voor de opname in een instelling zijn aangevat kunnen worden. Er zijn op dit ogenblik dus nog geen arbeidsplaatsen gecreëerd.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	Er zijn nog vergaderingen in paritair comité voorzien om tot een akkoord te komen. Bepaalde sectoren hebben evenwel alle collectieve arbeidsovereenkomsten ondertekend, we zijn dus niet geblokkeerd, in deze sectoren kan de creatie van arbeidsplaatsen binnenkort aanvangen.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

4.2.5. De vaccinatieprogramma's die de verlaging van de morbiditeit en de mortaliteit van de vermijdbare besmettelijke ziekten beogen via de immunisatie van doelgroepen

Name of Policy/Project		Member State	
Vaccinatieprogramma.		België (Franse Gemeenschap)	
End Purpose of the Initiative			
Verlaging van de mortaliteit en de morbiditeit van de vermijdbare besmettelijke ziekten beogen via de immunisatie van doelgroepen.			
Main Results			
Bij de jonge kinderen (tot de leeftijd van 11-12 jaar) zijn de mortaliteits- en de morbiditeitsgraad bevredigend ten opzichte van de internationale normen, behalve wat hepatitis B en mazelen betreft.			
Bij de adolescenten en de ouderen zijn de resultaten nog onvoldoende.			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
Aanbevelingen van de Wereld Gezondheidsorganisatie			
Algemeen preventiebeleid voor besmettelijke ziekten			
Aanbevelingen van de Hoge gezondheidsraad.			
Details of the Initiative			
1. Specific Objectives			
Bij de kinderen en de jongeren van 0 tot 18 jaar: de vaccinatiegraad tegen de volgende 1 ziekten bewaren of verhogen: kinderverlamming, difterie, kinkhoest, tetanus, hepatitis B, mazelen, rodehond, bof, invasieve infecties met Meningokokken C, Haemophilus influenzae type B en pneumokokken			

Bij de volwassenen: informeren over de periodiciteit van de herhaalvaccinaties voor allen (difterie en tetanus) en over het belang van specifieke vaccins voor de meest kwetsbaren (griep en pneumokokken).

2. How did the initiative address these objectives?

Via het ontwikkelen van kennis en het motiveren van de bevolking met betrekking tot vaccinatie (informeren van de doelgroepen over het belang van vaccinatie, verbetering van de begrijpelijkheid van de verantwoordelijken en de verstrekkers met betrekking tot vaccinatie bij het publiek).

Via de maximale toegang tot de vaccins bestemd voor de kinderen en de adolescenten die doelgroepen zijn van de Franse Gemeenschap (kosteloosheid en beschikbaarheid van de vaccindoses, vrije keuze van de vaccinator, vergemakkelijken van de stappen die de rechthebbenden moeten zetten).

Via de coherentie en de relevantie van het programma (overleg en coördinatie van de partners, uitwisseling van de gegevens tussen de diensten voor kinderzorg en de gezondheidsdiensten op school, nauwkeurigheid en wetenschappelijke evaluatie van het programma via epidemiologische surveillance en meting van de vaccinatiegraad). Daartoe, in de Franse Gemeenschap, is er een samenwerking in het leven geroepen tussen de DG Gezondheid en de interuniversitaire vereniging Provac die belast is met de operationalisering van het programma.

Via de garantie van de aansturing en de continuïteit van het programma op reglementair, administratief en beleidsvlak.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Het gaat om een permanent proces.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Epidemiologische opvolging

Regelmatige meting van de vaccinatiegraad

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

Voldoende, behalve wat de vaccinatiegraad betreft

- van de kinderen tegen mazelen;
- van de adolescenten tegen hepatitis B;
- van de beroepsbeoefenaars en risicogroepen tegen griep

2. What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?

	<ul style="list-style-type: none"> - bij kinderen worden de vaccinaties vaak uit het oog verloren na de lagere school; - het is moeilijk om zeldzaam geworden ziekten op te sporen; - het is soms moeilijk om de doelstellingen (hoge vaccinatiegraad) te verenigen met budgettaire beperkingen.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<ul style="list-style-type: none"> - strijd tegen het gevoel dat sommige ziekten onschuldig zijn door de bevolking en de beroepsbeoefenaars te sensibiliseren (gerichte mailings, seminaries, TV-spots); - invoering van een aangepast meldingssysteem voor zeldzame ziekten door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; - in de Franse Gemmenschap, een invoering van een systeem van selectieve toegang tot de vaccins die beschikbaar zijn in het bestellings- en leveringscircuit.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

Bijlage 4.3. Statistische analyse (door indicatoren)

Korte bespreking van de resultaten van de gezondheidsindicatoren

De gezondheidsindicatoren geven informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking, leefstijl en het optreden van risicofactoren, het bereik van preventiebeleid, de toegankelijkheid, de kosten en het gebruik van gezondheidszorgen, de lange termijn houdbaarheid van uitgaven voor gezondheidszorg. De analyse is gebeurd op basis van de Europese gemeenschappelijke indicatoren, aangevuld met nationale indicatoren³⁹.

1. Gezondheidstoestand

Levens- en gezondheidsverwachting

De **levensverwachting**, de leeftijd die men bij de geboorte gemiddeld mag verwachten te kunnen bereiken, is één van de meest gebruikte indicatoren om de algemene gezondheidstoestand van een bevolking in beeld te brengen. Ze wordt bepaald door een groot aantal factoren, waaronder de algemene welvaart, de leefhygiëne en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Net zoals in de meeste andere EU-lidstaten, is de levensverwachting in België in de loop van de voorbije decennia voortdurend toegenomen. In 2004 bedroeg ze 82,4 voor vrouwen en 76,5 voor mannen (een verschil van 5,9 jaar in het voordeel van de vrouwen). In 1990 was dat nog 79,4 voor vrouwen en 72,7 voor mannen (een verschil van 6,7 jaar in het voordeel van de vrouwen). We kunnen de cijfers voor 2003 (vrouwen: 81,7 en mannen 75,9) vergelijken met deze van de andere Europese lidstaten. België blijkt een relatief hoge levensverwachting te hebben. De beste resultaten werden opgetekend in Zweden (vrouwen: 82,5, mannen: 77,9), de slechtste in Letland (vrouwen: 75,9, mannen: 65,7).

