

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

22 december 2014

BELEIDSVERKLARING

van de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING EN DE
COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Catherine FONCK** EN
DE HEER **David CLARINVAL**

INHOUD

	Blz.
Eerste deel: Sociale Zaken	3
I. Inleidende uiteenzetting	3
II. Algemene bespreking	4
Tweede deel: Volksgezondheid	18
I. Inleidende uiteenzetting	18
II. Algemene bespreking	23
Derde deel: Aanbevelingen	55
Vierde deel: Stemmingen	58

Zie:

Doc 54 **0020/ (2014/2015):**

- 001: Federale regeringsverklaring.
018: Beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

22 décembre 2014

**EXPOSÉ D'ORIENTATION
POLITIQUE**

de la ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE LA
SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ ET DE LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
MME **Catherine FONCK** ET
M. **David CLARINVAL**

SOMMAIRE

	Pages
Première partie: Affaires sociales	3
I. Exposé introductif	3
II. Discussion générale	4
Deuxième partie: Santé publique	18
I. Exposé introductif	18
II. Discussion générale	23
Troisième partie: Recommandations	55
Quatrième partie: Votes	58

Voir:

Doc 54 **0020/ (2014/2015):**

- 001: Déclaration du gouvernement fédéral.
018: Exposé d'orientation politique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Samenstelling van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing op de datum van indiening van het verslag / Composition de la commission de la Santé publique, de l'environnement et du Renouveau de la société à la date de dépôt du rapport

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA	Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel, Jan Vercammen
PS	André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR	Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry
CD&V	Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld	Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a	Maya Detiège
Ecolo-Groen	Muriel Gerkens
cdH	Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Jean-Marc Delizée, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Sarah Claerhout, Franky Demon, Nahima Lanjri
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Karin Jiroflée
Anne Dedry, Evita Willaert
Benoît Lutgen, Isabelle Poncelet

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

FDF	Véronique Caprasse
-----	--------------------

Samenstelling van de commissie voor de Sociale Zaken op de datum van indiening van het verslag / Composition de la commission des Affaires sociales à la date de dépôt du rapport

Voorzitter/Président: Vincent Van Quickenborne

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA	Peter De Roover, Zuhail Demir, Wouter Raskin, Jan Spooren
PS	Frédéric Daerden, Jean-Marc Delizée, Eric Massin
MR	Sybille de Coster-Bauchau, David Clarinval, Stéphanie Thoron
CD&V	Nahima Lanjri, Stefaan Vercamer
Open Vld	Egbert Lachaert, Vincent Van Quickenborne
sp.a	Meryame Kitir
Ecolo-Groen	Evita Willaert
cdH	Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Rita Gantois, Werner Janssen, Goedele Uyttersprot, Valerie Van Peel, Jan Vercammen
Emir Kir, Laurette Onkelinx, Daniel Senesael, Fabienne Winckel
Olivier Chastel, Gilles Foret, Richard Miller, Damien Thiéry
Sonja Becq, Franky Demon, Jef Van den Bergh
Dirk Janssens, Sabien Lahaye-Battheu, Ine Somers
Hans Bonte, Fatma Pehlivan
Anne Dedry, Georges Gilkinet
Benoît Dispa, Isabelle Poncelet

C. — Niet-stemgerechtigde leden / Membres sans voix délibérative:

FDF	Véronique Caprasse
PP	Aldo Carcaci

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:	Abréviations dans la numérotation des publications:
DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Beknopt Verslag	CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN: Plenum	PLEN: Séance plénière
COM: Commissievergadering	COM: Réunion de commission
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail: publicaties@dekamer.be	Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel: publications@lachambre.be
De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier	Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissies hebben tijdens hun gemeenschappelijke vergadering van 19 november 2014 de beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (DOC 54 0020/008) besproken.

EERSTE DEEL

SOCIALE ZAKEN

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, licht de krachtlijnen en de strategische keuzes binnen haar bevoegdheden toe voor de komende vijf jaar. Zij zal in het kader van deze beleidsverklaring niet in details treden over de maatregelen, die in haar beleidsnota breedvoerig zullen worden uiteengezet.

Welke sociale zekerheid willen wij de komende jaren? Het ultieme doel is een duurzame sociale zekerheid. Met andere woorden, die financieel haalbaar blijft voor de overheid en aangepast is aan de samenleving van vandaag en van morgen. Er moet worden gezorgd voor een kwaliteitsvol aanbod dat onder meer beantwoordt aan de noden van het groeiend aantal ouderen. Men moet ook waken over de toegankelijkheid van de sociale zekerheid, wat inhoudt dat de toegang eenvoudig en de zorgverstrekkingen betaalbaar moeten zijn.

Wat de methode betreft, is de minister van plan om eenvoudig identificeerbare doelstellingen te bepalen en voorrang te geven aan een sereen overleg met alle betrokken partners, onder meer de deelgebieden, de sociale gesprekspartners en de socialezekerheidsinstellingen.

Wat het beleid inzake sociale bescherming betreft, zal op Europees niveau het Belgische model van sociale bescherming moeten worden verdedigd. Daartoe zal de minister overleg plegen met de deelstaten over het internationaal beleid van België inzake sociale zekerheid. Ze zal er bovendien op toezien dat in het nationaal beleid rekening wordt gehouden met de internationale dimensie.

Het begrip duurzaamheid moet het beheer van de sociale zekerheid kenmerken. De minister meent daarom onder meer dat alle actoren hun verantwoordelijkheden moeten opnemen en dat de “incentives” goed besteed moeten worden: wie een sociale toelage krijgt, moet ook worden beloond wanneer hij inspanningen doet om zich opnieuw in te schakelen op de arbeidsmarkt.

MESDAMES, MESSIEURS,

Vos commissions ont consacré leur réunion commune du 19 novembre 2014 à la discussion de l'exposé d'orientation politique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (DOC 54 0020/008).

PREMIÈRE PARTIE

AFFAIRES SOCIALES

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, expose les lignes de force et les choix stratégiques dans ses compétences pour les cinq années à venir. Elle ne n'entrera pas, dans le cadre du présent exposé d'orientation politique, dans le détail des mesures, qui fera l'objet de sa note de politique générale.

Quelle sécurité sociale voulons-nous pour les années à venir? L'objectif ultime est de parvenir à une sécurité sociale durable, c'est-à-dire qui reste financièrement soutenable pour les pouvoirs publics, et adaptée à la société d'aujourd'hui et de demain: il faut maintenir une offre de qualité qui réponde, notamment, aux besoins du nombre croissant de personnes âgées. Il faut aussi veiller à l'accessibilité de la sécurité sociale, à savoir garantir la facilité d'accès et veiller à ce que les prestations soient abordables.

Sur le plan de la méthode, la ministre compte mettre en place des objectifs aisément identifiables et privilégier une concertation sereine avec tous les acteurs concernés, notamment les entités fédérées, les partenaires sociaux et les institutions de sécurité sociale.

En ce qui concerne la politique de protection sociale, il faudra assurer au niveau européen la défense du modèle belge de protection sociale. À cette fin, la ministre se concertera avec les entités fédérées au sujet de la politique internationale de la Belgique sur la protection sociale et veillera à prendre en compte la dimension internationale dans la politique nationale.

La notion de durabilité doit caractériser la gestion de la sécurité sociale. À cette fin, la ministre estime notamment que tous les acteurs doivent prendre leurs responsabilités et que les “incitants” doivent être placés au bon endroit: celui qui reçoit une allocation sociale doit aussi être récompensé s'il fournit des efforts pour se réinsérer sur le marché du travail. La prévention des incapacités

Werkgevers hebben een belangrijke rol te vervullen in de preventie van arbeidsongeschiktheid. De minister zal daarover de sociale partners raadplegen.

Onze economische draagkracht moet worden versterkt zodat wij onze sociale zekerheid kunnen betalen. Zo zijn er bijvoorbeeld initiatieven inzake administratieve vereenvoudiging en sociale lastenverlaging om jobcreatie te ondersteunen of specifieke maatregelen om de kmo's sterker te maken (gelegenheidswerk, lastenverlaging voor eerste aanwervingen enzovoort).

De sociale zekerheid moet ook worden aangepast aan de noden van onze huidige en toekomstige samenleving. Een voorbeeld is de arbeidsongeschiktheid, die op een positievere manier moet worden benaderd, namelijk in termen van arbeidsgeschiktheid: men moet nagaan wat iemand nog kan en niet, wat hij of zij niet meer kan. Dergelijke benadering geeft mensen een gevoel van hun waarde.

De actie moet prioritair worden ingegeven door de zorg voor toegankelijkheid. Ons socialezekerheidsstelsel is mettertijd complexer geworden en momenteel is het totaal ondoorzichtig geworden voor de gewone gebruiker. Men moet dus streven naar vereenvoudiging en snelheid. De automatische toekenning van de rechten is een pad dat moet worden verkend. Een andere pijler van de vereenvoudiging is het *only-once beginsel* waarbij de burger bepaalde gegevens slechts één keer moet meedelen, die de instellingen van de sociale zekerheid op een adequate manier moeten bewaren. Dat zou moeten bijdragen tot een lagere toegangsdrempel tot de sociale zekerheid.

II. — ALGEMENE BESPREKING

A. Vragen en opmerkingen van de leden

De heer Jan Spooren (N-VA) wijst erop dat de minister in de vorige regeerperiode een uitstekende reputatie heeft opgebouwd en een uitmuntende staat van dienst kan voorleggen. In combinatie met het feit dat ze zelf uit de zorgsector komt, staat zulks garant voor een grote geloofwaardigheid. Of deze regering in haar opzet zal slagen, zal echter in grote mate afhangen van de resultaten die in de beide bevoegdheidsdomeinen van de minister zullen worden geboekt. Daartoe lijkt het onontbeerlijk dat naar behoren wordt gecommuniceerd over de doelstellingen van de in uitzicht gestelde hervormingen: er wordt niet hervormd, louter om te hervormen, en de hervormingen beogen de duurzaamheid van de sociale zekerheid te waarborgen; de sociale zekerheid moet immers worden gevrijwaard. Het zou asociaal zijn niets te ondernemen.

de travail est un point sur lequel les employeurs ont un rôle important à jouer. À ce sujet, la ministre indique qu'elle consultera les partenaires sociaux.

Notre assise économique doit être renforcée de sorte que nous puissions supporter financièrement notre sécurité sociale. À titre d'exemple, on peut citer des initiatives relatives à la simplification administrative et à la diminution des charges sociales pour soutenir la création d'emplois, ou encore des mesures spécifiques pour renforcer les PME (travail occasionnel, réduction de charges pour les premières embauches,...).

La sécurité sociale doit en outre être adaptée aux besoins de notre société d'aujourd'hui et de demain: on peut illustrer cela au travers de l'incapacité de travail, qui doit davantage être vue dans une approche positive, en termes de capacité de travail: il faut voir ce que la personne est encore capable de faire et non pas ce qu'elle ne peut plus faire. C'est une approche qui donne aux gens un sentiment de leur valeur.

Le souci de l'accessibilité doit guider prioritairement l'action. Notre régime de sécurité sociale s'est complexifié avec le temps, et à l'heure actuelle il en est arrivé à être totalement opaque pour l'utilisateur ordinaire. Il faut donc tendre vers la simplification et la rapidité. L'octroi automatique des droits est une piste qui doit être explorée. Autre axe de la simplification, le principe *only-once* en vertu duquel le citoyen ne doit communiquer certaines de ses données qu'une seule fois, à charge pour les organismes de la sécurité sociale de les conserver de manière adéquate; cela doit contribuer à diminuer le seuil d'accessibilité de la sécurité sociale.

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Questions des membres

M. Jan Spooren (N-VA) rappelle l'excellente réputation et les très bons états de services que la ministre a acquis sous la législature précédente. Conjugés à la circonstance qu'elle provient elle-même du milieu de la santé, cela donne de solides gages de crédibilité. Or, une bonne part du succès de l'action du présent gouvernement dépendra des résultats engrangés dans les deux domaines de compétences de la ministre. À cette fin, il paraît indispensable de bien communiquer sur les finalités des réformes envisagées: on ne réforme pas pour le plaisir de réformer, les réformes visent à garantir la durabilité de la sécurité sociale; il faut en effet préserver la sécurité sociale, et il serait asocial de ne rien faire.

Ons socialezekerheidsstelsel wordt geconfronteerd met nieuwe uitdagingen, zoals de vergrijzing en de aanhoudend zwakke arbeidsmarkt. Dankzij de nieuwe technologieën zal het beheer van het stelsel evenwel kunnen worden verbeterd.

De beleidsverklaring formuleert voorstellen die betrekking hebben op het duale concept van ons socialezekerheidsstelsel: eensdeels omvat het een verzekeringsaspect – dit betekent dat uitkeringen worden betaald om bepaalde risico's van het leven op te vangen (ziekte, ouderdom, werkloosheid enzovoort), als tegenprestatie voor de door de sociaal verzekerden gestorte bijdragen – en anderdeels een herverdelingsaspect, dat via een solidariteitsmechanisme bijdraagt tot de uitbouw van een inclusieve samenleving.

Vastgesteld wordt dat de klemtoon in dit stelsel met-tertijd sterker is komen te liggen op de herverdelende taak, ten nadele van het verzekeringsaspect, dat de komende jaren zou moeten worden versterkt. Niet toevallig steekt de beleidsverklaring van wal met de aankondiging van maatregelen die – om het bloemrijk te stellen – erin bestaan dat de taart eerst wordt gebakken vooraleer ze wordt verdeeld. Dit betekent dat de concurrentiepositie van onze economie moet worden verbeterd, dat de arbeidsmarkt moet worden gemoderniseerd, dat de sociale lasten moeten dalen enzovoort.

Met betrekking tot de sociale lasten wordt vooropgesteld dat die zullen dalen van 33 % naar 25 %. Niet alles is echter even duidelijk: hoe staat het bijvoorbeeld met de vermindering van de RSZ-bijdrage met 1 %? Komt die vermindering bovenop de vooropgestelde daling, of is ze erin inbegrepen? Hoe snel zal het bijdrageniveau zakken? Welke rol zal de RSZ spelen in die hervorming die beoogt de sociale zekerheid te vereenvoudigen?

De door de regering genomen maatregelen inzake pensioen en werk zullen het arbeidsongeschiktheidsstelsel sterk onder druk zetten. Nu al moet rekening worden gehouden met het kostenplaatje van dat stelsel voor de sociale zekerheid: het Planbureau berekende in 2010 dat het 5 miljard euro per jaar kost en raamt dat de kosten in 2019 zullen oplopen tot 9 miljard euro per jaar. De beleidsverklaring vermeldt alleen de cijfers voor de werknemers; hoe staat het met die voor de ambtenaren en de zelfstandigen? Volgens de spreker is het trouwens logischer die groep als één geheel te beschouwen.

Om het aantal arbeidsongeschikten onder controle te houden, moet zowel ten aanzien van de instroom als ten aanzien van de uitstroom worden opgetreden.

Notre système de sécurité sociale est confronté à de nouveaux défis, comme le vieillissement de la population et la persistance d'un marché de l'emploi fragile. Cependant, les nouvelles technologies permettent d'apporter des améliorations dans la gestion du système.

La note formule des propositions qui font référence à la dualité de conception de notre système de sécurité sociale, qui présente à la fois un caractère assurantiel – consistant à fournir des prestations face à certains risques de l'existence (maladie, vieillesse, chômage,...) en contrepartie des contributions versées par les assurés sociaux – et un caractère de redistribution - permettant de bâtir une société inclusive via la solidarité.

On peut dresser le constat qu'au fil du temps ce système a accentué le rôle de redistribution au détriment du caractère assurantiel, lequel devrait se voir renforcé dans les années qui viennent. Ce n'est pas par hasard que la note commence par annoncer des mesures qui consistent, pour prendre une image, à cuire la tarte avant de la partager: amélioration de la position concurrentielle de notre économie, modernisation du marché du travail, baisse des charges sociales,...

Concernant la baisse des charges, l'objectif annoncé est de les baisser de 33 % à 25 %, mais tout n'est pas encore très clair: qu'en est-il par exemple de la diminution de cotisation à l'ONSS de 1 %? Vient-elle s'ajouter à l'objectif de baisse ou en fait-elle partie? À quel rythme le niveau des cotisations va-t-il baisser? Quel rôle l'ONSS va-t-il jouer dans cette réforme visant à simplifier la sécurité sociale?

Les mesures en matière de pensions et les mesures concernant l'emploi prises par le gouvernement vont conduire à une forte pression sur le régime des incapacités de travail. À l'heure actuelle déjà, les coûts de ce régime pèsent lourdement sur les finances de la sécurité sociale: selon le Bureau du plan en 2010, ce régime coûté 5 milliards d'euros par an, et le même estime qu'en 2019 le coût grimpera à 9 milliards d'euros par an. La note ne mentionne que les chiffres relatifs aux salariés, qu'en est-il des fonctionnaires et des indépendants? L'intervenant estime d'ailleurs plus cohérent de considérer ce groupe en tant qu'entité unique.

Pour garder le nombre de personnes en incapacité de travail sous contrôle, il faut exercer une action aussi bien sur les flux entrants que sur les flux sortants.

Met betrekking tot de instroom stelt de beleidsverklaring voor andere methodes ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid uit te werken: het ligt in de bedoeling te bepalen wat de betrokkenen nog kunnen doen en wat zij niet meer kunnen; zulks vereist een aanpak die minder de klemtoon legt op de medicalisering van de evaluatie, en meer op de multidisciplinariteit ervan. Daarom vraagt de spreker of deels dan wel volledig zou worden afgestapt van het systeem van de medische attesten, die nu niet louter verband houden met afwezigheden om medische redenen. In welk alternatief zou worden voorzien?

Een andere wijze om de instroom in de hand te houden, bestaat erin het toezicht op misbruik te aan te scherpen. Het regeerakkoord voorziet inderdaad in de versterking van de toekenningsprocedures, alsook in de verhoging van de sancties in geval van misbruik. Kan de minister meer klaarheid scheppen over de nadere regels van dat verscherpte toezicht? Wie zal dat toezicht uitoefenen: de ziekenfondsen, de adviserend geneesheren, het RIZIV of de inspectiediensten? In welke zin zullen de administratieve sancties worden aangepast? Zullen schorsingsmaatregelen worden genomen, of gaat het om andere maatregelen?

Met betrekking tot de uitstroom moet men ervoor zorgen dat de personen die arbeidsongeschikt werden verklaard, snel weer arbeidsgeschikt worden bevonden; men moet erop toezien dat zij opnieuw op de arbeidsmarkt worden ingeschakeld. Dat vergt evenwel aangepaste steunmaatregelen; in dat verband geeft de beleidsverklaring aan dat een herinschakelingsplan zal worden uitgewerkt, alsook dat werk zal worden gemaakt van een tijdelijk herinschakelingstraject. De spreker vraagt zich af wie bij de uitwerking van deze herinschakelingsinstrumenten zal worden betrokken. Bij het doornemen van de beleidsverklaring krijgt men de indruk dat alleen de adviserend geneesheer daarbij zal worden betrokken, wat enigszins zou ingaan tegen de elders voorgestane multidisciplinaire aanpak – die overigens de juiste lijkt: in veel gevallen is de arbeidsongeschiktheid immers niet aan louter medische factoren te wijten. Om de voorwaarden voor de werkhervatting in een aangepaste job te herijken, kunnen de oplossingen zelf dus niet uitsluitend van medische aard worden zijn.

Wat zal ten slotte worden gedaan indien iemand weigert aangepast werk te hervatten, in de wetenschap dat dit werk mogelijk niet overeenstemt met de oorspronkelijke opleiding van de arbeidsongeschikte? Die vraag is van cruciaal belang, want daarvan hangt de geloofwaardigheid af van het beleid inzake de re-integratie op de arbeidsmarkt.

En ce qui concerne les flux entrants, la note propose de développer d'autres manières d'évaluer l'incapacité de travail: il s'agit de déterminer ce que les gens sont encore capables de faire ou ne sont plus capables de faire, ce qui suppose une approche moins médicalisée et davantage multidisciplinaire dans l'évaluation. L'intervenant souhaiterait dès lors savoir si le système des certificats médicaux, qui à l'heure actuelle ne couvrent pas que des absences pour raisons médicales, serait abandonné, partiellement ou totalement? Quel serait le système alternatif?

Une autre manière de contrôler les flux entrants consiste à renforcer les contrôles en ce qui concerne les abus: l'accord de gouvernement prévoit en effet de renforcer les procédures d'octroi et de renforcer les sanctions en cas d'abus. La ministre pourrait-elle en dire plus en ce qui concerne les modalités de ce renforcement des contrôles? Qui va les exercer: les mutualités, les médecins-conseils, l'INAMI ou les services d'inspection? Et dans quel sens les sanctions administratives vont-elles être adaptées? S'agira-t-il de mesures de suspension, ou d'autres mesures?

En ce qui concerne les flux sortants, il faut faire en sorte que les personnes sous statut d'incapacité de travail en sortent rapidement et veiller à leur réintégration dans le monde du travail. Cela nécessite toutefois des mesures de soutien adaptées, et la note mentionne à cette fin l'élaboration d'un plan de réinsertion et la mise en place d'un trajet temporaire de réinsertion. L'intervenant se demande qui sera impliqué dans l'élaboration de ces outils de réintégration? À lire la note, on a le sentiment que seul le médecin-conseil sera concerné, ce qui irait quelque peu à l'encontre de l'approche multidisciplinaire prônée par ailleurs et qui semble au demeurant être la bonne: en effet, dans bon nombre de cas, l'incapacité de travail ne trouve pas sa source dans des facteurs exclusivement médicaux; les solutions peuvent donc ne pas être elles-mêmes uniquement médicales lorsqu'il s'agit de redéfinir les conditions de reprise du travail dans un emploi adapté.

Que fera-t-on enfin dans les cas de refus de reprise d'un emploi adapté, sachant que celui-ci pourrait le cas échéant ne pas correspondre à la formation initiale de la personne en incapacité de travail? Cette question est cruciale, car d'elle dépend la crédibilité de la politique relative à la réintégration dans le monde du travail.

In verband met de overheveling van de kinderbijslag naar de gemeenschappen, ter uitvoering van de Zesde Staatshervorming, constateert de spreker dat de beleidsverklaring geen enkele precisering bevat over het overhevelingsproces, noch over de begeleiding van de nieuwe instelling welke die overheveling moet beheren, met name FAMIFED. Zou de minister dienaangaande enige toelichting kunnen verstrekken?

Ten slotte heeft het door de minister aangekondigde streven om tot administratieve vereenvoudiging te komen, zowel betrekking op het socialezekerheidsstelsel als op de uitvoeringsinstellingen. Moet die vereenvoudigingsoperatie de mogelijkheid bieden te bezuinigen of is ze hoofdzakelijk opgevat in het belang van de sociaal verzekerden? Als een van de denksporen voor vereenvoudiging wordt verwezen naar de herstructurering van het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ) en het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO), die in heel wat opzichten gelijksoortig werk verrichten; wordt overwogen ze met het RIZIV te fusioneren? Zou de verbetering van het beheer van de socialezekerheidsinstellingen kunnen worden verwezenlijkt door beheersovereenkomsten te sluiten, of overweegt de minister andere opties? Zijn in het kader van die administratieve vereenvoudiging synergievormen tussen socialezekerheidsinstellingen denkbaar (bijvoorbeeld de sector 'arbeidsongeschiktheid' van het RIZIV en de DG Personen met een Handicap van de FOD Sociale Zekerheid)?

De heer André Frédéric (PS) erkent dat het profiel van de minister geloofwaardig is in verband met de materies waarvoor zij bevoegd is; tevens is het bekend dat zij een concrete aanpak voorstaat van de reële situaties die zij beheert. Toch toont de spreker zich teleurgesteld over de tekst van deze beleidsverklaring: hij wordt immers gekenmerkt door een troosteloze zinledigheid. Hij bevat hoofdzakelijk gemeenplaatsen over de 'duurzaamheid', de 'aangepastheid' of de 'toegankelijkheid' van de sociale zekerheid.

Voor de uitvoerende macht moet een beleidsverklaring de gelegenheid zijn haar strategische visie voor te stellen, veeleer dan gedetailleerd in te gaan op maatregelen die zij op korte termijn voornemens is te treffen. Desondanks hadden sommige concrete actiedomeinen wel al kunnen worden onthuld, en hadden bepaalde aangekondigde hervormen nader kunnen worden toegelicht. Zo stelt de beleidsverklaring het volgende: "2015 zal (...) een overgangsjaar zijn voor de gezondheidszorg.", maar zonder concreet aan te geven in welk opzicht dat het geval zal zijn. De spreker vreest dat de regering uiteindelijk haar langetermijnvisie al evenmin zal uiteenzetten in de beleidsnota's, die een leidraad moeten vormen bij de begrotingsbespreking.

Concernant le transfert des allocations familiales vers les Communautés, en exécution de la sixième réforme de l'État, l'intervenant constate que la note ne contient aucune précision concernant le processus de transfert de cette compétence ni l'accompagnement de la nouvelle institution qui doit gérer ce transfert, à avoir FAMIFED. La ministre pourrait-elle donner quelques indications à ce sujet?

Enfin, l'objectif de simplification administrative annoncé par la ministre concerne aussi bien le système de la sécurité sociale que ses organismes d'exécution. Cet exercice de simplification doit-il permettre de dégager des économies, ou est-il conçu essentiellement dans l'intérêt des assurés sociaux? Parmi les pistes de simplification évoquées, on peut relever la restructuration du Fonds des maladies professionnelles (FMP) et du Fonds des accidents du travail (FAT), qui a bien des égards font un travail assez semblable; est-il envisagé de les fusionner au sein de l'INAMI? L'amélioration de la gestion des organismes de sécurité sociale pourrait-elle être réalisée au moyen de la conclusion de contrats de gestion, ou la ministre envisage-t-elle d'autres options? Des synergies entre organismes de sécurité sociale (par exemple, le secteur 'incapacité de travail' de l'INAMI et la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale) sont-elles envisageables dans le cadre de cette simplification administrative?

M. André Frédéric (PS) reconnaît la crédibilité du profil de la ministre en ce qui concerne les matières qui relèvent de sa compétence et on sait que celle-ci privilégie une approche concrète des réalités qu'elle gère. Pour autant, l'intervenant fait part de sa déception par rapport au texte de cet exposé d'orientation politique: celui-ci se caractérise en effet par un creux désolant, on y trouve essentiellement des formules toutes faites sur la "durabilité", l'"adaptabilité" ou l'"accessibilité" de la sécurité sociale.

L'objet d'un exposé d'orientation politique consiste pour l'exécutif à présenter sa vision stratégique, et non à entrer dans le détail des mesures qu'il compte prendre à court terme. Cependant, des pistes concrètes d'action auraient déjà pu être explicitées, et quelques réformes annoncées auraient dû être exposés plus en détail. Par exemple, la note énonce que "2015 sera (...) une année de transformation pour les soins de santé", mais sans indiquer concrètement en quoi ce sera le cas. L'intervenant craint qu'en définitive le gouvernement n'expose pas davantage sa vision à long terme dans les déclarations de politique générale qui vont accompagner la discussion du budget.

De heer Damien Thiéry (MR) betwist het standpunt van de vorige spreker en verdedigt de aanpak waarvoor de minister heeft gekozen in het kader van deze beleidsverklaring. Het is de bedoeling aspecten te omschrijven van een alomvattende strategie tijdens de volledige duur van de regeerperiode. De concrete facetten (de vrijgemaakte middelen, de te nemen maatregelen, de gekozen opties enzovoort) worden vervolgens jaarlijks uiteengezet in de beleidsnota's.

In dit geval worden in de beleidsverklaring een aantal diagnoses gesteld over de toestand van ons stelsel van sociale bescherming en over de grote lijnen van de te verwezenlijken hervormingen. Daarbij wordt eraan herinnerd dat overleg met alle partijen noodzakelijk is. Wat de te ondernemen hervormingen aangaat, somt de beleidsverklaring het volgende op: de bestrijding van misbruiken en verspilling, de responsabilisering van de actoren, de vereenvoudiging van de wetgeving (met name om de toegankelijkheid voor de sociaal verzekerden te vergroten) en het terugdringen van de parafiscaliteit (wat op zijn beurt tot meer economische groei zou moeten leiden).

Hoewel het wellicht te vroeg is om dat programma in detail te bespreken, wenst de spreker nadere toelichtingen over het onderdeel betreffende de misbruikbestrijding: zulks onderstelt geschikte controlemiddelen, maar dan nog moet men zich ervan vergewissen dat wanneer misbruik wordt vastgesteld, dat misbruik op passende wijze zal worden bestraft. Is de minister van plan het sanctieapparaat uit te bouwen?

Tot besluit beklemtoont de spreker dat de minister twee gevoelige portefeuilles heeft geërfd in een context van begrotingssanering. Hij verzoekt haar dan ook om, wanneer de teksten ter uitvoering van de hier uiteengezette hervormingen zullen worden besproken, de financiële impact ervan goed te analyseren en haar projecten met cijfers te staven.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) is verbaasd hoe laconiek en hoe licht van toon de beleidsverklaring van de minister is, vooral in vergelijking met het regeerakkoord. De inhoud van de regeringsverklaring lijkt wel omgekeerd evenredig met het belang van de bevoegdheden van de minister, inzonderheid op budgettair vlak.

Financiële duurzaamheid is een van de uiteengezette doelstellingen. In dat verband ware het interessant geweest te vernemen welke middelen de minister van plan is in te zetten om die doelstelling tijdens heel de regeerperiode te verwezenlijken. Er mag dan al (zij het vrij vaag) een versterking van de sancties worden aangekondigd, toch heeft tot dusver geen enkel onderzoek

M. Damien Thiéry (MR) conteste la vision de l'intervenant précédent et défend l'approche retenue par la ministre dans le cadre de cet exposé d'orientation politique: il s'agit de définir les éléments d'une stratégie globale sur la durée de la législature. Les éléments concrets (les moyens dégagés, les mesures à prendre, les options retenues,...) sont exposés par la suite, annuellement, au moment de la déclaration de politique générale.

En l'occurrence, l'exposé d'orientation politique pose un certain nombre de diagnostic sur l'état de notre système de protection sociale, et sur les grandes lignes des réformes à réaliser. La nécessité de la concertation avec toutes les parties y est rappelée. En ce qui concerne les réformes à entreprendre, la note énumère la lutte contre les abus et les gaspillages, la responsabilisation des acteurs, la simplification de la législation (en vue, notamment, d'améliorer l'accessibilité en faveur des assurés sociaux) et la baisse de la parafiscalité (qui devrait apporter, par ricochet, davantage de croissance économique).

S'il est sans doute trop tôt pour entrer dans le détail de ce programme, l'intervenant souhaiterait néanmoins avoir des précisions concernant le volet consacré à la lutte contre les abus: celle-ci suppose des moyens de contrôle adéquats, mais encore faut-il s'assurer qu'en cas de constat d'un abus, celui-ci sera sanctionné de manière appropriée. La ministre prévoit-elle de renforcer l'arsenal des sanctions?

