

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 oktober 2026

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**over de invoering en uitvoering
van een interfederaal pact
inzake gezondheidspreventie**

(ingediend door de heer François De Smet)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 octobre 2026

PROPOSITION DE RÉOLUTION

**visant à l'instauration
et à la mise en œuvre
d'un Pacte interfédéral prévention santé**

(déposée par M. François De Smet)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Anders.	: Anders.
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
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 vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (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)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Achtergrond

België is opvallend goed in zorg, maar opvallend slecht in preventie.

In zijn rapport voor 2024 over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem rankt het KCE België als laatste van de EU-14 op het vlak van vermijdbare sterfte door preventie, zowel bij mannen als bij vrouwen, terwijl de zogeheten “behandelbare” sterfte (sterfte die vermijdbaar is dankzij kwaliteitszorg) in België bij de laagste van Europa is.

We blinken dus uit in het herstellen van wat we niet hebben trachten te voorkomen.

België besteedt minder dan 2 % van zijn gezondheidsuitgaven aan preventie, terwijl het Europese gemiddelde op 4 % ligt. Jaarlijks zijn om en bij de 25.600 overlijdens toe te schrijven aan risicogedrag, waarvan 12.500 aan roken.

De factuur stopt overigens niet bij de 64 miljard euro aan gezondheidsuitgaven: in 2024 betaalde de federale overheid maar liefst 14,85 miljard euro aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen uit, een bedrag dat tegen 2029 zal oplopen tot 19 miljard euro.

Eind 2025 waren er volgens het RIZIV 576.643 langdurig zieken, waarvan 105.000 langer dan vijf jaar. Alleen al hun invaliditeitsuitkering kostte de staatskas vorig jaar 10,6 miljard euro. Die cijfers hebben niets te maken met een gebrek aan knowhow, maar alles met de institutionele architectuur. Preventie zit versnipperd bij gemeenschappen, gewesten, gemeenschapscommissies en de Federale Staat; uit de laatste telling blijkt dat maar liefst twaalf ministers bevoegd zijn. Daar komt nog bij dat zij die moeten investeren, met name de deelstaten, daar niet de baten van krijgen. Die vloeien via het RIZIV naar het federale niveau. De investerende overheden plukken dus nooit de vruchten van hun inspanningen.

Dit voorstel van resolutie roept op tot de invoering van een echt interfederaal pact voor gezondheidspreventie en oppert om het jaarlijkse preventiebudget op te trekken van 1,15 miljard euro naar 2,55 miljard euro, hetzij 4 % van de jaarlijkse gezondheidsuitgaven. Het stelt bovendien voor de budgetsturing over te laten aan één actor, het federale niveau, dat als enige de financiële baten ontvangt.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Contexte

La Belgique soigne remarquablement bien et prévient remarquablement mal.

Dans son rapport 2024 sur la performance du système de santé, le KCE classe notre pays dernier de l'UE-14 pour la mortalité évitable par la prévention, chez les hommes comme chez les femmes, alors que la mortalité dite “traitable”, celle que des soins de qualité permettent d'empêcher, figure parmi les plus basses d'Europe.

Nous excellons à réparer ce que nous n'avons pas cherché à éviter.

Notre pays consacre moins de 2 % de ses dépenses de santé à la prévention, quand la moyenne européenne se situe à 4 %. Quelque 25.600 décès annuels sont attribuables aux facteurs de risque comportementaux, dont 12.500 au tabac.

Et la facture ne s'arrête pas aux 64 milliards de dépenses de soins: les indemnités d'incapacité de travail atteignent 14,85 milliards d'euros en 2024 et se dirigent vers 19 milliards d'euros en 2029, à charge du fédéral.

Fin 2025, l'INAMI recensait 576.643 malades de longue durée, soit 105.000 de plus qu'il y a cinq ans; leurs seules indemnités d'invalidité ont coûté 10,6 milliards d'euros l'an dernier. Cette contre-performance n'est pas due à un manque de savoir-faire. Elle tient à l'architecture institutionnelle. La prévention est éclatée entre communautés, régions, commissions communautaires et État fédéral: jusqu'à douze ministres selon le comptage. Surtout, ceux qui devraient investir, les entités fédérées, ne sont pas ceux qui récoltent les économies, engrangées par le fédéral via l'INAMI. Ce ne sont jamais les pouvoirs qui investissent qui peuvent se voir crédités des fruits de leurs efforts.

La présente proposition de résolution vise à instaurer un véritable Pacte interfédéral en prévention santé et propose de porter le budget de la prévention de 1,15 à 2,55 milliards d'euros par an, soit 4 % des dépenses de santé, sous le pilotage d'un acteur unique, le fédéral, seul niveau qui bénéficie financièrement des résultats.

De extra inspanning van 1,4 miljard per jaar zodra de regeling op kruissnelheid is, zal overwegend worden gefinancierd via een vernieuwde gedragsfiscaliteit.

Het is dus geen nuloperatie. Vanaf 2027 is het saldo positief en tegen 2029 bedraagt het alles bij elkaar 2,2 miljard euro dankzij de fiscale ontvangsten, de eerste effecten op de arbeidsongeschiktheid en een pakket efficiëntiemaatregelen die geen preventie behoeven om resultaat te boeken.

Vanaf 2030 is de regeling dan op kruissnelheid, om tegen 2032-2033 een jaarlijkse nettobesparing van 3 miljard euro op te leveren, met het preventiebeleid volledig bekostigd. Bovenal zouden op termijn zo jaarlijks tussen 3800 en 6400 vroegtijdige overlijdens worden voorkomen.

2. De Belgische paradox: uitstekende zorg, falende preventie

2.1. Een duur maar doeltreffend zorgsysteem

In 2023 heeft België 4570 euro per inwoner uitgegeven aan gezondheidszorg, bijna 20 % meer dan het Europese gemiddelde, wat neerkomt op 10,8 % van het bbp of ongeveer 64 miljard euro per jaar. De uitgavendoelstelling voor de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV bedraagt 41 miljard euro in 2026, op een totaalbudget van 46,8 miljard euro. Voor dat geld koopt men echte kwaliteit: een levensverwachting van 82,6 jaar in 2024 (een jaar meer dan het EU-gemiddelde), een gecombineerd percentage vermijdbare en behandelbare sterfte dat ongeveer 30 % lager ligt dan het Europese gemiddelde, alsook een gezondheidszorg die tot de meest toegankelijke van het continent behoort, met slechts 1,5 % onvervulde medische behoeften.

2.2. Knelpunt: het aantal sterfgevallen dat had kunnen voorkomen door preventie

Gezondheidsstatistieken splitsen vroegtijdige sterfte (vóór de leeftijd van 75 jaar) op in twee categorieën: de behandelbare sterfgevallen, die door een goed functionerend zorgstelsel kunnen worden voorkomen, en de vermijdbare sterfgevallen, die onder volksgezondheid en preventie vallen.

Wat de eerste categorie betreft, behoort België tot de beste leerlingen van Europa. Wat de tweede categorie betreft, bekleedt België volgens het KCE op basis van de gegevens van 2020 de laatste plaats van de EU-14, voor beide geslachten. In die rangschikking wordt COVID-19 tot de vermijdbare oorzaken gerekend, wat het jaar 2020 nog zwaarder maakt. De Belgische situatie was echter reeds voor de pandemie slecht en het

L'effort supplémentaire, 1,4 milliard par an en rythme de croisière, serait financé pour l'essentiel par une fiscalité comportementale rénovée.