Het is belangrijk na te gaan welk gedeelte van de **levensverwachting in goede gezondheid** wordt doorgebracht zodat men niet alleen een idee heeft van de lengte, maar ook van de kwaliteit van het leven. De levensverwachting in goede gezondheid is ook belangrijk in het licht van 'active ageing' strategieën gericht op het langer actief blijven van ouderen. Oudere, gezonde mensen kunnen een belangrijke bijdrage leveren tot hun familie, de gemeenschap waarin ze leven en de economie door formele activiteit op de arbeidsmarkt en door informele activiteit zoals zorg voor kinderen, zieken, ouderen. Er bestaat een bewezen verband tussen gezondheid en economische groei en sociale welvaart.

Recent werd de gezondheidsverwachting berekend op basis van mortaliteitsdata van het NIS en de vragen naar de gezondheidstoestand opgenomen in de socio-economische enquête van 2001⁴⁰. De gezondheidstoestand werd vastgesteld op basis van de vraag naar de algemene subjectieve gezondheid: Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? Chronische ziekte werd vastgesteld op basis van de vraag: Lijdt u aan één of meer langdurige ziekten, chronische aandoeningen of handicaps?

Voor vrouwen was de levensverwachting bij geboorte 81,7 jaar, de gezondheidsverwachting 59,5 jaar en de levensverwachting zonder chronische ziekte 63,4 jaar. De levensverwachting van mannen was 75,4 jaar, terwijl hun

³⁹ De indicatoren van het Nationaal Actieplan Sociale Inclusie die betrekking hebben op de dimensie gezondheid werden in de analyse betrokken.

⁴⁰ Van Oyen, H. Bossuyt, N. Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S. Lorant, V. Miermans P.-J. *Composite health measures in Belgium based on the 2001 census*, 32p (unpublished).

gezondheidsverwachting 58 jaar en hun levensverwachting zonder chronische ziekte 59,7 jaar was. Vrouwen hebben dus een levensverwachting die 6 jaar langer is dan die van mannen, maar hun subjectieve gezondheidsverwachting is slechts 1,5 jaar langer en ze mogen verwachten 2,9 jaar langer met een chronische ziekte te leven dan mannen.

Op 65 jaar was de levensverwachting van vrouwen 20,2 jaar, de gezondheidsverwachting 7 jaar en de levensverwachting zonder chronische ziekte 10,1. De levensverwachting van mannen op 65 was in 2001 16,2jaar terwijl hun gezondheidsverwachting 6,6 jaar was en hun levensverwachting zonder chronische ziekte 8,6.

Men kan zich de vraag stellen of de toename van de levensverwachting in de tijd al dan niet gepaard gaat met een toename van het aantal jaren doorgebracht in slechte gezondheid (compressie, stabiliteit of expansie van slechte gezondheid)? Deze vraag is ook belangrijk in functie van projecties met betrekking tot de kost van de vergrijzing.

Een meting over drie meetpunten (1997, 2001 en 2004), waarbij telkens de Gezondheidsenquête werd gebruikt om de (subjectieve) gezondheidstoestand te meten levert steun op voor de compressietheorie (de verlenging van de levensverwachting gaat samen met een samendrukking van de jaren met een chronische ziekte) ⁴¹. Over de periode 1997-2004 steeg de levensverwachting van mannen met 1,82 jaren terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 3,35 jaar toenam. Voor vrouwen nam de levensverwachting toe met 1,29 jaar, terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 2,47 jaar toenam.

Alternatieve cijfers over de levensverwachting in goede gezondheid op basis van de Europese structurele indicator 'levensverwachting zonder invaliditeit'

De Europese structurele indicator levensverwachting zonder invaliditeit (disability free life expectancy) is beschikbaar voor de periode 1995-2003. De indicator wordt berekend op basis van een enquêtevraag (ECHP) naar beperkingen in dagelijkse activiteiten door ziekte of handicap⁴². Over de bestudeerde periode nam de levensverwachting bij geboorte van vrouwen met 1,5 jaar toe, hun levensverwachting zonder invaliditeit met 2,8 jaar. Voor mannen steeg de levensverwachting in dezelfde periode met 2,5 jaar, de levensverwachting zonder invaliditeit met 4,1 jaar. De toename van beide indicatoren was dus groter bij de mannen dan bij de vrouwen. Vrouwen konden in 2003 verwachten 84,7% van hun leven zonder invaliditeit door te brengen (was 82,8 in 1995), mannen 88,8% (was 86,2% in 1995). In Europees vergelijkend opzicht scoort België goed met deze cijfers, ook wat de recente trend betreft.

De levensverwachting zonder invaliditeit op 65 jaar blijkt in dezelfde referentieperiode zowel voor vrouwen als voor mannen trager vooruit te gaan dan hun levensverwachting (vrouwen: levensverwachting +0,8, levensverwachting zonder invaliditeit +0,7; mannen levensverwachting + 1,9, levensverwachting zonder invaliditeit + 1,3. Ook hier is er een toename voor beide groepen, maar groter voor mannen dan voor vrouwen.

⁴¹ Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. Reves 2006. 14 p.

⁴² ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? 2002 en 2003 zijn extrapolaties.

Er zijn duidelijke verschillen tussen de gewesten waarbij de levensverwachting en de gezondheids-verwachting bij geboorte het laagst is in het Waals Gewest en het hoogst in het Vlaams Gewest.