Pour conclure, l'intervenant souligne que la ministre a hérité de deux portefeuilles sensibles dans un contexte de redressement budgétaire. Il l'invite en conséquence, lorsque seront examinés les textes exécutant les réformes qui ont été exposées ici, à bien en analyser l'impact financier et à défendre ses projets chiffrés à l'appui.

Mme Catherine Fonck (cdH) indique avoir été surprise par le laconisme et la légèreté de l'exposé d'orientation politique de la ministre, surtout si on le compare avec l'accord de gouvernement. Le contenu de l'exposé semble être inversement proportionnel à l'importance, notamment sur le plan budgétaire, des attributions de la ministre.

L'un des objectifs exposés est celui de la durabilité financière. À cet égard, il aurait été intéressant de connaître les moyens que la ministre compte utiliser pour remplir cet objectif sur toute la durée de la législature. On annonce bien, encore que de manière assez vague, un renforcement des sanctions, mais jusqu'à présent aucune étude n'a démontré que le retour à l'équilibre

aangetoond dat het evenwicht van de socialezekerheidsfinanciën enkel en alleen met fraudebestrijding kan worden hersteld.

Een andere denkpiste die wordt overwogen om de duurzame financiering te bewerkstelligen, is de versterking van het economisch draagvlak: de verlaging van de parafiscaliteit zou hoe dan ook de werkgelegenheid moeten opkrikken. In welke mate zal die verhoging van de werkgelegenheid, die aanleiding zal geven tot een daling van de uitgaven in bepaalde sectoren, de ontvangstendaling door de verlaging van de tarieven van de sociale lasten kunnen compenseren? Er zij aan herinnerd dat het Planbureau de efficiëntie relativeert van de lastenverlagende maatregelen wanneer die niet gericht zijn op bepaalde doelgroepen of sectoren, noch onderworpen zijn aan voorwaarden om banen te scheppen.

Het enige middel om de financiële duurzaamheid van onze sociale bescherming redelijkerwijs te waarborgen, werd door de coalitiepartners van meet af aan terzijde geschoven: bedoeld wordt in dit verband uiteraard de *tax shift*, die de belastingheffing op de inkomsten uit kapitaal zou verhogen en tegelijk die uit arbeid zou verlagen.

Nog steeds in verband met de door te voeren besparingen om de financiële duurzaamheid van de sociale zekerheid te waarborgen, geeft de spreekster aan dat het regeerakkoord de overheveling van de kinderbijslag naar de deelstaten als een besparing voorstelt. In de memorie van toelichting van de nieuwe bijzondere financieringswet is evenwel aangegeven dat die overheveling geen impact zal hebben op de federale welvaartsenveloppe.

Het enige punt waarop de beleidsverklaring iets dieper ingaat, is de hervorming van de arbeidsongeschiktheidsregeling. De verklaring roept op de status van arbeidsongeschiktheid positief te benaderen. De spreekster kan zich daarin makkelijk vinden: het ligt immers in de bedoeling de betrokkenen zoveel mogelijk in de arbeidsmarkt te herintegreren. Tegelijk neemt de regering echter een andere maatregel die tegen die doelstelling ingaat, aangezien zij overweegt het gewaarborgde loon dat de werkgever de werknemer bij arbeidsongeschiktheid moet betalen, op te trekken tot twee maanden. Die maatregel is een echte werkloosheidsval voor wie arbeidsongeschikt is: weinig werkgevers zullen immers bereid zijn het risico te nemen een werknemer in dienst te nemen die een verhoogde kans heeft om ziek te worden (lees: te hervallen).

des finances de la sécurité sociale pouvait passer uniquement par la lutte contre la fraude.

Une autre piste évoquée pour parvenir à la durabilité financière est celle du renforcement de l'assise économique: la réduction de la parafiscalité devrait mécaniquement entraîner une hausse de l'emploi. Dans quelle mesure cette hausse de l'emploi, qui entraînera une baisse des dépenses dans certains secteurs, permettra-t-elle de compenser la baisse des rentrées entraînée par l'abaissement du taux des charges sociales? On rappellera que le Bureau du plan relativise l'efficacité des mesures de réduction de charges lorsque celles-ci ne sont ni ciblées sur certains publics ou secteurs, ni conditionnées à la création d'emplois.

Le seul moyen qui permettrait de raisonnablement garantir la durabilité financière de notre système de protection sociale a été d'emblée écarté par les partenaires de la coalition: il s'agit évidemment du *shift fiscal*, qui consisterait à accroître la taxation des revenus du patrimoine tout en abaissant celle pesant sur les revenus du travail.

Toujours à propos des économies à réaliser pour assurer la durabilité financière de la sécurité sociale, l'accord de gouvernement présente le transfert des allocations familiales aux entités fédérées comme une économie. Or, l'exposé des motifs de la nouvelle loi spéciale de financement précise que ce transfert n'aurait pas d'impact sur l'enveloppe bien-être au niveau fédéral.

Le seul point de la note un peu plus détaillé concerne la réforme du système des incapacités de travail. La note appelle à une approche positive du statut d'incapacité de travail, ce dont on peut aisément convenir: il s'agit en effet de réintégrer autant que possible les personnes dans le monde du travail. Mais, dans le même temps, le gouvernement prend une autre mesure qui va à l'encontre de cet objectif, puisqu'il est question de porter la salaire garanti dû par l'employeur en cas d'incapacité de travail à deux mois; cette mesure constitue un véritable piège à l'emploi pour ceux qui sont en incapacité de travail, car peu d'employeurs accepteront de prendre le risque d'engager un travailleur qui présente un risque accru (en cas de rechute) de tomber malade.

Over de arbeidsongeschiktheid vermeldt de beleidsverklaring nog het volgende: *“Niemand is erbij gebaat om decennia in invaliditeit te zitten. Dat is wat vroeger te veel gebeurde: men gaf iemand een uitkering, en dat was het dan”*. De spreekster betreurt dat de minister aldus verdachtmakingen uit aan het adres van de betrokkenen, met inbegrip van wie gelast wordt de gevallen van arbeidsongeschiktheid te evalueren. Is die verdenking op betrouwbare vaststellingen gebaseerd?

Een belangrijke hervorming ontbreekt in de lijst van de door de minister aangekondigde maatregelen, met name die inzake de mantelzorgers. Helemaal op het einde van de vorige regeerperiode is men erin geslaagd het statuut van de mantelzorger theoretisch te erkennen, evenwel zonder dat dit veel om het lijf had. Er werd gehoopt dat in deze regeerperiode concrete vooruitgang terzake zou kunnen worden geboekt, maar de beleidsverklaring rept er met geen woord van.

De minister, die zich zorgen maakt om de financiële duurzaamheid van de sociale zekerheid, zou zich nochtans bewust moeten zijn van de mogelijke *return* van doordachte maatregelen ten gunste van de mantelzorgers: dankzij het werk dat die laatsten vrijwillig verzetten voor een zwaar zorgbehoevend familielid, kan de gemeenschap besparen op bepaalde uitgaven (verhuizing naar een instelling, thuiszorg enzovoort).

Samengevat verwachtte de spreekster van de minister een krachtige visie en langetermijnperspectieven; die ontbreken echter. Volgens de spreekster is hier maar één aanbeveling op haar plaats: de minister zou een duidelijke en nauwkeurige nota moeten uitwerken waarin zij aangeeft hoe zij de doelstellingen in het regeerakkoord in de praktijk wil brengen.

De heer Raoul Hedebouw (PTB-GO!) is van mening dat de mondelinge toelichting van de minister de beleidsnota niet duidelijker heeft gemaakt; hij maakt zich zorgen over de ingrijpende trend die uit het geheel naar voren komt, maar die in zowat heel Europa gangbaar is, namelijk de wil om het paradigma van de sociale zekerheid te wijzigen.

Historisch is de sociale zekerheid tot stand gekomen vanuit een logica waarbij rechten worden verleend die samenhangen met het verrichten van arbeid en die worden gefinancierd door bijdragen die in een gemeenschappelijke pot worden gestort; de beleidsnota wekt de indruk dat men de sociale zekerheid voortaan wil benaderen als bijstand die louter zou worden verleend aan wie er nood aan heeft en die verdient. Aldus wordt aangepikt bij een trend die erin bestaat te bepalen wie écht recht heeft op sociale zekerheid en deze dan ook verdient.

Toujours à propos de l'incapacité de travail, un passage de l'exposé indique que *“par le passé, cela a été trop souvent le cas: on accordait une indemnité à quelqu'un et c'était fini.”* L'intervenante déplore que la ministre instille de la sorte un soupçon à l'égard des personnes concernées, en ce compris ceux qui sont chargés d'évaluer les cas d'invalidité. Ce soupçon se fonde-t-il sur des constats sérieux?

Une réforme d'importance manque dans la liste des annonces de la ministre, qui concerne les aidants proches. À l'extrême fin de la législature précédente, une reconnaissance théorique, sans grand contenu, du statut d'aidant proche avait pu être réalisée. On espérait des avancées concrètes pour cette législature-ci, mais la note est muette sur ce point.

La ministre, qui se soucie de la durabilité financière de la sécurité sociale, devrait cependant être consciente de l'effet retour que pourraient avoir des mesures intelligemment conçues en faveur des aidants proches: par leur travail bénévole en faveur d'un proche en situation de grande dépendance, ceux-ci permettent en effet à la collectivité de faire l'économie de certaines dépenses (placement en institution, soins à domicile,...).

En conclusion, l'intervenante attendait de la ministre une vision forte et des prévisions sur le long terme. Or, rien de ce genre n'est venu. La seule recommandation qui lui paraît pouvoir être déposée consisterait à inviter la ministre à rédiger une note claire et précise indiquant comment elle entend décliner les objectifs contenus dans l'accord de gouvernement.

M. Raoul Hedebouw (PTB-GO!) estime que l'exposé oral de la ministre n'a pas contribué à éclaircir le propos de sa note, et il se montre inquiet par rapport à la tendance lourde qui transparaît de l'ensemble, mais qui est assez généralisée en Europe: une volonté de changer le paradigme de la sécurité sociale.

Historiquement, la sécurité sociale s'est construite sur une logique de droits liés à la fonction du travail et financés par des cotisations versées dans un pot commun; on sent dans la note la volonté de passer à une notion d'assistance, destinée uniquement à ceux qui en ont besoin et qui le méritent. De la sorte, on s'inscrit dans une tendance qui consiste à déterminer qui a vraiment droit à, et qui mérite, la sécurité sociale.

De enige passage in de beleidsnota waarmee de spreker kan instemmen, is het hoofdstuk over de financiële duurzaamheid: *“(w)e moeten ervoor zorgen dat het systeem financieel duurzaam is. Anders ondermijnt het draagvlak, en dat leidt op termijn tot uitholling”*. Voor de rest is de beleidsnota alleen toegespitst op de uitgaven, met andere woorden op de door te voeren besparingen; van de ontvangsten wordt met geen woord gerept, tenzij om de lof te zingen van de socialelastenverminderingen, die nochtans een bedreiging vormen voor ons socialezekerheidsstelsel.

Voorts valt ook de stigmatisering op van de meest kwetsbaren, die worden bestempeld als potentiële profiteurs: de minister stelt immers meteen dat zij zich *“heftig [verzet] tegen de karikatuur die sommigen maken van de sociale zekerheid als hangmat, als bron van profitaat”*, maar voegt er onmiddellijk de paradoxale conclusie aan toe dat *“[we] net daarom (...) krachtdadig [moeten] optreden wanneer problemen zich voordoen. Want die problemen zullen uitvergroot worden en worden gebruikt als argument tegen het systeem”*. In feite stelt de minister degenen die de sociale zekerheid ondergraven, ideologisch in het gelijk door die sociale zekerheid af te schilderen als een bron van misbruik.

De heer Franky Demon (CD&V) neemt akte van de doelstellingen van de minister om de duurzaamheid, modernisering en toegankelijkheid van de sociale zekerheid te optimaliseren.

De eerste van die doelstellingen valt trouwens ook onder de bevoegdheid van de heer Tommelein, staatssecretaris voor Bestrijding van de Sociale Fraude. De responsabilisering van de verschillende actoren van de sociale zekerheid en de strengere controles zijn ook belangrijke elementen voor een duurzaam systeem.

De minister heeft het in haar uiteenzetting gehad over het idee om de economie aan te zwengelen door de parafiscaliteit te verlagen, wat ook zou moeten bijdragen tot de financiële duurzaamheid van de sociale zekerheid. De spreker zou daarover meer verduidelijking willen, onder meer over de nodige financiële middelen om de sociale lasten te doen dalen; waar gaat men die vinden?

De belangrijkste pijler van de modernisering van de sociale zekerheid is het stelsel van arbeidsongeschiktheid. De minister is van plan om voorrang te geven aan een positieve benadering van arbeidsongeschiktheid en vanuit technisch perspectief wil zij meer nieuwe technologieën inzetten om de processen te digitaliseren. Zou de minister hierover meer details kunnen geven? Wat de re-integratieprogramma's betreft die aan de arbeidsongeschikten zullen worden voorgesteld, wenst de

Le seul passage de l'exposé avec lequel l'intervenant peut marquer son accord est celui qui introduit le chapitre relatif à la durabilité financière: *“Nous devons veiller à la durabilité financière du système. Sans cela, son assise est menacée et le système à terme est menacé.”* Tout le reste de la note se concentre sur le volet des dépenses, autrement dit des mesures d'économies à prendre, et plus rien n'est dit concernant le volet des recettes, si ce n'est pour encenser les réductions de charges sociales, qui menacent pourtant notre système de protection sociale.

On perçoit également une volonté de stigmatiser les plus fragiles, présentés comme de potentiels profiteurs: la ministre commence en effet par affirmer que *“[elle s'inscrit] en faux contre la caricature que font certains de la sécurité sociale, la dépeignant comme un hamac et une source de profitaat”* pour en tirer immédiatement la conclusion paradoxale que *“c'est précisément pour cette raison que nous devons intervenir rigoureusement en cas de problèmes, car ceux-ci seront amplifiés et utilisés comme argument contre le système”*. Dans les faits, la ministre donne idéologiquement raison à ceux qui aujourd'hui sapent les fondements de la sécurité sociale en la dépeignant comme une source d'abus.

M. Franky Demon (CD&V) prend acte des objectifs de la ministre en vue d'améliorer la durabilité, la modernité et l'accessibilité de la sécurité sociale.

Le premier de ces objectifs relève par ailleurs également des attributions de M. Tommelein, secrétaire d'État chargé de la lutte contre la fraude sociale; la responsabilisation des différents acteurs de la sécurité sociale et l'accentuation des contrôles est également un élément important de la durabilité du système.

La ministre a évoqué dans son exposé l'idée d'une relance de l'économie par une baisse de la parafiscalité, qui devrait également contribuer à la durabilité financière de la sécurité sociale. L'intervenant souhaiterait obtenir davantage de précisions sur ce point, et notamment en ce qui concerne les moyens financiers nécessaires pour faire baisser les charges sociales; où va-t-on les trouver?

Le principal axe de modernisation de la sécurité sociale concerne le régime des incapacités de travail. La ministre a indiqué vouloir privilégier une approche positive des incapacités de travail, et, d'un point de vue technique, elle souhaite approfondir le recours aux nouvelles technologies, en digitalisant les processus. Pourrait-elle sur ce point fournir davantage de détails? Concernant les programmes de réintégration qui seront proposés aux personnes en incapacité de travail, une

spreker te vernemen of overleg met de sociale partners is gepland en of er al contacten in die zin zijn gelegd.

Tot slot, wat de verbetering van de toegankelijkheid van de sociale zekerheid betreft, is het interessantste programma de automatisering van rechten. Om welke rechten zou het bij voorkeur gaan en welke fasen zal dat proces doorlopen?

De heer Egbert Lachaert (Open Vld) wil in zijn uiteenzetting de nadruk leggen op de kwestie van de re-integratietrajecten voor de arbeidsongeschikten.

In het regeerakkoord staat dat een re-integratietraject zo snel mogelijk moet worden voorgesteld aan iedereen die arbeidsongeschikt is. Momenteel stelt men zich er al te vaak tevreden mee de betrokkenen te onderzoeken. Daaruit volgt dan een arbeidsongeschiktheidspercentage en vervolgens krijgen zij een min of meer definitief statuut van arbeidsongeschiktheid. Die trend moet worden omgegooid, en zoals in de werkloosheidsverzekering moet een echt activeringsbeleid worden ontwikkeld waarbij de betrokkenen naar de arbeidsmarkt worden geleid.

Bijzondere aandacht zal evenwel moeten uitgaan naar het verschijnsel van de mogelijke “parallele uitstroom” naar het arbeidsongeschiktheidsstelsel – een verschijnsel waarop minister Peeters onlangs nog heeft gewezen en dat zich de jongste jaren in Nederland heeft voorgedaan. Ingevolge de wijzigingen die de regering heeft aangebracht in het SWT-stelsel of in de regeling voor vervroegd pensioen, zullen bijvoorbeeld mensen die met vervroegd pensioen wilden gaan, vaststellen dat zulks door een wijziging van de betreffende toegangsvoorwaarden niet meer mogelijk is en zullen zij er dan niet beter op vinden dan zich arbeidsongeschikt te laten verklaren.

Mevrouw Meryame Kitir (sp.a) merkt op dat het hoofdstuk over de sociale zekerheid in de beleidsverklaring van de minister nauwelijks twee bladzijden beslaat, en dus bijzonder pover uitvalt.

Nochtans zullen de sociale uitkeringen voor het eerst een indexsprong ondergaan die nauwelijks fiscaal zal worden gecompenseerd.

De beleidsverklaring rept met geen woord van de welvaartsenveloppe; de regering gaat er prat op dat ze die enveloppe heeft opgetrokken tot 100 % van de aanvankelijk uitgetrokken bedragen. In werkelijkheid gaat het niet om 100 % maar slechts om 80 %, aangezien de vorige regering had beloofd het bedrag dat

concertation avec les partenaires sociaux est-elle prévue, et le cas échéant des contacts ont-ils déjà été pris en ce sens?

Enfin, à propos de l'amélioration de l'accessibilité de la sécurité sociale, le projet le plus intéressant concerne évidemment l'automatisation des droits. Quels droits seraient prioritairement concernés et quelles seraient les étapes de ce processus?

M. Egbert Lachaert (Open Vld) souhaite dans son intervention mettre l'accent sur la question des trajets de réintégration des personnes en incapacité de travail.

L'accord de gouvernement prévoit qu'un trajet de réintégration doit être proposé aussi rapidement que possible à tous ceux qui se trouvent en incapacité de travail. À l'heure actuelle, on se contente trop souvent d'un examen des personnes concernés, qui exprime un pourcentage d'incapacité, et puis le statut d'incapacité leur est reconnu plus ou moins définitivement. Il s'agit d'inverser cette tendance et, comme on le fait dans l'assurance chômage, de développer une véritable politique d'activation des personnes concernées vers le marché de l'emploi.

Il faudra cependant porter une attention particulière au phénomène de 'sorties parallèles' vers le régime des incapacités de travail qui pourrait se produire – comme l'a encore rappelé récemment le ministre Peeters ou comme on a pu l'observer ces dernières années aux Pays-Bas – suite aux modifications apportées par le gouvernement au régime des RCC ou de la prépension, notamment: des personnes qui aspiraient, par exemple, à la prépension mais qui ne peuvent plus y accéder à la suite d'un changement des conditions d'accès, se mettent par défaut en incapacité de travail.

Mme Meryame Kitir (sp.a) relève l'indigence du document écrit de l'exposé d'orientation politique de la ministre sur le chapitre de la sécurité sociale, qui contient en tout et pour tout deux pages.

C'est pourtant la première fois que les allocations sociales vont subir un saut d'index, qui sera à peine compensé par la voie fiscale.

L'exposé d'orientation politique ne dit rien sur la situation de l'enveloppe bien-être; le gouvernement se vante de l'avoir portée à 100 % des montants initialement prévus, mais dans les faits elle n'a été portée qu'à 80 %, compte tenu de l'engagement qui avait été pris sous la précédente législature de ne pas retrancher les fonds

overeenstemt met de overheveling van de gezinsbijslag naar de gemeenschappen niet af te trekken. Voorts ziet het ernaar uit dat in 2018 een extra schijf van 78 miljoen euro uit de enveloppe zal worden gehaald. Waarom zal dat gebeuren, en waarom in 2018? De sociale partners maken zich veel zorgen daarover.

Tot slot zal de enveloppe voortaan op zijn minst deels fiscaal worden toegekend, wat niet bepaald meer klaarheid schept over de intenties van de regering terzake.

Met toepassing van het competitiviteitspact zou de enveloppe in principe vanaf 1 januari 2015 moeten worden verdeeld volgens een automatische verdeelsleutel die is bepaald in de wet van 1996, dan wel op grond van de nadere regels die eventueel in het kader van een overeenkomst tussen de sociale partners (binnen de NAR en de CRB) worden vastgelegd. Hoe staat het daarmee precies, nu de einddatum in zicht komt? Zullen de uitkeringen automatisch worden aangepast vanaf 1 januari 2015, of zal de regering daarentegen vanaf 2015 voor de fiscalisering opteren? Welke instructies hebben de socialezekerheidsinstellingen in dat verband gekregen?

Door de fiscalisering van de welvaartsenveloppe zal enige tijd verlopen tussen de indexsprong en de daadwerkelijke toekenning van de gedeeltelijke compensaties. Hoe zal een en ander concreet verlopen?

Hoe staat het met de burgers die geen of nauwelijks belastingen betalen? Hoe zullen zij in aanmerking kunnen komen voor een belastingkrediet als zij geen belastingen betalen?

Welke reden heeft de regering er uiteindelijk toe kunnen brengen te kiezen voor die schimmige aanpak via fiscalisatie? Is het om op het einde van de rit te kunnen stellen dat de belastingdruk nominaal is afgenomen of dat de uitgaven zijn gedaald? Mocht dat het geval zijn, dan herinnert de spreker aan de bespreking van de resolutie van het Europees Parlement van 21 mei 2013 over de strijd tegen belastingfraude, belastingontduiking en belastingparadijzen; in het raam daarvan heeft de Raad aangegeven dat een fiscaal voordeel dat wordt toegekend aan een belastingplichtige die geen belasting betaald, in de overheidsrekeningen als een uitgave moet worden geboekt.

Een ander zorgwekkend aspect betreft de verlenging tot twee maanden van de periode tijdens welke de werkgever aan de werknemer een gewaarborgd loon moet betalen in geval van ziekte of invaliditeit. Het is nog niet erg duidelijk of het loon integraal gegarandeerd zal zijn gedurende de twee maanden, of alleen gedurende de

correspondant au transfert des allocations familiales aux Communautés. Par ailleurs, il semblerait qu'une tranche supplémentaire de 78 millions sera retranchée de l'enveloppe en 2018. Quelle en est la raison, et pourquoi en 2018? Les partenaires sociaux sont très inquiets sur ce point.

Enfin, à l'avenir les montants de l'enveloppe seront au moins pour partie octroyés par voie fiscale, ce qui ne contribue pas à clarifier les intentions du gouvernement sur la question.

En principe, en application du pacte de compétitivité, l'enveloppe devrait être répartie – dès le 1^{er} janvier 2015 – selon une clé de répartition automatique fixée dans la loi de 1996, ou selon des modalités fixées le cas échéant dans un accord entre les partenaires sociaux (au sein du CNT et du CCE). La date butoir approchant, qu'en est-il précisément? Les allocations vont-elles être adaptées automatiquement au 1^{er} janvier 2015? Le gouvernement va-t-il au contraire choisir d'appliquer la voie de la fiscalisation dès 2015? Quelles instructions les institutions de la sécurité sociale ont-elles reçues?

La fiscalisation de l'enveloppe bien-être va entraîner un délai entre le saut d'index et l'octroi effectif des compensations partielles; comment cela va-t-il se passer concrètement?

Qu'en est-il de ceux qui ne paient pas ou peu d'impôts? Comment vont-ils pouvoir bénéficier d'un crédit d'impôt s'il n'en paient pas?

Quelle raison a pu pousser en définitive le gouvernement à choisir cette voie obscure de la fiscalisation? Est-ce pour pouvoir affirmer en bout de course que la pression fiscale a nominalement baissé, ou que les dépenses ont diminué? Si cela devait être le cas, l'intervenante rappelle que dans le cadre de la discussion de la résolution du Parlement européen du 21 mai 2013 sur la lutte contre la fraude fiscale, l'évasion fiscale et les paradis fiscaux, le Conseil a indiqué qu'un avantage fiscal accordé à un contribuable ne payant pas d'impôt devait être comptabilisé comme une dépense dans les comptes publics.

Un autre point préoccupant concerne l'extension à deux mois de la période du salaire garanti, payé par l'employeur au salarié en cas de maladie ou d'invalidité. Il n'est pas encore très clair si le salaire sera garanti à 100 % pour les deux mois, ou seulement pour le premier mois pour ensuite tomber à 60 %. Dans le premier cas,

eerste maand om vervolgens terug te vallen op 60 %. In het eerste geval kan worden verondersteld dat de werkgever ook de sociale bijdragen op het volledige loon zal moeten betalen. Heeft de regering het risico ingeschat dat die maatregel inhield voor arbeidsongeschikte mensen die opnieuw aan de slag willen? Waarschijnlijk wordt het moeilijker die mensen, die voor de werkgever objectief gesproken een hoger risico inhouden (terugval, chronische ziekten enzovoort), in dienst te nemen.

De maatregelen om arbeidsongeschikte mensen opnieuw op de arbeidsmarkt te integreren, worden geacht 35 miljoen euro besparingen op te leveren. Kan de minister de gegevens verstrekken waarop die raming berust?

De berekening van de werkloosheidsuitkeringen zal in de toekomst gebeuren op basis van de laatste twaalf maanden loon, en niet langer alleen maar op basis van de laatste maand. Die maatregel wordt geacht op 1 januari 2015 in werking te treden, terwijl de programmawet nog niet is besproken en de koninklijke besluiten ter uitvoering van een en ander nog niet zijn bekendgemaakt. Hebben de socialezekerheidsinstellingen en de sociale secretariaten informatie ontvangen om zich op die verandering voor te bereiden? Zullen ze op tijd gereed zijn? De omvang van de toepassingsmoeilijkheden in verband met die maatregel mogen niet worden onderschat, bijvoorbeeld in het geval van een werknemer die in het afgelopen jaar verschillende uitzendopdrachten bij verschillende werkgevers zou hebben vervuld, met een loon en een statuut die naar gelang van de werkgever verschillen.

Al die maatregelen getuigen van de drastische aanpak van de regering in verband met de arbeidsmarkt, en wekken de indruk dat de regering misbruiken of zelfs grootschalige fraude wil aanpakken. Daarover is echter volstrekt geen informatie beschikbaar. Moeten er misbruiken worden bestreden en zo ja, welke?

Net als de vorige spreekster is *de heer Frédéric Daerden (PS)* vooral teleurgesteld over het feit dat de beleidsverklaring armzalig summier is in het licht van wat op het spel staat en van de overwogen hervormingen. Ze bevat namelijk geen gegevens over het tijdpad, noch over het budget.

Terwijl de beleidsverklaring wél ingaat op het thema duurzaamheid, gaat ze voorbij aan de werkelijk verontrustende cijfers over de financiën van de sociale zekerheid. Er moet aan worden herinnerd dat, volgens de begrotingsprognoses van het Beheerscomité van

on peut supposer que l'employeur paiera également des cotisations sociales sur l'intégralité du salaire. Le gouvernement a-t-il mesuré le risque que cette mesure faisait peser sur les personnes en état d'incapacité de travail désireuses de reprendre le travail? Il sera vraisemblablement plus difficile d'engager ces personnes, qui présentent un risque objectivement plus élevé pour l'employeur (rechute, maladies chroniques,...).

Les mesures de réintégration au travail des personnes en incapacité de travail sont censées permettre une économie de 35 millions d'euros. La ministre peut-elle fournir les données à la base de cette estimation?

Le calcul des indemnités de chômage sera à l'avenir effectué sur les douze derniers mois de salaire, et non plus sur le seul dernier mois. Cette mesure est censée entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015, alors que la loi-programme n'a pas encore été discutée et que les arrêtés royaux d'exécution n'ont pas encore été publiés. Les organismes de sécurité sociale et les secrétariats sociaux ont-ils reçu des informations en vue de se préparer à ce changement? Seront-ils prêts à temps? Il ne faut pas sous-estimer l'ampleur des difficultés à appliquer cette mesure, par exemple dans le cas d'un travailleur qui aurait rempli, dans l'année écoulée, plusieurs missions de travail intérimaire auprès d'employeurs différents, avec un salaire et un statut variables d'un employeur à l'autre.

L'ensemble de ces dernières mesures témoigne de l'approche drastique du gouvernement en ce qui concerne le marché du travail, et donne l'impression que le gouvernement entend s'attaquer à des abus voire à des fraudes de grande ampleur. Mais on ne dispose d'aucune information sur ce point. Y-a-t-il des abus à combattre, et si oui lesquels?

M. Frédéric Daerden (PS), tout comme l'intervenante précédente, fait tout d'abord part de sa déception par rapport à la pauvreté de l'exposé d'orientation politique au regard des enjeux et dans le cadre des réformes envisagées. Il manque notamment d'éléments concernant le calendrier et le budget.

Alors qu'il aborde le thème de la durabilité, l'exposé passe à côté des chiffres réellement inquiétants concernant les finances de la sécurité sociale: pour rappel, selon les projections budgétaires du Comité de gestion de la Gestion globale, le régime de la sécurité sociale

de sociale zekerheid – Globaal Beheer, de socialezekerheidsregeling van de werknemers bij ongewijzigd beleid tegen 2019 zal aankijken tegen een deficit van 8,5 miljard euro. Dat vloeit voort uit de structurele terugloop van de financiering van de sociale zekerheid ingevolge de bevoegdheidsoverdrachten bij de Zesde Staatshervorming.

Het regeerakkoord voorziet in 5,1 miljard euro bezuinigingen op de uitgaven, alsook in slechts gedeeltelijk gecompenseerde verlagingen van de sociale bijdragen: kan worden gewaarborgd dat de in het akkoord vooropgestelde verlengde evenwichtsdotatie een toereikende financiering zal waarborgen?

Overigens mag dan al worden gesteld dat men erop zal toezien dat de stelsels voldoen aan de behoeften van de huidige samenleving, maar toch bevat het regeerakkoord vooral bezuinigingen in talrijke sectoren (ten nadele van de sociale-uitkeringsgerechtigden en van de toekomstige gepensioneerden). Heeft de samenleving behoefte aan een verlaging van de sociale beschermingsgraad?