Il ne s'agit pas d'une opération blanche. Le solde est positif dès 2027 et atteint environ 2,2 milliards d'euros cumulés en 2029, grâce aux recettes fiscales, aux premiers effets sur l'incapacité de travail et à un bloc de mesures d'efficience qui n'attendent pas la prévention pour produire.

À partir de 2030, le rythme de croisière s'installe et monte vers au moins 3 milliards d'euros d'économies nettes par an à l'horizon 2032-2033, prévention intégralement payée. Et surtout, entre 3800 et 6400 décès prématurés seraient évités chaque année à terme.

2. Le paradoxe belge: d'excellents soins, une prévention défailante

2.1. Un système cher et performant pour soigner

En 2023, la Belgique a dépensé 4570 euros par habitant pour la santé, près de 20 % de plus que la moyenne européenne, soit 10,8 % du PIB ou environ 64 milliards d'euros par an. L'objectif de dépenses de l'assurance soins de santé de l'INAMI atteint pour sa part 41 milliards d'euros en 2026, sur un budget global de 46,8 milliards d'euros. Cet argent achète de la vraie qualité: une espérance de vie de 82,6 ans en 2024, un an au-dessus de la moyenne de l'Union, une mortalité évitable et traitable combinée inférieure d'environ 30 % à la moyenne européenne, et un accès aux soins parmi les meilleurs du continent, avec 1,5 % seulement de besoins non satisfaits.

2.2. Le point noir: la mortalité que la prévention aurait pu éviter

Les statisticiens de la santé décomposent la mortalité prématurée, avant 75 ans, en deux catégories: les décès "traitables", qu'un système de soins performant peut empêcher, et les décès "évitables", qui relèvent de la santé publique et de la prévention.

Sur les premiers, la Belgique fait partie des bons élèves européens. Sur les seconds, le KCE la classe dernière de l'UE-14 sur les données 2020, pour les deux sexes. Ce classement inclut le COVID-19 parmi les causes évitables, ce qui alourdit l'année 2020. Mais la position belge était déjà mauvaise avant la pandémie et le profil européen 2025 confirme qu'en 2022, notre taux de mortalité évitable restait supérieur à celui de la

Europese profiel voor 2025 bevestigt dat het Belgische percentage vermijdbare sterfte in 2022 nog steeds hoger lag dan dat van de meeste West-Europese landen, waaronder Frankrijk en Nederland.

In 2019 (het laatste “normale” jaar) bedroeg het gestandaardiseerd sterftecijfer 193 sterfgevallen per 100.000 bij mannen en 92 bij vrouwen, met aanzienlijke verschillen tussen de gewesten (de cijfers voor Wallonië lagen 40 tot 60 % hoger dan voor Vlaanderen, met Brussel daartussenin) en een zeer uitgesproken sociale kloof. De voornaamste doodsoorzaken in 2022: longkanker, chronische obstructieve longziekte (COPD) en alcoholgerelateerde aandoeningen. In essentie dus tabak en alcohol.

2.3. Risicofactoren en de kosten daarvan

Gedrags- en omgevingsrisicofactoren waren in 2021 verantwoordelijk voor 26 % van alle sterfgevallen in België. Alleen al gedragsfactoren zijn verantwoordelijk voor ongeveer 25.600 sterfgevallen, waarvan 12.500 als gevolg van tabaksgebruik (gegevens van het IHME).

Het dagelijks roken neemt af (12,8 % in 2024), maar het vaperen neemt onder jongeren sterk toe. Het percentage volwassenen met obesitas bedraagt 17 % en neemt toe. Een op de vier 15-jarigen geeft aan herhaaldelijk dronken te zijn geweest. Dat percentage is met vijf procentpunten gestegen ten opzichte van 2018. Het aandeel mensen met een zittende levensstijl ligt boven het Europese gemiddelde.

De in opdracht van BELSPO uitgevoerde SOCOST-studie raamt de kosten voor de maatschappij van tabak, alcohol en drugs op 4,63 miljard euro per jaar (directe en indirecte kosten), wat neerkomt op 1,19 % van het bbp, nog afgezien van de meer dan 500.000 verloren gezonde levensjaren.

Volgens de OESO besteden de lidstaten 8,4 % van hun totale gezondheidsbudget aan de behandeling van ziekten die verband houden met obesitas (wat voor België neerkomt op ongeveer 5 miljard euro), wat hun bbp met 3,3 % doet dalen.

De uitgaven die het snelst uit de hand lopen, vallen onder de federale overheid: de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, de derde grootste uitgavenpost van de sociale zekerheid na de werkloosheid. De kosten daarvan zijn in 2024 gestegen tot 14,85 miljard euro en ze zullen in 2029 naar verwachting de 19 miljard euro overschrijden. Het aantal langdurig zieken is in vijftien jaar tijd verdubbeld, van 290.000 in 2011 naar 576.643 eind 2025, een recente stijging die mede wordt aangewakkerd door de verhoging van de

plupart des pays d'Europe occidentale, dont la France et les Pays-Bas.

En 2019, dernière année “normale”, le taux standardisé s'établissait à 193 décès pour 100.000 chez les hommes et 92 chez les femmes, avec des écarts régionaux considérables – la Wallonie se situant 40 à 60 % au-dessus de la Flandre et Bruxelles entre les deux – et un gradient social très marqué. Les principales causes en 2022: le cancer du poumon, la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) et les maladies liées à l'alcool. Le tabac et l'alcool, pour l'essentiel.

2.3. Les facteurs de risque et leur facture

26 % de l'ensemble des décès belges de 2021 sont attribuables aux facteurs de risque comportementaux et environnementaux. Les seuls facteurs comportementaux comptent pour environ 25.600 décès, dont 12.500 dus au tabac (données IHME).

Le tabagisme quotidien recule (12,8 % en 2024), mais le vapotage progresse fortement chez les jeunes. L'obésité adulte atteint 17 % et augmente. Un adolescent de 15 ans sur quatre déclare des ivresses répétées, cinq points de plus qu'en 2018. La sédentarité dépasse la moyenne européenne.

L'étude SOCOST menée pour BELSPO chiffre le coût social du tabac, de l'alcool et des drogues à 4,63 milliards d'euros par an en coûts directs et indirects, soit 1,19 % du PIB, sans compter plus de 500.000 années de vie en bonne santé perdues.

L'OCDE estime que les maladies liées à l'obésité absorbent 8,4 % des budgets de santé de ses membres, ce qui représenterait environ 5 milliards à l'échelle belge, et ampute leur PIB de 3,3 %.

Le poste qui dérape le plus vite relève du fédéral: les indemnités d'incapacité de travail, troisième budget de la sécurité sociale devant le chômage, sont passées à 14,85 milliards d'euros en 2024 et devraient dépasser 19 milliards d'euros en 2029. Le nombre de malades de longue durée a doublé en quinze ans, de 290.000 en 2011 à 576.643 fin 2025, une hausse récente que le relèvement de l'âge de la pension alimente aussi. Une part substantielle de ces situations relève de pathologies largement évitables: troubles musculosquelettiques,

pensioengerechtigde leeftijd. Een aanzienlijk deel van die situaties is te wijten aan aandoeningen die grotendeels te voorkomen zijn: musculoskeletale aandoeningen, burn-out en andere psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en stofwisselingsziekten.