Enkele jaren geleden werd de gezondheidsverwachting naar opleidingsniveau berekend. Op basis van een combinatie van data uit de nationale mortaliteitsdatabank, een 5 jaar lange opvolging van de Volkstelling van 1991 en de Gezondheidsenquête van 1997. Men kon concluderen dat mensen met een laag opleidingsniveau (geen diploma of enkel lager onderwijs) in België niet alleen korter leven (vrouwen: 2,8 jaar; mannen 5,2 jaar) maar ook veel minder lang in goed ervaren gezondheid leven (vrouwen 14,5 jaar; mannen 15,5 jaar) dan hoog opgeleiden (diploma hoger onderwijs).

Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe beter de toegang tot informatie over gezondheid en hoe beter men gewapend is om die kennis ook in de praktijk te gebruiken. Anderzijds bepaalt het opleidingsniveau ook mee de arbeidsmarktpositie en werktevredenheid en daardoor ook indirect de gezondheidstoestand. Er is ook een duidelijk verband tussen de socio-economische positie en leefstijl (zie verder).

Foeto-infantiele sterfte

Zowel de kindersterfte (sterfte van kinderen in het eerste levensjaar in verhouding tot het aantal levend geboren kinderen) als de perinatale mortaliteit (sterfte in de eerste levensweek plus doodgeboorten in verhouding tot het aantal geboorten inclusief doodgeboorten) is in België in de voorbije decennia merkelijk gedaald. De kindersterftegraad (uitgedrukt per duizend geboorten) was in België nog 12,1 in 1980. In 1990 was hij gedaald tot 6,5, in 2000 tot 4,8. In 2004 is de verhouding 4,3, wat iets lager is dan het EU25 gemiddelde, 4,5. Binnen de Europese Unie is de kindersterfte met 9,4 het hoogst in Letland en met 3,1 het laagst in Zweden.

Een analyse van de doodgeboorte, de sterfte in de eerste levensweek en de sterfte na de eerste levensweek maar vóór de leeftijd van 1 jaar over de periode 1980 tot 1994 op basis van de socio-professionele categorie van de vader toont aan dat er sprake is van een duidelijke sociaal-economische gradiënt. De kindersterfte in de hogere beroepsgroepen ligt telkens beduidend lager dan in de beroepscategorieën met een lagere status, al worden de verschillen wel minder belangrijk doorheen de tijd. Analyses met betrekking tot het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op basis van recentere data wijzen toch op het blijvend belang van socio-economische status van de ouders op de kindersterfte⁴³.

Subjectieve gezondheidstoestand ⁴⁴

Op basis van de resultaten van de Gezondheidsenquête kan men zich een idee vormen van de subjectieve (zelf verklaarde) gezondheidstoestand van de bevolking.

In België zegt 23% van de bevolking in een matige, slechte of zeer slechte gezondheidstoestand te verkeren (percentage ongeveer stabiel in de periode 1997-2004). De op deze manier gedefinieerde **slechte subjectieve gezondheid** neemt, niet onverwachts, toe in functie van de leeftijd. Het percentage personen dat een matige tot zeer slechte gezondheid rapporteert varieert van 8% bij de 15 tot 24-

⁴³ Zie Administratie Gezondheidszorg – Team Beleidsvaluatie. Foeto-infantiele sterfte. In: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. *Gezondheidsindicatoren 2001-2002*. Pagina 33-48. Analyse voor de Vlaamse Gemeenschap 2001-2002. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad. Welzijnsbarometer. Editie 2005/1 P.26 (cijfers 1998 – 2003).

⁴⁴ Analyse grotendeels gebaseerd op WIV *Gezondheidsenquête België 2004*. IPH/EPI Reports nr. 2006 - 035.

jarigen tot 53% bij de mensen van 75 jaar en ouder. Vanaf 45 jaar verklaren vrouwen meer in slechte gezondheid te leven dan mannen (alle leeftijden: 25% versus 21%). Personen met een lage opleiding geven vaker aan ontevreden te zijn over hun gezondheidstoestand (45%) dan personen met een hoge opleiding (13,6%).

Bijna een kwart van de bevolking (24%) zegt minstens één **langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap** te hebben. Ook dit percentage is ongeveer stabiel in de periode 1997-2004. De kans om een langdurige aandoening te hebben stijgt opnieuw sterk met de leeftijd (75+: 53%). Langdurige aandoeningen worden meer gerapporteerd bij mensen met een laag (37%) dan bij mensen met een hoog (19%) opleidingsniveau. Mensen met een lage opleiding rapporteren vaker bronchitis, hartlijden, hoge bloeddruk, suikerziekte, depressie, duizeligheid met vallen, migraine, hardnekkige rugaandoeningen, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking, andere vormen van chronisch reuma, maagzweer of zweer van de dunne darm. Allergie komt dan weer vaker voor bij hoog opgeleiden. Bij mensen met een laag opleidingsniveau is er ook vaker sprake van comorbiditeit, het samen voorkomen van verschillende aandoeningen (diploma lager onderwijs of geen diploma: 21%, diploma hoger onderwijs: 3%).

10% van de bevolking verklaart te leiden aan een **chronische ziekte die een voortdurende belemmering met zich meebrengt bij het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten** (stabiel over de periode 1997-2004). Er is weer sprake van een hogere prevalentie voor vrouwen, ouderen, laag opgeleiden, mensen met een laag inkomen (16% in het eerste inkomenskwintiel, 5% in het top inkomenskwintiel).

Alternatieve cijfers over subjectieve gezondheidstoestand op basis van EU-SILC 2004

Zelf waargenomen gezondheidstoestand

8% van de bevolking van 16 jaar en ouder zegt in slechte tot zeer slechte gezondheid te verkeren (vrouwen: 8,6% en mannen: 7,3%). Bij de jongeren (16 tot 24) is dat 2%, bij de bevolking van 85 en ouder 26,1%. In het laagste inkomenskwartiel zegt 41% in slechte tot zeer slechte gezondheid te zijn. In het hoogste inkomenskwartiel is dat 11%.