Als een van de doelstellingen geldt dat de toegankelijkheid van het stelsel wordt verbeterd om degenen die er behoefte aan hebben te helpen. Een en ander wekt echter de indruk dat het in werkelijkheid de bedoeling is de toegang tot de sociale zekerheid selectiever te maken: de toegangsvoorwaarden tot de verschillende regelingen inzake sociale bescherming worden verstrengd. Ook de administratieve vereenvoudiging – die op zich een goede zaak is – houdt een risico op simplisme in dat afbreuk zou kunnen doen aan het beginsel van de specificiteit van de sociale zekerheid, wat bijgevolg zou leiden tot een afkalving van de rechten.

Een van de vele niet aan bod komende thema's, ten slotte, is dat van bepaalde sociale statuten die nog moeten worden omschreven of vervolledigd. In dat verband citeert de spreker het sociaal statuut van de kunstenaars of dat van de onthaalouders, waarover men zich tijdens de vorige regeerperiode had gebogen. Zullen die thema's opnieuw aan bod komen, en in welke zin zal dat gebeuren?

Voorzitter Vincent Van Quickenborne (Open Vld) merkt op dat sommige sprekers de laconieke toon van de beleidsverklaring van de minister betreuren. Volgens hem sluit de beleidsverklaring van de minister echter volmaakt aan bij wat het Reglement en de instanties van de Kamer verwachten van deze oefening. Uiteraard gaat het om een nieuwigheid: het is de bedoeling de krachtlijnen en de strategie van de komende regeerperiode in een specifiek bevoegdheidsdomein te bepalen. Men moet goed het onderscheid maken tussen de

des travailleurs salariés accusera à l'horizon 2019, à politique inchangée, un déficit de 8,5 milliards d'euros. Cela résulte de la baisse de financement structurel de la sécurité sociale suite aux transferts de compétences de la sixième réforme de l'État.

L'accord de gouvernement prévoit des économies pour 5,1 milliards dans les dépenses et des réductions de cotisations sociales partiellement compensées; peut-on garantir que la prolongation de la dotation d'équilibre prévue dans l'accord assurera un financement suffisant?

On dit par ailleurs veiller à ce que les régimes répondent aux besoins de la société actuelle, mais l'accord de gouvernement prévoit surtout des économies dans de nombreux secteurs (au détriment des allocataires sociaux et des futurs pensionnés). La société a-t-elle besoin qu'on réduise le niveau de protection sociale?

L'amélioration de l'accessibilité du système, pour aider ceux qui en ont besoin, est un des objectifs annoncés. Mais on a l'impression qu'il s'agit en réalité de rendre l'accès à la sécurité sociale plus sélectif: on restreint les conditions d'accès des différents régimes de protection sociale. De même, la simplification administrative – qui est en soi une bonne chose – comporte un risque de simplisme qui pourrait nuire au principe de spécificité de la sécurité sociale et en conséquence aboutir à une diminution des droits.

Enfin, un thème absent, parmi beaucoup d'autres, concerne certains statuts sociaux qui restent à définir ou à compléter. L'intervenant cite à cet égard le statut social des artistes et celui des accueillants d'enfant, sur lesquels on s'était penché sous la législature précédente. Ces thèmes seront-ils à nouveau abordés, et dans quel sens?

M. Vincent Van Quickenborne (Open Vld), président, note que certains intervenants déplorent le caractère laconique de l'exposé d'orientation de la ministre. Il estime cependant que la note de la ministre correspond parfaitement à ce que le Règlement et les organes de la Chambre attendent de cet exercice, il est vrai tout nouveau: il s'agit de définir les grandes lignes directrices et la stratégie de la législature dans un domaine particulier de compétences. On doit bien faire la distinction entre l'exposé d'orientation politique, ce dont il s'agit

beleidsverklaring, waar het vandaag over gaat, en de beleidsnota, die daarentegen gedetailleerd kan ingaan op de budgettaire maatregelen en krachtlijnen.

Wat het hoofdstuk over de sociale zekerheid betreft — en om verder te gaan op het elan van een vorige spreker in verband met de financiering en de kracht van het sociaalzekerheidsstelsel —, herinnert de spreker eraan dat het uiteindelijke doel het bevorderen is van de werkgelegenheid, qua duur én kwaliteit. Daartoe moeten de overheden creatief uit de hoek kunnen komen, zoals eerder al het geval is geweest met de dienstencheques, die een succes kunnen worden genoemd: men heeft tal van reguliere banen gecreëerd (met inbegrip van een sociaal statuut en met bijdrageplicht) voor vaak laaggeschoolde mensen. Men zou dezelfde vooruitgang kunnen boeken met de flexi-jobs, die in de horecasector voor nieuwe kwaliteitsvolle banen zullen zorgen. De spreker hoopt dat dit statuut er tegen de zomer van 2015 zal zijn en pleit voor een uitbreiding van die regeling naar andere sectoren.

Men kan erop vertrouwen dat de minister voor de moeilijkste problemen een oplossing zal vinden, zoals zij dat tijdens de vorige regeerperiode heeft aangetoond inzake Asiel en Migratie.

B. Antwoorden van de minister

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verwijst naar de lovende commentaren — soms van leden van de oppositie — in verband met haar geloofwaardigheid, en zegt dat zij die geloofwaardigheid zeker nodig zal hebben om de moeilijke uitdagingen waar te maken. De hervormingen om het stelsel van sociale bescherming duurzaam te verbeteren, zullen veel werk en overleg vergen.

Principieel is de minister van plan om de koppeling tussen de sociale bijdragen en de sociale uitkeringen te behouden, maar zonder daarbij de noodzakelijke solidariteit te verwaarlozen.

De lasten voor de werkgevers worden daadwerkelijk verminderd, maar de modaliteiten moeten nog worden bepaald. Met die maatregel moet het, via de creatie van talrijke banen, mogelijk worden nieuwe middelen voor de sociale zekerheid aan te reiken. Die maatregel mag echter niet leiden tot het verdwijnen van de huidige regelingen voor de lage lonen, vooral in de kmo's. De minister herinnert er evenwel aan dat zij in dat dossier niet als enige bevoegd is.

aujourd'hui, et la note de politique générale qui, par contre, peut entrer dans le détail des mesures et lignes budgétaires.

En ce qui concerne le chapitre consacré à la sécurité sociale, et pour continuer sur la lancée d'un intervenant précédent en ce qui concerne le financement et la performance du système de sécurité sociale, l'orateur rappelle que l'objectif final est de promouvoir l'emploi, dans la durée et en qualité. À cette fin, les pouvoirs publics doivent pouvoir se monter créatif, et on peut rappeler l'expérience des chèques-services, qui peut être considérée comme un succès: on a créé des emplois réguliers (assortis d'un statut social et donnant lieu au paiement de cotisations) en nombre pour des personnes souvent peu qualifiées. La même avancée pourrait se réaliser avec le système des flexi-jobs, qui créeront de nouveaux emplois de qualité dans le secteur horeca. L'intervenant espère que ce statut sera mis en place d'ici à la saison d'été 2015, et plaide pour une extension de ce système à d'autres secteurs.

On peut faire confiance à la ministre pour régler les problèmes les plus ardues, comme elle l'a démontré sous la législature précédente en matière d'Asile et de Migration.

B. Réponses de la ministre

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, estime, en réponse aux références élogieuses — provenant parfois de membres de l'opposition — concernant sa crédibilité, que celle-ci lui sera assurément nécessaire pour mener à bien les chantiers difficiles à mener. Les réformes pour améliorer durablement le système de protection sociale vont demander beaucoup de travail et de concertation.

Sur le plan des principes, la ministre entend préserver le lien entre les cotisations et les prestations sociales, sans négliger cependant la nécessaire solidarité.

Les charges des employeurs seront effectivement diminuées, dans une mesure et à un rythme qui restent encore à définir. Cette mesure devrait permettre, par la création de nombreux emplois, d'apporter de nouveaux moyens pour la sécurité sociale. Cette mesure ne devrait toutefois pas entraîner la disparation des mécanismes actuels ciblant les bas salaires, notamment dans les PME. Mais la ministre rappelle qu'elle n'est pas seule compétente dans ce dossier.

De verbetering van de financiële situatie van het sociaalzekerheidsstelsel behelst nog een ander aspect, meer bepaald de strijd tegen fraude en verspilling. In verband met het eerste punt kan worden verwezen naar de uiteenzetting van de heer Tommelein. De minister voegt daar evenwel aan toe dat zij eveneens de strijd wil aanbinden met het onrechtmatig afgeven van medische attesten, meer bepaald bij arbeidsongeschiktheid, en kondigt aan dat zij de controles en de sancties op dat vlak wil aanscherpen. Wat het tweede punt betreft, zullen voort specifieke verbeteringen worden nagestreefd zodat de middelen zo doeltreffend mogelijk worden aangewend; bepaalde functies van het Fonds voor de beroepsziekten en het Fonds voor arbeidsongevallen zouden bijvoorbeeld samen kunnen worden uitgevoerd.

De administratieve vereenvoudiging zal in geen enkel geval leiden tot een inperking van de rechten; het enige streefdoel is het systeem bevattelijk te maken voor de sociaal verzekerde. Overigens is de minister ervan overtuigd dat hoe ingewikkelder een systeem is, hoe moeilijker mensen hun rechten laten gelden.

Het raamwerk dat op de flexi-jobs van toepassing zal zijn, is thans zeer duidelijk: voor de horecasector gaat het om voltijdse banen of banen met minstens een 4/5-regeling, waarbij het voordeel erin zal bestaan dat op de bijkomende prestaties forfaitaire sociale bijdragen van 25 % zullen zijn verschuldigd. Of de regeling zal worden toegepast met ingang van 2015, hangt af van het tempo en de resultaten van het overleg.

Veel sprekers zijn ingegaan op de arbeidsongeschiktheid en de deeltijdse herinschakelingsprojecten. Het zal niet langer mogelijk zijn eenmalig een attest af te geven dat vervolgens onbepaald geldig zou zijn, vermits voortaan vaker kan worden overgegaan tot herziening en heronderzoek. Het streefdoel is degenen die nog kunnen werken, een gevoel van eigenwaarde te laten behouden, en degenen die dat niet meer kunnen, te beschermen; daarbij moet echter rekening worden gehouden met de vooruitgang die in de arbeidsprocessen is geboekt, meer bepaald de informatisering en de automatisering.

Op het vlak van arbeidsongeschiktheid moet ook preventie een belangrijke rol spelen: zo moet het verpleegkundig personeel bijvoorbeeld kunnen beschikken over passende hulpmiddelen (bedliften enzovoort) om rugkwalen te voorkomen.

Het reïntegratieplan zal worden geregeld in het eerst-daags in te dienen ontwerp van programmawet.

In verband met de welvaartsenveloppe klopt het dat de regering bij haar berekeningen uiteindelijk rekening

Un autre volet de l'amélioration de la situation financière du système de la sécurité sociale porte sur la lutte contre les fraudes et les gaspillages. Sur le premier point, on peut se référer à l'intervention de M. Tommelein. La ministre ajoute toutefois qu'elle entend lutter également contre le phénomène des certificats médicaux de complaisance, notamment en ce qui concerne les incapacités de travail et annonce un renforcement des contrôles et des sanctions dans ce domaine. Sur le second point, des améliorations ponctuelles seront toujours poursuivies pour garantir l'allocation la plus efficace des moyens; à titre d'exemple, certaines fonctions du Fonds des maladies professionnelles et du Fonds des accidents du travail pourraient être exécutées conjointement.

La simplification administrative ne visera en aucun cas à réduire les droits; il s'agit seulement de rendre le système intelligible pour l'assuré social. La ministre est d'ailleurs convaincue que c'est face aux systèmes les plus complexes que les gens ont le plus de difficulté à faire valoir leurs droits.

Le cadre dans lequel les flexijobs vont se déployer est actuellement très clair: cela concerne, dans l'horeca, des emplois à temps plein ou à 4/5 au minimum, l'avantage concernera les heures supplémentaires qui donneront lieu à la perception de cotisations sociales forfaitaires de 25 %. L'application dès 2015 dépendra du rythme et des résultats de la concertation.

La question de l'incapacité de travail et des projets de réintégration à temps partiel a été évoquée par de nombreux intervenants. On ne pourra plus se contenter d'une attestation délivrée une fois pour toutes, des révisions et des réexamens seront désormais plus souvent possibles. L'objectif est de redonner le sentiment de leur valeur à ceux qui sont encore en état de travailler, et de préserver ceux qui ne le sont plus; on doit cependant tenir compte, à cet égard, des progrès dans les processus de travail, notamment l'informatisation et l'automatisation.

La prévention doit également jouer un rôle important en matière d'incapacité de travail: à titre d'exemple, on peut citer le personnel infirmier, qui doit recevoir les équipements adaptés (appareils de levage, etc.) en vue de prévenir l'apparition des maux de dos.

Le plan de réintégration sera réglé dans la loi-programme qui sera prochainement déposée.

En ce qui concerne l'enveloppe bien-être, il est vrai que le gouvernement a finalement retenu, dans

heeft gehouden met de overdracht van de kinderbijslag naar de gemeenschappen, maar het bedrag werd op 100 % gebracht na aftrek van de kinderbijslagsommen.

De enveloppe ligt dus wel degelijk hoger dan bij het einde van de vorige regeerperiode, toen die, ter herinnering, beperkt was tot 60 % van het aanvankelijke bedrag.

De compensatie langs fiscale weg van de indexsprong is de bevoegdheid van de minister van Financiën, de heer Johan Van Overtveldt.

Tweede deel

VOLKSGEZONDHEID

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, presenteert een aantal richtsnoeren (A) die gelden voor haar twee bevoegdheden, en vervolgens de beleidslijnen op het gebied van Volksgezondheid (B).

A. Transversale richtsnoeren

De beleidsverklaring van de minister geeft de krachtlijnen en strategische keuzes voor de komende vijf jaren weer. De gedetailleerde voorstellen worden in de beleidsnota uitgedrukt. Welke gezondheidszorg en welke sociale zekerheid willen wij in de toekomst voor onszelf en voor onze familie komen hier aan bod.

Einddoel van de minister is een gezondheidszorg en een sociale zekerheid die:

- duurzaam en betaalbaar blijven voor de overheid;
- aangepast zijn aan de maatschappij van nu en van de toekomst. Met andere woorden: die over voldoende kwaliteit beschikt om bijvoorbeeld het stijgend aantal ouderen en chronisch zieken op een goede manier op te vangen en te verzorgen;
- toegankelijk zijn, waardoor mensen op zeer eenvoudige manier toegang krijgen tot de sociale bescherming die nodig is, en waardoor het systeem betaalbaar blijft voor de mensen.

ses calculs, le transfert des allocations familiales aux Communautés, mais le montant a été porté à 100 % déduction faite des sommes relatives à ces allocations.

Il s'agit donc bien d'une hausse par rapport au niveau de l'enveloppe à la fin de la législature précédente, réduite, pour rappel, à 60 % du montant initial.

La question de la compensation par voie fiscale du saut d'index relève de la compétence du ministre des Finances, M. Johan Van Overtveldt.

Deuxième partie

SANTÉ PUBLIQUE

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, expose une série de lignes directrices (A), qui valent pour ses deux compétences, et les orientations politiques afférentes à la Santé publique (B).

A. Lignes directrices transversales

L'exposé d'orientation politique de la ministre énonce les lignes directrices et les orientations stratégiques pour les cinq prochaines années. Les propositions concrètes sont exposées dans la note de politique générale. La question en l'occurrence est de savoir quels soins de santé et quelle sécurité sociale nous voulons pour nous-mêmes et pour notre famille.

L'objectif ultime de la ministre est d'assurer des soins de santé et une sécurité sociale qui:

- restent durables et abordables pour les pouvoirs publics;
- soient adaptés à la société d'aujourd'hui et de demain. En d'autres termes: qui soient d'une qualité suffisante, par exemple, pour prendre en charge et soigner correctement le nombre croissant de personnes âgées et de malades chroniques;
- soient accessibles, de façon à ce que les citoyens aient de manière très simple accès à la protection sociale nécessaire et à ce que le système reste abordable pour les citoyens.

De minister wil dit bereiken:

— door een duidelijk kompas of richtingwijzers op te stellen: duidelijke doelstellingen voor onze volksgezondheid en dus ook duidelijke doelstellingen voor onze gezondheidszorgen;

— door bijvoorbeeld de manier waarop onze zorgverstrekkers, ziekenhuizen, ziekenfondsen enzovoort werken, aan te passen. Dit zal uiteindelijk onze volksgezondheid verbeteren.

De minister zal hervormen en vereenvoudigen, besparen én investeren in mensen, verspilling aanpakken. Dit alles zal gebeuren door middel van overleg met de deelstaten en met alle betrokken actoren: sociale partners, zorgverstrekkers, ziekenhuizen, ziekenfondsen, patiëntenplatformen, de industrie van geneesmiddelen en van medische technologie en de administraties. De hervormingen zullen stapsgewijs gebeuren, door middel van een sereen en rustig overleg.

De minister beoogt een stabiele meerjarenplanning voor de gezondheidszorg voor vijf jaar. Zij hanteert een open en positieve aanpak, waarbij geen taboes bestaan en waarbij iedereen de zaken in vraag durft stellen.

Inhoudelijk steunt de minister op het regeerakkoord. Zij bouwt verder op de goede punten van het verleden. Zij doet het over de zuilen heen, met de inzet en de verantwoordelijkheid van iedereen.

Op Europees niveau zal de minister met alle partners rekening houden. Op dat niveau zal zij de sociale bescherming en de verworvenheden ervan in al hun aspecten verdedigen. Tevens zal zij met de deelstaten overleggen over het Belgisch internationaal beleid inzake de sociale bescherming. Tegelijk zal de minister erop toezien dat in het nationaal beleid rekening wordt gehouden met de internationale dimensie.

De minister somt diverse bijzondere punten op waaraan bij de vooropgestelde hervormingen aandacht zal worden besteed:

— de zwaksten in de samenleving beschermen;
— de privacy van de patiënt in acht nemen;
— uitgaan van *evidence based*-geneeskunde, rekening houdend met de *best practices* op internationaal niveau;

— de keuzevrijheid in acht nemen van elkeen (van de patiënt, wat de diagnose en de therapie betreft);

La ministre entend atteindre cet objectif:

— en définissant un compas clair ou des indicateurs: des objectifs clairs pour notre santé publique et donc aussi des objectifs clairs pour nos soins de santé;

— en adaptant, par exemple, la façon dont fonctionnent nos prestataires de soins, nos hôpitaux, nos mutualités, etc., ce qui améliorera en fin de compte notre santé publique.

La ministre entend réformer et simplifier, faire des économies tout en investissant dans l'humain, lutter contre les gaspillages. Tout cela se fera sur la base d'une concertation avec les entités fédérées et tous les acteurs: les partenaires sociaux, les prestataires de soins, les hôpitaux, les mutualités, les associations de patients, l'industrie des médicaments et des technologies médicales et les administrations. Les réformes se feront de manière progressive, grâce à une concertation sereine et paisible.

La ministre prévoit un cadre pluriannuel stable pour les soins de santé pour cinq ans. Elle adopte une approche ouverte, positive et sans tabous, où chacun ose remettre les choses en question.

Sur le plan du contenu, la ministre s'appuie sur l'accord de gouvernement. Elle se repose sur les points positifs du passé. Elle le fait par-delà les clivages, en faisant appel à l'engagement et à la responsabilité de chacun.

Au niveau européen, la ministre prendra en compte l'ensemble des partenaires. Elle défendra au niveau européen la protection sociale et ses acquis dans toutes leurs facettes. Elle se concertera aussi avec les entités fédérées sur la politique internationale de la Belgique au niveau de la protection sociale. En même temps, la ministre veillera à prendre en compte la dimension internationale dans la politique nationale.

Divers points d'attention spéciaux dans sa façon d'aborder les réformes sont cités:

— protéger les plus faibles dans la société;
— respecter la vie privée du patient;
— travailler sur la base d'une médecine fondée sur les preuves et dans le sens des meilleures pratiques au niveau international;

— respecter la liberté de choix (pour le patient, au niveau diagnostic et thérapeutique);

- de administratieve last vereenvoudigen en aldus verminderen;
- investeren in de medische technologische innovaties waar dat mogelijk is.

B. Duurzame, aangepaste, kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg

1. Duurzame zorg

Duurzame gezondheidszorg is zorg die de overheden jaar na jaar kunnen betalen, zonder problemen, en waar bij het budget stabiel blijft. Dergelijke gezondheidszorg vereist inspanningen.

De vergrijzing en de technologische vooruitgang bewerkstelligen dat de gezondheidszorg een prioritair aandachtspunt moet zijn wanneer budgettaire keuzes moeten worden gemaakt. De overheden moeten kunnen blijven investeren in de gezondheidszorg. Tegelijk is blijven investeren financieel niet houdbaar op lange termijn wanneer de uitgaven in de gezondheidszorg veel sneller mogen stijgen dan de economische welvaart toelaat. De minister mag dan wel de gezondheidszorg verdedigen, maar andere sectoren van de sociale zekerheid en van de overheid hebben ook hun behoeften. Als men er niet in slaagt de uitgaven in de hand te houden, zal men de patiënt op lange termijn een hoge rekening moeten voorschotelen. Daar kan de minister zich niet bij neerleggen.

In de gezondheidszorg zal worden hervormd, vereenvoudigd, bezuinigd en geïnvesteerd; tegen verspilling zal worden opgetreden.

De Belgische gezondheidszorg moet efficiënter en doeltreffender werken. De uitgaven dienen optimaal benut te zijn. Maar de komende vier jaar zal er nog altijd een groeinorm zijn. De groeinorm in de gezondheidszorg is geen besparingsnorm, zoals sommigen beweren. De groeinorm voor gezondheidszorg was tot nu toe 3% per jaar. We schroeven dit terug naar 1,5 %. In cijfers heet dit dat er van 2015 tot en met 2018 niet de 5 miljard extra uitgegeven worden die voorzien waren met de groeinorm van 3 %. De overheid geeft wel nog 2,188 miljard euro extra uit op vijf jaar.

Precies omdat de regering hervormt, vereenvoudigt en verspillingen wegwerkt, blijft er nog budget over om te investeren in medische innovatie. België staat aan de top van medische innovatie. In het belang van de patiënt en van de werkgelegenheid in de sector moet de overheid dit zo houden.

- simplifier et de cette façon diminuer les charges administratives;
- investir dans les innovations technologiques médicales où c'est possible.

B. Des soins de santé durables, adaptés, de qualité et accessibles

1. Des soins durables

Des soins de santé durables sont des soins que les pouvoirs publics peuvent payer année après année, sans problèmes, et où le budget est stable. De tels soins de santé nécessitent des efforts.

Le vieillissement et le progrès technologique font que les soins de santé doivent être une priorité lorsque des choix budgétaires sont posés. Les pouvoirs publics doivent continuer d'investir dans les soins de santé. En même temps, la poursuite des investissements n'est pas financièrement tenable à long terme si les dépenses en soins de santé peuvent augmenter beaucoup plus vite que ce que permet la prospérité économique. Même si la ministre défend les soins de santé, d'autres secteurs de la sécurité sociale et des pouvoirs publics ont des besoins. Le manque de contrôle des dépenses entraîne à long terme la nécessité de facturer des coûts importants aux patients. La ministre ne peut s'y résoudre.

Dans les soins de santé, il sera réformé et simplifié, fait des économies et des investissements; les gaspillages seront combattus.

Le fonctionnement des soins de santé belges doit être plus efficient et plus efficace. L'utilisation des dépenses doit être optimisée. Mais pendant les quatre prochaines années, il subsistera toujours une norme de croissance. Dans les soins de santé, la norme de croissance n'est pas une norme d'économie, comme d'aucuns le prétendent. Elle s'élevait jusqu'à présent à 3 % par an. Le gouvernement la ramène à 1,5 %. En chiffres concrets, cela signifie que ce ne sont pas 5 milliards d'euros supplémentaires qui seront dépensés de 2015 à 2018, comme le prévoyait la norme de croissance de 3 %, mais 2,188 milliards d'euros sur cinq ans.

C'est précisément parce que le gouvernement réforme, simplifie et fait la chasse aux gaspillages qu'il reste un budget pour investir dans l'innovation médicale. La Belgique est à la pointe dans ce domaine. Dans l'intérêt du patient et de l'emploi dans le secteur, les autorités se doivent de préserver ce statut.

De patiënten en zeker de zwaksten onder hen worden maximaal gevrijwaard. In België genieten 1,8 miljoen mensen een voorkeurregeling. Van hen wordt in 2015 een bijdrage van 900 000 euro gevraagd. Dat is 50 cent per persoon. Alle anderen leveren een grotere inspanning:

- de overheidsadministraties die beter zullen moeten samenwerken;
- de geneesmiddelen- en medische industrie;
- de zorgverstrekkers (indexsprong).

Het remgeld verhoogt bij sommige specialisten, maar minimaal voor patiënten met een voorkeurregeling. Het daalt bij andere specialisten. De geneesmiddelen worden goedkoper. De patiënt krijgt in 2015 door middel van goedkopere geneesmiddelen terug wat hij extra aan remgeld betaalt.

Een van de grootste werven wordt de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het gaat over meer dan financiering alleen: het ziekenhuislandschap wordt anders en beter ingedeeld. Het einddoel is dat zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en daarbij zijn verschillende zorgfasen naadloos op elkaar afgestemd: ambulante, basisziekenhuis, gespecialiseerd ziekenhuis, revalidatie, thuiszorg, etc.

De minister is voorstander van een systeem waarbij alle ziekenhuizen basiszorg blijven aanbieden, maar waarbij de ziekenhuisinstellingen ertoe aangezet worden samen te werken voor ingrepen die zeer complex zijn of waarvoor heel gespecialiseerde apparatuur nodig is.

De patiënt kan in de gespecialiseerde centra rekenen op de beste zorg voor haar of zijn specifiek probleem. Uit een studie van het Kenniscentrum blijkt dat het overlevingspercentage veel hoger ligt voor zeldzame ingrepen in gespecialiseerde centra.

2. Aangepaste en kwalitatief hoogstaande zorg

De Belgische gezondheidszorg moet ook zo goed mogelijk afgestemd zijn op de maatschappij van nu en van de toekomst. Het aantal ouderen en chronisch zieken stijgt. Iedereen kent tegenwoordig in zijn familie, buurt of gemeente 80- of 90-plussers of zelfs honderdjarigen. Er zijn steeds meer ouderen. Daarmee stijgt ook het aantal mensen dat langdurig, vaak met meerdere ziekten tegelijkertijd geconfronteerd wordt.

Les patients, et surtout les plus précarisés d'entre eux, sont protégés au maximum. En Belgique, 1,8 million de personnes bénéficient d'un régime préférentiel. En 2015, il leur sera demandé une contribution de 900 000 euros. Cela représente 50 cents par personne. Tous les autres fournissent un effort plus important:

- les administrations publiques qui devront optimiser leur collaboration;
- l'industrie pharmaceutique et médicale;
- les prestataires de soins (saut d'index).

Le ticket modérateur augmente chez certains spécialistes, mais cette augmentation est minime pour les patients bénéficiant d'un régime préférentiel. Chez d'autres spécialistes, il est réduit. Le prix des médicaments est en baisse. En 2015, la réduction du prix des médicaments permettra au patient de récupérer le surplus qu'il a payé en ticket modérateur.

L'un des plus gros chantiers est la réforme du financement des hôpitaux. Il ne s'agit pas du seul financement: le paysage hospitalier est réorganisé et optimisé. Le but final est de placer le patient au centre de l'organisation des soins, dont les différentes phases sont parfaitement harmonisées: ambulatoire, hôpital de base, hôpital spécialisé, révalidation, soins à domicile, etc.

La ministre voudrait un système où les soins de base continuent à être délivrés par tous les hôpitaux, mais où que les institutions hospitalières sont amenées à collaborer pour des interventions très complexes ou pour lesquelles un appareillage très spécialisé est requis.

Dans les centres spécialisés, le patient peut compter sur les meilleurs soins adaptés à son problème spécifique. Il ressort d'une étude du Centre d'expertise que le pourcentage de survie est beaucoup plus élevé pour les interventions rares réalisées dans les centres spécialisés.

2. Des soins adaptés et de qualité

Les soins de santé en Belgique doivent également correspondre le mieux possible à la société d'aujourd'hui et de demain. Le nombre de personnes âgées et de malades chroniques augmente. Tout le monde connaît dans sa famille, son voisinage ou sa commune des personnes âgées de 80 ou 90 ans, voire des centenaires. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses. Et donc le nombre de personnes souffrant longuement de maladies souvent multiples augmente aussi.

De Belgische gezondheidszorg aanpassen aan die factoren vereist een geïntegreerde visie op, en de organisatie van, de zorg voor aandoeningen die verbonden zijn aan vergrijzing en chronische ziekten. De minister wenst deze visie verder uit te werken, samen met de deelstaten. In de Interministeriële Conferentie Gezondheid zijn terzake al een aantal doelstellingen geformuleerd.

De digitalisering is een andere uitdaging. De gezondheidszorg moet de mogelijkheden van de digitalisering benutten. Et wordt voortgebouwd op de *roadmap* 2013-2018. Hierdoor kan de overheid:

- vereenvoudigen en dus besparen;
- administratieve lasten verminderen voor het personeel;
- de gezondheidszorg eenvoudiger en toegankelijker maken via *eHealth*; enz.

De geestelijke gezondheidszorg is een van de prioriteiten van het beleid van de minister. Deze zorg moet dringend aangepast worden aan de realiteit. Een visie dient op de organisatie van en taakverdeling binnen de geestelijke gezondheidszorg ontwikkeld te worden. De wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die de geestelijke gezondheidsberoepen regelt, moet uitgevoerd worden.

Andere krachtlijnen zijn:

- eerste lijn of ambulante zorgen versterken;
- overmatig gebruik van psychofarmaca terugdringen;
- overtal van psychiatrische bedden terugdringen;
- een betere financiering en terugbetaling van de eerste lijn.

De versterking van het handhavingsbeleid (bijvoorbeeld de administratieve controle op de ziekenfondsen, de controle op de medische verstrekkingen) is ook een doelstelling van de minister.

De minister wenst een verdere responsabilisering van de ziekenfondsen. Met de ziekenfondsen wil zij eveneens een meerjarentraject afspreken. Zij weet dat binnen de sector veel ideeën bestaan over de verdere modernisering van de opdrachten van de ziekenfondsen, ook in het licht van de informatisering van een aantal administratieve processen. De minister wil met hen een constructief debat aangaan over het verdere valoriseren van hun opdracht. Ook efficiëntie en transparantie in de werking zijn daarbij van belang. De minister zal dat debat voeren met de betrokken actoren. Het

Adapter nos soins de santé à ces facteurs requiert une vision intégrée ainsi que l'organisation et la prise en charge des affections qui sont liées au vieillissement et aux maladies chroniques. La ministre souhaite développer cette vision, de concert avec les entités fédérées. Un certain nombre d'objectifs ont été formulés à cet égard au sein de la Conférence interministérielle Santé.