Alles welbeschouwd betaalt België voor het tekortschieten op het stuk van preventie met curatieve zorg een tweede keer in de vorm van uitkeringen en verloren productiviteit, alsook een derde keer met mensenlevens. Het land met de beste gezondheidszorg van Europa laat meer inwoners vroegtijdig sterven dan zijn buurlanden.

3. Waarom? Omdat het preventiebeleid institutioneel overal en nergens thuishoort

Sinds 1980 en nog meer sinds de Zesde Staatshervorming vallen gezondheidsbevordering en preventie voornamelijk onder de bevoegdheid van de deelstaten, maar op een onvolledige en ongeordende manier.

Aan Franstalige kant is de bevoegdheid verdeeld tussen enerzijds het Waals Gewest via het AVIQ en de COCOF en anderzijds de Franse Gemeenschap voor het ONE, de schoolgeneeskunde en de vaccinatie van minderjarigen. Vlaanderen heeft de materie in zijn eigen instanties geïntegreerd.

De federale overheid blijft verantwoordelijk voor belastingheffing, productregelgeving, ziekteverzekering en een deel van de vaccinatie.

Afhankelijk van hoe men telt, hebben zes tot twaalf ministers een deel van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg in handen. De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, die geen enkele bindende macht heeft, fungeert als gezondheidsautoriteit.

Die versnippering heeft drie gevolgen:

De eerste en doorslaggevende factor is een discrepantie van de incentives. De gemeenschappen en gewesten financieren preventie uit hun eigen begrotingen, maar de besparingen die dat oplevert – door minder ziekenhuisopnames en gevallen van arbeidsongeschiktheid – komen ten goede aan de federale overheid. Voor een deelstaat is een investering in preventie een uitgave zonder rendement. Het resultaat laat zich raden: niemand investeert op een ernstige manier en de investeringen in preventie bedragen minder dan 2 %, terwijl Nederland boven de 5 % uitkomt en Duitsland en Italië boven de 4,5 % zitten.

Het tweede gevolg is dat het voeren van een bevolkingsgericht overheidsbeleid onmogelijk is. De meest doeltreffende instrumenten – belastingheffing, minimumprijzen,

burn-out et autres troubles psychiques, maladies cardiovasculaires et métaboliques.

Au total, la Belgique paie sa non-prévention en soins curatifs, une deuxième fois en indemnités et en productivité perdue, et une troisième fois en vies humaines. Le pays qui soigne le mieux d'Europe laisse mourir prématurément ses habitants davantage que ses voisins.

3. Pourquoi? Parce que la politique de prévention est institutionnellement orpheline

Depuis 1980, et plus encore depuis la sixième réforme de l'État, la promotion de la santé et la prévention relèvent principalement des entités fédérées, mais de façon incomplète et enchevêtrée.

Côté francophone, la compétence se répartit entre la Région wallonne via l'AVIQ, la COCOF, et la Fédération Wallonie-Bruxelles pour l'ONE, la médecine scolaire et la vaccination des mineurs. La Flandre a intégré la matière dans ses propres agences.

Le fédéral, lui, conserve la fiscalité, la réglementation des produits, l'assurance maladie et une partie de la vaccination.

Selon la façon de compter, six à douze ministres détiennent une parcelle de compétence en santé. La conférence interministérielle Santé publique, qui n'a aucun pouvoir contraignant, tient lieu de gouvernement sanitaire.

Cette dispersion produit trois effets:

Le premier, décisif, est un désalignement des incitants. Les communautés et régions financent la prévention sur leurs budgets, mais les économies qu'elle génère, en hospitalisations et en invalidité évitées, reviennent au fédéral. Pour une entité fédérée, investir dans la prévention est une dépense sans retour. Le résultat était prévisible: personne n'investit sérieusement, et le pays plafonne sous les 2 % quand les Pays-Bas dépassent 5 % et que l'Allemagne et l'Italie dépassent 4,5 %.

Le deuxième effet est l'impossibilité de mener des politiques publiques de population. Les instruments les plus efficaces – la fiscalité, le prix minimum, la régulation

regulering van reclame en productsamenstelling – vallen onder de federale bevoegdheid, terwijl de actoren in het veld onder de deelstaten vallen. Geen enkel plan brengt al die actoren op één lijn. Het eerste nationaal alcoholplan dateert uit 2023, na jaren van impasse in de interministeriële conferentie.

Het derde effect is een verlies aan schaalvoordelen. Zo zijn er drie regionale systemen voor kankerscreening, zijn er dubbele registers en campagnes en zijn de gezondheidsgegevens verspreid over Sciensano, de deelstaten en de ziekenfondsen. Het gevolg is duidelijk: in 2024 nam 55 % van de Vlamingen deel aan de darmkankerscreening, tegenover 30 % van de Brusselaars en 26 % van de Walen, terwijl het toch om hetzelfde land, dezelfde vorm van kanker en dezelfde test gaat.

Het politieke uitgangspunt van het beoogde pact – namelijk het toevertrouwen van preventie aan één federale instelling – komt vooreerst tegemoet aan het eerste probleem, namelijk dat het federale niveau het enige niveau is dat financieel de vruchten plukt van preventie, via het gezondheidszorgbudget, het budget voor de uitkeringen alsook via het vrijwaren van de bijdragen op arbeid. Wie bepaalt, betaalt; en wie betaalt, “oogst”.

Voormeld uitgangspunt biedt ook een oplossing voor het tweede probleem, aangezien de belangrijkste regelgevende en fiscale hefboomen nu al in handen zijn van de federale overheid.

4. Wat uit buitenlandse ervaringen en het vergelijkend recht blijkt

4.1. Preventie op grote schaal werkt

Finland: het programma voor de preventie van hart- en vaatziekten (voeding, roken, hoge bloeddruk), dat in 1972 in Noord-Karelië van start ging en vervolgens naar het hele land werd uitgebreid, heeft de sterfte aan coronaire hartziekten bij 35- tot 64-jarigen in 40 jaar tijd met meer dan 80 % teruggedrongen. Twee derde van die daling is toe te schrijven aan de afname van de risicofactoren en slechts een derde aan de vooruitgang in de behandelingen.

Verenigd Koninkrijk: de frisdrankbelasting van 2018, die in fasen was opgezet om fabrikanten ertoe aan te zetten hun recepten aan te passen veeleer dan de consumenten te belasten, heeft het suikergehalte van de dranken met ongeveer 47 % doen dalen, terwijl de vrijwillige aanpak slechts een daling van 3,5 % opleverde. Uit de evaluaties blijkt dat het aantal gevallen van obesitas bij meisjes van 10-11 jaar is afgenomen en dat het aantal tandextracties bij kinderen van 0-4 jaar met 28 % is gedaald. De regeling is onlangs uitgebreid.

de la publicité et de la composition des produits – sont fédéraux; les acteurs de terrain sont issus des entités fédérées; aucun plan ne les aligne. Le premier plan alcool national date de 2023, après des années de blocage en conférence interministerielle.

Le troisième effet est une perte en termes d'économies d'échelle. Trois systèmes régionaux de dépistage du cancer, des registres et des campagnes dupliques, des données éclatées entre Sciensano, les entités et les mutualités. La conséquence se mesure: en 2024, 55 % des Flamands participaient au dépistage colorectal, contre 30 % des Bruxellois et 26 % des Wallons. Même pays, même cancer, même test.