Beperkingen in dagelijkse activiteiten

Bijna 27% van de bevolking van 16 jaar en ouder zegt beperkt te zijn in zijn dagelijkse activiteiten (28% van de vrouwen en 26% van de mannen). 11,5% is sterk beperkt (13% van de vrouwen en 10% van de mannen). Het percentage stijgt sterk in functie van de leeftijd: 5% van de 16 tot 24-jarigen wordt geconfronteerd met sterke belemmeringen, 45% van de mensen van 85 jaar en ouder. Het percentage personen met beperkingen in het laagste inkomenskwartiel (33%) is ook merkbaar hoger dan dat in het hoogste inkomenskwartiel (17%).

De **prevalentie van depressie** kan geanalyseerd worden op basis van de antwoorden van de respondenten van de Gezondheidsenquête op een 13 punten-schaal⁴⁵. Op deze manier gemeten komt depressie voor bij 8% van de bevolking (stabiel in vergelijking met 2001), meer bij vrouwen (10%) dan bij mannen (6%) en neemt toe met de leeftijd (13% bij de bevolking 75+). Mensen in het laagste inkomenskwintiel (18%) zijn vaker depressief dan mensen in het hoogste

⁴⁵ Het gaat over de 13 items van de zgn. SCL-90-R subschaal voor depressie. De vragen peilen naar diverse symptomen van depressie (geen energie hebben, vaak huilen, wanhopig zijn over de toekomst enz...).

inkomenskwintiel (5%), mensen met een diploma ten hoogste lager secundair onderwijs (12%) vaker dan personen met een diploma hoger onderwijs (4%). Risicogroepen zijn in het bijzonder ook éénoudergezinnen (17%) en alleenstaanden (12%), maar vooral ook zieken/invaliden (38%) en werklozen (12%).

De Gezondheidsenquête levert dus aanwijzingen voor sociaal-economische verschillen in subjectieve gezondheidsstatus. Diegenen die een lagere socio-economische status hebben, hebben over het algemeen een minder goede gezondheid. De causale relatie kan daarbij in beide richtingen gaan: lage socio-economische status omdat men een slechte gezondheidstoestand heeft en slechte gezondheid omdat men een lage socio-economische status heeft⁴⁶. Op de meeste van deze indicatoren vertoont het Vlaams Gewest een betere score dan het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest.

2. Leefstijl - risicofactoren

Onderzoek toont aan dat leefgewoonten, zoals lichaamsbeweging, voedingsgewoonten, alcohol en tabaksgebruik, een grote invloed hebben op de gezondheid. De Gezondheidsenquête van 2004 laat toe de prevalentie van verschillende leefstijlen in kaart te brengen.

25% van de bevolking loopt een gezondheidsrisico omdat ze helemaal niet aan lichaamsbeweging doen in hun vrije tijd. 22% heeft een onregelmatig eetpatroon. 15% eet minder dan één keer per dag groenten. Ongeveer 40% eet te weinig vis, fruit en bruin brood. 44% heeft te kampen met overgewicht (BMI > 25), 13% is echt zwaarlijvig (BMI > 30). 7% van de bevolking is zware drinker (drinkt gemiddeld minstens 22 glazen alcohol per week). 10% is zware roker (20 of meer sigaretten per dag)⁴⁷.

Opnieuw blijkt dat diegenen die een lagere socio-economische positie hebben vaker gekenmerkt worden door een levensstijl die grotere gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Als voorbeeld kan verwezen worden naar de prevalentie van zwaarlijvigheid en zwaar rookgedrag. In België was in 2004, zoals eerder vermeld, 13% van de bevolking van 18 jaar en ouder zwaarlijvig (BMI > 30). Voor mensen met een lage opleiding was dat 20%, voor de hoog opgeleiden 6%. Het percentage zware rokers (20 sigaretten of meer per dag) bij dezelfde bevolkingsgroep bedroeg, zoals vermeld, 10%. Ook hier is het percentage hoger bij de laag dan bij de hoog opgeleiden (13% tegenover 6%).

3. Bereik van preventiebeleid

Preventiebeleid is erop gericht het optreden van nieuwe ziektegevallen te verhinderen door de oorzaken van de ziekte weg te nemen of door ziekten vroegtijdig op te sporen (screening).

In de Gezondheidsenquête wordt de vraag gesteld naar deelname van de volwassen bevolking aan preventie- en screeningactiviteiten. Het gaat over vaccinatie, screening van hart- en vaatziekten, van borst- en baarmoederhalskanker. Deze cijfers zijn gebaseerd op de verklaringen van de respondenten. Objectieve gegevens over terugbetalingen door de verzekeringsinstellingen liggen vaak merkkelijk lager.

Vaccinatie

⁴⁶ Volgens het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid is er een consensus gegroeid over het feit dat de eerste causale richting: lage socio-economische status omdat men een slechte gezondheid heeft slechts in zeer beperkte mate de samenhang tussen socio-economische status en gezondheidstoestand verklaart.

⁴⁷ In internationaal vergelijkend opzicht scoort België vrij goed wat roken betreft, gemiddeld wat alcoholgebruik en overgewicht betreft.

49% van de bevolking beschikt over een vaccinatiekaart. 60% van de bevolking van 15 jaar en ouder is in de voorbije 10 jaar gevaccineerd tegen tetanus, 29% tegen hepatitis B. De vaccinatiegraad tegen tetanus daalt, deze tegen hepatitis B stijgt. 12% van de risicobevolking (45+) werd gevaccineerd tegen pneumokokken in de afgelopen vijf jaar. 14% van de bevolking werd gevaccineerd tegen meningokokken type C (hersenvliesontsteking) in de loop van de afgelopen 3 jaar. 30% van de bevolking van 15 jaar en ouder gaf aan minstens éénmaal gevaccineerd geweest te zijn tegen griep in de loop van het laatste vaccinatie seizoen (september tot december). Voor de bevolking van 65 jaar en ouder is dat 47%. De vaccinatiegraad tegen griep vertoont een stijgende tendens.