La numérisation est un autre défi. Les soins de santé doivent tirer parti des possibilités offertes par la numérisation. Il est ainsi fait suite à la feuille de route 2013-2018. Cela permettra aux autorités

- de simplifier et donc de réaliser des économies;
- de réduire les charges administratives pour le personnel;
- de rendre les soins de santé plus simples et plus accessibles via *eHealth*; etc.

Les soins de santé mentale sont une des priorités de la politique de la ministre. Ces soins doivent être adaptés d'urgence à la réalité. Il convient de développer une vision sur l'organisation de ces soins et sur la répartition des tâches au sein de ceux-ci. La loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé doit être exécutée.

Les autres lignes de force sont les suivantes:

- renforcer la première ligne ou les soins ambulatoires;
- diminuer la surconsommation des psychotropes;
- diminuer l'excédent de lits psychiatriques;
- assurer un meilleur financement et remboursement de la première ligne.

Le renforcement de la politique de suivi (par exemple le contrôle administratif des mutualités, le contrôle des prestations médicales) est également un objectif de la ministre.

La ministre souhaite une plus grande responsabilisation des mutualités. Elle entend également élaborer une trajectoire pluriannuelle avec les mutualités. Elle sait que les idées foisonnent au sein du secteur à propos de la modernisation des missions des mutualités, notamment à la lumière de l'informatisation d'un certain nombre de processus administratifs. La ministre veut mener avec elles un débat constructif sur la manière de valoriser leurs missions. L'efficacité et la transparence dans le fonctionnement sont également des éléments importants à cet égard. La ministre va mener ce débat avec les

gaat bijvoorbeeld over het publiceren van de statuten en de jaarrekeningen, iets waar de minister al in 2015 een initiatief zal rond nemen.

Daarnaast zijn er ook nog:

- de efficiëntere organisatie van de gezondheidsadministraties.
- het verder dynamiseren van het geneesmiddelenbeleid.

3. Toegankelijke zorg

De minister wil de toegankelijkheid van de gezondheidszorg waarborgen. Daarom schuift ze de volgende doelstellingen naar voren:

- een vereenvoudiging van de administratieve en medische procedures;
- een duidelijke en leesbare patiëntenfactuur;
- duidelijke procedures, zodat alle betrokkenen hun rechten kennen;
- een elektronisch patiëntendossier voor iedereen tegen 2019, dat alle waarborgen biedt op het vlak van privacy én snel en gemakkelijk kan worden geraadpleegd door de patiënt en de zorgverstrekkers;
- en vooral: zorg die betaalbaar blijft, in de eerste plaats voor de patiënt.

II. — ALGEMENE BESPREKING

A. Vragen en opmerkingen van de leden

De heer Damien Thiéry (MR) onderschrijft de opties die in de beleidsverklaring inzake gezondheidszorg worden genomen. Hij is het ermee eens dat het gezondheidsbeleid wordt voortgezet en dat er een aantal vernieuwingen worden aan toegevoegd. De opvattingen inzake gezondheid evolueren.

De duurzaamheid van het beleid wordt verzekerd door de voorgestelde noodzakelijke saneringen. Dit saneringsbeleid mag echter niet ten koste van de patiënt zijn. Alle actoren van het gezondheidsbeleid moeten er zich van bewust zijn dat de sector moet worden gesaneerd.

Het is positief dat het beleid voor chronisch zieken van de vorige zittingsperiode wordt voortgezet.

De inzet op de verdere uitwerking van *eHealth* is belangrijk. De spreker steunt de doelstelling dat iedere patiënt tegen 2019 over een elektronisch patiënten

acteurs concernés. Il s'agit notamment de la publication des statuts et des comptes annuels, un point sur lequel la ministre compte prendre une initiative dès 2015.

Il y a en outre encore:

- une organisation plus efficace des administrations de santé;
- une dynamisation accrue de la politique des médicaments.

3. Des soins accessibles

La ministre entend garantir l'accessibilité des soins de santé. Pour ce faire, elle se donne pour objectifs:

- une simplification des processus administratifs et médicaux;
- une facture pour le patient claire et lisible;
- des procédures claires, de sorte que chaque intervenant connaisse ses droits;
- un dossier patient électronique, pour chacun d'ici 2019, qui offre toutes les garanties de respect de la vie privée mais qui en même temps peut être consulté vite et facilement par le patient et les prestataires de soins;
- et surtout: des soins de santé qui restent payables, en premier lieu pour le patient.

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Interventions des membres

M. Damien Thiéry (MR) souscrit aux options figurant dans l'exposé d'orientation politique en ce qui concerne les soins de santé. Il souscrit à la poursuite de la politique en matière de santé publique et à l'ajout d'une série d'innovations. Les conceptions en matière de santé évoluent.

La pérennité de la politique est assurée par les nécessaires assainissements proposés. Cette politique d'assainissement ne peut toutefois pas se faire au détriment du patient. Tous les acteurs de la politique de la santé doivent être conscients de la nécessité d'assainir le secteur.

Il est positif que la politique relative aux maladies chroniques de la précédente législature soit poursuivie.

Les efforts déployés pour le développement d'*eHealth* sont importants. L'intervenant souscrit à l'objectif consistant à doter tout patient d'un dossier électronique

dossier moet beschikken. Als dit kan gerealiseerd worden is het zeker een grote stap voorwaarts.

De hervorming van de financiering van de ziekenhuizen is een van de noodzakelijke structurele aanpassingen. Er zal met de sector moeten worden onderhandeld. Het principe van een honorarium per medische prestatie moet behouden blijven. Dit gaat in samenhang met de aanpassing van de nomenclatuur.

De heer Thiéry deelt de idee dat de geestelijke gezondheidszorg een van de thema's is waar effectieve vooruitgang en actie zich opdringt.

Het geven van meer verantwoordelijkheid aan de ziekenfondsen is een belangrijk aandachtspunt. De ziekenfondsen moeten transparanter werken want dit kan eventueel tot bijkomende besparingen leiden. Heeft de minister de actoren al gecontacteerd? Wordt dit initiatief positief onthaald? De verbetering van de toegankelijkheid tot gezondheidszorg en duidelijke facturen zijn noodzakelijke maatregelen.

Het Toekomstinstituut ter ondersteuning van de Interministeriële Conferenties Volksgezondheid zal bijdragen tot het voeren van een coherent beleid in samenspraak met de gewesten.

De MR-fractie heeft bedenkingen bij de uitbreiding van het derdebetalersstelsel dat vanaf juli 2015 voor het bezoek bij de huisarts zal worden toegepast. Wat is de kost van die maatregel? Dit stelsel kan immers tot overconsumptie bij de patiënten en bij het artsenkorps leiden.

Het toekennen van de RIZIV nummers aan afgestudeerde artsen en tandartsen is een knelpunt. Het bestaande kadaster moet worden geactualiseerd. De gegevens van het kadaster moeten overeenkomen met de gegevens waarover het RIZIV beschikt? De informatie met betrekking tot de profielen van de artsen, waarover het RIZIV beschikt, is noodzakelijk om tot een oplossing in dit dossier te komen. Alle actoren moeten over een volledige en correcte informatie beschikken voor het overleg.

De hervorming van de wachtdienst is noodzakelijk. Welk systeem dat door heel het medisch korps kan worden aanvaard, zal de minister voorstellen?

De minister heeft een belangrijke portefeuille, ook vanuit financieel oogpunt. De uitvoering van haar beleid zal op de voet worden gevolgd.

d'ici 2019. Si cette mesure peut être réalisée, ce sera certainement un grand progrès.

La réforme du financement des hôpitaux est l'une des modifications structurelles nécessaires. Des négociations devront être menées avec le secteur. Le principe de fixer le montant des honoraires par prestation médicale doit être maintenu. Cette mesure va de pair avec l'adaptation de la nomenclature.

M. Thiéry partage l'idée que les soins de santé mentale sont l'un des domaines où des mesures et des progrès effectifs s'imposent.

Une responsabilisation accrue des mutualités constitue un point d'attention important. Les mutualités doivent travailler dans une plus grande transparence car celle-ci peut éventuellement donner lieu à des économies supplémentaires. La ministre a-t-elle déjà contacté les acteurs ? Cette initiative a-t-elle été accueillie positivement? L'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé et des factures claires sont deux mesures nécessaires.

L'Institut du futur en soutien de la Conférence interministérielle de Santé publique contribuera à la mise sur pied d'une politique cohérente en concertation avec les Régions.

Le groupe MR émet certaines réserves quant à l'extension du tiers payant qui sera appliquée dès juillet 2015 pour la consultation d'un médecin généraliste. Quel est le coût de cette mesure? Ce système risque en effet d'encourager la surconsommation dans le chef des patients et du corps médical.

L'octroi de numéros INAMI aux médecins et dentistes diplômés pose problème. Le cadastre actuel doit être remis à jour. Les données figurant dans ce cadastre doivent correspondre à celles que détient l'INAMI. Pour parvenir à une solution dans ce dossier, il est essentiel de disposer des informations recueillies par l'INAMI relativement au profil des médecins. Tous les acteurs doivent disposer d'informations complètes et correctes en vue de la concertation.

La réforme du service de garde est indispensable. Quel système la ministre compte-t-elle proposer, sachant qu'il doit être acceptable pour l'ensemble du corps médical?

La ministre détient un portefeuille important, y compris d'un point de vue financier. La mise en œuvre de sa politique sera suivie de très près.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) attendeert op het ambitieuze gezondheidsbeleid dat in het regeerakkoord werd opgenomen. Het regeerakkoord maakt de juiste strategische keuzes om de actuele uitdagingen voor het gezondheidsbeleid op te vangen.

Het uitgangspunt voor het gezondheidsbeleid van de komende jaren is een stabiel meerjarenplan. De groeinorm wordt van 3 naar 1,5 % gebracht. Het is niet juist om te zeggen dat er plots voor 1,5 miljard wordt bespaard in de gezondheidszorg omdat de laatste jaren de groei in de uitgaven voor de gezondheidszorg 0,9 % bedroeg.

Met het voorgestelde stabiele meerjarenplan is het mogelijk een degelijk gezondheidsbeleid te voeren. Verschillende sectoren van de gezondheidszorg, zowel de ziekenhuizen, de geneesmiddelen en de mentale gezondheidszorg vragen een stabiel meerjarenplan. Dit laat toe voor een langere periode te bepalen welke keuzes binnen welk budgettair kader kunnen worden gemaakt.

Voor de CD&V-fractie zijn de drie belangrijkste uitdagingen voor de sector voor de komende jaren: de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de gezondheidszorgberoepen door de aanpassing van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 november 1967 (KB nr. 78) en de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorgestelde beleid wil de patiënt maximaal beschermen en sparen. Alle actoren, en dus ook de patiënt, zullen de volgende jaren echter keuzes moeten maken. Een aantal maatregelen zoals het afschaffen van ereloonsupplementen bij daghospitalisatie, het uitbreiden van de derde betalingsregeling, het verhogen van de tegemoetkomingen voor de minst bedeelden en voor langdurig zieken zijn maatregelen die de patiënten ten goede komen.

Volgens mevrouw Muylle is de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen de eerste grote uitdaging voor de komende jaren. Die hervorming betreft onder meer de herijking van de nomenclatuur en het hertekenen van het ziekenhuislandschap.

Volgens de OESO neemt de kwaliteit van de gezondheidszorg in België af. Dit is het gevolg van een te grote verspreiding van de zorg. Nederland heeft maar vijf pediatrische spoedafdelingen terwijl in België elk regionaal ziekenhuis over een dergelijke dienst beschikt.

De *roadmap* die tijdens de vorige zittingsperiode door het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Mme Nathalie Muylle (CD&V) attire l'attention sur la politique de soins de santé ambitieuse annoncée par l'accord de gouvernement, qui opère les bons choix stratégiques pour relever les défis auxquels la politique de soins de santé est actuellement confrontée.

Le point de départ de la politique qui sera menée en la matière au cours des prochaines années est un plan pluriannuel stable. La norme de croissance est ramenée de 3 % à 1,5 %. Il est faux d'affirmer que l'on économise subitement 1,5 milliard d'euros dans le secteur des soins de santé parce que la croissance des dépenses exposées dans ce domaine était de 0,9 % au cours des dernières années.

Le plan pluriannuel stable proposé permettra de mener une politique de soins de santé efficace. Différents secteurs – hôpitaux, secteur des médicaments et secteur des soins de santé mentale – réclament un plan pluriannuel stable permettant de définir pour une plus longue période les choix à opérer et le cadre budgétaire à respecter.

Le groupe CD&V considère que les trois défis essentiels à relever dans ce domaine au cours des prochaines années sont la réforme du financement des hôpitaux, la réforme des professions des soins de santé par le biais de l'adaptation de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et les soins de santé mentale.

La politique proposée vise à protéger et à épargner le plus possible le patient. Tous les acteurs, et donc aussi les patients, devront cependant faire des choix au cours des prochaines années. Une série de mesures, comme la suppression des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation de jour, l'élargissement du système du tiers payant et l'augmentation des interventions en faveur des plus démunis et des malades chroniques, sont des mesures favorables aux patients.

Selon Mme Muylle, la réforme du financement des hôpitaux constituera le premier grand défi pour les prochaines années. Cette réforme concerne notamment la réévaluation de la nomenclature et la redéfinition du paysage hospitalier.

Selon l'OCDE, la qualité des soins de santé diminue en Belgique. Cela résulte d'un trop grand éparpillement des soins. Les Pays-Bas ne disposent que de cinq services d'urgence pédiatrique, alors qu'en Belgique, chaque hôpital régional dispose de ce type de service.

La feuille de route établie par le Centre fédéral d'expertise pour les soins de santé (KCE) au cours

(KCE) werd opgesteld wordt als uitgangspunt gebruikt. De duale financiering blijft behouden en de financiering zal gedeeltelijk forfaitair worden. Zal er daarvoor een onderscheid worden gemaakt tussen de financiering van intellectuele en technische handelingen? Hoe zullen de contributies van de artsen worden georganiseerd? Zal de kwaliteit van de zorg worden beloond? In Nederland wordt het ziekenhuis ten dele gefinancierd door kwaliteitsopbrengsten.

De voorstellen van de hervormingen zijn ingrijpend en de spreker hoopt dat de minister de moed zal hebben om de eerste effectieve stappen in de richting van de noodzakelijke hervorming te zetten. De oprichting van een *task force* onder het voorzitterschap van het RIZIV en de vooropgestelde zesmaandelijksse rapportering zijn noodzakelijke instrumenten om vooruitgang te boeken in deze materie.

In 2010 werden de ereloonsupplementen voor twee en meer persoonkamers afgeschaft. De beslissing om dit ook af te schaffen voor de daghospitalisatie werd teruggeschroefd. Die maatregel heeft voor een verlaging van de factuur voor de patiënt gezorgd. Bovendien blijkt dat een aantal ziekenhuizen, hoewel het nog is toegestaan, geen supplementen meer aanrekenen voor de daghospitalisatie. Het is dan ook correct om dergelijke supplementen af te schaffen.

Het voorstel tot afschaffing van de ereloonsupplementen in éénpersoonkamers moet in een meer globaal kader, meer bepaald in dat van de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen, worden geplaatst. De spreekster is bezorgd over het verschil van de kost voor eenzelfde behandeling in een éénpersoonkamer in de verschillende regio's. Zo kost een bevalling in een éénpersoonkamer in Brussel 2 800 euro, in Waals Brabant 1 800 euro en in Oost en West Vlaanderen en Limburg 1 100 euro. Een dergelijk verschil in prijs voor exact dezelfde behandeling is onaanvaardbaar.

Een tweede grote uitdaging betreft de wijzigingen in de gezondheidszorgberoepen. Het KB nr. 78 dat dit regelt is niet meer aangepast aan de realiteit. Een paar voorbeelden van de problemen zijn de zorgkundigen, de HBO verpleegkundigen, en de verpleegkundigen met een baccalaureaat of een master in verpleegkunde, de tandartsassistenten en de vraag naar rechtstreekse toegang voor de kinesisten.

Een bijkomende vraag is hoe de zorg, onder meer in de ziekenhuizen, beter kan worden georganiseerd en attractiever worden gemaakt. De tot nu toe uitgewerkte attractiviteitsplannen hielden rekening met

de de législature précédente est utilisée comme point de départ. Le financement dualiste est maintenu, et le financement deviendra essentiellement forfaitaire. Fera-t-on, en la matière, une distinction entre le financement des actes intellectuels et techniques? Comment les contributions des médecins seront-elles organisées? La qualité des soins sera-t-elle récompensée? Aux Pays-Bas, les hôpitaux sont en partie financés en fonction de la qualité des soins.

Les propositions de réforme sont radicales et l'intervenant espère que la ministre aura le courage d'entreprendre les premières démarches effectives en vue de mettre en œuvre cette réforme indispensable. La création d'une *task force* sous la présidence de l'INAMI et le rapport semestriel annoncé sont des instruments nécessaires en vue de progresser sur ce plan.

En 2010, les suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ou plus ont été supprimés. On est néanmoins revenu sur la décision de les supprimer également pour l'hospitalisation de jour. Cette mesure a permis de réduire la facture du patient. En outre, il s'avère que plusieurs hôpitaux n'imputent plus de suppléments pour l'hospitalisation de jour, même s'ils en ont encore le droit. Il est dès lors correct de supprimer ce type de suppléments.

La proposition de supprimer les suppléments d'honoraires dans les chambres individuelles doit être envisagée dans un cadre plus global, plus particulièrement celui de la réforme du financement des hôpitaux. L'intervenante est préoccupée par le fait que le même traitement en chambre individuelle n'a pas le même coût dans les différentes régions. Ainsi, un accouchement en chambre individuelle coûte 2 800 euros à Bruxelles, 1 800 euros dans le Brabant wallon et 1 100 euros en Flandre occidentale et orientale ainsi que dans le Limbourg. Une telle différence de prix pour un traitement exactement identique est inacceptable.

Un deuxième grand défi concerne les modifications à apporter aux professions des soins de santé. L'arrêté royal n° 78 qui règle cette matière n'est plus adapté à la réalité. Des problèmes se posent, par exemple, en ce qui concerne les aides soignants, les infirmiers issus de l'enseignement professionnel supérieur, les infirmiers porteurs d'un baccalauréat ou d'un master en art infirmier, les assistants des dentistes et la demande d'un accès direct pour les kinésithérapeutes.

Une question supplémentaire qui se pose est de savoir comment les soins, notamment dans les hôpitaux, peuvent être mieux organisés et rendus plus attractifs. Les plans d'attractivité élaborés jusqu'à présent tenaient

beroepsbekwaamheden en -titels, maar hadden te weinig oog voor de differentiatie van de taken en organisatie van de dienst.

Met betrekking tot de medische planning en het toekennen van de RIZIV-nummers herinnert mevrouw Muylle eraan dat in Vlaanderen al sedert 1997 een ingangsexamen voor de studenten geneeskunde en tandheelkunde bestaat. Het aantal studenten in Vlaanderen dat aan de studie kan beginnen is kleiner. Het probleem is echter ruimer omdat ook rekening moet worden gehouden met de stages, de financiering ervan en de stageplaatsen. Het gaat bovendien om de vaststelling van de subquota waarvoor de minister met de gemeenschappen overleg moet plegen.

Dit probleem moet dringend worden opgelost omdat in 2018, door de verkorting van de studieduur van 7 naar 6 jaar, tweemaal zoveel studenten zullen afstuderen.

Het derde aandachtspunt betreft de geestelijke gezondheidszorg. België scoort niet goed wat blijkt uit de hoge zelfmoordcijfers, het tekort aan behandelingen, teveel voorschrijven van geneesmiddelen en de bestaande wachtlijsten voor geestelijke gezondheidszorg. Er werden de laatste jaren een paar correcte keuzes gemaakt zoals het invoeren van meer ambulante zorg en geen institutionalisering. Het probleem is dat er in die sector met de toepassing van artikel 107 te veel pilootprojecten zijn opgezet. Een structurele financiering voor de goede projecten in die sector is noodzakelijk.

Ook in de forensische psychiatrie moet er vooruitgang worden geboekt. Daarvoor moet het budget van justitie naar volksgezondheid worden overgezet.

De spreker is van oordeel dat in de vorige zittingsperiode onvoldoende aandacht werd gegeven aan de werking van *eHealth*. De verdere uitwerking van dit instrument zal in de toekomst toelaten te meten en weten en daardoor de juiste keuzes te maken. Het doel dat in 2019 iedereen over een elektronisch dossier beschikt is pertinent. In de tussentijd moeten al een reeks verbeteringen worden aangebracht.

Er is een toenemende groep chronische zieken, zoals patiënten met het Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), ziekte van Lyme, fibromialgie, Amyotrophic lateral sclerosis (ALS). Vaak krijgen die patiënten niet de correcte zorg. Hoewel er een statuut voor chronisch zieken werd ingevoerd geeft de CD&V-fractie de voorkeur aan het verbeteren van de kennis over de pathologie en de daaraan aangepaste medische zorg.

compte des compétences et des titres professionnels, mais ne prêtaient pas suffisamment attention à la différenciation des tâches et à l'organisation du service.

En ce qui concerne la planification médicale et l'attribution des numéros INAMI, Mme Muylle rappelle que la Flandre impose déjà un examen d'entrée aux étudiants en médecine et en dentisterie depuis 1997. Le nombre d'étudiants flamands qui peuvent commencer ces études est plus réduit. Le problème est cependant plus vaste, car il faut aussi tenir compte des stages, de leur financement et des places de stage. Il s'agit en outre de la fixation du sous-quota, à propos de laquelle la ministre doit se concerter avec les communautés.

Ce problème doit être résolu de toute urgence car, comme la durée des études a été réduite de 7 à 6 ans, il y aura deux fois plus d'étudiants qui termineront leurs études en 2018.

Le troisième point important concerne le secteur de la santé mentale. La Belgique n'obtient pas de bons résultats en la matière, comme en témoignent le taux de suicide élevé, le manque de traitements, la surprescription de médicaments et les listes d'attente en matière de soins de santé mentale. Ces dernières années, une série de choix corrects ont été effectués, comme l'accroissement des soins ambulants et l'absence d'institutionnalisation. Le problème est que l'on a mis sur pied trop de projets pilotes en application de l'article 107 dans ce secteur. Il est nécessaire de prévoir un financement structurel pour les bons projets.

Des progrès doivent également être réalisés dans le domaine de la psychiatrie médico-légale. Pour cela, il convient de transférer une partie du budget de la Justice vers la Santé publique.

L'intervenant estime qu'au cours de la législature précédente, une attention insuffisante a été accordée au fonctionnement de *eHealth*. Le développement de cet instrument permettra à l'avenir de mesurer et de savoir et donc d'opérer les justes choix. Il est pertinent de fixer comme objectif que chacun dispose d'un dossier électronique en 2019. Dans l'intervalle, une série d'améliorations doivent déjà être apportées.

Il existe un groupe croissant de patients chroniques, tels que les patients atteints du syndrome de fatigue chronique (SFC), de la maladie de Lyme, de fibromyalgie, de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Souvent, ces patients ne reçoivent pas les soins appropriés. Bien qu'un statut des malades chroniques ait été instauré, le groupe CD&V privilégie l'amélioration des connaissances sur la pathologie et les soins médicaux adaptés.

De spreker zal de implementatie van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen nauwgezet opvolgen.

Spreker besluit dat het voorgestelde gezondheidsbeleid ambitieus is en dat er dringend moet worden gehandeld zodat de patiënt er beter van wordt.

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) gaat akkoord met de ambitieuze plannen inzake het voorgestelde gezondheidsbeleid. De klemtoon ligt op de noodzakelijke hervormingen. Er wordt een stabiele budgettaire meerjarenplan vooropgesteld, het werken aan kwaliteitsvolle gezondheidszorg en het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt. Het verbeteren van de toegankelijkheid is een van de hoofddoelstellingen van de Open Vld fractie inzake gezondheidszorg. De gezondheidskloof moet worden gedicht. Het afschaffen van ereloonsupplementen, het instellen van tariefzekerheid, het wegwerken van drempels voor personen met een laag inkomen zijn maatregelen om dit doel te bereiken.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is een belangrijk aandachtspunt. Het conceptueel kader dat door het KCE werd opgezet zal toelaten om de eerste stappen in deze te zetten.

Ook de verdere uitwerking van *eHealth*, evenals de ontwikkeling van een elektronisch gezondheidsdossier, om de betere uitwisseling van de gezondheidsgegevens tussen de zorgverstrekkers te bekomen, wordt gesteund. Dit kan voor gevolg hebben dat overbodige onderzoeken en medische handelingen worden vermeden wat tot de sanering in de sector leidt. De uitwerking van *eHealth* vermindert tevens de administratieve lasten van de zorgverstrekkers. De privacy van de patiënt moet wel worden gewaarborgd.

Ondanks het belang van de therapeutische vrijheid, moet er worden ingezet op *evidence based medicine*.

De minister verwijst naar een project over het medicatieschema van de patiënt. Het Parlement nam de resolutie tot verbetering van de therapietrouw bij patiënten (DOC 53 0907/006) aan. Het onvoldoende of niet volgen van een behandeling is zorgwekkend. De tekst van de resolutie vroeg aan de regering om de communicatie tussen zorgverstrekkers te verbeteren om de therapietrouw te verhogen. Kan dit pilootproject medicatieschema worden uitgebreid met het oog op het toenemen van de therapietrouw?

L'intervenant suivra de près l'implémentation de la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Le membre conclut en disant que la politique de santé qui est proposée est ambitieuse et qu'il faut agir rapidement dans l'intérêt du patient.

Mme Ine Somers (Open Vld) souscrit aux plans ambitieux relatifs à la politique de santé proposée. L'accent est mis sur les réformes nécessaires. Un cadre budgétaire pluriannuel stable est proposé, l'objectif étant d'assurer des soins de santé de qualité et d'améliorer l'accessibilité des soins pour le patient. L'amélioration de l'accessibilité est un des objectifs principaux du groupe Open Vld en matière de soins de santé. La fracture sanitaire doit être comblée. La suppression des suppléments d'honoraires, l'instauration d'une sécurité tarifaire, la suppression des obstacles financiers pour les personnes à faible revenu sont des mesures qui permettent d'atteindre cet objectif.

La réforme du financement des hôpitaux est une priorité. Le cadre conceptuel qui a été élaboré par le KCE permettra d'initier cette réforme.

Le développement du projet *eHealth* continuera également à être soutenu, de même que celui du dossier médical informatisé, et ce, de façon à améliorer les échanges de données médicales entre les prestataires de soins. Une telle amélioration peut notamment permettre d'éviter des examens et des actes médicaux inutiles, ce qui contribuera à assainir le secteur. Le développement du système *eHealth* entraînera également une diminution de la charge administrative pesant sur les prestataires de soins. La protection de la vie privée du patient doit toutefois être garantie.

Malgré l'importance de la liberté thérapeutique, il faut miser sur l'*evidence based medicine*.

La ministre évoque un projet centré sur le schéma de médication du patient. Le Parlement a adopté une résolution visant à améliorer l'observance thérapeutique des patients (DOC 53 0907/006). Le fait de ne pas suivre un traitement, ou pas de manière suffisante, est préoccupant. Le texte de la résolution demandait au gouvernement d'améliorer la communication entre les prestataires de soins afin d'accroître l'observance thérapeutique. Le projet pilote axé sur le schéma de médication pourrait-il être étendu en vue d'améliorer l'observance thérapeutique?

De rol van patiënt in het overlegmodel in de gezondheidszorg zal worden uitgebreid om het belang van de patiënt te laten primeren op dat van de zorgverstreker. Zou het oprichten van een patiëntenfederatie, die alle bestaande organisaties omvat daar een goede oplossing voor zijn?

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) herinnert eraan dat België beschikt over progressieve wetgeving zoals onder meer over het homohuwelijk en euthanasie. De maatschappelijke inzichten over een aantal ethische thema's evolueren. Zal er in de toekomst, met de afslanking van de Senaat, nog ruimte zijn voor de behandeling van die thema's? De regeringsverklaring vermeldt reeds het accorderen van de seksuele meerderjarigheid. De spreker vindt dat een regeling over draagmoederschap noodzakelijk is.

Het voorgestelde gezondheidsbeleid is gericht op het dichten van de gezondheidskloof en toch wordt er geen melding gemaakt van mogelijke maatregelen om het tabaksgebruik te bestrijden. Dit is nochtans een van de factoren van gezondheidsongelijkheid. Het zorgt jaarlijks voor 8000 doden in Vlaanderen (cijfers 2012). Longkanker is de voornaamste doodsoorzaak voor mannen tussen 55 en 79 jaar en voor vrouwen tussen 55 en 64 jaar. Wat zal de minister doen in verband met tabaksontradend beleid?

Wat vindt de minister van de mogelijkheid van het decriminaliseren van het gebruik van drugs?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) vindt niets in het voorgestelde gezondheidsbeleid over het impact van milieu gerelateerde gezondheidsrisico's. Er zijn momenteel steeds meer schadelijke stoffen zoals fijn stof in de lucht, antibiotica en pesticiden in voedsel, en tonnen plastic in de Noordzee.

Goede gezondheid vereist een gezonde leefomgeving. Er komt steeds meer wetenschappelijk bewijs over de invloed van de omgeving op de gezondheid. Het beleid volgt die evolutie echter onvoldoende.

Is de minister zich bewust van de invloed van de milieufactoren op de gezondheid? Hoe zal het beleid hierop worden afgesteld? Komen er doelstellingen met betrekking tot milieugerelateerde gezondheidsrisico's?

Betreffende de financiële duurzaamheid vraagt de spreker zich af of de stelling dat de saneringen vandaag toekomstige investeringen mogelijk maken *evidence based* is. Er staan in de nota te weinig verbanden tussen

Le rôle du patient dans le modèle de concertation du secteur des soins de santé sera renforcé afin que l'intérêt du patient prime celui du prestataire de soins. La création d'une fédération des patients qui engloberait toutes les organisations existantes serait-elle une bonne chose à cet égard?

Mme Karin Jiroflée (sp.a) rappelle que la Belgique dispose d'une législation progressiste, notamment sur le mariage homosexuel et l'euthanasie. Les conceptions sociales sur un certain nombre de questions éthiques évoluent. Vu la réduction de la voilure du Sénat, y aura-t-il encore à l'avenir un espace pour discuter de ces thèmes? La déclaration gouvernementale mentionne déjà l'harmonisation de l'âge de la majorité sexuelle. L'intervenante trouve qu'une réglementation sur la maternité de substitution est également nécessaire.