L'hypothèse politique du Pacte, confier la prévention à un acteur unique au niveau fédéral, répond d'abord au premier problème: le fédéral est le seul niveau qui récupère financièrement les fruits de la prévention, par le budget des soins, par celui des indemnités et par les cotisations sur l'activité préservée. Qui commande paie; qui paie récolte.

Elle répond aussi au deuxième problème, puisque les grands leviers réglementaires et fiscaux sont déjà entre les mains du fédéral.

4. Ce que montrent les expériences étrangères et le droit comparé

4.1. La prévention à grande échelle fonctionne

Finlande: lancé en 1972 en Carélie du Nord puis étendu à tout le pays, le programme de prévention cardiovasculaire (alimentation, tabac, hypertension) a réduit la mortalité coronarienne des 35-64 ans de plus de 80 % en quarante ans. Les deux tiers de cette baisse s'expliquent par le recul des facteurs de risque, un tiers seulement par les progrès des traitements.

Royaume-Uni: la taxe sodas de 2018, conçue par paliers pour pousser les fabricants à reformuler plutôt que pour taxer les consommateurs, a fait baisser la teneur en sucre des boissons d'environ 47 %, là où la démarche volontaire ne donnait que 3,5 %. Les évaluations mesurent des baisses d'obésité chez les fillettes de 10-11 ans et un recul de 28 % des extractions dentaires chez les 0-4 ans. Le dispositif vient d'être étendu.

Nederland: een nuttig tegenvoorbeeld: uit de evaluatie van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu van Nederland) blijkt dat het in 2018 op vrijwillige basis gesloten preventieakkoord met zeventig belanghebbenden niet zal volstaan om de voor 2040 beloofde rookvrije generatie te realiseren. De meest doeltreffende maatregel, zo concludeert het instituut, blijft een prijsverhoging. Preventie vereist wettelijke en fiscale maatregelen, niet alleen handvesten.

De economische literatuur wijst in dezelfde richting. De systematische review van Masters et al. (2017), waarin 52 studies werden onderzocht, komt uit op een mediaan rendement van 14,3 op 1 voor interventies op het gebied van volksgezondheid, en van 27,2 op 1 voor nationale interventies, waarbij belastingbeleid en regelgeving de boventoon voeren, tegenover 4,1 voor lokale maatregelen.

4.2. Noodzakelijke eerlijkheid over de netto-besparingen

In de literatuur worden in feite drie categorieën van maatregelen onderscheiden:

Belastingheffing en regelgeving brengen weinig kosten met zich, leveren inkomsten op en drukken de uitgaven: ze leveren de staat direct winst op.

Georganiseerde screening, vaccinatie of begeleiding bij ontwenning zijn niet gratis, maar de kosten per gewonnen levensjaar liggen ver onder de aanvaarde drempels: ze behoren tot de beste investeringen in de hele geneeskunde.

Dan zijn er nog de gespreide programma's, waarvan het netto-effect op zeer lange termijn ter discussie staat, met name omdat een langere levensduur weer andere uitgaven met zich brengt. Het centrale argument blijft echter geldig voor België: de achterstand op het Europese gemiddelde is zo groot dat het rendement van een inhaalslag het grootst is, en het grootste deel van de voordelen komt ten goede aan de twee eerste groepen.

Daarnaast is er nog een Belgische bijzonderheid: door de enorme stijging van de uitgaven voor "arbeidsongeschiktheid" levert preventie hier enorm veel op, buiten het zorgbudget om.

5. Een becijferde prognose voor België: geredde mensenlevens en welbestede miljarden

Allereerst een toelichting bij de berekeningsmethode.

Pays-Bas: contre-exemple utile: l'évaluation du RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/l'Institut National de santé publique et d'environnement des Pays-Bas) montre que l'accord de prévention conclu en 2018 avec septante parties prenantes, sur une base volontaire, ne permettra pas d'atteindre la génération sans tabac promise pour 2040. La mesure la plus efficace, conclut l'institut, reste l'augmentation des prix. La prévention a besoin de contraintes réglementaires et fiscales, pas seulement de chartes.

La littérature économique va dans le même sens. La revue systématique de Masters et ses collègues (2017), portant sur 52 études, établit un retour sur investissement médian de 14,3 pour 1 pour les interventions de santé publique, et de 27,2 pour 1 pour les interventions nationales, fiscalité et réglementation en tête, contre 4,1 pour les interventions locales.

4.2. Une honnêteté nécessaire sur les économies nettes

La littérature distingue en réalité trois familles de mesures:

La fiscalité et la réglementation coûtent peu, rapportent des recettes et réduisent les dépenses: elles sont directement rentables pour l'État.

Les dépistages organisés, la vaccination ou l'accompagnement au sevrage ne sont pas gratuits, mais leur coût par année de vie gagnée est très inférieur aux seuils admis: ils sont parmi les meilleurs achats de toute la médecine.

Restent les programmes diffus, dont l'effet net à très long terme fait débat, notamment parce que des vies allongées engendrent d'autres dépenses. L'argument central demeure toutefois valable pour la Belgique: notre retard sur la moyenne européenne est tel que le rendement d'un rattrapage est au plus haut, et l'essentiel des gains passe par les deux premières familles.

S'y ajoute une particularité belge: l'explosion du poste "incapacité de travail" fait que la prévention rapporte ici massivement en dehors du budget des soins.

5. Chiffrage pour la Belgique: vies humaines sauvées et milliards adéquatement dépensés

Une précision de méthode d'abord.

Alle hier vermelde bedragen zijn jaarlijks en recurrent. Het huidige preventiebudget bedraagt ongeveer 1,15 miljard euro per jaar; voor de doelstelling dat budget op te trekken tot 4 % is een bedrag nodig van ongeveer 2,55 miljard, elk jaar, en dus geen eenmalige enveloppe.

De extra inspanning bedraagt dus 1,4 miljard euro per jaar op kruissnelheid, die gaandeweg tussen 2027 en 2030 zal worden bereikt, en wordt grotendeels gefinancierd door de in punt 5.2 beschreven gedragsfiscaliteit. Wat het tijdspad betreft: de zittingsperiode loopt tot de verkiezingen van 2029 en 2030 wordt beschouwd als het eerste jaar op kruissnelheid.

5.1. *Geredde levens*

Scenario	Hypothese	Voorkomen vroegtijdige sterfgevallen per jaar
Voorzichtig	-15 % van de ongeveer 25.600 sterfgevallen die aan gedragsfactoren kunnen worden toegeschreven	≈ 3.800
Middenscenario	-25 % (gedeeltelijke inhaalbeweging ten opzichte van het EU-14-gemiddelde)	≈ 6.400
Ambitieuus scenario (20 jaar)	afstemming op de beste landen (Zweden, Nederland), Fins traject	> 8.000

Scénario	Hypothèse	Décès prématurés évités/an
Prudent	-15 % des ~25.600 décès attribuables aux facteurs comportementaux	≈ 3.800
Central	-25 % (rattrapage partiel de la moyenne UE-14)	≈ 6.400
Ambitieux (20 ans)	alignement sur les meilleurs (Suède, Pays-Bas), trajectoire finlandaise	> 8.000

Grootteordes die overeenkomen met het verschil in vermijdbare sterfte tussen België (193 mannen/92 vrouwen per 100.000) en de beste landen van de EU-14, waar de cijfers 30 tot 40 % lager liggen. Uit de Finse ervaring blijkt dat die cijfers over een periode van twintig tot dertig jaar nog verder kunnen worden teruggedrongen.