Voor een aantal vaccinaties (griep, pneumokokken) kunnen geen verschillen naar gelang van het opleidingsniveau worden vastgesteld. Er is wel een invloed van de sociaal-economische positie in het geval van vaccinatie tegen tetanus, hepatitis B en meningokokken type C. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe hoger de vaccinatiegraad.

Wat **vaccinatie van jonge kinderen** betreft zijn er recente cijfers bekend voor Vlaanderen. Uit het vaccinatiegraadonderzoek van 2005 blijkt dat zuigelingen in Vlaanderen uitstekend gevaccineerd zijn, met een vaccinatiegraad boven de 90% voor alle gratis aangeboden vaccins. Vergeleken met de gegevens uit een gelijkaardige studie uit 1999 bij 1000 jonge kinderen, is de vaccinatiegraad voor alle vaccins sterk verbeterd. In de huidige studie zijn 97% van de zuigelingen volledig gevaccineerd tegen polio, klem, kroep, kinkhoest en *H influenza* type b in de loop van de eerste 6 maanden, en meer dan 92% ontving zijn 4^o dosis in het tweede levensjaar. Meer dan 92% van de kinderen is volledig gevaccineerd tegen hepatitis B en 94% tegen mazelen, bof, rubella en meningokokken C. Dit resultaat kon slechts bereikt worden door de gezamenlijke en volgehouden inspanning van vaccinerende artsen en instanties en een hoogstaand en wetenschappelijk onderbouwd vaccinatiebeleid. De gegevens van de laatste enquête van de Franse Gemeenschap dateren van 2003. De vaccinatiegraad voor de zuigelingen (18-24 maanden) varieert, volgens de vaccins, van 85 tot 90%. Van de andere Europese landen met een vergelijkbaar vaccinatiebeleid en gezondheidszorgsysteem bereiken enkel Finland en Nederland een even hoge vaccinatiegraad.

Screening van hart- en vaatziekten en van diabetes

90% van de bevolking van 15 jaar en ouder geeft aan dat hun **bloeddruk** in de afgelopen vijf jaar gecontroleerd werd, 62% rapporteerde een onderzoek van het **cholesterolgehalte** in hun bloed. 50% van de bevolking van 15 jaar en ouder rapporteerde een controle van het **bloedsuikergehalte** te hebben gehad in de afgelopen 3 jaar.

Wat betreft de mate waarin de bevolking gecontroleerd werd voor bloeddruk, cholesterol of suikergehalte in het bloed kunnen geen verschillen in functie van de socio-economische positie worden vastgesteld.

Screening van kanker

In 2004 rapporteerde 72% van de vrouwen in de leeftijdsgroep 25 tot 64 jaar in de laatste drie jaar een **baarmoederhals-uitstrijkje** te hebben laten uitvoeren (administratieve gegevens over terugbetalingen geven een lager cijfer: 59%). Slechts 50% van de mensen zonder diploma of met enkel een diploma lager onderwijs verklaarden dit te hebben laten doen, tegenover 80% van de vrouwen met een diploma hoger onderwijs. 36% van de vrouwen van 15 jaar en ouder gaven aan in de afgelopen twee jaar een **mammografie** te hebben laten uitvoeren. In de specifieke doelgroep voor vroegtijdige opsporing van borstkanker (50 tot 69 jaar) was dit percentage 71%. Ook hier worden verschillen vastgesteld in functie van het opleidingsniveau.

4. Toegankelijkheid, gebruik, kosten van gezondheidszorg

In vergelijking met de twaalf andere EU-lidstaten waarvoor al EU-SILC data verzameld werden in 2004 is het percentage mensen (16+) dat in België zegt in de voorbije twaalf maanden een **medisch onderzoek of behandeling nodig te hebben gehad, maar niet te hebben gekregen** beperkt: 1,8%. Het percentage ligt hoger bij het tandheelkundig onderzoek: hier benadert het 4%. België scoort hiermee bij de beste lidstaten. Er is geen merkbaar verschil tussen vrouwen en mannen. Vooral 45 tot 54 jarigen en alleenstaanden en éénooudergezinnen zijn kwetsbaar. Opvallend is ook de slechte score van werklozen (10% heeft medische en 23% tandheelkundige zorgen gemist). Wat tandheelkundig onderzoek en behandeling betreft is er een duidelijk verschil in functie van het opleidingsniveau: 30% van diegenen die ten hoogste een diploma lager onderwijs hebben, hebben tandheelkundige zorgen moeten missen in vergelijking met iets meer dan 10% van de mensen met een diploma post secundair onderwijs. Bij de redenen voor het niet voldoen van de behoeften aan medisch onderzoek en behandeling overwegen veruit financiële overwegingen +60%. Wat tandheelkundige zorgen betreft zijn financiële overwegingen ook belangrijk (45%), maar ook andere redenen spelen een rol (bvb. vrees voor de tandarts en tijdsgebrek)⁴⁸.

In verband met de toegankelijkheid van gezondheidszorgen is het belangrijk na te gaan in welke mate de bevolking gedekt wordt door een verzekering voor gezondheidszorgen en wat de last van de uitgaven voor gezondheidszorgen in het budget van de huishoudens is.

Volgens administratieve statistieken is **de dekking van de verplichte publieke verzekering voor gezondheidszorgen** in België nagenoeg volledig wat de 'zwaardere ingrepen' betreft: 99%. Voor de 'lichtere zorgen' ligt het dekkingspercentage lager: 94%. Dit is een gevolg van het feit dat zelfstandigen in het kader van hun sociale zekerheidsstatuut niet verplicht verzekerd waren tegen de zogenaamde 'kleine risico's'. Vanaf 1/7/2006 wordt deze verzekering progressief ook voor hen verplicht ingevoerd. Er stellen zich wel nog problemen voor mensen die in het kader van het stelsel van de 'niet beschermde personen' niet voldoen aan de administratieve verplichtingen. Mensen die in België verblijven zonder wettige verblijfsvergunning hebben recht op dringende medische hulp. Er zijn signalen dat de administratieve procedure die moet doorlopen worden om dit recht ook in de praktijk om te zetten een te hoge drempel vormt. Voor mensen met een eerder bescheiden inkomen kan het feit dat men de kosten van gezondheidszorg moet voorschieten en pas later een terugbetaling ontvangt problematisch zijn.