La politique de santé proposée est axée sur la réduction des inégalités en matière de soins de santé mais ne contient aucune mesure visant à lutter contre la consommation de tabac, qui est pourtant l'un des facteurs d'inégalité en matière de santé. En Flandre, le tabagisme est la cause de 8 000 décès par an (chiffres de 2012). Le cancer du poumon est la principale cause de décès chez les hommes âgés entre 55 et 79 ans et chez les femmes entre 55 et 64 ans. Que compte faire la ministre dans le cadre d'une politique de dissuasion anti-tabac ?

Que pense la ministre de la possibilité de décriminaliser la politique en matière de drogue?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) ne trouve rien, dans la politique de santé proposée, sur l'impact des risques sanitaires liés à l'environnement. Il y a en effet toujours plus de substances nocives dans notre environnement, comme des particules fines dans l'atmosphère, des antibiotiques et des pesticides dans la nourriture et des tonnes de plastique dans la mer du Nord.

Une bonne santé requiert un milieu de vie sain. Un nombre croissant de preuves scientifiques attestent de l'impact de l'environnement sur la santé. La politique ne suit toutefois pas cette évolution de manière suffisante.

La ministre est-elle consciente de l'impact des facteurs environnementaux sur la santé? Comment la politique sera-t-elle adaptée de manière à en tenir compte? Comprendra-t-elle des objectifs liés aux risques que l'environnement fait peser sur la santé?

En ce qui concerne la pérennité financière, l'intervenante se demande si l'affirmation selon laquelle les assainissements d'aujourd'hui permettront de réaliser les investissements de demain est suffisamment étayée.

besparingen en saneringen enerzijds en structurele hervormingen anderzijds om deze stelling te staven. Kan de minister daar verder op ingaan? De spreker is van oordeel dat er eerst moet worden hervormd alvorens te besparen. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is dringend maar die urgentie blijkt niet uit de verklaring.

Een bijkomende vraag is hoe *evidence based* de groeinorm van 1,5 % is. Het federaal planbureau berekende in 2014 dat een groeinorm van 2,3 % nodig is om de kosten van de vergrijzing en de noodzakelijke innovatie op te vangen. Er is een grote afstand tussen de op te lossen problemen, zoals vergrijzing, geneesmiddelenbeleid en innovatie in de sector en de daartoe ter beschikking gestelde middelen.

Het raakvlak tussen de vrije keuze van de patiënt en de therapeutische en diagnostische vrijheid van de zorgverstreker is een belangrijk aandachtspunt. Betekent de keuzevrijheid van de patiënt dat de tweede en derde lijn steeds voor hem toegankelijk moeten blijven? Is de minister van oordeel dat de patiënt altijd eerst naar de huisarts moet gaan om door hem naar de specialist te worden doorverwezen? Hoe ver strekt de therapeutische vrijheid van artsen? Behoort het ongeoorloofd voorschrijven van geneesmiddelen en beeldvorming tot zijn therapeutische vrijheid of zullen deze praktijken worden aangepakt?

De ziekenfondsen en de industrie zullen nauw bij het beleid worden betrokken. Binnen de regering zijn er echter verschillende opvattingen over de ziekenfondsen.

Er is kritiek op het monopolie van de industrie en over het feit dat ziekenfondsen soms rechter en partij zijn. Wat is voor de minister de toekomstige rol van de ziekenfondsen? Zullen ze een adviserende en informerende rol krijgen? Moeten de mutualiteiten zich in de toekomst tot deze rol beperken? Is het niet mogelijk de werking van de ziekenfondsen efficiënter te maken met de meer dan 1 miljard euro die ze per jaar voor administratiekosten krijgen? Kan er beter worden samengewerkt met privéverzekeraars? Moeten de ziekenfondsen op termijn worden vervangen?

Op welke wijze wil de minister samenwerken met de industrie? Gaat het hier enkel om de farma-industrie of wordt ook de samenwerking met private ondernemers bedoeld? Er zijn steeds meer privéklinieken waar niet op dezelfde wijze wordt gewerkt als in andere hospitalen. Er is daar bijvoorbeeld geen verplichte wachtdienst. De privéklinieken zijn duur en openen de weg naar een

La note contient en effet trop peu de liens entre, d'une part, les économies et les mesures d'assainissement, et, d'autre part, les réformes structurelles, pour pouvoir étayer cette thèse. La ministre peut-elle donner des précisions à ce sujet ? L'intervenante estime qu'il faut d'abord réformer, et puis économiser. La réforme du financement des hôpitaux est urgente, mais l'urgence ne ressort pas de l'exposé de la ministre.

L'intervenante demande également dans quelle mesure la norme de croissance de 1,5 % se fonde sur des éléments objectifs. En 2014, le Bureau fédéral du Plan a calculé qu'une norme de croissance de 2,3 % était nécessaire pour supporter le coût du vieillissement et des innovations requises. Il y a un grand décalage entre les problèmes à résoudre, comme le vieillissement, la politique des médicaments et l'innovation dans le secteur, et les moyens mis à disposition à cette fin.

La liberté de choix du patient et la liberté thérapeutique et de diagnostic du prestataire de soins sont des questions importantes. La liberté de choix du patient signifie-t-elle que le patient doit toujours avoir accès aux soins de deuxième et de troisième ligne? La ministre estime-t-elle que le patient doit toujours consulter un généraliste avant d'aller chez un spécialiste? Jusqu'où va la liberté thérapeutique du médecin? La prescription abusive de médicaments et d'imagerie médicale fait-elle partie de sa liberté thérapeutique, ou ces pratiques seront-elles combattues?

Les mutualités et l'industrie seront étroitement associées à la politique de santé. Toutefois, les avis à propos des mutualités divergent au sein du gouvernement.

D'aucuns critiquent le monopole de l'industrie et le fait que les mutualités sont parfois juge et partie. Comment la ministre conçoit-elle le rôle futur des mutualités? Auront-elles une fonction consultative et informative? Devront-elles s'y cantonner à l'avenir? Ne serait-il pas possible de mettre à profit le budget annuel de plus d'un milliard d'euros que reçoivent les mutualités à titre de frais d'administration pour améliorer leur fonctionnement? Serait-il préférable de travailler avec des assureurs privés? Les mutualités devront-elles, à terme, être remplacées?

Comment la ministre compte-t-elle collaborer avec l'industrie? S'agit-il uniquement de l'industrie pharmaceutique ou vise-t-elle également la collaboration avec des entrepreneurs privés? De plus en plus de cliniques privées, au fonctionnement différent de celui des hôpitaux, voient le jour. Elles ne disposent pas d'un service de garde obligatoire, par exemple. Les cliniques

geneeskunde met twee snelheden. Gaat de minister akkoord met die evolutie?

De spreekster steunt de doelstelling van de minister om gezondheidsdoelstellingen te bepalen. Kan de minister meer duidelijkheid geven over de uitwerking, de meting en de evaluatie ervan?

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) is verbaasd dat de beleidsverklaring van de minister zo bondig is. Zij is ook ontgoocheld dat die verklaring zo licht is in vergelijking met het regeerakkoord. Gezien dit departement budgettair gesproken toch heel belangrijk is, verontrusten die vaststellingen haar.

Een van de verklaringen zou kunnen zijn dat het onmogelijk is de opgelegde besparingen waarvan het regeerakkoord doordrongen is, te verzoenen met de bestaande uitdagingen. Op het vlak van de gezondheidszorg is aldus sprake van een "groeinorm" van 1,5 %. De regering heeft de Algemene Raad van het RIZIV gevraagd voorstellen uit te werken waarmee in 2015 een bedrag van 355 miljoen euro kan worden bespaard. In de door de eerste minister bezorgde begrotingstabel wordt voorzien in een besparing in de gezondheidszorg van 804 miljoen euro. Als die besparingen worden verrekend over verscheidene jaren, ermee rekening houdend dat de begrotingstabel niet de gegevens voor de periode 2016-2019 bevat, dan komt de spreekster uit op een provisioneel totaalbedrag van 2,8 miljard euro.

In de begrotingsnotificaties van de vorige regering, die dateren van augustus 2014, heeft de spreekster het cijfer van 355 miljoen euro kunnen terugvinden. Het cijfer van 804 miljoen euro staat in de begrotingsnotificaties van de nieuwe regering. Hoe vallen die twee besparingsdoelstellingen met elkaar te rijmen?

Voorts wil de beleidsverklaring volgens mevrouw Fonck het onmogelijke mogelijk maken als tegelijkertijd moet worden bespaard én geïnvesteerd. De uitdagingen in de gezondheidszorg situeren zich echter op drie vlakken:

- de verlenging van de levensverwachting en de coördinatie van de patiëntenzorg en de intermediaire structuren vóór en na de behandeling in het ziekenhuis;
- de ontwikkeling naar méér chronische zorg en minder acute zorg;
- innovatie, nieuwe technologieën en geneeskunde op maat, ook voor de chronisch zieken en de patiënten met een zeldzame aandoening.

privées sont coûteuses et elles ouvrent la voie à une médecine à deux vitesses. La ministre approuve-t-elle cette évolution?

L'intervenante soutient la volonté de la ministre de fixer des objectifs de santé. La ministre peut-elle en préciser l'élaboration, la mesure et l'évaluation?

Mme Catherine Fonck (cdH) se dit surprise par la concision de l'exposé d'orientation politique de la ministre et déçue par sa légèreté au regard de l'accord de gouvernement. Pour un département aussi important d'un point de vue budgétaire, ces constats l'inquiètent.

L'une des explications pourrait résider dans le fait qu'il est impossible de concilier les impératifs d'économie qui figurent en filigrane de l'accord de gouvernement avec les enjeux actuels. Dans le domaine des soins de santé, il est ainsi question d'une norme de "croissance" de 1,5 %. Le gouvernement a demandé au Conseil général de l'INAMI de travailler à des propositions de nature à économiser en 2015 une somme de 355 millions d'euros. Dans le tableau budgétaire transmis par le premier ministre, une économie est prévue dans les soins de santé à concurrence de 804 millions d'euros. Si l'on examine ces économies en mode pluriannuel, et sachant que le tableau budgétaire ne comprend pas les données entre 2016 et 2019, l'intervenante calcule un total provisionnel de 2,8 milliards d'euros.

Dans les notifications budgétaires du précédent gouvernement, datant d'août 2014, l'intervenante a pu retrouver le chiffre de 355 millions d'euros. Ce sont dans les notifications budgétaires du nouveau gouvernement que se retrouve le chiffre de 804 millions d'euros. Comment accorder ces deux objectifs d'économies ?

L'exposé d'orientation veut également concilier l'inconciliable, selon Mme Fonck, lorsqu'il indique qu'il faut à la fois économiser et investir. Or, les défis dans les soins de santé sont de trois ordres:

- l'allongement de l'espérance de vie et la coordination des soins au patient et des structures intermédiaires avant et après la prise en charge hospitalière;
- l'évolution vers plus de soins chroniques et moins de soins aigus;
- l'innovation, les nouvelles technologies, la médecine personnalisée, y compris pour les malades chroniques et les personnes atteintes de maladies rares.

De gezondheidszorgnorm en de besparingen ten bedrage van 2,8 miljard euro maken het volgens de spreekster onmogelijk om in die drie grote uitdagingen te investeren.

De toegankelijkheid en de tariefzekerheid voor de patiënt komen onvoldoende aan bod in de beleidsverklaring. De toegankelijkheid slaat voor het lid zowel op de eerstelijnszorg als op de ziekenhuiszorg. Die uitdaging kan maar worden aangegaan als die zorglijnen ook voldoende worden gefinancierd. De aan de privéverzekeraars gerelateerde tariefonzekerheid wordt niet eens vermeld. De patiënten worden jaar na jaar geconfronteerd met hogere premies voor hun privéverzekeringen. Ook op dat punt zegt het regeerakkoord niets.

De spreekster kan evenmin vrede nemen met de uitleg van de minister over de belangen van de eerstelijnszorg: thuisverzorging, groepspraktijk enzovoort. Het regeerakkoord geeft vaag de richting aan. Wellicht acht de minister het noodzakelijk eerst overleg te plegen met de sector. Nochtans is het al enkele weken geleden dat de minister haar ambt heeft opgenomen en gaan ook de begrotingsbesprekingen weldra van start.

Er zijn hervormingen nodig om de medische beroepen aantrekkelijker te maken. Talrijke categorieën verdienen meer aandacht van de overheid: tekorten in bepaalde sectoren, huisartsen (vooral wat de wachtdiensten betreft), verplegers enzovoort. Wat is de minister van plan te doen tijdens deze regeerperiode?

Een van de fundamentele kwesties is de financiële stabiliteit van de ziekenhuizen. Een MAHA-analyse (*model for automatic hospital analyses*) heeft in 2013 uitgewezen dat ongeveer 40 % van de algemene ziekenhuizen met ernstige moeilijkheden kampen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft voorbereidend werk kunnen verrichten met het oog op de hervorming van de financiering van de ziekenhuisstructuren. Op welke manier wil de minister de financiële stabiliteit van die instellingen waarborgen? Zonder relevante maatregelen zullen de patiënten de dupe zijn. Ook de werkgelegenheid zal worden aangetast, terwijl de Belgische ziekenhuisinstellingen voor veel werkgelegenheid zorgen in de non-profitsector.

Het lid maakt zich zorgen over een bepaalde visie die in de beleidsverklaring doorschemert en die doet uitschijnen dat zorg een "kost" is. Die "economistische" visie gaat eraan voorbij dat aangepaste investeringen in de zorg een dubbele return opleveren. Elke goed geïnvesteerde euro wordt dubbel terugverdiend. De zorgsector is aldus een van de sectoren waar de return

La norme de soins de santé et des économies à concurrence de 2,8 milliards d'euros rendent, selon l'oratrice, impossible d'investir dans ces trois ordres de défis.

Ne se retrouvent pas à suffisance dans l'exposé d'orientation, l'accessibilité des soins et la sécurité tarifaire des patients. Le membre définit l'accessibilité comme renvoyant à la fois à la première ligne et aux soins hospitaliers. Cet enjeu nécessite un financement suffisant des lignes de soins. L'insécurité tarifaire liée aux assureurs privés n'est même pas mentionnée. Les coûts des assurances privées pour les patients est chaque année en progression. L'accord de gouvernement reste également muet sur ce point.

L'intervenante ne peut pas non plus se satisfaire des explications de la ministre sur les enjeux de la première ligne: gardes à domicile, pratique en groupe, etc. Des orientations vagues sont données dans l'accord de gouvernement. Sans doute la ministre estime-t-elle nécessaire de procéder d'abord à des concertations avec le secteur. La prise de fonction de la ministre date cependant déjà de quelques semaines et les débats budgétaires approchent.

Des réformes sont nécessaires en vue d'améliorer l'attractivité des professions médicales. De nombreuses catégories méritent plus d'intérêt des pouvoirs publics: pénuries dans certains secteurs, médecins généralistes (spécialement en ce qui concerne les gardes), infirmiers, etc. Quelles sont les intentions de la ministre lors de la présente législature?

L'une des questions centrales est la stabilité financière des hôpitaux. Une étude Maha ("*model for automatic hospital analyses*") a démontré en 2013 qu'environ 40% des hôpitaux généraux sont en sérieuses difficultés. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a pu effectuer un travail préparatoire de réforme du financement des structures hospitalières. De quelle manière la ministre entend-elle garantir la stabilité financière de ces institutions? À défaut de mesures pertinentes, les patients en pâtiront. L'emploi sera également touché, alors que les structures hospitalières belges représentent un important vecteur d'emplois dans le secteur non marchand.

Le membre s'inquiète d'une vision qui semble transparaître de l'exposé d'orientation, suivant laquelle les soins constitueraient un coût. Cette vision économiste néglige le fait que des investissements adaptés dans les soins offrent un retour double. Un euro bien investi correspond à deux euros de retour. Le domaine des soins est ainsi l'un de ceux dont le retour est le plus

het hoogst is, samen met het onderwijs, waar de return zelfs drie keer zo groot is.

Specifieke competentiepolen worden overwogen om de ziekenhuisstructuren te specialiseren. De spreker deelt die filosofie. Wel stelt zij zich vragen bij de nadere voorwaarden van die hervorming. Hoe zullen de verschillende betrokken partijen bij de voorbereiding daarvan worden betrokken? Hoe zal de toegang tot de verschillende competentiepolen worden gewaarborgd?

Mevrouw Fonck heeft tevens vragen bij de plaats die de minister in haar beleidsverklaring toebedeelt aan de zelfzorg, aan het zelf beheren van de aandoening door de patiënt. Uiteraard moet de patiënt centraal staan in de zorg. De zelfzorg en de *health literacy* die de minister bij de bevolking ingang wil doen vinden, mogen echter niet dienen als een mistgordijn voor een tekortschietend zorgbeleid door de overheid. De op het internet beschikbare informatie volstaat niet voor de patiënt; hij moet correct en volledig worden ingelicht. Het recht om een arts te raadplegen, moet behouden blijven.

Ook al ressorteert de preventie inzake gezondheid onder de bevoegdheid van de deelstaten, toch beschikt de federale overheid volgens mevrouw Fonck nog over bepaalde hefboomen. Een voorbeeld daarvan is de bestrijding van het roken. Het regeerakkoord en de beleidsverklaring voorzien in geen enkele maatregel in dat verband. De spreker vraagt naar het standpunt van de minister over de substitutiebehandelingen, de fiscale hefboomen enzovoort.

De beleidsverklaring besteedt enige aandacht aan het *e-Health*-platform. De minister wil dat alle patiënten tegen 2019 over een elektronisch dossier beschikken. Er bestaan echter al gelijkaardige initiatieven: het farmaceutisch dossier, gegevens die worden geregistreerd via het *Réseau Santé Wallon* enzovoort. Hoe zullen die elementen worden gecoördineerd met het voormelde elektronisch dossier?

In haar inleidende uiteenzetting heeft de minister een leemte in haar beleidsverklaring enigszins weggewerkt; in die uiteenzetting is ze namelijk ingegaan op het brandend actuele dossier van de RIZIV-nummers voor de artsen en de tandartsen die binnenkort zullen afstuderen.

De spreker wijst erop dat zich in 2018 het probleem van de "dubbele cohorte" zal stellen. De overheid zal tevens oog moeten hebben voor de toewijzing van de stageplaatsen en de kwaliteit van de stages.

Hoe valt te rechtvaardigen dat zoveel investeringsinspanningen van de studenten zelf, van hun familie en

important, avec l'enseignement où il est triple.

Des pôles de compétence particuliers sont envisagés afin de spécialiser les structures hospitalières. L'oratrice partage cette philosophie. Elle s'interroge cependant sur les modalités de cette réforme. Comment les différentes parties prenantes seront-elles associées à sa préparation ? Comment l'accès aux différents pôles de compétence sera-t-il garanti?

La place réservée par la ministre dans son exposé d'orientation aux auto-soins, à l'autogestion de la maladie par le patient, a interpellé Mme Fonck. Certes, le patient doit recevoir une place centrale dans les soins. Toutefois, les auto-soins et la "*health literacy*", que la ministre veut promouvoir dans la population, ne peuvent servir de paravent à une politique publique de soins déficiente. Les informations disponibles sur internet ne suffisent pas aux patients. Leur information doit être correcte et complète. Le droit à consulter un médecin doit subsister.

Même si la prévention en matière de santé relève des compétences des entités fédérées, l'autorité fédérale dispose encore, selon Mme Fonck, de certains leviers. Un exemple est la lutte contre le tabagisme. Ni l'accord de gouvernement, ni l'exposé d'orientation ne comprennent la moindre mesure quant à ce. Quelle est la position de la ministre par rapport aux traitements de substitution, aux leviers fiscaux, etc.?

L'exposé d'orientation accorde une certaine attention à la plate-forme *eHealth*. La ministre souhaite que tous les patients disposent d'un dossier électronique d'ici 2019. Or, il existe déjà des initiatives de même nature: dossier pharmaceutique, données enregistrées par le truchement du *Réseau Santé Wallon*, etc. Comment ces éléments seront-ils coordonnés avec le dossier électronique précité?

L'exposé introductif de la ministre a pallié dans une certaine mesure une carence de son exposé d'orientation: il y a été question du dossier brûlant d'actualité des numéros INAMI des médecins et des dentistes prochainement diplômés.

L'intervenante rappelle la difficulté qui se présentera en 2018, avec une double cohorte. L'obtention et la qualité des stages devront également attirer l'attention des pouvoirs publics.

Comment justifier qu'autant d'investissements des étudiants eux-mêmes, de leurs familles, des

ook van de belastingplichtigen, verloren gaan door het feit dat zij het beroep niet mogen uitoefenen waarvoor zij gestudeerd hebben? De spreekster is er zich zeer goed van bewust dat de diverse beleidsniveaus medeverantwoordelijkheid terzake dragen. Er moet dus een alomvattende oplossing komen waarbij alle partijen betrokken worden.

Er zullen enkele instellingen worden opgericht: het Instituut van de toekomst (ter ondersteuning van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid), de *task force* voor de ziekenhuizen, een *health research system*, de *task force* voor efficiënte zorg enzovoort. Het lid ziet niet altijd even goed in waartoe die instanties zullen dienen. Zij vreest dat overlapping met reeds bestaande instanties dreigt. Ware het niet beter die te hervormen?

Tot besluit geeft de spreekster aan dat zij een sterke en nauwkeurig uitgewerkte visie op het regeerakkoord verwachtte, maar dat zij van een kale reis is thuisgekomen. De beleidsverklaring is trouwens zo pover dat zij geen aanbevelingen kan formuleren.

De heer Raoul Hedebouw (PTB-GO!) is door de beleidsverklaring van de minister niet veel wijzer geworden. Het lid blijft verontrust. De beleidsverklaring voert een paradigmawissel door, zowel in het domein Sociale Zaken als in dat van Volksgezondheid: gezondheid was vroeger een recht, maar wordt een zaak van behoefte en verdienste. Die tendens haalt in al te veel Europese landen de bovenhand.

Uit onderzoek van het Planbureau blijkt dat de groeinorm tot minstens 2019 op 3 % moet stabiliseren als de overheden de patiënt gezondheidszorg van hetzelfde kwaliteitsniveau willen aanbieden. Die norm werd echter teruggeschroefd tot 1,5 %. Van het totale gezondheidszorgbudget zal de patiënt 375 miljoen euro méér moeten betalen. Dat bedrag komt bovenop de 355 miljoen euro aan besparingen die aan de Algemene Raad van het RIZV werden gevraagd. De behoeften zijn echter groot en zullen in de toekomst almaar toenemen.

De resultaten van de recentste gezondheidsenquête geven bijvoorbeeld aan dat de behoeften in de geestelijke gezondheidszorg elk jaar stijgen sinds de economische crisis is uitgebroken. Het percentage vrouwen met een depressie is eveneens gestegen van 13 % naar 18 %. De incidentie van angststoornissen is toegenomen van 8 % naar 13 %, die van slaapstoornissen van 24 % naar 33 %. Hoe valt een efficiënt geestelijk gezondheidszorgbeleid te rijmen met besparingen van die grootteorde?

In de beslissingen van de Algemene Raad van het RIZV voor de gezondheidszorgbegroting 2015 wordt aangekondigd dat een *task force* zal worden opgericht

contribuables également, soient perdus par l'incapacité imposée de pouvoir exercer la profession à laquelle leurs études les destinent? L'oratrice est bien consciente de la coresponsabilité des différents niveaux de pouvoir en la matière. Une solution globale, associant l'ensemble des parties prenantes, est dès lors nécessaire.

La création d'une série d'instances est annoncée: l'Institut du futur en soutien de la Conférence interministerielle de Santé publique, la task-force sur les hôpitaux, un "*health research system*", la task-force des soins efficaces, etc. Le membre n'aperçoit pas toujours à quoi ces instances serviront. Elles risquent de se superposer à des instances qui existent déjà. Ne serait-il pas mieux de réformer celles-ci ?

En conclusion, l'oratrice attendait une vision forte et précise par rapport à l'accord de gouvernement; elle doit faire part de toute sa déception. La pauvreté de l'exposé d'orientation lui empêche d'ailleurs de formuler des recommandations.

M. Raoul Hedebouw (PTB-GO!) n'a pas appris grand-chose de l'exposé introductif de la ministre. Le membre reste inquiet. L'exposé d'orientation procède à un changement de paradigme, tant en ce qui concerne les Affaires sociales que la Santé publique: d'un droit, la santé devient affaire de besoin et de mérite. Cette tendance se retrouve dans trop de pays européens.

Des études du Bureau du plan démontrent que la norme de croissance doit rester au niveau de 3 % jusqu'au moins en 2019 si les pouvoirs publics veulent offrir aux patients des soins de santé d'un même niveau de qualité. Or, cette norme est réduite à 1,5 %. Sur le budget total des soins de santé, 375 millions d'euros supplémentaires seront à charge du patient. Ce montant doit être ajouté aux 355 millions d'économie demandés au Conseil général de l'INAMI. Or, les besoins sont importants, et ils iront croissant.

La dernière enquête de santé en date indique par exemple que les besoins en soins de santé mentale augmentent chaque année, depuis le début de la crise économique. Le pourcentage de femmes souffrant de dépression est également augmenté de 13 % à 18 %. Les troubles liés à l'angoisse augmentent de 8 % à 13 %; les troubles du sommeil, de 24 % à 33 %. Comment concilier une politique des soins de santé mentale efficace avec des économies de l'ordre annoncé ?

Dans les décisions du Conseil général de l'INAMI pour le budget des soins de santé 2015, il est question de la création d'une *task-force* et d'une politique

en dat een proactief beleid zal worden gevoerd.

Over dat beleid geeft de minister volgens het lid aan dat het *“via een uitgebreid administratief instrumentarium (het opsporen van obsoleete technieken, onverklaarbare consumptiepatronen en praktijkvariëaties, het identificeren van geografische verschillen en sensibiliseringscampagnes van voorschrijvers) de uitgaven tracht te harmoniseren en verspillingen tracht te minimaliseren”*. Dit proactieve beleid kan hoogstens 5 miljoen euro aan besparingen opleveren.

Uit diverse onderzoeken van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) blijkt dat in bepaalde domeinen van de gezondheidszorg de middelen niet optimaal worden aangewend en dat er nog op andere vlakken kan worden bespaard.

Het recentste onderzoek van het KCE naar de ziekenhuisfinanciering wijst bijvoorbeeld uit dat het aantal onderzoeken in België veel hoger ligt dan elders in Europa. Op 1 000 Belgen worden niet minder dan 178 CT-scans uitgevoerd, terwijl het Europese gemiddelde 125 is. Het aantal nutteloze onderzoeken in de klinische biologie en in de medische beeldvorming is veel te hoog: tussen 13 en 15 %. In die beide sectoren zou men volgens de spreker 400 tot 800 miljoen euro kunnen besparen. Professor Lieven Annemans heeft in zijn boek *“De prijs van uw gezondheid”* tal van verspillingen in de gezondheidszorg en van niet-gevulde behoeften aan het licht gebracht.

Een andere studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ging over het inkomen van de specialisten. In de Belgische ziekenhuizen verdienen de nierspecialisten het meest. Er wordt gewag gemaakt van 640 000 euro bruto per jaar. Het klopt weliswaar dat ze een gedeelte van hun inkomen moeten terugstorten aan het ziekenhuis waar ze in dienst zijn. Anderzijds houdt dit cijfer geen rekening met wat de specialisten verdienen met hun privépraktijk. Kinderartsen, neurologen, psychologen en reumatologen zijn de minst verdienende specialisten. Het systeem beloont de handelingen, veel meer dan de prestaties. Het lid zou liever hebben dat er bespaard wordt op de buitensporige bezoldiging in plaats van op de kap van de patiënten.

Het lid verwijst vervolgens naar de aangekondigde besparing van 100 miljoen euro in de farmaceutische sector. Dat kan veel lijken. De Christelijke Mutualiteiten hebben echter voorgerekend dat de invoering van het verbeterd kiwi-model (overheidsaanbesteding voor geneesmiddelen en mededinging tussen farmaceutische multinationals, een systeem dat in Nieuw-Zeeland

proactieve.

Le membre lit au titre de cette politique que la ministre: *“Par le biais d’un vaste instrumentarium administratif (détection de techniques obsolètes, de modèles de consommation et de variations de pratiques inexplicables, identification de différences géographiques et campagnes de sensibilisation pour les prescripteurs), je veux harmoniser les dépenses et réduire au maximum le gaspillage.”* Cette politique proactive permettrait tout au plus d’économiser 5 millions d’euros.

Plusieurs études du Centre fédéral d’expertise des soins de santé démontrent qu’il est des domaines des soins de santé où des moyens ne sont pas utilisés de manière optimale et qu’il est possible de faire d’autres économies.

La dernière étude du CFESS sur le financement hospitalier indique par exemple que le nombre d’exams réalisés en Belgique est nettement plus élevé que partout ailleurs en Europe. Sur 1 000 belges, pas moins de 178 CT-scans sont réalisés, pour une moyenne européenne de 125. Le nombre d’exams inutiles dans la biologie clinique et l’imagerie médicale est bien trop élevé: entre 13 et 15 %. Entre 400 et 800 millions d’euros pourraient être économisés dans ces deux secteurs, selon l’intervenant. Le professeur Lieven Anneman a exposé dans son livre *“De prijs van uw gezondheid”* nombre de situations de gaspillages dans les soins de santé et de besoins non remplis.

Une autre étude du Centre fédéral d’expertise des soins de santé a porté sur les revenus des médecins spécialistes. Ceux qui touchent la rémunération la plus élevée dans les hôpitaux belges sont les néphrologues. Le chiffre de 640 000 euros bruts annuels est cité. Il est toutefois exact qu’ils doivent reverser une partie de leurs revenus à la structure hospitalière qui les emploie. Par contre, ce chiffre ne tient pas compte de ce que ces spécialistes touchent par leur pratique privée. Les pédiatres, les neurologues, les psychologues et les rhumatologues sont les spécialistes les moins bien rémunérés. Le système promeut les actes et peu les prestations. Le membre souhaite que les économies aient lieu sur les rémunérations excessives plutôt que sur le dos des patients.

Le membre s’arrête ensuite à l’annonce d’économies de 100 millions d’euros dans le domaine pharmaceutique. En soi, ce chiffre pourrait sembler élevé. Toutefois, les Mutualités Chrétiennes ont analysé que l’introduction en Belgique du modèle “Kiwi” amélioré (adjudication publique des médicaments et mise en concurrence des multinationales pharmaceutiques,

wordt toegepast) ons land een besparing van 200 miljoen euro zou opleveren.

Het vraagstuk van de contingentering moet worden gekoppeld aan dat van het huisartsentekort. De wachtlijsten zijn lang en het schort de eerstelijns geneeskunde aan aantrekkelijkheid. Toch worden er filters ingebouwd voor afstuderende artsen, vooral dan in het Franstalige landsgedeelte. Volgens de prognoses zouden er in 2037 nog maar 6 063 huisartsen overblijven, 2 400 minder dan vandaag. Hoe moet met dat tekort worden omgegaan? Het lid vraagt dat komaf wordt gemaakt met de contingentering, want het aanbod moet voldoende zijn. Anders zullen de gezondheidskosten onvermijdelijk de hoogte ingaan.