Tous les montants de cette section sont annuels et récurrents. Le budget prévention actuel avoisine 1,15 milliard d'euros par an; l'objectif de 4 % correspond à un budget d'environ 2,55 milliards par an, chaque année, et non à une enveloppe unique.

L'effort supplémentaire s'élève donc à 1,4 milliard d'euros par an en rythme de croisière, atteint progressivement entre 2027 et 2030, et financé en majorité par la fiscalité comportementale décrite au point 5.2. Convention temporelle: la législature court jusqu'aux élections de 2029, et 2030 est traitée comme la première année du rythme de croisière.

5.1. *Vies épargnées*

Ordres de grandeur cohérents avec l'écart de mortalité évitable entre la Belgique (193 hommes/92 femmes par 100.000) et les meilleurs de l'UE-14, 30 à 40 % plus bas. L'expérience finlandaise montre que des réductions supérieures sont atteignables sur vingt à trente ans.

5.2. Jaarlijkse preventiewinsten op kruissnelheid

5.2. Les gains annuels de la prévention en régime de croisière

Post (per jaar)	Mechanisme	Bedrag (grootteorde in miljard euro)	Middenscenario (in miljard euro)
Gezondheidszorg (RIZIV)	2 tot 6 % van de begrotingsdoelstelling (41 miljard): voorkomen ziekenhuisopnames wegens hart- en vaatziekten, kanker, COPD en diabetes	0,8 – 2,5	1,6
Arbeids-ongeschiktheidsuitkeringen	begrotingstraject met 5 tot 10 % ombuigen (19 miljard in 2029) via aandacht voor mentale gezondheid op het werk, spier- en skeletaandoeningen en chronische ziekten	1,0 – 1,9	1,45
Ontvangsten uit gedragsfiscaliteit	getrapte frisdrankbelasting, accijnsverhogingstraject voor tabaksproducten, minimumprijs voor alcohol (zie 5.2)	0,3 – 0,6	0,45
Totaal van de aan preventie gelieerde brutowinsten		2,1 – 5,0	3,5

Poste (par an)	Mécanisme	Fourchette (Mrd €)	Scénario central (Mrd €)
Soins de santé (INAMI)	2 à 6 % de l'objectif budgétaire (41 Mrd) : hospitalisations cardiovasculaires, cancers, BPCO, diabète évités	0,8 – 2,5	1,6
Indemnités d'incapacité	infléchir de 5 à 10 % la trajectoire (19 Mrd en 2029) par santé mentale au travail, TMS, maladies chroniques	1,0 – 1,9	1,45
Recettes de fiscalité comportementale	taxe sodas à paliers, trajectoire tabac, prix minimum alcool (cf. 5.2)	0,3 – 0,6	0,45
Gains bruts prévention		2,1 – 5,0	3,5

Exclusief productiviteitswinsten en ontvangsten uit belastingen en sociale bijdragen doordat de betrokkenen aan het werk blijven, en exclusief de in geld uitgedrukte waarde aan gewonnen levensjaren. Voor de winsten op het vlak van gezondheidszorg dient met een periode van vijf tot vijftien jaar te worden gerekend; inzake belastingontvangsten en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (althans voor een deel van die laatste) zijn er vrijwel onmiddellijk winsten.

Hors gains de productivité et de recettes fiscales et sociales liés à l'activité préservée, et hors valeur monétisée des années de vie gagnées. Les gains sur les soins montent en puissance sur cinq à quinze ans; les recettes fiscales et une partie des gains d'incapacité sont quasi immédiates.

5.3. *Beoogd begrotingstraject: legislatuur 2027-2029, daarna op kruissnelheid*

De onderstaande tabel spreidt de investeringen en opbrengsten uit over de jaren: de drie resterende begrotingen van deze legislatuur, het eerste jaar op kruissnelheid in 2030 en vervolgens het volledig ingevoerde systeem tegen 2033.

Politiek doorslaggevend is dat de besparing al tijdens de huidige legislatuur reëel is.

Elk jaar is positief, met een gecumuleerd bedrag van ongeveer 2,2 miljard euro vóór de verkiezingen van 2029. Dat bedrag komt in ongeveer gelijke mate uit het preventieel zelf, waarvan de fiscale ontvangsten onmiddellijk binnenkomen, en uit het efficiëntieblok buiten preventie, met betrekking tot geneesmiddelen, zorgrelevantie en administratie, dat op zichzelf al 1,8 miljard cumulatief oplevert. Bekeken over drie jaar doet het beoogde pact het dus beter dan een lineaire besparing; bekeken over tien jaar is het zelfs van een heel andere orde, omdat de sector er sterker door zal zijn geworden in plaats van uitgemolken.

5.3. *Trajectoire budgétaire envisagée: la législature 2027-2029, puis l'entrée en croisière*

Le tableau qui suit étale l'investissement et les retours année par année: les trois budgets restants de la législature, la première année de croisière en 2030, puis le régime établi vers 2033.

Le point politiquement décisif est que l'économie est réelle dès la présente législature.

Chaque année est positive, pour un cumul d'environ 2,2 milliards avant les élections de 2029, provenant à parts comparables du volet prévention lui-même, dont les recettes fiscales tombent immédiatement, et du bloc d'efficience hors prévention, médicaments, pertinence des soins et administration, qui apporte à lui seul 1,8 milliards cumulés. Jugé sur trois ans, le Pacte fait donc mieux qu'un rabot; jugé sur dix, il ne joue plus dans la même catégorie, puisqu'il laisse une machine qui monte en puissance plutôt qu'un secteur épuisé.

Miljard euro (ten opzichte van 2026)	2027	2028	2029	Gecumuleerd 2027-2029	2030 (1 ^e jaar op kruissnelheid)	Structurele kruissnelheid (2033)
Bijkomende investering in preventie	-0,4	-0,8	-1,1	-2,3	-1,4	-1,4
Nieuwe ontvangsten uit gedragfiscaleiteit	+0,25	+0,40	+0,50	+1,15	+0,55	+0,45
Besparingen in de ge- zondheidszorg (RIZIV)	+0,05	+0,15	+0,30	+0,50	+0,50	+1,60
Besparingen op arbeids- ongeschiktheidsuitke- ringen	+0,10	+0,30	+0,60	+1,00	+0,90	+1,45
Efficiëntie buiten pre- ventie (geneesmiddelen, relevantie, administratie)	+0,30	+0,60	+0,90	+1,80	+1,20	+2,20
Netto jaarlijks saldo	+0,3	+0,65	+1,2	≈ +2,2	+1,75	≈ +4,3

Mrd € (par rapport à 2026)	2027	2028	2029	Cumul législature 2027-2029	2030 (1 ^{re} année de croisière)	Croisière établie (2033)
Investissement prévention supplémentaire	-0,4	-0,8	-1,1	-2,3	-1,4	-1,4
Recettes fiscalité comportementale nouvelles	+0,25	+0,40	+0,50	+1,15	+0,55	+0,45
Économies soins de santé (INAMI)	+0,05	+0,15	+0,30	+0,50	+0,50	+1,60
Économies indemnités d'incapacité	+0,10	+0,30	+0,60	+1,00	+0,90	+1,45
Efficiences hors prévention (médicaments, pertinence, admin)	+0,30	+0,60	+0,90	+1,80	+1,20	+2,20
Solde net annuel	+0,3	+0,65	+1,2	≈ +2,2	+1,75	≈ +4,3

Toelichting: het saldo is vanaf 2027 positief (+0,3 miljard); het cumulatieve nettoresultaat van de legislatuur 2027-2029 bedraagt ongeveer +2,2 miljard euro (+3,9 miljard als 2030 wordt meegerekend). De legislatuur zet het proces in gang en levert al resultaten op; vervolgens levert de fase op kruissnelheid het volledige potentieel.