Niet alle kosten van gezondheidszorg worden terugbetaald. Het is moeilijk om de **uitgaven voor gezondheidszorg** in verhouding tot het gezinsinkomen te bevragen in het kader van een enquête. Een belangrijk aandachtspunt is de precieze definitie van het begrip gezondheidsuitgaven en idealiter zou men de kosten over een

⁴⁸ De meting van onvoldane behoeften aan gezondheidszorg gebeurt in het kader van de Belgische Gezondheidsenquête op een andere manier dan in het kader van EU-SILC. Zo worden in het geval van EU-SILC individuele personen bevroegd, bij de Gezondheidsenquête antwoordt de referentiepersoon voor het huishouden. In EU-SILC wordt gevraagd naar onvoldane behoeften aan een medisch onderzoek of behandeling en tandheelkundig onderzoek of behandeling, in de Gezondheidsenquête worden volgende soorten gezondheidszorg apart bevroegd: medische zorgen of een operatie, tandverzorging, voorgeschreven geneesmiddelen, een bril, mentale zorgen (psycholoog of psychiater bvb.). een huishouden dat medische consumptie heeft moeten uitstellen is dan een huishouden dat minstens één van deze vijf soorten gezondheidszorg heeft moeten uitstellen. Op basis van de Gezondheidsenquête 2004 kan men vaststellen dat 10% van de huishoudens medische consumptie heeft moeten uitstellen. In EU-SILC gaat het om niet voldane behoeften omwille van verschillende redenen, in de Gezondheidsenquête wordt alleen naar uit- of afstel omwille van financiële redenen gepeild.

langere periode in beeld moeten kunnen brengen en zou men rekening moeten kunnen houden met terugbetalingen. In de recente Gezondheidsenquête werd gevraagd naar de uitgaven voor gezondheidszorgen in de afgelopen maand en er werd geen rekening gehouden met terugbetalingen. De in de Gezondheidsenquête gemeten gemiddelde gezondheidsuitgaven zijn over de drie meetpunten (1997, 2001 en 2004) op een constant niveau gebleven: ongeveer 6% van het budget van het huishouden. Het aandeel van de gezondheidsuitgaven stijgt duidelijk met de leeftijd van de referentiepersoon⁴⁹ van het huishouden (2% van het budget van het huishouden in het geval van een zeer jonge referentiepersoon tot 13% in het geval van een huishouden met een referentiepersoon van 75 jaar en ouder). Zoals te verwachten valt is het aandeel in het budget van het hoogste inkomenskwintiel (3%) veel lager dan het aandeel in het budget van het onderste inkomenskwintiel (14%).

Wanneer men nagaat **hoe de last van gezondheidszorgen voor het gezinsinkomen subjectief ervaren wordt** stelt men vast dat 29% van alle huishoudens aangeven dat de eigen uitgaven voor gezondheidszorgen (zeer) moeilijk te dragen zijn. Dit percentage neemt af over de opeenvolgende meetpunten van de Gezondheidsenquête (was 33% in 1997 en 30% in 2001). Huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon (40%) ervaren de eigen uitgaven vaker als een zware last dan deze met een mannelijke referentiepersoon (25%). Afhankelijk van het opleidingsniveau van het huishouden (hoogste opleidingsniveau in het huishouden) en het inkomensniveau van het huishouden zijn er significante verschillen. Meer dan de helft (51%) van de huishoudens met een lage opleiding vindt de last (zeer) moeilijk te dragen tegenover 14% van de hoog opgeleide huishoudens. Wat inkomensniveau betreft zijn de overeenstemmende percentages 56% in het laagste inkomensniveau versus 9% van het hoogste inkomensniveau. Ook éénoudergezinnen zijn in dit verband bijzonder kwetsbaar (47%).

Het gebrek aan **aanbod van gezondheidszorg** wordt in de SILC-Enquête nauwelijks aangehaald als reden voor het niet voldoen van behoeften aan onderzoek of behandeling. Bijna niemand maakt gewag van wachtlijsten. Enkele Europese gemeenschappelijke indicatoren tonen aan dat België zich in internationaal vergelijkend opzicht kenmerkt door een relatief groot aanbod van dokters, een minder dan gemiddeld aanbod van verpleegkundigen en vroedvrouwen en een gemiddeld aantal bedden voor acute gezondheidszorg.

Het **aantal actieve dokters per 100.000 inwoners** bedroeg in 2003 394. Dit is een relatief groot aantal. In de Europese Unie werd het laagste aantal opgetekend in het VK: 216, het hoogste in Griekenland: 454 (cijfer 2001). Er waren in België verder 563 **verpleegkundigen en vroedvrouwen per 100.000 inwoners** aan de slag in 2003. In internationaal vergelijkend opzicht is dit aantal lager dan gemiddeld. Het laagste aantal vindt men in Slovenië: 166 in 2002, het hoogste in Ierland: 1.488. In 2001 waren er in België 499 **bedden voor acute gezondheidszorg beschikbaar per 100.000 inwoners**. Daarmee nam België een middenpositie in binnen de EU (Finland en Zweden 235, Duitsland en Slowakije meer dan 670). Ook gezien de beperkte ruimtelijke dimensies van het Belgisch grondgebied stellen zich weinig of geen problemen wat de geografische spreiding van het aanbod betreft.