Het *eHealth*-platform past in de evolutie naar een centralisering van de informatie. De spreker herhaalt zijn bezorgdheid over die evolutie, die ook aan bod komt in de beleidsverklaring van de eerste minister. De Nationale Veiligheidsraad die daarin wordt aangekondigd, lijkt op de *National Security Agency* in de Verenigde Staten. Naar aanleiding van de verschillende veiligheidsonderzoeken zouden zelfs medische gegevens kunnen worden verzameld. Een dergelijke inmenging zou een schending van het recht op privacy en een gevaar voor de democratie betekenen. Zullen alle medische gegevens uitgesloten worden van die veiligheidsonderzoeken?

Ook mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) steunt het ambitieuze en vernieuwende gezondheidsbeleid dat de minister heeft voorgesteld. De besluitvorming zal nu gebouwd zijn op wetenschappelijke onderbouw en transparantie wat pertinent is.

Zal de minister nog verder gaan op het principe van *Health Technology Assessment* en concrete *incremental cost-effectiveness ratio's* (ICER's) bepalen in het kader van het transparant budgettaire meerjarenplan? Het KCE heeft daar al in 2009 een uitgangspunt voor uitgewerkt.

Mevrouw Van Camp is van oordeel dat de informatie waarover het RIZIV beschikt meer moet worden gebruikt. Het RIZIV moet, met de waarborg van de privacy van de patiënt, de mogelijkheid krijgen om de gegevens rechtstreeks te verkrijgen en te koppelen. Zal de minister daar werk van maken?

Zal de minister de geplande kwaliteitsindicatoren op een systematische wijze verzamelen? Zullen die indicatoren aan de financiering worden gekoppeld zodat betere kwaliteit wordt beloond? Zullen hierover pilootprojecten worden opgezet?

applicable en Nouvelle-Zélande) permettrait d'économiser 200 millions d'euros.

La question du contingentement doit être rapprochée de celle de la pénurie des médecins généralistes. Les files d'attente sont longues et la médecine de première ligne souffre d'un défaut d'attractivité. Pourtant, des filtres à la sortie des études de médecine sont institués, spécialement en francophonie. En 2037, les projections donnent pour résultat qu'il ne restera que 6063 médecins généralistes en Belgique, soit 2400 unités de moins qu'aujourd'hui. Comment faire face à cette pénurie ? Le membre demande l'arrêt du contingentement, car l'offre doit être suffisante. Sinon, le coût des soins de santé augmentera inévitablement.

La plate-forme *eHealth* doit être rapprochée d'une évolution vers la centralisation des données. Le membre réitère son inquiétude par rapport à cette évolution, qui est également transcrite dans l'exposé d'orientation politique du premier ministre. Le Centre national de sécurité qui y est annoncé ressemble au système américain de la *National Security Agency*. Dans les différentes recherches en sécurité, même des données médicales pourraient être collectées. Une telle immixtion serait une violation du droit à la vie privée et un danger pour la démocratie. L'ensemble des données médicales seront-elles exonérées de ces recherches en sécurité?

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) soutient elle aussi la politique de santé ambitieuse et innovante proposée par la ministre. La prise de décision reposera désormais sur des bases scientifiques et sur la transparence, ce qui est pertinent.

La ministre va-t-elle encore aller plus loin dans le principe de *Health Technology Assessment* et définir des *incremental cost-effectiveness ratio's* (ICER's) concrets dans le cadre du plan budgétaire pluriannuel transparent? Le KCE en a déjà élaboré le principe de base en 2009.

Mme Van Camp estime que les informations dont l'INAMI dispose doivent être davantage utilisées. L'INAMI doit, tout en garantissant le droit à la vie privée du patient, avoir la possibilité d'obtenir directement les données et de les relier. La ministre va-t-elle s'investir dans ce dossier?

La ministre va-t-elle collecter de façon systématique les indicateurs de qualité programmés? Ces indicateurs vont-ils être reliés au financement, de manière à récompenser la qualité? Des projets pilotes vont-ils être mis en place?

Ook de N-VA fractie vindt dat de solidaire gezondheidszorg moet worden behouden. Fraude moet worden bestreden. De middelen moeten goed worden gebruikt en misbruiken kunnen niet worden toegestaan. Solidariteit houdt echter ook in dat iedereen zijn verantwoordelijkheid opneemt en zich op een correcte wijze gedraagt. De N-VA fractie zal daar nauw op toezien.

Het garanderen van de betaalbaarheid van de gezondheidszorg en de financiering is noodzakelijk voor het in stand houden van de solidariteit. In dit kader is het bepalen van de groeinorm op 1,5% een belangrijk element dat een invloed zal hebben zowel op de bestaande uitgaven al op de nieuwe initiatieven. Alle betrokken partijen, de geneesheren, de ziekenhuizen, ziekenfondsen, de geneesmiddelenindustrie en de patiënten moeten hiervoor hun bijdrage leveren.

De wijzigingen in de patiëntenfacturen worden in het belang van de patiënt uitgewerkt. Zo zal het remgeld voor een bezoek aan de huisarts niet verhogen, maar het bezoek aan de specialist wanneer er geen verzending was door de huisarts duurder worden.

De invoering van de derdebetalerssysteem voor het bezoek aan de huisarts is een van de maatregelen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren. Ook het bekomen van een automatische rechtentoekenning is een belangrijke doelstelling. Om misbruiken te verhinderen moeten een behandelplan en een transparante patiëntenfactuur worden opgesteld.

Een interessant nieuw initiatief is het versterken van de eerstelijns psychologische hulp. Een duurzaam gezondheidsbeleid moet de uitdagingen van de toekomst kunnen aanpakken. Zowel de ziekenhuisfinanciering, als de nomenclatuur en het KB nr. 78 moeten worden hervormd. *eHealth* moet worden versterkt. De *task force* heeft als taak de minister bij te staan in het volbrengen van deze taken. Gezien de urgentie van de vooropgestelde taken vraagt de N-VA fractie dat die *task force* al dit jaar zou samenkomen.

De spreekster merkt op dat de nota geen concrete maatregelen inzake de ondersteuning van mantelzorgers, vroedvrouwen, versterken van eerstelijnsgezondheidswerkers en eerstelijnspsychologen bevat. Er werden geen voorstellen gedaan met betrekking tot het oplossen van de personeelstekorten in ziekenhuizen die vanaf 2020 echt problematisch zullen worden.

De gezondheidszorg is ten gevolge van de staats-hervorming erg versnipperd. Hoe zal de minister dit

Le groupe N-VA estime lui aussi qu'il faut conserver des soins de santé solidaires. Il faut lutter contre la fraude. Les moyens doivent être bien utilisés et les abus ne peuvent être tolérés. La solidarité implique cependant aussi que chacun prenne ses responsabilités et se comporte correctement. Le groupe N-VA y veillera attentivement.

Garantir la pérennité financière des soins de santé et leur financement est indispensable si l'on veut préserver la solidarité. Dans ce cadre, la fixation d'une norme de croissance de 1,5 % est un élément important qui aura une incidence tant sur les dépenses existantes que sur les nouvelles initiatives. Toutes les parties prenantes, les médecins, les hôpitaux, les mutualités, l'industrie pharmaceutique et les patients, doivent y fournir leur contribution.

Les modifications apportées aux factures des patients sont élaborées dans l'intérêt du patient. Ainsi, le ticket modérateur pour une visite au médecin généraliste n'augmentera pas, mais la visite chez un spécialiste sera plus chère si elle n'est pas prescrite par le médecin généraliste.

L'introduction du système du tiers payant pour la visite chez le médecin généraliste est une des mesures destinées à améliorer l'accessibilité des soins de santé. L'obtention de l'octroi automatique de droits est également un objectif important. Pour éviter les abus, il faut qu'il existe un plan de traitement et qu'une facture transparente soit établie pour le patient.

Une nouvelle initiative intéressante concerne le renforcement de l'aide psychologique de première ligne. Pour être durable, toute politique de la santé doit pouvoir relever les défis de demain. Il convient de réformer le financement des hôpitaux, la nomenclature et l'arrêté royal n° 78. Il convient aussi de renforcer la structure *eHealth*. Le groupe de travail est chargé d'assister la ministre dans l'accomplissement de ces tâches. Compte tenu de l'urgence des tâches proposées, le groupe N-VA demande que ce groupe de travail se réunisse déjà cette année.

L'intervenant fait observer que la note ne prévoit aucune mesure concrète de soutien des soins par l'entourage ou concernant les sages-femmes, le renforcement des prestataires de soins de première ligne et les psychologues de première ligne. Aucune proposition n'a été faite pour combler le manque de personnel dans les hôpitaux, manque qui deviendra très problématique à partir de 2020.

Depuis la réforme de l'État, les soins de santé sont très éparpillés. Comment la ministre entend-elle

probleem opvangen, met het oog op het voeren van een coherent gezondheidsbeleid? Preventie is hoofdzakelijk een regionale bevoegdheid, hoewel ook op federaal vlak nog actie mogelijk is. Gezonde voeding, strijd tegen tabak, obesitas en diabetes zijn domeinen waar dringend actie moet worden genomen.

De spreker besluit dat het voorgestelde gezondheidsbeleid ambitieus is en dat het ertoe strekt om reeds lang bestaande problemen aan te pakken.

De heer Alain Mathot (PS) geeft aan dat hij zich kan terugvinden in sommige plannen en maatregelen die de minister in uitzicht stelt. Toch bevat haar beleidsverklaring te veel slogans waar eigenlijk niemand tegen kan zijn.

Volgens een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zouden de gezondheidskosten per Belg 2 600 euro bedragen. Dat bedrag ligt onder het Europees gemiddelde en is zelfs twee keer zo klein als in de Verenigde Staten (5 600 euro). Sommige uitwassen moeten uiteraard worden bestreden, maar beweren dat de gezondheidszorg in België te duur is, is de waarheid geweld aandoen.

Anderzijds moet rekening worden gehouden met de dekkingsgraad door overheidsmiddelen. In België bedraagt die 99,2 % van de bevolking, in de Verenigde Staten 30 %.

Het lid vraagt dat de middelen voor de gezondheidssector stabiel zouden blijven, in plaats van verminderd te worden. De groeinorm bedroeg de voorbije tien jaar 2,8 %. De terugkeer naar de 1,5 %-norm tijdens deze regeerperiode houdt in dat in de middelen wordt gesnoeid, tenzij men de patiënt meer laat betalen voor zijn medische kosten. De hervorming van het remgeld illustreert dit laatste. De vereenvoudiging van het systeem is op zich een relevante doelstelling, maar in de praktijk zal het remgeld vaker meer bedragen dan minder. Op die manier zal 33 miljoen euro worden bespaard. In werkelijkheid zullen de patiënten 17 % meer betalen.

Volgens de heer Mathot heeft de nieuwe regering het weer eens lastig met de cijfers. Er is sprake van een besparing van 355 miljoen en van 804 miljoen euro. In beide gevallen gaat het om draconische besparingen in de gezondheidszorg. Dat zal ofwel tot een verhoging van de kosten ofwel tot een vermindering van de dienstverlening leiden. In de hele beleidsverklaring ontwaart de spreker overigens geen enkel nieuw beleidsinitiatief.

résoudre ce problème pour pouvoir mener une politique cohérente de la santé? La prévention est principalement une compétence régionale bien que certaines actions restent également possibles au niveau fédéral. La qualité de l'alimentation, la lutte contre le tabagisme, l'obésité et le diabète sont des domaines dans lesquels il convient d'intervenir d'urgence.

L'intervenant conclut en indiquant que la politique de santé proposée est ambitieuse et vise à aborder des problèmes qui existent déjà depuis longtemps.

M. Alain Mathot (PS) indique qu'il peut partager certaines des intentions et des mesures annoncées par la ministre. Cependant, son exposé d'orientation comprend trop de slogans auxquels on ne peut qu'adhérer.

Une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé évalue à 2 600 euros le coût de la santé par habitant en Belgique. Ce chiffre est inférieur à la normale européenne, et même deux fois moins qu'aux États-Unis (5 600 euros). Sans doute certains excès doivent-ils être combattus, mais affirmer que les soins de santé seraient trop chers en Belgique ne reflète pas la vérité.

D'autre part, il faut tenir compte du taux de couverture par le système public. En Belgique, il est 99,2 % de la population. Aux États-Unis, ce taux est de 30 %.

Le membre demande une stabilité des moyens du secteur des soins de santé, pas une diminution. Sur les dix dernières années, la norme de croissance a été de 2,8 %. Revenir à une norme de 1,5 % au long de la présente législature revient bien à réduire les moyens, sauf si l'on augmente le coût de ces soins pour le patient. La réforme du ticket modérateur constitue un exemple de ce dernier cas de figure. La simplification du système est en soi un objectif pertinent. Cependant, plus de tickets modérateurs seront augmentés que diminués. 33 millions d'euros seront ainsi économisés. Dans la réalité, les patients paieront 17 % en plus.

Selon M. Mathot, le nouveau gouvernement fédéral a une nouvelle fois quelques difficultés avec les chiffres. Sont cités 355 millions et 804 millions d'euros d'économie. Dans les deux cas, les économies dans le système seront drastiques. Elles vont s'opérer soit par une augmentation du coût, soit par une diminution du service rendu. D'ailleurs, dans l'ensemble de l'exposé d'orientation, le membre n'aperçoit aucune politique nouvelle.

Preventiemaatregelen, zelfs via de hefboomen waarover de federale overheid nog beschikt, komen helemaal niet aan bod.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering mag niet worden verward met de besparingsgolf waartoe de regering heeft beslist. De studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werd niet uitgevoerd met het oog op een vermindering van de kostprijs van de openbare ziekenhuisfinanciering. De hervorming mag volgens de spreker alleen maar een verbetering van de gezondheidszorg tot doel hebben.

De spreker wil graag het Belgisch gezondheidszorgsysteem in stand houden. Door ondoordachte besparingen kan dat systeem echter op de helling komen te staan.

De heer Daniel Senesael (PS) wil weten hoe de minister het geneesmiddelenbeleid een nieuwe impuls wenst te geven. Onder de vorige regeerperiode werden meer dan 2500 geneesmiddelen goedkoper gemaakt, wat voor het gezondheidszorgsysteem én voor de patiënten een goede zaak was. Zal de minister bijvoorbeeld inzake de zeldzame ziekten de snellere terugbetaling mogelijk maken van innoverende geneesmiddelen, en wel door de proceduretermijnen in te korten, een initiatief waar tijdens de vorige regeerperiode een aanvang mee is gemaakt?

Hoe zal de minister de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, die onder de vorige regeerperiode al is begonnen, verder aanpakken? Welke stappen worden terzake gepland? Kunnen de parlementsleden bij de uitwerking van die hervorming worden betrokken?

Hoe denkt de minister de organisatie van de gezondheidszorgadministraties efficiënter te maken? Ze kondigde een rationalisering alsook een samenvoeging in één beleid aan van de diensten die bevoegd zijn voor het gezondheidszorgbeleid, maar wat wordt daar precies mee bedoeld? Zal dit niet gepaard gaan met enige inkrimping van de personeelsformatie?

Hoe denkt de minister de ziekenfondsen te “responsabiliseren”? Wat wordt met “responsabiliseren” bedoeld? Zal ons overlegmodel tussen zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen worden gewaarborgd? Zullen de verzekeringsinstellingen kunnen blijven rekenen op een geschikte financiering van hun werking, zodat ze hun taken inzake steun aan de patiënten in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering kunnen blijven uitoefenen? Welke aanpassingen stelt de minister in uitzicht wat hun financiering betreft?

De minister gaf aan dat ze nog niet alle hervormingen tot in detail kan toelichten. De heer Senesael is het daar

Les mesures de prévention, même par le biais des leviers dont dispose encore le pouvoir fédéral, sont absentes.

La réforme du financement des hôpitaux ne doit pas être confondue avec les mouvements d'économie décidés par le gouvernement. L'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en la matière n'est pas réalisée dans l'optique d'une diminution du coût du financement public hospitalier. Le seul objectif de la réforme, pour l'orateur, doit consister en une amélioration des soins de santé.

L'orateur souhaite le maintien du système belge de soins de santé. Des économies inconsidérées pourraient toutefois le menacer.

M. Daniel Senesael (PS) voudrait savoir comment la ministre compte dynamiser la politique du médicament. Sous la précédente législature, une réduction du prix de plus de 2500 médicaments a eu lieu, au bénéfice du système des soins de santé et des patients. Dans le cadre des maladies rares par exemple, la ministre compte-t-elle permettre le remboursement plus rapide des médicaments innovants en réduisant les délais des procédures comme cela a été initié sous la précédente législature?

Comment la ministre mènera-t-elle la réforme du financement hospitalier, déjà mise sur les rails sous la précédente législature? Quelles sont les prochaines étapes prévues dans ce cadre? Les parlementaires pourront-ils être associés à l'élaboration de cette réforme?

Comment la ministre compte-t-elle renforcer l'efficacité de l'organisation des administrations de santé? Une rationalisation et une fusion en une seule politique de l'organisation des administrations responsables des politiques de santé sont annoncées. Qu'est-ce que ces annonces signifient? Aucune réduction de cadre n'est-elle prévue en la matière?

Comment la ministre compte-t-elle “responsabiliser” les mutuelles? Que signifie le mot “responsabiliser”? La préservation de notre modèle de concertation entre dispensateurs de soins et organismes assureurs est-elle garantie? Les organismes assureurs continueront-ils de bénéficier d'un financement adéquat de leur fonctionnement afin qu'ils puissent continuer à assurer leurs missions de soutien aux patients dans le cadre de l'assurance maladie invalidité? Quelles adaptations la ministre prévoit-elle concernant leur financement?

La ministre estime ne pas encore pouvoir détailler l'ensemble des réformes. Pour le membre, c'est inexact.

niet mee eens. Hij hoopt nadere informatie te verkrijgen om zich een nauwkeuriger beeld van de situatie te kunnen vormen.

Mevrouw Maya Detiège (sp.a) gaat akkoord met een aantal in de beleidsverklaring opgenomen actiepunten. Een aantal ervan bouwen voort op in de vorige zittingsperiode aangevatte programma's. De positieve punten in de nota zijn onder meer de focus op *evidence based medicine*, het heroriënteren van het voorschrijfgedrag van artsen en het terugbetaalbaar maken van psychotherapie.

Het instellen van de derdebetalersregeling bij de huisarts is een gepaste maatregel op voorwaarde dat daar voldoende middelen voor worden uitgetrokken. Tijdens de vorige zittingsperiode werd het derdebetalerssysteem gradueel uitgebreid en heeft het zijn nut bijvoorbeeld in wijkgezondheidscentra getoond. Dit systeem maakt de gezondheidszorg toegankelijker. De voorziene uitbreiding van het systeem naar chronisch zieken wordt niet meer vooropgesteld. Alleen personen met een verhoogde tegemoetkoming zullen er in de toekomst voor een bezoek bij de huisarts voor in aanmerking komen. De sp.a-fractie is van oordeel dat het derdebetalerssysteem overal moet worden toegepast, zodat de patiënt alleen het remgeld moet betalen. Kan de minister meer uitleg verschaffen over de door haar genomen keuzes inzake de toepassing van het derdebetalerssysteem?

De sp.a-fractie is er niet van overtuigd dat de minister het door haar voorgestelde beleid zal kunnen verwezenlijken met de vooropgestelde groeinorm van 1,5 % in het budget voor de gezondheidszorg. De spreker verwijst naar het boek van professor Annemans (zie supra), waarin hij aanhaalt dat er meer middelen zullen nodig zijn.

Kan de minister duidelijk aantonen waar er in de begroting van volksgezondheid op zal worden bespaard en dat dit niet ten koste van de patiënt zal gebeuren? De verhoging van het remgeld voor het bezoek aan de oogarts en de gynaecoloog treft iedereen en niet alleen de patiënten die niet zijn doorverwezen.

Welke investeringen zal de minister doen om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren?

Waarom worden, met betrekking tot de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg, geen maatregelen met het oog op tariefzekerheid, de conventiestatus

Il espère avoir davantage d'informations pour pouvoir se faire une idée plus précise.

Mme Maya Detiège (sp.a) soutient un certain nombre de points d'action figurant dans l'exposé d'orientation politique. Plusieurs d'entre eux s'inscrivent dans le prolongement de programmes lancés au cours de la législature précédente. Les points positifs de cet exposé sont entre autres l'accent mis sur *l'evidence based medicine*, la réorientation du comportement prescripteur des médecins et les possibilités de remboursement des psychothérapies.

L'instauration du régime du tiers payant chez les médecins généralistes est une bonne mesure, à condition que des moyens suffisants soient libérés à cet effet. Au cours de la précédente législature, le régime du tiers payant a été graduellement étendu. Il a prouvé son utilité dans les maisons médicales, par exemple. Ce système facilite l'accès aux soins de santé. Son extension prévue aux malades chroniques n'est plus à l'ordre du jour. À l'avenir, seules les personnes bénéficiant de l'intervention majorée pourront profiter de ce système lorsqu'elles se rendront chez leur médecin généraliste. Le groupe sp.a estime que le régime du tiers payant devrait être appliqué partout, afin que le patient n'ait plus que le ticket modérateur à payer. La ministre pourrait-elle fournir des précisions quant aux options qu'elle privilégie pour l'application du tiers payant ?

Le groupe sp.a n'est pas convaincu que la norme de croissance d'1,5 % annoncée pour le budget des soins de santé permettra à la ministre de réaliser la politique qu'elle propose. L'intervenante renvoie à cet égard au livre du professeur Annemans (voir supra), qui estime que des moyens supplémentaires devront être libérés en la matière.

La ministre pourrait-elle indiquer clairement quels seront les postes du budget de la santé publique touchés par les économies? Peut-elle certifier que ces économies ne seront pas réalisées au détriment des patients? L'augmentation du ticket modérateur appliquée à la consultation d'un oculiste ou d'un gynécologue touche tous les patients, et pas seulement ceux qui n'ont pas été renvoyés devant ces spécialistes par leur médecin généraliste.

Quels sont les investissements envisagés par la ministre pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé?

Pourquoi la ministre ne prévoit-elle pas, en ce qui concerne l'accessibilité (financière) des soins, de mesures portant sur la sécurité tarifaire, le statut

van de artsen, de vaak hoge supplementen voor de patiënten voorgesteld?

Volgens de OESO moeten de Belgen 25 % van hun gezondheidszorg zelf betalen. Hoe kan dit percentage worden verminderd?

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg kan toenemen door maatregelen inzake tandzorg, optisch en auditieve hulpmiddelen te nemen. Daarover worden echter in de beleidsverklaring geen voorstellen gedaan.

De bevoegdheid over een aantal aspecten met betrekking tot verpleegkundigen en zorgverstrekkers werden naar de gemeenschappen verschoven. De voorgestelde indexsprong en de verhoging van de pensioenleeftijd baren echter zorgen. In welke maatregelen voorziet de minister om het beroep van zorgverstrekkers aantrekkelijk te houden en de zorg te verzekeren?

Kan de minister meer uitleg verschaffen over de taken, de budgettering en de werking van het Toekomstinstituut en hoe dit instituut zich verhoudt met andere bestaande structuren? Er worden een aantal wijzigingen in de organisatie van de organen van volksgezondheid voorgesteld. De sp.a-fractie is geen voorstander van de fusie van de FOD Volksgezondheid met andere FOD's of andere gezondheidsinstellingen.

Mevrouw Detiège mist interessante voorstellen voor de reorganisatie van de Orde van geneesheren en vindt dat de orde, die rechter en partij is, beter zou worden afgeschaft.

Zou de minister meer uitleg kunnen geven over de gezondheidsdoelstellingen die worden nagestreefd? Wie stelt ze op, waar worden ze op gericht, hoe worden ze afgestemd op de door de gemeenschappen gestelde doelstellingen? De spreker hoopt dat er over dit punt in het Parlement kan worden gedebatteerd.

De beleidsverklaring bevat een aantal interessante ideeën, maar is niet concreet genoeg. Overleg met de gezondheidsactoren is noodzakelijk. Sommige actoren hebben echter de idee dat het management aspect de voorhand heeft genomen op het menselijk aspect in de gezondheidszorg. Er moet naar een beter evenwicht worden gezocht tussen de economische aspecten in de gezondheidszorg, die in de nota de voorrang krijgen, en de aandacht aan de verstrekte zorg en de mens.

De sp.a-fractie zal het gevoerde beleid met veel aandacht volgen en indien nodig de minister vragen om de noodzakelijke bijstellingen te doen.

conventionnel des médecins et les suppléments souvent importants facturés aux patients?

D'après l'OCDE, les Belges doivent assumer personnellement 25 % du coût de leurs soins de santé. Comment ce pourcentage pourrait-il être réduit?

L'accessibilité des soins de santé peut être améliorée par des mesures relatives aux soins dentaires et aux dispositifs optiques et auditifs. L'exposé d'orientation politique ne fait toutefois aucune proposition en ce sens.

La compétence relative à certains aspects liés au personnel médical et paramédical a été transférée aux Communautés. Le saut d'index proposé et l'augmentation de l'âge de la pension sont toutefois source d'inquiétude. Quelles mesures la ministre prévoit-elle pour préserver l'attractivité des professions médicales et assurer les soins?

La ministre peut-elle fournir davantage d'informations au sujet des missions, du budget et du fonctionnement de l'Institut de l'avenir et préciser la relation entre celui-ci et les autres structures existantes? La ministre propose une série de modifications de l'organisation des organes de la santé publique. Le groupe sp.a n'est pas favorable à la fusion du SPF Santé publique avec d'autres SPF ou avec d'autres institutions des soins de santé.

Mme Detiège regrette l'absence de propositions intéressantes pour la réorganisation de l'Ordre des médecins et elle considère que l'ordre, qui est juge et partie, devrait être supprimé.

La ministre pourrait-elle fournir des explications concernant les objectifs de santé poursuivis? Qui les rédige, que visent-ils, comment sont-ils ajustés aux objectifs fixés par les Communautés? L'intervenante espère que ce point pourra être débattu au Parlement.

L'exposé d'orientation politique contient plusieurs idées intéressantes, mais elle n'est pas suffisamment concrète. La concertation avec les acteurs de la santé est indispensable. Certains d'entre eux ont toutefois l'impression que, dans les soins de santé, l'aspect management a pris le dessus sur l'aspect humain. Il faut rechercher un meilleur équilibre entre les aspects économiques du secteur, que l'exposé juge prioritaires, et l'attention accordée aux soins prodigués et à l'humain.

Le groupe sp.a suivra très attentivement la politique menée et, au besoin, il demandera à la ministre de procéder aux ajustements nécessaires.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) wenst in te gaan op de ziekenhuisfinanciering. De structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen ligt aan de basis van de overdadige facturatie en de aangerekende supplementen. De patiënt en de verzekeraars zijn daar het slachtoffer van. Sommige ziekenhuizen weigeren hoewel dit niet wettelijk is, patiënten op te nemen.

Het lid hoopt dat de minister meer concrete voorstellen zal formuleren over de wijze waarop ze de ziekenhuisfinanciering zal hervormen. Het hergroeperen van sommige diensten, het tegengaan van overconsumptie en centraliseren van specialisaties alleen zijn onvoldoende om de hervorming tot een goed einde te brengen.

Deze hervorming mag niet enkel leiden tot besparingen maar moet een verbetering tweebrengen. Het vroeger naar huis sturen van moeders na een bevalling kan op voorwaarde dat dit medisch verantwoord is. Die maatregel moet dan vergezeld worden door een beter uitgewerkte thuisverzorging en een vroegere betrokkenheid van vroedvrouwen. Werden er met de gemeenschappen compenserende maatregelen afgesproken in verband met kraamzorg? Er moet worden verhinderd dat maatregelen enkel met het oog op besparingen worden genomen en *in concreto* worden nagegaan wanneer ze echt verantwoord zijn.

Ook saneringen moeten kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg garanderen. De spreker zal dit thema met veel interesse opvolgen. Ook mevrouw De Coninck is van oordeel dat de persoon meer centraal moet staan en dat niet enkel rekening met de economische en management aspecten wordt gehouden.

De heer Vincent Van Quickenborne, voorzitter van de commissie voor de Sociale Zaken wijst op het belang van *eHealth* en ICT in de gezondheidszorg. Sommige technische tools maken het de patiënt mogelijk om beter zelf zijn gezondheid op te volgen. Het uiteindelijke doel van de minister is tot één enkel elektronisch dossier voor de patiënt te komen. Daardoor wordt de informatie over alle behandelingen die de patiënt heeft gehad toegankelijk voor alle beoefenaars van gezondheidszorg. Dit moet gebeuren met respect voor de privacy van de patiënt. Dit doel moet in 2019 worden bereikt. Welke stappen zal de minister in 2015 zetten om tot dit doel te komen?

Mevrouw Muriel Gerken (Ecolo-Groen), voorzitter van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing, herinnert eraan dat de beleidsverklaring, die geldt voor een hele zittingsperiode, meerjarendoelstellingen voorop

Mme Monica De Coninck (sp.a) souhaite s'intéresser au financement des hôpitaux. Le sous-financement structurel des hôpitaux est à l'origine des factures exorbitantes et de la facturation des suppléments. Le patient et les assureurs en sont les victimes. Certains hôpitaux refusent d'admettre des patients, bien que cela ne soit pas légal.

La membre espère que la ministre avancera davantage de propositions concrètes quant à la manière dont elle réformera le financement des hôpitaux. Il ne suffira pas, pour faire aboutir la réforme, de regrouper certains services, de lutter contre la surconsommation et de centraliser des spécialisations.

Cette réforme ne peut se borner à entraîner des économies, elle doit également générer une amélioration. La durée d'hospitalisation des mères après un accouchement peut être réduite, pourvu que cela soit médicalement justifié. Cette mesure doit alors s'accompagner de soins à domicile plus élaborés et d'une participation plus précoce des sages-femmes. A-t-il été convenu de mesures compensatoires en matière de soins postnatals avec les Communautés? Il faut éviter de prendre des mesures dans le seul but de faire des économies et vérifier concrètement si elles sont réellement justifiées.

Les assainissements doivent également garantir des soins de qualité accessibles. L'intervenante suivra ce thème avec beaucoup d'intérêt. Mme De Coninck estime, elle aussi, que c'est la personne qui doit être au centre des préoccupations et qu'il ne faut pas uniquement tenir compte des aspects économiques et de management.

M. Vincent Van Quickenborne, président de la commission des Affaires sociales, souligne l'importance d'*eHealth* et des TIC dans le secteur des soins de santé. Certains outils techniques permettent au patient de mieux surveiller sa santé. La ministre entend finalement faire en sorte qu'il n'y ait qu'un seul dossier informatisé pour chaque patient. Les informations relatives à tous les traitements suivis par le patient seront ainsi accessibles à tous les praticiens des soins de santé. Il s'agit, en l'espèce, de respecter le droit à la vie privée du patient. Cet objectif doit être réalisé en 2019. Quelles démarches la ministre entreprendra-t-elle en 2015 en vue d'atteindre cet objectif?