5.4. Nettobesparing op kruissnelheid: de doelstelling van 3 miljard

De doorslaggevende vraag blijft: wat blijft er over zodra preventie volledig is gefinancierd tegen 4 %, goed voor 2,55 miljard euro per jaar? Uit de samenvoeging van de scenario's blijkt per jaar en bij een structurele kruissnelheid het volgende:

Lecture: le solde est positif dès 2027 (+0,3 Mrd); le cumul net de la législature 2027-2029 avoisine +2,2 milliards (+3,9 milliards en y ajoutant 2030). La législature amorce et engrange déjà; le régime de croisière délivre ensuite la pleine mesure.

5.4. L'économie nette en régime de croisière: l'objectif des 3 milliards

Reste la question décisive: une fois la prévention payée à 4 %, soit 2,55 milliards par an, que reste-t-il? La consolidation des scénarios donne, par an et en régime de croisière établi:

Per jaar, regeling op kruissnelheid	Voorzichtig (miljard euro)	Middenscenario (miljard euro)
Bruto opbrengsten uit preventie (zorg + arbeidsongeschiktheid + ontvangsten, zie 4.2)	+2,1	+3,5
Efficiëntie buiten preventie (geneesmiddelen, relevantie van de zorg, ziekenhuis-/ambulante zorg, administratie, zie hoofdstuk 6)	+1,5	+2,2
Bijkomende kosten van preventie (stijging tot 4 %)	-1,4	-1,4
Jaarlijkse nettobesparing	+2,2	+4,3

Par an, régime de croisière	Prudent (Mrd €)	Central (Mrd €)
Gains bruts prévention (soins + incapacité + recettes, cf. 4.2)	+2,1	+3,5
Efficiency hors prévention (médicaments, pertinence des soins, hôpital/ambulatoire, administration, cf. section 6)	+1,5	+2,2
Coût supplémentaire de la prévention (passage à 4 %)	-1,4	-1,4
Économie nette annuelle	+2,2	+4,3

De vooropgestelde doelstelling van 3 miljard euro netto-besparing per jaar na volledige financiering van preventie ligt dus onder het centrale scenario (4,3 miljard euro) en boven het voorzichtige scenario (2,2 miljard euro).

Die doelstelling kan tegen 2032-2033 worden bereikt als het pact in 2027 van start gaat. Het is vooral duurzaam: in tegenstelling tot een zogenaamde kaasschaaf nemen deze besparingen gaandeweg toe, waarbij alleen al de maximale opbrengst uit de zorg op vijftien jaar tijd 2,5 miljard euro per jaar bedraagt.

Voor de geloofwaardigheid zijn drie voorwaarden bepalend:

- de aan het KCE toevertrouwde kosteneffectiviteitsdiscipline (5.4);
- volledige budgettaire traceerbaarheid, waarbij elke campagne een becijferde doelstelling en een impactaudit heeft;
- een zichtbare aanwending van een deel van de opbrengsten voor de verlaging van de factuur voor de patiënt.

L'objectif retenu, à savoir 3 milliards d'euros d'économies nettes par an après financement intégral de la prévention, se situe donc sous le scénario central (4,3 milliards d'euros) et au-dessus du scénario prudent (2,2 milliards d'euros).

Il est atteignable vers 2032-2033 si le Pacte est lancé en 2027. Il est surtout durable: contrairement à un rabot, ces économies s'amplifient avec le temps, la fourchette haute des seuls gains sur les soins atteignant 2,5 milliards d'euros par an à quinze ans.

Trois conditions de crédibilité l'accompagnent:

- la discipline coût-efficacité confiée au KCE (5.4);
- une traçabilité budgétaire complète, chaque campagne ayant un objectif chiffré et un audit d'impact;
- l'affectation visible d'une partie des gains à la réduction de la facture des patients.

5.5. Verwachte daling van het aantal langdurig zieken

Dezelfde oefening kan worden uitgedrukt in personen in plaats van in euro. Het officiële uitgangspunt is dat er eind 2025.576.643 langdurig zieken waren, na een stijging van meer dan 105.000 in vijf jaar tijd, die door de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd in een stroomversnelling is geraakt. Als die trend van ongeveer 15.000 extra personen per jaar zich voortzet, zal het aantal arbeidsongeschikten in het land begin jaren 2030 oplopen tot 700.000. Het pact heeft tot doel dat traject met 5 tot 10 % om te buigen (zie 4.2 en A.4), wat in het basisscenario neerkomt op:

Einde jaar	Zonder het plan (trend)	Met het plan (middenscenario)	Aantal voorkomen langdurig zieken tgv. trend
2027	≈ 607.000	≈ 606.000	≈ -1.000
2028	≈ 622.000	≈ 617.000	≈ -5.000
2029	≈ 637.000	≈ 625.000	≈ -12.000
2030	≈ 652.000	≈ 630.000	≈ -22.000
2033	≈ 697.000	≈ 647.000	≈ -50.000

Fin d'année	Sans le plan (tendanciel)	Avec le plan (central)	Malades de longue durée évités vs tendance
2027	≈ 607.000	≈ 606.000	≈ -1.000
2028	≈ 622.000	≈ 617.000	≈ -5.000
2029	≈ 637.000	≈ 625.000	≈ -12.000
2030	≈ 652.000	≈ 630.000	≈ -22.000
2033	≈ 697.000	≈ 647.000	≈ -50.000

Aannames: trendmatige stijging van +15.000 per jaar (voorzichtig gemiddelde van de afgelopen vijf jaar, inclusief het effect van de pensioenleeftijd); geleidelijke inflexie vanaf 2028, tot ongeveer 7 % van het traject in 2033, in overeenstemming met de marge van 5-10 % die op de uitgaven wordt toegepast (A.4). De groep "voorkomen" bestaat uit personen die geen

5.5. La décrue attendue des malades de longue durée

Le même exercice peut se traduire en personnes plutôt qu'en euros. Le point de départ officiel est de 576.643 malades de longue durée fin 2025, après une hausse de plus de 105.000 en cinq ans que le relèvement de l'âge de la pension a accélérée. Sans inflexion, la tendance d'environ 15.000 personnes de plus chaque année mène le pays vers 700.000 invalides au début des années 2030. Le Pacte vise à infléchir cette trajectoire de 5 à 10 % (cf. 4.2 et A.4), ce qui donne, en scénario central:

Hypothèses: tendanciel de +15.000/an (moyenne prudente des cinq dernières années, effet âge de la pension inclus); inflexion progressive dès 2028, atteignant environ 7 % de la trajectoire en 2033, en cohérence avec la fourchette de 5-10 % appliquée aux dépenses (A.4). Les "évités" combinent non-entrées en invalidité et sorties accélérées. Scénario prudent: environ

arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben aangevraagd en personen die vervroegd uit het stelsel zijn gestapt. Conservatief scenario: ongeveer -30.000 in 2033; ambitieus scenario: -70.000. Het pact zorgt er niet voor dat het absolute cijfer op korte termijn daalt; het zorgt ervoor dat de groei, die voorheen onvermijdelijk was, zich nu vrijwel stabiliseert rond de 630.000 tot 650.000 personen, in plaats van 700.000.