Wat de **medische consumptie** betreft blijkt er voor de meeste indicatoren niet of nauwelijks sprake te zijn van significante verschillen tussen de opleidingsniveaus. Enkel voor een aantal specifieke indicatoren kunnen significante verschillen worden vastgesteld. Laag opgeleiden (geen diploma of een diploma lager onderwijs) hebben gemiddeld meer contacten met de huisarts en wat het soort contacten betreft gaat het relatief meer om huisbezoeken dan om bezoeken aan de praktijk. Lager

⁴⁹ De persoon in het huishouden die de informatie, bevraagd op het niveau van het huishouden heeft verstrekt. In principe de persoon die geacht wordt deze informatie het best te kunnen geven.

opgeleiden gaan ook minder rechtstreeks naar een specialist. Hoger opgeleiden bezoeken vaker een specialist. Een duidelijke invloed van socio-economische kenmerken op het gebruik van zorgen is er wel wat het gebruik van tandheelkundige zorgen betreft. Het percentage personen dat het afgelopen jaar een contact had met de tandarts stijgt duidelijk naarmate het opleidingsniveau toeneemt van 34% (zonder of enkel lager onderwijs diploma) tot 56% (hoogste opgeleiden).

Wat het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen betreft zijn er na controle voor leeftijd en geslacht geen duidelijke effecten van het opleidingsniveau vast te stellen. Wel is het zo dat mensen met een hoger opleidingsniveau vaker niet voorgeschreven geneesmiddelen gebruiken.

Het **gebruik van lange termijnzorg diensten** is sterk geëvolueerd in de laatste jaren, zowel voor wat de opnames in instellingen, als voor wat de thuiszorg betreft.

Wat de **residentiële zorg** betreft: tussen 1995 en 2005 kan men een toename vaststellen van ca. 20% van het aantal mensen opgenomen in een Rust- en Verzorgingstehuis (RVT) of een Rustoord voor Bejaarden (ROB): van ca. 91.000 op 1/1/1995 naar ca. 118.000 op 31/3/2005⁵⁰. Van deze 118.000 in een instelling verblijvende mensen is ca. 70% ouder dan 80. In 1995 was dit nog ca. 60%. 39% van de opgenomen personen, verblijft in een RVT-instelling, wat betekent dat zij relatief zwaar hulp/zorgbehoevend zijn. In 1995 was dit nog ongeveer 20%. In 1995 was 90% van de RVT-bewoners ouder dan 80, in 2005 was dat 75%, wat misschien een aanduiding kan zijn dat de oudere bevolkingsgroepen in zekere mate "gezonder" oud worden.

In Vlaanderen kende de **thuiszorg** een opmerkelijker ontwikkeling: Sinds 1990 is het aantal gebruikers van thuiszorg gestegen van een kleine 45.000 tot meer dan 70.000, er is met andere woorden sprake van een toename met meer dan 55% op 15 jaar tijd. Het is moeilijk te beoordelen in welke mate deze evoluties gevolg zijn van een beleid erop gericht om mensen zoveel als mogelijk thuis te verzorgen, vooraleer ze over te brengen naar de (dure) instellingen, of dat zij eerder gevolg zijn van evoluerende noden, gepaard met een uitbreiding van het zorgaanbod. De bestaande wachtlijsten voor opname in een rusthuis, bewijzen evenwel dat er nog een reële nood bestaat aan deze diensten en dat het momentane aanbod de vraag niet volledig kan opvangen.

5. Kwaliteit van gezondheidszorg

Een ruwe manier om kwaliteit te beoordelen is af te gaan op de evaluatie van het gezondheidszorgsysteem door de bevolking. Uit een recente Eurobarometer peiling blijkt dat de bevolking tevreden is met het kwaliteitsniveau van het Belgisch gezondheidszorgsysteem. In 2005 verklaarde 92% van de respondenten zeer tot eerder tevreden te zijn met het systeem. Dit is de hoogste score van de EU-lidstaten. Het EU25 gemiddelde was 61%, het EU15 gemiddelde 64%.

Een manier waarop men in België aan kwaliteit wil werken in de ziekenhuissector is door het ter beschikking stellen van vergelijkende data die de ziekenhuizen in staat moet stellen om hun eigen performantie te vergelijken met deze van anderen. Verschillende aspecten kunnen daarbij aan bod komen: klinische performantie, financiële performantie, capaciteit en innovatie en patiëntgerichtheid. Een systeem van multidimensionele en geïntegreerde feedback van administratieve ziekenhuisgegevens is momenteel in een verkennende fase.

⁵⁰ Cijfers Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Eerste analyses van administratieve ziekenhuisgegevens in verband met het aantal keizersneden bij vrouwen met laag risico bevallingen en het wegnemen van de galblaas via een kijkoperatie (laparoscopische cholecystectomie) wijzen in de richting van grote verschillen tussen de praktijken in de ziekenhuizen⁵¹. Een hoog keizersnedegebruik bij vrouwen met laag risico voor bevalling door keizersnede kan duiden op een overmatige toepassing van de ingreep. Laparoscopische cholecystectomie kan als een kwalitatief betere techniek beschouwd worden dan een open cholecystectomie (klassieke operatieve ingreep) omwille van de lagere morbiditeit, kortere operatieduur, een sneller herstel, minder postoperatieve pijn en een kortere verblijfsduur. Regelmatige rapportering moet de ziekenhuizen toelaten zichzelf te positioneren en conclusies te trekken met betrekking tot hun eigen praktijk. Een ander domein waarop gewerkt wordt is het voorschrijfgedrag inzake antibiotica...

6. Lange termijn houdbaarheid van uitgaven voor gezondheidszorg en lange termijn zorg

In vergelijking met de andere EU-lidstaten wordt in België relatief veel geïnvesteerd in gezondheidszorg. In 2002, het meest recente jaartal waarvoor data beschikbaar zijn voor alle EU lidstaten werd, uitgedrukt in koopkrachtpariteiten, in totaal 2.607 US dollar **per hoofd van de bevolking** aan **gezondheidsuitgaven** (SEC95-methodologie). Dit is merkkelijk meer dan het EU-gemiddelde: 2.198. België bekleedde hiermee de zesde plaats na Luxemburg, Duitsland, Nederland, Frankrijk en Denemarken. In de Baltische landen wordt het minst gespendeerd (tussen 625 en 450 dollar).