Mme Muriel Gerken, présidente de la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société, rappelle que l'exposé d'orientation, valable pour l'ensemble d'une législature, fixe des objectifs pluriannuels. Plusieurs plans ont été lancés

stelt. De voorgangster van de minister heeft inzake gezondheid verschillende plannen gelanceerd: kanker, aids, hepatitis C, chronische ziekten, het Nationaal Voedings- en GezondheidsPlan, het Nationaal Milieu-Gezondheidsplan enzovoort. Bestaan de meerjaren-doelstellingen erin de aldus gelanceerde plannen voort te zetten of gaat het erom ze te evalueren of te wijzigen?

De minister kondigt aan dat zij zich bij het uitstippelen van haar beleid wil baseren op *evidence-based practice* en op de gezaghebbende internationale medische studies. Zij zal zich ook baseren op de studies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en op diverse rapporten. Verwijzen naar *best practices* is op zich relevant. Die *best practices* kunnen daarentegen — ook inclusief — worden geïnterpreteerd.

De niet-conventionele praktijken zijn een voorbeeld. De commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing heeft tijdens de vorige zittingsperiode veel besprekingen gewijd aan de erkenning van die praktijken (DOC 53 2644/001 e.v.). Er werden kamers met experts opgericht; zij hebben uiteindelijk gedefinieerd wie welke handelingen mag stellen, met wat voor kwalificaties en voor welke aandoeeningen. Ook op Europees vlak worden de werkzaamheden voortgezet. Is er sprake van slechts bepaalde disciplines te behouden en daarin bepaalde handelingen? Welke *best practices* zullen worden erkend? Zal worden gekozen voor de op bewijzen gebaseerde restrictieve visie?

Volgens de spreekster is het niet juist dat de betrokkenen op Franstalig vlak terughoudend zouden zijn om het *eHealth*-platform te gebruiken. Het platform maakt het zeker mogelijk aan onderzoek te doen en kadasters aan te leggen, maar ook tussen zorgverstrekkers gegevens van het medisch dossier van de patiënt uit te wisselen. Die moet met die gegevensverwerking akkoord gaan. De spreekster wenst dat de minister dit vraagstuk op een onafhankelijke en innovatieve manier behandelt. Voor de spreekster schort er echt iets aan het beheer van de onderdelen en *tools* van het platform.

In haar beleidsverklaring stelt de minister zich de vraag: “*Hoe garanderen we een aangepast zorgaanbod, met voldoende en gemotiveerde zorgverstrekkers en een coherente afstemming van verschillende lijnen in de zorg?*” (DOC 54 0020/008, blz. 7). De spreekster koppelt deze vraag aan de contingentering van de medische beroepen. Meer algemeen zou men de zorgbehoeften territoriaal moeten analyseren en rekening houdend met sociologische parameters en met de aanwezigheid van ziekenhuizen in de betrokken regio.

par la prédécesseur de la ministre dans le domaine de la santé: cancer, sida, hépatite C, maladies chroniques, plan national nutrition-santé, plan national d'action environnement-santé, etc. Les objectifs pluriannuels consistent-ils à poursuivre les plans ainsi lancés ou s'agit-il de les évaluer, ou de les modifier?

Dans la détermination de sa politique, la ministre annonce vouloir se baser sur une médecine fondée sur l'*evidence-based medicine* et sur les études médicales internationales ayant autorité. Elle se basera aussi sur les études du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et différents rapports. Se référer à des bonnes pratiques est en soi pertinent. Par contre, ces bonnes pratiques peuvent être interprétées, y compris de manière restrictive.

Les pratiques non conventionnelles sont un exemple. La commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société a consacré de nombreux débats à la reconnaissance de ces pratiques (DOC 53 2644/001 et s.) sous la précédente législature. Des chambres d'experts ont été constituées qui ont abouti à la définition de quels actes posés par qui avec quelles qualifications et pour quelles pathologies. Le travail au niveau européen se poursuit également. Est-il question de ne retenir que certaines disciplines et au sein de celles-ci certains actes? Quelles seront les bonnes pratiques qui seront reconnues? La vision restrictive de la médecine fondée uniquement sur les *evidence-based medicine* traditionnelles sera-t-elle retenue?

Selon Mme Gerrens, il n'est pas exact que les acteurs de terrain au niveau francophone seraient réticents à utiliser la plate-forme *eHealth*. La plate-forme permet, certes, de mener des recherches et d'effectuer des cadastres, mais aussi d'échanger des données entre prestataires de soins à partir du dossier médical du patient. Celui-ci doit marquer son accord avec ce traitement des données. L'oratrice voudrait que la ministre aborde cet enjeu de manière indépendante et novatrice. Pour le membre, il y a un vrai problème dans la gestion des organes et des outils de la plate-forme.

Dans son exposé d'orientation, la ministre se pose la question de savoir comment “*garantir une offre de soins de santé adaptée, avec des prestataires de soins en suffisance et motivés et une concordance cohérente des différentes lignes de soins*” (DOC 54 0020/008, p. 7). Mme Gerrens relie cette question au contingentement des professions médicales. De manière plus générale, il faudrait analyser les besoins en offre de soins, de manière territoriale et en tenant compte de paramètres sociologiques et de la présence

Voldoen aan de behoeften zal een hervorming van de ziekenhuisfinanciering vergen.

Welke plaats zal de minister aan de patiënten geven? Zal de patiëntenvertegenwoordiging die van de ziekenfondsen in de beslissings- en adviesorganen aanvullen? Er bestaan al verenigingen en platforms. Worden die ondersteund of gefinancierd? Overweegt men een decentralisatie van de antennes?

De spreekster wenst meer precieze informatie over de besparingen in de gezondheidszorg. Hoe gaat men van 355 miljoen naar 23 miljard euro? In welke mate wordt de verlaging van de groeinorm weerspiegeld in die cijfers? Zijn de 355 miljoen euro besparingen berekend vóór de toepassing van de groeinorm of erna?

De spreekster stelt de aankondigingen van de minister inzake geestelijke gezondheidszorg op prijs, in het bijzonder de aanpak van die zorg in open centra, veeleer dan in ziekenhuisinstellingen. In vergelijking met het regeerakkoord maakt de minister daarentegen geen melding meer van de maatregelen die inzake zorg worden overwogen voor de gevangenen. Valt die zorg wel degelijk onder de begroting Volksgezondheid en niet onder die van het departement Justitie?

De spreekster vraagt om meer nadere informatie over de onderlinge afstemming tussen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, het RIZIV, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen enzovoort. Is de hervorming erop gericht eventuele overlappingen af te schaffen of gaat die verder naar fusies?

B. Antwoorden van de minister

— Algemeen

De minister herinnert eraan dat ze de beleidsverklaring heeft opgesteld conform art 121*bis* van het reglement van de Kamer. Ze bevestigt dat ze het regeerakkoord volledig zal uitvoeren en ervoor wil zorgen dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zal worden geconsolideerd. Er zal worden beoogd dat kwaliteitsvolle gezondheidszorg wordt geleverd.

Een vijfjaren planning is van belang om iedere beroepsgroep in de mogelijkheid te stellen om voor zijn beroep een correcte programmering op te zetten. De voorgestelde maatregelen zijn gesteund op studies

de structures hospitalières dans la région concernée. Rencontrer les besoins nécessitera de réformer le financement des hôpitaux.

Quelle place la ministre réservera-t-elle aux patients? La représentation des patients sera-t-elle complémentaire aux mutuelles dans les organes de décision ou d'avis? Des associations et des plate-formes existent déjà. Seront-elles soutenues ou financées? Une décentralisation des antennes est-elle envisagée?

L'intervenante souhaite plus de précisions sur les économies à réaliser dans le secteur des soins de santé. Comment passe-t-on de 355 millions d'euros à 23 milliards? Dans quelle mesure la réduction de la norme de croissance est-elle reflétée par ces chiffres? Les économies de 355 millions d'euros sont-elles calculées avant application de la norme de croissance ou après?

Le membre apprécie les annonces de la ministre concernant les soins de santé mentale, et particulièrement l'approche de tels soins en lieux ouverts plutôt qu'en institution hospitalière. Par contre, par rapport à l'accord de gouvernement, la ministre ne fait plus état des mesures envisagées pour les soins de santé aux détenus. Ces soins seront-ils bien pris en charge par le budget de la Santé publique plutôt que par le département de la Justice?

L'oratrice demande plus de précisions sur l'articulation entre le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, l'INAMI, l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé, la Commission de remboursement des médicaments, etc. La réforme vise-t-elle à supprimer d'éventuels doublons de fonction ou va-t-elle plus loin dans les fusions?

B. Réponses de la ministre

— Généralités

La ministre rappelle qu'elle a élaboré l'exposé d'orientation politique conformément à l'article 121*bis* du Règlement de la Chambre. Elle confirme qu'elle exécutera l'intégralité de l'accord de gouvernement et qu'elle souhaite veiller à consolider l'accessibilité des soins de santé. L'objectif est que soient dispensés des soins de santé de qualité.

Un plan quinquennal est important afin de permettre à chaque groupe professionnel de mettre au point un programme correct pour sa profession. Les mesures proposées se fondent sur des études du KCE, des

van het KCE, op audits, evaluaties en op studies uit het buitenland.

De hervorming van de gezondheidszorg in België gaat niet zo ver dat ICER's worden ingevoerd. Dit zou immers kunnen betekenen dat bepaalde behandelingen niet meer worden uitgevoerd op oudere patiënten omdat het risico te hoog ligt. Dit is een ethisch vraagstuk en de minister wil niet zo ver gaan in de hervormingen. In sommige buurlanden, zoals Nederland, gaat men wel in die richting maar dat is een stap te ver voor het Belgische gezondheidssysteem.

De versnippering in de gezondheidszorg ten gevolge van de staathervormingen kan worden aangepakt door de continue dialoog in het kader van de Interministeriële Conferentie. Het Toekomstinstituut is daar een instrument voor.

— RIZIV-nummers

Dit probleem is niet nieuw. Ook de vorige ministers hebben naar een oplossing in dit dossier gezocht. Zo wordt alle geruime tijd aan de vervollediging van een kadaster gewerkt. Momenteel beschikt men over onvoldoende informatie om de correcte beslissingen te nemen. De gegevens van de FOD Volksgezondheid moeten met de gegevens van de RIZIV worden gekruist. Er zijn een paar knelberoepen bij sommige specialiteiten van artsen in andere specialiteiten is er overschot. Globaal gezien zijn er wel een groot aantal geneesheren in verhouding tot de bevolking. De contingentering moet in de volgende jaren worden aangehouden.

De minister had reeds contacten met vertegenwoordigers van de Nederlandstalige en Franstalige studenten, de artsensyndicaten van de beide gemeenschappen, de decanen van de faculteiten geneeskunde in Vlaanderen en in de Franse gemeenschap. De volgende stap is contact op te nemen met de ministers van Onderwijs van beide gemeenschappen.

Er zal een oplossing moeten worden gevonden die door alle actoren zowel in Vlaanderen als in Wallonië wordt aanvaard. De kwaliteit van de opleiding en het opdoen van voldoende beroepservaring moet verzekerd worden. Daarvoor zijn voldoende stageplaatsen nodig. De kwaliteit van de geneeskunde in het land moet worden behouden.

In Vlaanderen werden in het verleden al duidelijke keuzes gemaakt. Sedert 1997 is er in Vlaanderen een ingangsexamen voor studenten geneeskunde en tandheelkunde.

audits et des évaluations et sur des études réalisées à l'étranger.

En Belgique, la réforme des soins de santé ne va pas jusqu'à l'instauration d'ICER. Ceci pourrait en effet signifier que certains traitements ne sont plus administrés à des patients âgés en raison du risque trop élevé. Il s'agit d'une question éthique et la ministre ne souhaite pas pousser les réformes jusqu'à ce point. Certains pays limitrophes, comme les Pays-Bas, vont dans ce sens, mais cela va trop loin pour le système des soins de santé belge.

Il peut être remédié au morcellement apparaissant dans les soins de santé par suite des réformes institutionnelles par le dialogue continu au sein de la Conférence Interministérielle. L'Institut du futur est un instrument à cet effet.

— Numéros INAMI

Ce problème n'est pas neuf. Les précédents ministres ont également tenté de le résoudre. C'est ainsi qu'on s'attèle depuis longtemps déjà à la finalisation d'un cadastre. Pour l'heure, les informations disponibles sont insuffisantes pour prendre les décisions correctes. Il s'agit de croiser les données du SPF Santé publique et celles de l'INAMI. On relève quelques professions en pénurie parmi les spécialisations médicales, alors que d'autres spécialisations affichent un excédent. Globalement, les médecins sont cependant nombreux par rapport à la population. Le contingentement doit être maintenu au cours des années à venir.

La ministre a déjà eu des contacts avec les représentants des étudiants néerlandophones et francophones, les syndicats des médecins des deux Communautés, les doyens des facultés de médecine en Flandre et en Communauté française. La prochaine étape consistera à prendre contact avec les ministres de l'Enseignement des deux Communautés.

Il conviendra de trouver une solution acceptée par tous les acteurs, tant en Flandre qu'en Wallonie. La qualité de la formation et l'acquisition d'une expérience professionnelle suffisante doivent être garanties. À cet effet, il faut disposer de places de stage en nombre suffisant. La qualité de la médecine doit être maintenue dans le pays.

La Flandre a déjà posé des choix clairs par le passé. Un examen d'entrée y est organisé pour les étudiants en médecine et en dentisterie depuis 1997.

Het is een probleem dat in het verleden werd gecreëerd. De studenten in Wallonië kregen onvoldoende informatie over hun kansen om een RIZIV-nummer te krijgen bij het afstuderen.

De minister zal haar verantwoordelijkheid nemen met het oog op de oplossing van een probleem waar de studenten het slachtoffer van dreigen te worden. De oplossing zal echter ook voor de Vlaamse universiteiten aanvaardbaar moeten zijn. Dit onderwerp ligt gevoelig in de politieke en academische wereld. Er moet een akkoord worden bereikt met alle actoren die rond de tafel zitten. Die oplossing moet ook door de regeringen worden goedgekeurd. Er zullen dus langs de beide kanten inspanningen moeten worden geleverd. De minister is zich bewust dat er moeilijke maatregelen zullen moeten genomen worden maar het is noodzakelijk.

— Ziekenhuisfinanciering

Die hervorming moet worden doorgevoerd omdat de ziekenhuisfinanciering momenteel niet stabiel en niet gegarandeerd is. 40 % van de ziekenhuizen is ondergefinancierd. De ziekenhuizen worden in grote mate gefinancierd door de opbrengsten van de afdelingen klinische biologie, nefrologie en radiologie. De technologische prestaties worden beter geremunereerd dan de intellectuele prestaties (zoals pediatrie, neurologie en psychiatrie). De hervorming van de financiering had al veel langer moeten worden ingezet. Dit is niet gebeurd dus zal er nu, maar met het noodzakelijke overleg, daaraan moeten worden gewerkt.

Er zal een ander zorglandschap worden gecreëerd. De kwaliteit van de gezondheidszorg is niet gediend met het aanbod van alle mogelijke zorg in alle ziekenhuizen. De overlevingskans voor de patiënt is hoger in echt gespecialiseerde instellingen.

De gemengde financiering, deels forfaitair en deels per prestatie, zal blijven bestaan. Dit gaat gepaard met de herijking van de nomenclatuur. De kwaliteit zal worden beloond zoals ook de deelstaten dit doen voor de kwaliteit van de zorg in de rust – en verzorgingstehuizen. De *roadmap* van het KCE is een goed uitgangspunt waar een aantal mogelijke keuzemaatregelen in worden opgenomen. Het is zaak om nu keuzes te maken om het overleg op te starten. Alle ziekenhuizen, publiek, privé, groot en klein moeten aan deze oefening deelnemen.

De kwaliteitsindicatoren zullen samen met de deelstaten worden uitgewerkt. Die kunnen aan kwaliteitsdoelstellingen worden gekoppeld en aan het toekennen van toelagen.

Il s'agit d'un problème créé par le passé. En Wallonie, les étudiants étaient insuffisamment informés quant à leurs chances d'obtenir un numéro INAMI à la fin de leurs études.

La ministre assumera ses responsabilités afin de résoudre un problème dont les étudiants risquent d'être les victimes. La solution devra toutefois être également acceptable pour les universités flamandes. Il s'agit d'un sujet sensible dans le monde politique et académique. Il faut aboutir à un accord avec tous les acteurs réunis autour de la table. La solution doit également être approuvée par les gouvernements. Des efforts devront dès lors être consentis de part et d'autre. La ministre a conscience du fait que des mesures difficiles devront être prises, mais c'est indispensable.

— Financement des hôpitaux

Il faut procéder à cette réforme, dès lors qu'actuellement le financement des hôpitaux n'est ni stable ni garanti. À l'heure actuelle, 40 % des hôpitaux sont sous-financés. Les hôpitaux sont en grande partie financés par les revenus des départements de biologie clinique, de néphrologie et de radiologie. Les prestations technologiques sont mieux rémunérées que les prestations intellectuelles (telles que la pédiatrie, la neurologie et la psychiatrie). La réforme du financement aurait dû être entamée il y a très longtemps déjà. Cela ne s'étant pas fait, il y sera à présent œuvré, compte tenu toutefois de la nécessaire concertation.

Un nouveau paysage des soins de santé sera créé. Le fait de proposer tous les soins possibles dans tous les hôpitaux dessert la qualité des soins de santé. La chance de survie du patient est plus élevée dans les institutions vraiment spécialisées.

Le financement mixte, en partie forfaitaire et en partie à la prestation, sera maintenu, parallèlement au rééquilibrage de la nomenclature. La qualité sera récompensée, à l'instar de ce que font les entités fédérées pour la qualité des soins dans les maisons de repos et de soins. La feuille de route du KCE est un bon point de départ qui contient un certain nombre d'options. Il convient à présent de faire des choix et de lancer la concertation. Tous les hôpitaux, publics et privés, grands et petits, doivent prendre part à cet exercice.

Les indicateurs de qualité seront élaborés en collaboration avec les entités fédérées. Ils peuvent être associés à des objectifs qualitatifs et à l'octroi de subventions.

— *Ereloonsupplementen*

Voor de daghospitalisatie zullen de supplementen al in 2015 worden afgeschaft. In het regeerakkoord wordt niet aan de kamersupplementen voor éénpersoonskamers geraakt. Dit was onmogelijk omdat dit samen met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering moet worden bestudeerd. 40 % van de ziekenhuizen heeft financiële problemen en die maatregel kon dus niet zomaar in het regeerakkoord worden opgenomen.

— *Koninklijk besluit nr. 78*

De hervorming van dit koninklijk besluit is belangrijk omdat dit ondermeer vaststelt wie wat doet of mag doen in ziekenhuizen. Er zijn te weinig verpleegkundigen en zorgkundige in de ziekenhuizen, daarom kan worden overwogen om sommige administratieve taken die nu door verpleegkundigen worden uitgevoerd over te hevelen naar andere beroepsgroepen. Er zijn daar nog geen concrete beslissingen over genomen maar het zal worden onderzocht en overlegd met de betrokken beroepsgroepen. De aanpassing van het KB zal de nieuwe taken die in een ziekenhuis moet worden uitgevoerd definiëren evenals het loon dat daarvoor moet worden betaald.

Het is zaak om de gezondheidszorgberoepen aantrekkelijker te maken omdat er met de vergrijzing van de bevolking steeds meer beoefenaars nodig zijn. Vlaanderen heeft daarvoor een zorgambassadeur geïnstalleerd. Dit initiatief heeft positieve resultaten.

— *Besparingen*

De groeinorm van 1,5 % is de groeinorm die de laatste tien jaar werd toegepast. De studies die werden gemaakt en die stellen dat de norm onvoldoende is gaan allen uit van een ongewijzigd beleid. De minister stelt echter een aantal hervormingen voor waardoor het mogelijk is haar beleid te voeren met de vooropgestelde groeinorm.

Er moet 355 miljoen euro worden bespaard. Dit bedrag werd vastgesteld na de berekeningen van het *monitoring* comité dat had uitgerekend hoeveel de effectieve uitgaven in de gezondheidszorg mogen bedragen. Wanneer de groeinorm van 1,5 % wordt toegepast en bovendien maatregelen worden genomen om verspilling te verhinderen zal er nog een marge zijn om innoverende investeringen te doen. De *budgettaskforce* werd tijdens de vorige zittingsperiode opgericht en dient om verspillingen op te sporen.

— *Suppléments d'honoraires*

Pour l'hospitalisation de jour, les suppléments seront supprimés dès 2015. L'accord de gouvernement ne touche pas aux suppléments pour les chambres individuelles, car cet aspect est indissociable de l'examen de la réforme du financement des hôpitaux. Quarante pour cent des hôpitaux sont confrontés à des problèmes financiers et il n'a pas été possible d'inclure cette mesure dans l'accord de gouvernement.

— *Arrêté royal n° 78*

La réforme de cet arrêté royal est importante car celui-ci fixe notamment les rôles des uns et des autres dans les hôpitaux. Étant donné que les hôpitaux manquent d'infirmiers et d'aides-soignants, l'on peut envisager de déléguer à d'autres groupes professionnels certaines tâches administratives actuellement confiées au personnel infirmier. Aucune décision concrète n'a encore été prise à cet égard mais la question sera étudiée, en concertation avec les groupes professionnels concernés. L'adaptation de l'arrêté royal définira les nouvelles tâches qui doivent être effectuées en hôpital, ainsi que le salaire octroyé en contrepartie.

Il convient d'accroître l'attractivité des professions de la santé car, compte tenu du vieillissement de la population, le besoin de praticiens est de plus en plus pressant. La Flandre a installé à cet effet un ambassadeur en matière de soins. Cette initiative a engendré des résultats positifs.

— *Économies*

La norme de croissance de 1,5 % est celle qui a été appliquée durant les dix dernières années. Toutes les études qui concluent que la norme est insuffisante se fondent sur une politique inchangée. La ministre propose cependant une série de réformes qui lui permettront de mener sa politique tout en respectant la norme de croissance prévue.

Des économies doivent être réalisées à hauteur de 355 millions d'euros. Ce montant a été fixé à la suite des calculs du comité de *monitoring* qui avait chiffré le montant possible des dépenses effectives dans les soins de santé. Si la norme de croissance de 1,5 % est appliquée et que des mesures sont prises pour éviter les gaspillages, il subsistera encore une marge pour procéder à des investissements dans l'innovation. La *taskforce* budget a été créée au cours de la précédente législature en vue d'identifier les gaspillages.

Ook de minister heeft het boek van Professor Annemans gelezen en vindt dat het in ieder geval het debat opent op de wijze waarop kan worden bespaard.

Mevrouw De Block is het ermee eens dat de uitgaven voor nefrologen niet te verantwoorden zijn. Daarom wordt in die sector lineair voor 15 miljoen euro bespaard. Er zal worden nagegaan waarom die uitgaven zo overdreven zijn.

In de Verenigde Staten heeft 40 % van de bevolking geen ziekteverzekering. Investerings moeten worden afgewogen ten opzichte van het effect op de gezondheid. In België heeft bijna 100 % van de bevolking een ziekteverzekering maar de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd.

Het effect van de besparingsmaatregelen op de patiënt is zeer miniem en is lager dan 1 % dit is 0,35 euro per patiënt per jaar. De invloed van de besparingen is beperkt omdat sommige verhogingen van uitgaven voor de patiënt worden gecompenseerd door verlagingen op andere domeinen. De verhoging van het remgeld voor het niet door de huisarts doorverwezen bezoek aan de specialist wordt gecompenseerd door goedkopere geneesmiddelen.

Het budget voor de gezondheidszorg in 2015 is 28 miljard euro. Dit is de reële kost in 2014 verhoogd met 1,5 % bovenop de inflatie.

– *Medicomut – dentomut*

De onderhandelingen onder meer over de tarieven voor de patiënten met de medicomut en dentomut zijn opgestart. Er zal worden geprobeerd om tegen eind van het jaar daarover een akkoord te bereiken. Er zal overleg gepleegd worden binnen het RIZIV en met de overlegcomités.

De tariefzekerheid is een belangrijk aandachtspunt. Er wordt eerst gepoogd een akkoord voor één jaar te bekomen en daarna zullen de onderhandelingen worden voortgezet. Er moet worden gepoogd het aantal geconventioneerde artsen te doen toenemen. Dit is een moeilijke oefening.

– *Geneesmiddelenbeleid*

Er wordt beoogd dat de patiënten die dit nodig hebben, sneller toegang krijgen tot innovatieve geneesmiddelen. België was zijn voorsprong ter zake verloren en daar zal aan worden gewerkt.

La ministre a, elle aussi, lu le livre du professeur Annemans et elle considère qu'il a au moins le mérite d'ouvrir le débat sur la manière dont les économies peuvent être réalisées.

Mme De Block partage l'avis selon lequel les dépenses en faveur des néphrologues sont injustifiées. C'est pourquoi ce secteur fait l'objet d'économies linéaires à hauteur de 15 millions d'euros. Une enquête sera menée pour établir pourquoi ces dépenses sont aussi exagérées.

Aux États-Unis, 40 % de la population ne possède pas d'assurance maladie. Les investissements doivent être évalués à l'aune de leur effet sur la santé. En Belgique, près de 100 % de la population dispose d'une assurance maladie mais la qualité des soins reste perfectible.

L'incidence des mesures d'économie sur le patient est très minime et inférieure à 1 %, soit 0,35 euro par patient par an. L'effet des économies est limité par le fait que certaines augmentations des dépenses pour le patient sont compensées par des diminutions dans d'autres domaines. L'augmentation du ticket modérateur pour la visite au spécialiste sans prescription du généraliste est compensée par une diminution du prix des médicaments.

Le budget des soins de santé pour 2015 est de 28 milliards d'euros. Il s'agit du coût réel en 2014, augmenté de 1,5 % en plus de l'inflation.

– *Médicomut – dentomut*

Les négociations concernant, entre autres, les tarifs pour les patients dans le cadre de la medicomut et de la dentomut ont démarré. L'objectif est d'atteindre un accord à ce sujet avant la fin de l'année. Une concertation sera organisée au sein de l'INAMI et avec les comités de concertation.

La sécurité tarifaire est un aspect primordial. Dans un premier temps, on essaye d'obtenir un accord pour un an puis les négociations se poursuivront. Il faut faire en sorte que le nombre de médecins conventionnés augmente. C'est un exercice difficile.

– *Politique en matière de médicaments*

L'objectif est que les patients qui en ont besoin aient plus rapidement accès aux médicaments innovants. La Belgique a perdu son avance en la matière et il conviendra d'y remédier.

Er wordt verder gewerkt aan het terugdringen van de prijzen van geneesmiddelen. Het dalen van de prijzen van *Off patent* geneesmiddelen brengt een prijsverlaging van oudere geneesmiddelen met zich mee. Dit maakt geld vrij voor nieuwere geneesmiddelen of speciale behandelingen.

Het KIWI model dat in Nieuw Zeeland goed werkt kan in België niet worden toegepast. Het is al uitgetoet en het functioneerde niet. Enkel bij twee moleculen was dit model mogelijk. Daarvoor werd een wet goedgekeurd die volledig onuitvoerbaar was. Dit model gaat in tegen de gepersonaliseerde geneeskunde die steeds meer ingang vindt in België.

— *Ziekenfondsen*

Er zal contact worden opgenomen met de ziekenfondsen om met hen na te gaan hoe ze transparanter en efficiënter kunnen werken. De administratiekosten bij de ziekenfondsen zijn aanvaardbaar maar kunnen altijd samen met de ziekenfondsen nog eens worden nagekeken om te zien of er doeltreffender kan worden gewerkt.

— *Remgeld*

Het optrekken van het remgeld zal niet gelden voor het bezoek aan de huisarts en voor de patiënten met een voorkeurstarief, maar enkel voor het bezoek aan de specialist zonder dat de huisarts de patiënt heeft doorverwezen. De reden hiertoe is de patiënten ertoe aan te zetten in de eerste plaats naar de huisarts te gaan. Voor het bezoek aan de huisarts zal, in tegenstelling tot bij de specialisten, de derdebetalersregeling van toepassing zijn.

— *Derdebetalersregeling*

De beslissing om de derdebetalersregeling toe te passen werd, op vraag van de ziekenfondsen, uitgesteld omdat het *My care* net niet klaar was. Dit systeem kan worden uitgebreid op voorwaarde dat het goed functioneert.

— *Chronisch ziekten*

De maatregelen die werden genomen tijdens de vorige zittingsperiode zullen verder worden uitgevoerd. In het kader van de interministeriële conferentie zullen nog meer maatregelen worden genomen op dit gebied.

La ministre s'efforcera par ailleurs de réduire les prix des médicaments. La diminution des prix des médicaments hors brevet entraîne une baisse des prix des médicaments plus anciens. Cela libère des moyens pour les nouveaux médicaments ou pour les traitements spéciaux.

Le modèle KIWI, qui fonctionne efficacement en Nouvelle-Zélande, ne peut pas être appliqué en Belgique. Cela a déjà été tenté, sans succès. Ce modèle n'était possible que pour deux molécules. À cette fin, une loi a été adoptée, mais elle s'est révélée totalement impossible à exécuter. Le modèle KIWI est contraire à la médecine personnalisée qui est de plus en plus courante en Belgique.

— *Mutualités*

Des contacts seront pris avec les mutualités pour examiner avec elles comment rendre leur fonctionnement plus transparent et plus efficace. Les frais administratifs relatifs aux mutualités sont acceptables, mais l'on peut toujours envisager de mener une réflexion, en collaboration avec celles-ci, en vue d'optimiser le fonctionnement.

— *Ticket modérateur*

Le relèvement du ticket modérateur ne s'appliquera pas à la consultation chez le médecin généraliste ni aux patients qui bénéficient d'un tarif préférentiel, mais uniquement au spécialiste en question, sans que le médecin traitant n'ait renvoyé le patient. Le but est d'inciter les patients à se rendre d'abord chez le généraliste. Le régime du tiers payant sera d'application pour la consultation chez le généraliste, contrairement à la consultation chez un spécialiste.

— *Régime du tiers payant*

La décision d'appliquer le régime du tiers payant a été reportée à la demande des mutualités, parce que la plate-forme *My Care* n'était pas prête. Ce système peut être étendu à condition qu'il fonctionne correctement.

— *Maladies chroniques*

Les mesures qui ont été prises durant la législature précédente continueront à être mises en œuvre. D'autres mesures seront encore prises dans ce domaine dans le cadre de la conférence interministérielle. Il s'agit

Het gaat vaak om meerdere pathologieën bij één patiënt wat de aanpak ervan nog moeilijker maakt.