6. Voorstel van resolutie: een uniform preventiebeleid op federaal niveau

6.1. Institutionele architectuur

De institutionele kern van het pact is de herfederalisering van de bevoegdheid op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering, wat een wijziging van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 veronderstelt en dus een bijzondere meerderheid vereist.

Als het niet lukt die meerderheid tot stand te brengen, is er een plan B dat onmiddellijk kan worden uitgevoerd: een samenwerkingsakkoord waarmee één interfederaal agentschap wordt opgericht, met een geconsolideerde begroting en bindende doelstellingen.

De principiële eis blijft herfederalisering; plan B zorgt ervoor dat dit niet vastloopt.

Concreet zou een Federaal Preventieagentschap worden ondergebracht bij het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en Sciensano, met een gezamenlijk budget van 4 % van de gezondheidsuitgaven, ongeveer 2,55 miljard per jaar, en een nationaal plan met gekwantificeerde doelstellingen voor 2035: minder dan 5 % rokers, een gestabiliseerd en vervolgens dalend percentage obesitas, een vermindering van schadelijk alcoholgebruik met 20 %, alsook screenings en een vaccinatiegraad op het niveau van de beste landen.

Het uitgangspunt is eenvoudig: wie betaalt, “oogst”. Het RIZIV wordt de verzekeraar-investeerder. Preventie wordt opgenomen in de nomenclatuur, met een terugbetaalde preventieraadpleging bij de huisarts, hulp bij tabaksontwenning en voedingsbegeleiding, alsook sport op doktersvoorschrift. De ziekenfondsen worden gedeeltelijk gefinancierd op basis van de preventieve prestaties van hun leden, in plaats van uitsluitend op basis van het aantal verrichte zorghandelingen.

De uitvoering op het terrein (lokale gezondheidsbevordering, schoolgeneeskunde, ONE en Kind en Gezin) blijft gedecentraliseerd.

De herfederalisering heeft betrekking op de strategie, de begroting, het belastingstelsel en de regelgeving,

-30.000 en 2033; ambitieus: -70.000. Le Pacte ne fait pas baisser le chiffre absolu à court terme; il transforme une croissance subie en quasi-stabilisation autour de 630.000 à 650.000 personnes, au lieu de 700.000.

6. La proposition de résolution: une politique de prévention unifiée au fédéral

6.1. L'architecture institutionnelle

Le cœur institutionnel du Pacte est la refédéralisation de la compétence prévention et promotion de la santé, ce qui suppose une modification de la loi spéciale du 8 août 1980 et donc une majorité spéciale.

À défaut de la réunir, un plan B est praticable sans attendre: un accord de coopération créant une agence interfédérale unique, à budget consolidé et objectifs contraignants.

La revendication de principe reste la refédéralisation; le plan B garantit qu'il ne reste pas bloqué.

Concrètement, une Agence fédérale de la prévention serait adossée à l'INAMI, au SPF Santé publique et à Sciensano, avec un budget unique porté à 4 % des dépenses de santé, environ 2,55 milliards par an, et un plan national assorti d'objectifs chiffrés à 2035: moins de 5 % de fumeurs, une obésité stabilisée puis décroissante, une consommation nocive d'alcool réduite de 20 %, des dépistages et une couverture vaccinale au niveau des meilleurs pays.

Le principe directeur est simple: qui paie récolte. L'INAMI devient l'assureur-investisseur. La prévention entre dans la nomenclature, avec une consultation de prévention remboursée chez le généraliste, la prise en charge du sevrage tabagique et de l'accompagnement nutritionnel, et le sport sur ordonnance. Les mutualités sont financées en partie sur la performance préventive de leurs affiliés plutôt qu'au seul volume d'actes.

L'exécution de terrain – promotion de la santé locale, médecine scolaire, ONE et Kind en Gezin – reste décentralisée.

La refédéralisation porte sur la stratégie, le budget, la fiscalité et la réglementation, pas sur les infirmières

niet op schoolverpleegkundigen. Niemand verliest zijn actoren; iedereen krijgt er een financier bij.

6.2. Gedragserichte belastingheffing: reeds bestaande en mogelijke bijkomende regelingen

België heeft niet getalmd met een frisdrankbelasting; het heeft het alleen niet op de juiste manier gedaan. De balans van tien jaar kan in vier vaststellingen worden samengevat:

De accijnzen op suikerhoudende dranken, die in 2015 tegen 3 cent per liter werden ingevoerd, vervolgens in 2016 naar 6,8 cent werden verhoogd en vandaag ongeveer 12 cent bedragen (11,92 euro/hl), leveren tussen de 175 en 200 miljoen per jaar op. Ze worden echter per liter in rekening gebracht, wat geen stimulans vormt om het suikergehalte te verlagen. Bovendien gelden ze ook voor dranken met zoetstoffen en zonder suiker, wat evenmin een stimulans vormt om de samenstelling aan te passen. De opbrengst ervan verdwijnt in de algemene begroting. Testaankoop heeft het resultaat in één zin samengevat: goed voor de staatskas, niet voor onze gezondheid. De consumptie is onveranderd gebleven.

Een belasting op junkfood is tot op heden onbestaande. Het gezondheidsluik van de belastinghervorming-Van Peteghem, dat juist voorzag in een differentiatie van de accijnzen naargelang van het suikergehalte, is in 2023 samen met de hervorming ten onder gegaan.

De accijnzen op tabak werden regelmatig verhoogd, waardoor een pak sigaretten nu 11 tot 12 euro kost, maar er werd geen meerjarenplan aangekondigd zoals in Frankrijk of Australië, wat het afschrikkingseffect beperkt en grensoverschrijdende aankopen in de hand werkt.

Voor alcohol is er geen minimumprijs, noch een ernstige regulering van de reclame. Het interfederaal plan 2023-2025 beperkt zich tot het "overwegen" van een minimumprijs tegen 2026-2028.

Het pact voegt drie specifieke maatregelen toe:

De eerste maatregel is het omvormen van de accijnzen op frisdrank tot een getrapte heffing naar Brits model: geen accijnzen bij minder dan 4,5 g suiker per 100 ml, ook niet voor suikervrije dranken die momenteel worden belast, ongeveer 15 cent per liter bij een suikergehalte tussen 4,5 en 8 g en ongeveer 25 cent bij meer dan 8 g suiker per 100 ml, met uitbreiding naar de gezoete melkdranken.

Het hoofddoel is het stimuleren van een aangepaste samenstelling, niet het binnenrijven van de fiscale inkomsten. De aanvankelijke opbrengst, geraamd

scolaires. Personne ne perd ses opérateurs; tout le monde gagne un financeur.

6.2. Fiscalité comportementale: ce qui existe déjà, ce qu'on ferait en plus

La Belgique n'a pas attendu pour taxer les sodas. Elle l'a simplement mal fait. Le bilan de dix ans tient en quatre constats.