Ook uitgedrukt **in procent van het BBP** lopen de uitgaven in België relatief hoog op. Met 9,1% neemt België in 2002 de zevende plaats in tussen de EU-lidstaten. Het EU-gemiddelde was 8,7%. Over de jaren is er, zoals in de meeste andere EU lidstaten sprake van een duidelijke trendmatige toename van het aandeel van de nationale rijkdom dat aan gezondheid gespendeerd wordt. In 1970 werd nog 4%, in 1980 6,4% en in 1990 7,4% aan gezondheidszorg uitgegeven.

Sedert 1996 zijn ca. 70% van deze uitgaven publiek (sociale zekerheid en verschillende overheden). Er zijn indicaties dat het aandeel van de zuivere "out-of-pocket" uitgaven (uitgaven die rechtstreeks door de gezinnen zelf gefinancierd worden), in de totale uitgaven de laatste jaren merkkelijk gedaald is (van meer dan 24% in de jaren 1998-2000 naar minder dan 22% in de jaren 2003 en 2004). Waarschijnlijk kan dit toegeschreven worden aan de invoering van de Maximumfactuur.

Aangezien tezelfdertijd het aandeel van de private financiering van de gezondheidszorgen (dus met inbegrip van de aanvullende privé-verzekeringen) relatief constant blijft (ongeveer 30% van de totale gezondheidsuitgaven), kan men aannemen dat de verspreiding van de private verzekeringen inzake gezondheidszorgen zich verder doorzet.

De uitgaventotalen die hiervoor opgenomen zijn, wijken licht af van de resultaten van de gezondheidsrekeningen (de zgn. "Health accounts") voor België, die momenteel slechts voor 2003 beschikbaar zijn. Volgens deze methodologie (de zgn. SHA, ontwikkeld door de OESO in 2000), bedroegen de gezondheidsuitgaven in België in 2003 ca. 9,9 % van het BBP.

⁵¹ Zie: DG Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen Multidimensionele en geïntegreerde feedback van administratieve ziekenhuisgegevens. Verkennende fase. April 2006, 74 p. Ook andere ingrepen werden gescreend (myocard infarct, heupfracturen, pneumonie (community acquired)).

De Studiecommissie voor de Vergrijzing raamt in zijn recentste rapport (mei 2006) dat **de budgettaire kost van de gezondheidszorg in de periode 2005 tot 2050** zal toenemen van 7,1% naar 10,8% van het BBP (+ 3,7 ppt)⁵². Bij de projectie werd zowel rekening gehouden met de demografische factoren (volume-effect en vergrijzingseffect) als met niet demografische factoren (in functie van het inkomen per capita). Er werd een afzonderlijke projectie gemaakt per zorgtype: acute en langdurige zorg. Voor wat betreft de acute gezondheidszorg verwacht de Studiecommissie een toename van 6,2 % naar 8,6% van het BBP (+ 2,4 ppt.). De uitgaven voor langdurige zorg zouden toenemen van 0,9% naar 2,2% van het BBP (+1,3 ppt.).

De Werkgroep over de Vergrijzing van het Europees Comité voor het Economisch Beleid die eerder een gelijkaardige raming maakte waarin de Europese vergelijkbaarheid centraal stond verwacht een minder sterke toename van de uitgaven⁵³. In de periode 2004 tot 2050 zouden de publieke uitgaven voor gezondheidszorg stijgen van 7,1% naar 9,5% van het BBP (+2,4 ppt.). Voor acute zorg wordt een toename van 6,2% naar 7,6% van het BBP verwacht (+1,4 ppt.), voor langdurige zorg een toename van 0,9% naar 1,9% (+1 ppt.). In Europees vergelijkend opzicht is de verwachte stijging van de uitgaven voor acute zorg in België lager dan gemiddeld (EU25 = +1,6 ppt.), terwijl de verwachte stijging van de uitgaven voor langdurige zorg groter dan gemiddeld is (EU25 = +0,6 ppt.).

Het verschil tussen beide projecties kan ondermeer verklaard worden door een pessimistischer uitgangspunt van de Studiecommissie wat de toekomstige gezondheidstoestand van de bevolking betreft⁵⁴. De Studiecommissie houdt het uitgavenprofiel per capita van het basisjaar constant in de tijd. Gezien de verwachte verhoging van de levensverwachting betekent dit dat men uitgaat van een groter aantal jaren in slechte gezondheid. De WGA gaat uit van een optimistischer hypothese waarin er sprake is van een zekere verbetering van de gezondheidstoestand van ouderen op een gegeven leeftijd. De demografische impact van de veroudering is dus kleiner in het geval van de WGA-raming. Ook wat de niet demografische factoren betreft baseert de Studiecommissie zich op een pessimistischer hypothese dan de WGA. Zij gaat uit van een grotere inkomenselasticiteit dan de WGA-projectie: er wordt een grotere invloed verondersteld van de stijging van het inkomen per hoofd van de bevolking op de publieke gezondheidsuitgaven.

⁵² Zie Hoge Raad van Financiën Studiecommissie voor de Vergrijzing. *Jaarlijks verslag*. Mei 2006. Dit percentage verschilt enigszins van het hoger vermelde percentage omdat een verschillend concept van gezondheidsuitgaven gebruikt wordt.

⁵³ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In: *European Economy. Special Report n° 1/2006*.

⁵⁴ Voor een gedetailleerde vergelijking van de twee projecties zie Hoge Raad van Financiën Studiecommissie voor de Vergrijzing. *Jaarlijks verslag*. Mei 2006. p. 91-111.