— *Orde van geneesheren*

De orde werkt zelf aan een voorstel. Dit zal door het parlement worden besproken. Vroegere initiatieven daarover zijn op grond van communautaire gronden afgevoerd.

— *Wachtdiensten*

Alle artsen moeten, in het belang van de patiënt, verplicht deelnemen aan de wachtdiensten. Huisartsen en wachtposten moeten goed georganiseerd worden om de urgentiediensten van de ziekenhuizen te ontlasten.

— *Geestelijke gezondheidszorg*

De toepassing van artikel 107 zal worden geëvalueerd. Een aantal van de pilootprojecten wordt al sedert tien jaar gefinancierd. De grote onzekerheid die dit meebrengt is onaanvaardbaar. Er zal naar een structurele financiering voor de goede projecten worden gestreefd. Voor de penitentiaire gezondheidszorg moet met de minister van Justitie worden overlegd hoe dit verder tussen de twee departementen zal worden georganiseerd.

— *eHealth en het elektronisch patiëntendossier*

Er moet overlegd worden met de apothekers met het oog op het bekomen van één enkel patiëntendossier. Het zal een grote vooruitgang zijn als iedere patiënt over een enkel medisch dossier zal beschikken. Daarvoor zal een protocol met de gewesten moeten worden gesloten.

In 2015 zal het aantal communicaties tussen de zorgverstrekkers en de overheid worden bevorderd.

Er zijn beheersproblemen met *eHealth* en dit moet worden verbeterd. Sommige beroepsbeoefenaars moeten meer bereid zijn mee te werken aan het systeem.

Ook *eHealth* platform zal verder worden uitgebouwd en verbeterd.

souvent de pathologies multiples présentes chez un seul et même patient, ce qui complique encore le traitement.

— *Ordre des médecins*

L'ordre prépare lui-même une proposition. Celle-ci sera examinée au Parlement. Les initiatives antérieures en la matière ont été ignorées sur la base de considérations communautaires.

— *Services de garde*

Tous les médecins doivent, dans l'intérêt du patient, participer obligatoirement aux services de garde. Les généralistes et les postes de garde doivent être bien organisés afin de décharger les services d'urgence des hôpitaux.

— *Soins de santé mentale*

L'application de l'article 107 sera évaluée. Une série de projets pilotes sont déjà financés depuis dix ans. La grande incertitude que cela engendre est inacceptable. On s'efforcera d'assurer un financement structurel pour les bons projets. En ce qui concerne les soins de santé pénitentiaires, il y a lieu de mener une concertation avec le ministre de la Justice afin de voir comment les deux départements peuvent coopérer pour organiser ces soins.

— *eHealth et le dossier électronique du patient*

Une concertation doit avoir lieu avec les pharmaciens afin qu'il n'existe plus qu'un seul dossier par patient. On aura grandement progressé le jour où il n'y aura plus qu'un seul dossier par patient. Il faudra, pour cela, qu'un protocole soit signé avec les régions.

En 2015, le nombre de communications entre les prestataires de soins et les pouvoirs publics sera en augmentation.

La plate-forme *eHealth* est confrontée à des problèmes de gestion qu'il faut régler. Certains praticiens professionnels doivent être plus disposés à coopérer à ce système.

La plate-forme *eHealth* devra également être développée davantage et améliorée.

— *Health illiteracy*

“Mijn huisdokter - mijn gezondheid” is een website die patiënten de mogelijkheid biedt om op een correcte wijze over zijn gezondheidstoestand geïnformeerd te zijn. Dit zijn goede initiatieven. De moderne ICT mogelijkheden moeten worden gebruikt.

— *Wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen*

Deze wet zal vanaf 2016 worden uitgevoerd. Het is de bedoeling om het bezoek aan de psycholoog in de eerste lijn in te schakelen en te erkennen. Op termijn zullen die bezoeken terug worden betaald.

— *Medicatieschema*

Dit is een goed initiatief dat wordt opgemaakt door zorgverstrekkers met kennis van het medisch dossier. De communicatie met de apotheker is noodzakelijk. Het schema kan elektronisch worden gedeeld. De patiënt zelf moet ook zijn schema kennen. Dit is vaak een knelpunt.

— *Therapietrouw*

Er moet meer verantwoordelijkheid aan de patiënt worden gegeven voor het verbeteren van de therapietrouw. De minister zal dit onderwerp verder opvolgen.

— *Overlegmodel*

De patiënt moet telkens dit een toegevoegde waarde betekent meer bij het overlegmodel worden betrokken. Bij het vastleggen van de tariefzekerheid heeft de patiënt een direct belang en kan hij aan de onderhandelingen deelnemen. Samen met het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het KCE zal worden nagegaan hoe de patiënt zijn rol in het overlegmodel kan invullen. De koepels moeten dan het algemeen belang van de patiënt verdedigen.

— *Betrokkenheid van de patiënt*

Het is zaak de patiënt beter te betrekken bij zijn eigen behandeling. Hij wordt steeds mondiger, hij zoekt meer op.

— *Health illiteracy*

Le site web “Mon médecin – ma santé” permet aux patients d’être correctement informés sur leur état de santé. C’est une bonne initiative. Il convient de mettre à profit les possibilités des TIC modernes.

— *Loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé*

Cette loi sera exécutée à partir de 2016. L’intention est de prévoir et de reconnaître la visite chez le psychologue de première ligne. À terme, cette visite sera remboursée.

— *Schéma de médication*

Il s’agit d’une bonne initiative prise par des prestataires de soins qui connaissent le dossier médical. La communication avec le pharmacien est nécessaire. Le schéma peut être partagé électroniquement. Le patient lui-même doit également connaître son schéma. Cette question est souvent délicate.

— *Observance thérapeutique*

Le patient doit être responsabilisé davantage en vue de l’amélioration de l’observance thérapeutique. La ministre suivra davantage cette question.

— *Modèle de concertation*

Chaque fois que cela représente une valeur ajoutée, le patient doit être davantage associé au modèle de concertation. Le patient a un intérêt direct dans la fixation de la sécurité tarifaire et il peut participer aux négociations. En concertation avec l’INAMI, le SPF Santé publique et le KCE, l’on examinera comment le patient peut tenir son rôle dans le modèle de concertation. Les organisations faitières doivent défendre l’intérêt général du patient.

— *Implication du patient*

Il convient de mieux associer le patient à son propre traitement. Il est de plus en plus adulte, il recherche davantage.

— *Ethische thema's*

De parlementsleden kunnen altijd die thema's op tafel leggen. Dit is steeds zo geweest.

— *Tabaksgebruik*

Binnen de Interministeriële Conferentie zal aan het luik preventie aandacht worden besteed. Met het FAGG wordt gewerkt aan initiatieven inzake vervangingsmiddelen om te stoppen met roken. De EU richtlijn inzake tabak zal worden uitgevoerd.

— *Drugbeleid*

Het rapport van de beleidscel drugs zal worden besproken.

— *Milieugerelateerde gezondheidsproblemen*

De minister is er zich van bewust dat omgevingsfactoren een grote invloed op de gezondheid hebben. Ze zal samen met de andere departementen aan dit onderwerp werken.

— *Intramurale en extramurale zorg*

Ook extramurale zorg is efficiënt en wordt geapprecieerd. De schotten tussen beide vormen van zorgverstreking moeten worden weggewerkt. Een twee snelhedengezondheidszorg is niet aanvaardbaar.

— *Gezondheidsdoelstellingen*

Deze zijn gericht op het wegnemen van de zwakste punten van de gezondheidsstatus van de bevolking. Het Belgische gezondheidssysteem kan nog beter kosten-efficiënt werken. De uitgaven moeten worden vergeleken met de *outcome* van de gezondheidswinst. Dit moet coherent zijn met wat op andere bevoegdheidsdomeinen wordt gedaan. Het Instituut voor de toekomst kan meehelpen om op de verschillende niveaus de gezondheidsdoelstellingen te bepalen.

— *Niet-conventionele geneeswijzen*

De minister is bereid om de *evidence based* geneeswijzen te erkennen. Dit moet echter door de beoefenaars ervan worden bewezen. Indien nodig zal de wet Cola aangepast worden. Osteopaten en de chiropractici werken *evidence based* en er zal voor hen aan een

— *Thèmes éthiques*

Les parlementaires peuvent toujours mettre ces thèmes sur la table. Il en a toujours été ainsi.

— *Tabagie*

La Conférence Interministérielle se penchera sur le volet prévention. En collaboration avec l'AFMPS, on travaille à des initiatives sur les médicaments de substitution en vue d'arrêter de fumer. La directive européenne en matière de tabac sera exécutée.

— *Politique en matière de drogue*

Le rapport de la cellule stratégique sera examiné.

— *Problèmes de santé liés à l'environnement*

La ministre est consciente que les facteurs environnementaux ont une grande incidence sur la santé. Elle travaillera sur ce sujet avec les autres départements.

— *Soins intra-muros et extra-muros*

Les soins *extra-muros* sont eux aussi efficaces et appréciés. Il convient de supprimer les cloisons existant entre les deux formes de soins. Des soins de santé à deux vitesses ne sont pas acceptables.

— *Objectifs de santé*

Ils visent à faire disparaître les points les plus faibles du statut sanitaire de la population. Le système belge de soins de santé pourrait être encore plus efficace au niveau des coûts. Les dépenses doivent être comparées aux gains en termes de santé. Il faut assurer une cohérence avec les réalisations dans d'autres domaines de compétence. L'Institut du futur peut aider à fixer les objectifs de santé aux différents niveaux.

— *Médecines non conventionnelles*

La ministre est prête à reconnaître les médecines fondées sur des preuves. Ces preuves doivent cependant être apportées par les praticiens. La loi Cola sera adaptée si nécessaire. La médecine pratiquée par les ostéopathes et les chiropracteurs est fondée sur des

oplossing worden gewerkt. Men moet echter voorzichtig zijn omdat zelfs wanneer de patiënt zich goed voelt met een behandeling dit niet betekent dat dit een voldoende behandeling is voor de sommige ziektes. Een te laat gestelde diagnose kan levensbedreigend zijn.

— *Bestaande plannen inzake gezondheid*

Er is geen specifiek plan voor diabetici, maar er zal wel aan worden gewerkt om die patiënten op een correcte wijze op te volgen.

De bestaande plannen zoals het nationaal voedingsplan zullen verder worden uitgevoerd met de hulp van de Interministeriële Conferentie.

C. Replieken

De heer Vincent Van Quickenborne, voorzitter van de commissie voor de Sociale Zaken, is van mening dat de antwoorden van de minister als volledig kunnen worden beschouwd. Dat zou degenen die de beknoptheid van de ingediende beleidsverklaring betreurden, moeten overtuigen van de dossierkennis van de minister.

De heer Alain Mathot (PS) heeft kritiek op het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem, waar de verstrekte zorg afhankelijk is van de rijkdom van de patiënt. Volgens het lid geven de antwoorden van de minister aanleiding tot dezelfde kritiek. Zo stelt de minister dat de 355 miljoen euro moet worden beschouwd als het bedrag bij ongewijzigd beleid. Volgens de regering zullen echter hervormingen plaatsvinden. Welke? Hoe zullen zij het systeem doeltreffender maken?

Bepaalde antwoorden baren het lid zorgen. De minister wil de patiënten ertoe aansporen niet meteen naar de spoedafdeling van het ziekenhuis te gaan, maar veeleer gebruik te maken van de eerstelijnszorg. Dat streven is op zich legitiem. Er wordt echter niet gesproken van de middelen die de ziekenhuizen zouden krijgen om via de spoedafdeling kwaliteitsvolle diensten te verlenen. Welke concrete maatregelen zal de minister invoeren om zich ervan te vergewissen dat de patiënt daadwerkelijk zich daadwerkelijk in een noodsituatie bevindt?

De hervorming van het remgeld wordt verantwoord door middel van een onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. De spreker vindt die verantwoording echter een drogreden aangezien er een politieke keuze achter schuilgaat. Overigens wordt slechts met een deel van voormeld onderzoek rekening gehouden. Het onderzoek pleitte

preuves et une solution sera élaborée en ce qui les concerne. Il convient cependant de rester prudent, car même lorsque le patient se sent bien à la suite d'un certain traitement, cela ne signifie pas que ce traitement est suffisant pour certaines maladies. Si certains diagnostics sont posés trop tardivement, la vie du patient peut être mise en danger.

— *Projets existants en matière de santé*

Il n'existe pas de projet spécifique pour les diabétiques, mais on veillera à ce que ces patients soient suivis correctement.

L'exécution des projets existants, comme le plan national Nutrition Santé, sera poursuivie avec l'aide de la Conférence Interministérielle.

C. Répliques

M. Vincent Van Quickenborne, président de la commission des Affaires sociales, estime que les réponses de la ministre peuvent être qualifiées de complètes. Ceci devrait convaincre ceux qui regrettaient la concision du texte déposé de la maîtrise des dossiers par la ministre.

M. Alain Mathot (PS) critique le système américain des soins de santé, où la richesse du patient conditionne les soins de santé qui lui sont prodigués. Pour le membre, les réponses de la ministre appellent la même critique. La ministre indique par exemple que les 355 millions d'euros doivent être considérés comme étant à politique égale. Or, selon le gouvernement, des réformes auront lieu. Lesquelles? Comment amélioreront-elles l'effectivité du système?

Certaines réponses inquiètent le membre. La volonté de la ministre d'inciter les patients à ne pas se présenter aux urgences des hôpitaux mais plutôt de se diriger vers la première ligne est en soi légitime. Mais rien n'est annoncé afin de donner les moyens aux hôpitaux de fournir des services d'urgence de qualité. Quelles sont les mesures concrètes que la ministre compte introduire afin de s'assurer de la réalité de la situation d'urgence du patient?

La réforme du ticket modérateur est justifiée par une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Pour l'intervenant, cette justification est un leurre car elle cache une option politique. Elle ne tient d'ailleurs compte que d'une partie de l'étude précitée. Celle-ci préconisait une simplification du système et une nouvelle modulation. Jamais il n'y était envisagé d'en faire

voor een vereenvoudiging van het systeem en voor een nieuwe modulering. Nooit is er daarin sprake van geweest om van het remgeld een besparingsfactor in de gezondheidszorg te maken. Ook wordt een rad voor ogen gedraaid wanneer men beweert dat een verhoging van het remgeld voor alle artsen-specialisten ertoe zal leiden dat de patiënten naar de eerstelijnszorg zullen terugkeren. Hoe zou de eerstelijnszorg immers het werk kunnen doen van een oogarts of een gynaecoloog?

De strijd tegen de overconsumptie van geneesmiddelen is terecht. Het zijn echter wel de artsen en niet de patiënten die de geneesmiddelen voorschrijven. Is de minister van plan de artsen strenger te controleren?

De spreker is verbaasd over de hoogst algemene stelling dat de ziekenfondsen hun kosten willen beperken. In een algemeen moeilijke economische situatie zal elke instelling trachten haar werking te optimaliseren: het gaat hier louter om goed huisvaderschap.

Het lid wenst dat de administratieve taken en de zorgtaken in de ziekenhuizen duidelijk afgebakend en van elkaar gescheiden blijven. Een lid van het administratief ziekenhuispersoneel mag zich niet mengen in de uitoefening van een zorgberoep, ook niet bij uitzondering.

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) wil afsluiten met twee positieve kanttekeningen:

1° de minister heeft zich akkoord verklaard met het standpunt dat de milieufactoren belangrijk zijn bij het uitstippelen van een gezondheidsbeleid;

2° de minister heeft bevestigd dat de patiënt nog altijd ten volle zal worden betrokken bij het definiëren van dat beleid.

De spreekster belooft voorstellen in te dienen die aan die visies zullen beantwoorden, en verwacht dan ook dat de minister die voorstellen zal steunen.

Mevrouw Muriel Gerkens, voorzitter van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing, komt terug op de verklaring als zouden de contingenteringsproblemen niet voortvloeien uit het beleid van de federale overheid.

Uiteraard ligt een deel van de verantwoordelijkheid bij de gemeenschappen. Het lid onderstreept echter de rol van de federale overheid bij de aanpassing van het aantal artsen aan de zorgbehoeften van de bevolking. Zo worden bijvoorbeeld in de ziekenhuisstructuren tekorten vastgesteld, onder meer wegens de inkomensverschillen. Bepaalde gegevens zijn niet terug te vinden in de

un facteur d'économies dans les soins de santé. Un autre leurre consiste à affirmer qu'augmenter le ticket modérateur pour l'ensemble des médecins spécialistes impliquera un retour des patients vers la première ligne. Comment en effet considérer que la première ligne pourrait intervenir en lieu et place d'un ophtalmologue ou d'un gynécologue?

La lutte contre la surconsommation de médicaments est pertinente. Or, ce sont les médecins qui prescrivent, pas les patients. La ministre entend-elle augmenter le contrôle sur les médecins?

L'affirmation suivant laquelle les mutualités veulent diminuer leurs frais étonne l'intervenant par sa généralité. Toute institution, dans une situation économique général difficile, cherche à optimiser son fonctionnement: il s'agit simplement d'une gestion en bon père de famille.

Le membre souhaite que les rôles administratifs et de soins dans les hôpitaux restent clairement définis et séparés. Il convient d'éviter qu'un membre du personnel administratif hospitalier s'immisce dans l'exercice d'une profession des soins, fût-ce de manière exceptionnelle.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) voudrait conclure sur deux notes positives:

1° la ministre a partagé le point de vue suivant lequel les facteurs environnementaux sont importants dans la définition d'une politique de santé;

2° la ministre a confirmé que le patient resterait pleinement associé à la définition de cette politique.

L'intervenante promet de déposer des propositions qui s'inscriront dans ces deux optiques et qui devraient, dès lors, recevoir le soutien de la ministre.

Mme Muriel Gerkens, présidente de la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société, revient sur l'affirmation selon laquelle les problèmes de contingentement ne trouvent pas leur source dans la politique de l'autorité fédérale.

Certes, les Communautés ont leur part de responsabilité. Toutefois, le membre souligne le rôle du pouvoir fédéral dans l'adaptation du nombre de médecins aux besoins de soins dans la population. Des pénuries sont constatées, par exemple dans les structures hospitalières, entre autres en raison des disparités de revenus. Les cadastres restent lacunaires sur une

kadasters. Ook is een herziening van de nomenclatuur noodzakelijk. Dit behoort wel tot de verantwoordelijkheden van de federale overheid.

Derde deel

AANBEVELINGEN

De heer Franky Demon, mevrouw Ine Somers, de heer Damien Thiéry, de dames Nathalie Muylle en Els Van Hoof, de heren David Clarinval, Jan Spooren en Egbert Lachaert, mevrouw Valerie Van Peel en de heren Vincent Van Quickenborne en Dirk Janssen dienen voorstel van aanbeveling nr. 1 in, luidende:

“Aanbeveling ingediend in openbare vergadering van de gemengde commissie Sociale Zaken en Volksgezondheid op 19 november 2014 tot besluit van de bespreking van de beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

De gemengde commissie Sociale Zaken en Volksgezondheid, na de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid te hebben gehoord, gaat akkoord met de beleidskeuzes en -maatregelen zoals voorgesteld in de beleidsverklaring en vraagt deze maatregelen uit te voeren.”

De heren Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric en Jean-Marc Délizée en de dames Maya Detiège en Karin Jiroflée dienen voorstel van aanbeveling nr. 2 in, luidende:

“Na minister van Sociale Zaken M. De Block te hebben gehoord, beveelt de commissie voor de Sociale Zaken aan:

te voorzien in een evenwichtsdotatie die zorgt voor een rechtvaardige financiering van het socialezekerheidsstelsel.”

De heren Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric en Jean-Marc Délizée en de dames Maya Detiège en Karin Jiroflée dienen voorstel van aanbeveling nr. 3 in, luidende:

“Na minister van Sociale Zaken M. De Block te hebben gehoord, beveelt de commissie voor de Sociale Zaken aan:

voor iedereen de toegang tot het socialezekerheidsstelsel te waarborgen;

série de données. Une révision de la nomenclature est également nécessaire. Ceci relève bien de la responsabilité du fédéral.

Troisième partie

RECOMMANDATIONS

M. Franky Demon, Mme Ine Somers, M. Damien Thiéry, Mmes Nathalie Muylle et Els Van Hoof, MM. David Clarinval, Jan Spooren et Egbert Lachaert, Mme Valerie Van Peel et MM. Vincent Van Quickenborne et Dirk Janssen déposent la proposition de recommandation n° 1, qui s'énonce comme suit:

“Recommandation déposée en réunion publique de la Commission mixte des Affaires sociales et de la Santé publique le 19 novembre 2014 à la fin de la discussion de l'exposé d'orientation politique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

La Commission mixte des Affaires sociales et de la Santé publique, ayant entendu la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, est d'accord avec les choix et les mesures politiques comme présentés dans l'exposé d'orientation politique et demande d'exécuter ces mesures.”

MM. Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric et Jean-Marc Délizée et Mmes Maya Detiège et Karin Jiroflée déposent la proposition de recommandation n° 2, qui s'énonce comme suit:

“Après avoir entendu Mme M. De Block, ministre des affaires sociales, la commission affaires sociales recommande de:

prévoir une dotation d'équilibre assurant un financement juste du système de sécurité sociale.”

MM. Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric et Jean-Marc Délizée et Mmes Maya Detiège et Karin Jiroflée déposent la proposition de recommandation n° 3, qui s'énonce comme suit:

“Après avoir entendu Mme M. De Block, Ministre des affaires sociales, la commission affaires sociales recommande de:

garantir l'accès au système de la sécurité sociale à toute personne;

voor iedereen de handhaving van het recht op het voordeel van de sociale zekerheid te waarborgen;

voor iedereen het recht om een menswaardige levensstandaard te handhaven, te waarborgen.”

De heren Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric en Jean-Marc Délizée en de dames Maya Detiège en Karin Jiroflée dienen voorstel van aanbeveling nr. 4 in, luidende:

“De commissie beveelt aan:

1. Een gezondheidszorgbegroting op te maken die, ofschoon ze fors moet bijdragen tot de totale inspanning tijdens deze regeerperiode, permanent het essentiële vrijwaart, te weten de patiënten en de mensen die beroepshalve in de sector werken. Derhalve wordt gevraagd aan iedereen toegankelijke, kwaliteitsvolle gezondheidszorg te blijven bieden, alsmede nieuwe investeringen te plannen in de terugbetaling van zorgverstrekking, in de ondersteuning van de gezondheidszorgwerkers (vooral dan die in de eerstelijnsgezondheidszorg) en in technologische ontwikkelingen.”

De heren Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric en Jean-Marc Délizée en de dames Maya Detiège en Karin Jiroflée dienen voorstel van aanbeveling nr. 5 in, luidende:

“2. Een daadwerkelijke hervorming van de ziekenhuisfinanciering te bewerkstelligen door alle patiënten ziekenhuisopvang te garanderen, evenals de doelmatigheid van de aldaar verstrekte gezondheidszorg en de bestendigheid van het gezondheidszorgsysteem te waarborgen, dankzij spitstechnologische *research* en investeringen waarbij wordt gezorgd voor een billijke spreiding van de beschikbare middelen over alle ziekenhuisactoren.”

De heren Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric en Jean-Marc Délizée en de dames Maya Detiège en Karin Jiroflée dienen voorstel van aanbeveling nr. 6 in, luidende:

“3. Ons overlegmodel tussen de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen te vrijwaren door aan

garantir le maintien du droit au bénéfice de la sécurité sociale à toute personne;

garantir le droit de chacun à garder un niveau de vie décent.”

MM. Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric et Jean-Marc Délizée et Mmes Maya Detiège et Karin Jiroflée déposent la proposition de recommandation n° 4, qui s'énonce comme suit:

“La Commission recommande:

1. D'élaborer un budget des soins de santé qui, tout en devant participer fortement à l'effort global sous cette législature, préserve de manière permanente l'essentiel à savoir les patients et les professionnels du secteur. Il est dès lors demandé de continuer à assurer des soins de santé de qualité et accessibles à tous, de prévoir des investissements nouveaux en matière de remboursement de soins, de soutien aux travailleurs des soins de santé – en particulier de la première ligne de soins – et de développement technologiques.”

MM. Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric et Jean-Marc Délizée et Mmes Maya Detiège et Karin Jiroflée déposent la proposition de recommandation n° 5, qui s'énonce comme suit:

“2. D'assurer une réforme effective du financement hospitalier en garantissant l'accessibilité de la prise en charge hospitalière pour tous les patients, l'efficacité des soins de santé qui y sont dispensés et la pérennité d'un système de soins performant grâce à la recherche et les investissements de pointe tout en prévoyant une juste répartition des moyens disponibles entre tous les intervenants hospitaliers.”

MM. Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric et Jean-Marc Délizée et Mmes Maya Detiège et Karin Jiroflée déposent la proposition de recommandation n° 6, qui s'énonce comme suit:

“3. De préserver notre modèle de concertation entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs

laatstgenoemde instanties een adequate financiering van hun werking te waarborgen, zodat zij hun patiëntondersteunende taken in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering kunnen blijven vervullen.”

De heren Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric en Jean-Marc Délizée en de dames Maya Detiège en Karin Jiroflée dienen voorstel van aanbeveling nr. 7 in, luidende:

“4. In aanvulling op de bestaande initiatieven en teneinde de nadelige gevolgen van een buitenmatig en schadelijk alcoholgebruik te voorkomen voor de consument, zijn omgeving en de hele samenleving, een alomvattend en geïntegreerd beleid terzake te voeren, door samen met de deelstaten een alcoholplan uit te werken, gestoeld op de beginselen vervat in de “*Global strategy to reduce harmful use of alcohol*”, alsook in het “*European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*”.”

De heren Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric en Jean-Marc Délizée en de dames Maya Detiège en Karin Jiroflée dienen voorstel van aanbeveling nr. 8 in, luidende:

“5. Door te gaan met de tenuitvoerlegging van een efficiënt gezondheidsbeleid tegen tabak, door de vereiste extra maatregelen te nemen om het tabaksgebruik nog verder terug te dringen en tegelijk aandacht te besteden aan de andere drugs, zoals cannabis, teneinde te bepalen op welke wijze de volksgezondheid het best kan worden gevrijwaard zonder de bescherming uit het oog te verliezen van de steeds talrijker klanten van de drugdealerbendes, en van de afnemers van afgeleide of nagemaakte producten.”

De dames Anne Dedry en Muriel Gerkens dienen voorstel van aanbeveling nr. 9 in, luidende:

“De commissie, gelet op het regeerakkoord, gelet op de beleidsverklaring en na de minister te hebben gehoord,

Aanbevelingen

Vraagt de regering:

1) in alle beleidsdomeinen meer aandacht te besteden aan de milieugerelateerde gezondheidsrisico's, zoals de aanwezigheid van fijn stof, de luchtvervuiling, de pesticiden, de kankerverwekkende producten, de chemische

en garantissant à ces derniers un financement adéquat de leur fonctionnement afin qu'ils puissent continuer à assurer leurs missions de soutien aux patients dans le cadre de l'assurance maladie invalidité.”

MM. Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric et Jean-Marc Délizée et Mmes Maya Detiège et Karin Jiroflée déposent la proposition de recommandation n° 7, qui s'énonce comme suit:

“4. De mener, en complément des initiatives existantes et afin de prévenir les conséquences dommageables pour le consommateur, son entourage mais aussi pour l'ensemble de la société d'une consommation excessive et nocive d'alcool, une politique globale et intégrée en la matière à travers l'élaboration, avec les entités fédérées, d'un plan alcool basé sur les principes contenus dans la “stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool” et dans le “Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020”.”

MM. Frédéric Daerden, Daniel Senesael, Alain Mathot, André Frédéric et Jean-Marc Délizée et Mmes Maya Detiège et Karin Jiroflée déposent la proposition de recommandation n° 8, qui s'énonce comme suit:

“5. De poursuivre la mise en œuvre d'une politique de santé efficace contre le tabac en prenant les mesures supplémentaires nécessaires visant à réduire davantage sa consommation tout en accordant une attention aux autres drogues telles que le cannabis afin de déterminer la manière la plus adéquate de préserver la santé publique tout en protégeant les consommateurs toujours de plus en plus nombreux des filières de trafiquants et des produits dérivés ou contrefaits.”

Mmes Anne Dedry et Muriel Gerkens déposent la proposition de recommandation n° 9, qui s'énonce comme suit:

“La commission, Vu l'accord de gouvernement, Vu la note d'orientation politique, Ayant entendu la ministre,

Recommandations

Demande au gouvernement

1) De prêter plus d'attention, dans tous les domaines politiques, aux risques de santé liés à l'environnement comme les particules fines, la pollution de l'air, les pesticides, les produits cancérigènes, les produits chimiques

producten en de voor de gezondheid schadelijke voeding, alsook daartoe voldoende middelen uit te trekken;

2) doelstellingen inzake gezondheid te formuleren om de milieugerelateerde gezondheidsrisico's terug te dringen en te voorkomen."

Vierde deel

STEMMINGEN

De voorstellen van aanbeveling nrs. 2 tot 9 worden achtereenvolgens verworpen met 19 tegen 6 stemmen.

Voorstel van aanbeveling nr. 1 wordt aangenomen met 19 tegen 6 stemmen

De rapporteurs,

Catherine FONCK
David
CLARINVAL

De voorzitters,

Muriel GERKENS
Vincent
VAN QUICKENBORNE

BIJLAGE: AANGENOMEN AANBEVELING

Aanbeveling ingediend in openbare vergadering van de gemengde commissie Sociale Zaken en Volksgezondheid op 19 november 2014 tot besluit van de bespreking van de beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

De gemengde commissie Sociale Zaken en Volksgezondheid, na de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid te hebben gehoord, gaat akkoord met de beleidskeuzes en -maatregelen zoals voorgesteld in de beleidsverklaring en vraagt deze maatregelen uit te voeren.

et la nourriture néfaste pour la santé et de garantir un budget suffisant à cette fin.

2) De formuler des objectifs de santé afin de réduire et prévenir les risques de santé liés à l'environnement."

Quatrième partie

VOTES

Les propositions de recommandations n^{os} 2 à 9 sont successivement rejetées par 19 voix contre 6.

La proposition de recommandation n^o 1 est adoptée par 19 voix contre 6.

Les rapporteurs

Catherine FONCK
David
CLARINVAL

Les présidents

Muriel GERKENS
Vincent
VAN QUICKENBORNE

ANNEXE: RECOMMANDATION ADOPTÉE

Recommandation déposée en réunion publique de la Commission mixte des Affaires sociales et de la Santé publique le 19 novembre 2014 à la fin de la discussion de l'exposé d'orientation politique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

La Commission mixte des Affaires sociales et de la Santé publique, ayant entendu la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, est d'accord avec les choix et les mesures politiques comme présentés dans l'exposé d'orientation politique et demande d'exécuter ces mesures.