Les accises sur les boissons sucrées, introduites en 2015 à 3 centimes par litre, portées à 6,8 centimes en 2016 puis à environ 12 centimes aujourd'hui (11,92 euros/hl), rapportent entre 175 et 200 millions par an. Mais elles sont forfaitaires au litre, ce qui n'incite pas à réduire le sucre; elles frappent aussi les boissons édulcorées sans sucre, ce qui n'incite pas davantage à reformuler; et leur produit se dilue dans le budget général. Test-Achats a résumé le résultat d'une formule: des bénéfices pour l'État, rien pour la santé. La consommation n'a pas bougé.

Aucune taxe sur la malbouffe n'a jamais vu le jour. Le volet santé de la réforme fiscale Van Peteghem, qui prévoyait justement de moduler les accises selon la teneur en sucre, a sombré avec la réforme en 2023.

Les accises sur le tabac ont été régulièrement relevées, le paquet atteignant 11 à 12 euros, mais sans trajectoire pluriannuelle annoncée comme en France ou en Australie, ce qui limite l'effet dissuasif et nourrit les achats transfrontaliers.

Pour l'alcool, ni prix minimum ni encadrement sérieux de la publicité; le plan interfédéral 2023-2025 se borne à "envisager" un prix minimum pour 2026-2028.

Le Pacte ajoute trois mesures précises:

Premièrement, transformer les accises sodas en prélèvement à paliers sur le modèle britannique: zéro sous 4,5 g de sucre par 100 ml, y compris pour les boissons zéro aujourd'hui taxées, environ 15 centimes par litre entre 4,5 et 8 g, environ 25 centimes au-delà, avec extension aux boissons lactées sucrées.

L'objectif premier est la reformulation, pas la recette; le rendement initial, estimé entre 150 et 250 millions par an au-dessus des accises actuelles, décroîtra à

op 150 tot 250 miljoen per jaar boven op de huidige accijnzen, zal afnemen naarmate de industrie de samenstelling van haar producten aanpast. De opbrengst gaat naar het preventiefonds.

Ten tweede komt er een meerjarig beleid voor tabaksp producten, met een stijging van de reële accijnzen met ongeveer 10 % per jaar gedurende de zittingsperiode, waarbij roltabak, e-sigaretten en nicotinezakjes op een gelijke manier zullen worden belast. De netto-opbrengst zal gedurende de eerste jaren 200 tot 300 miljoen per jaar opleveren, ondanks de beoogde volumedaling.

Ten derde komt er, naar Schots model, een minimumprijs van ongeveer 0,60 euro per eenheid alcohol, gericht op de goedkoopste, door overmatige drinkers geconsumeerde alcoholische dranken. De opbrengst zal bescheiden zijn, maar het gezondheidseffect zal precies daar terechtkomen waar het nodig is.

6.3. **Concreet programma: campagnes en screenings 2027-2030**

Het Belgische potentieel is duidelijk en meetbaar: kankers die goed te genezen zijn wanneer ze snel worden ontdekt, chronische ziektes die in een vroeg stadium kunnen worden afgeremd.

Een stand van zaken toont echter de omvang van de achterstand: voor borstkanker is de screeningsdekking 58 %, terwijl de EU streeft naar 90 %, en bovendien gebeurt het gros van de screenings in Wallonië en Brussel buiten de georganiseerde programma's, wat ze duurder en minder goed te controleren maakt; voor baarmoederhalskanker is de screeningsdekking 56 %; de deelnamegraad voor darmkankeronderzoek ligt op 55 % in Vlaanderen, op 26 % in Wallonië en op 30 % in Brussel; de HPV-vaccinatiegraad bij meisjes is 72 %, terwijl de WHO-doelstelling 90 % is; een achterophinkende griepvaccinatie onder ouderen; en ongeveer een op de drie mensen met hoge bloeddruk zonder dat ze het weten.

Vandaar het volgende tijdpad:

mesure que l'industrie reformule, et c'est très bien ainsi. Le produit est affecté au fonds prévention.

Deuxièmement, une trajectoire tabac pluriannuelle annoncée, de l'ordre de +10 % d'accises réelles par an sur la législature, alignant tabac à rouler, vapotage et sachets de nicotine, pour un rendement net de 200 à 300 millions par an les premières années malgré la baisse de volume recherchée.

Troisièmement, un prix minimum de l'alcool à l'écosaise, autour de 0,60 euro par unité, qui cible les alcools les moins chers consommés par les buveurs excessifs: recette modeste, effet sanitaire concentré là où il faut.

6.3. **Le programme concret: campagnes et dépistages 2027-2030**

Le gisement belge est précis et mesurable: des cancers qui se guérissent bien quand ils sont pris tôt, des maladies chroniques qui se désamorcent en amont.

L'état des lieux donne la mesure du retard: 58 % de couverture pour le dépistage du sein quand l'UE vise 90 %, et l'essentiel du dépistage wallon et bruxellois hors programme organisé, donc plus cher et moins contrôlé; 56 % pour le col de l'utérus; 55 % de participation au dépistage colorectal en Flandre contre 26 % en Wallonie et 30 % à Bruxelles; 72 % de vaccination HPV chez les filles pour un objectif OMS de 90 %; une vaccination grippe des aînés sous l'objectif; et environ un hypertendu sur trois qui s'ignore.

D'où le calendrier suivant:

Jaar	Gelanceerde campagnes	Streefdoel tegen 2030
2027	“Ken je cijfers”: systematische screening op hoge bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker bij de huisarts en in de apotheek (preventieconsult op basis van nomenclatuur). Inhaalbeweging in de darmkanker-screening in Wallonië en Brussel: automatische levering aan huis van de zelftestkits, naar Vlaams voorbeeld. Griepvaccinatie bij 65-plussers.	Hoge bloeddruk: 90 % van de gevallen vastgesteld, 70 % gecontroleerd (grootste oorzaak van cardiovasculaire overlijdens, voornaamste behandelbare doodsoorzaak). Darmkanker: in Wallonië en Brussel screeningsdekking ≥ 45 %, landelijk ≥ 60 % (overlevingskans op 5 jaar: ~ 90 % in stadium 1, ~ 15 % in stadium 4).
2028	Diabetes type 2: gerichte screening op prediabetes en nationaal preventieprogramma, met terugbetaalde levensstijlcoaching, naar het voorbeeld van het NHS Diabetes Prevention Programme (-37 % minder risico bij wie het programma voltooit). Borstkanker: in Wallonië en Brussel omschakeling van opportunistische screening naar een georganiseerde aanpak, met één enkele uitnodiging op nationaal niveau. Baarmoederhalskanker: brede uitrol van de HPV-zelftests, inhaalbeweging in de vaccinatiegraad onder meisjes en jongens tot 26 jaar.	Prediabetes: 150.000 mensen structureel opgevolgd tegen 2030. Borstkanker: georganiseerde screeningsdekking van 70 % (overlevingskans > 90 % bij vroegtijdige opsporing). Baarmoederhalskanker: screeningsdekking van 75 %, HPV-vaccinatiegraad van 90 % – eerste uitroeibare kanker.
2029	Roken: fiscaal traject, volledige terugbetaling van stophulp (tabakvervangers en begeleiding), “Generatie Rookvrij”-campagne. Geestelijke gezondheid op het werk: burn-out- en MSA-preventie in samenspraak met de sociale partners, vroegtijdige opsporing binnen de onderneming, terug-naar-werkt-raject. Gerichte longkankerscreenings (laaggedoseerde CT-scans, focus op rokers tussen 55 en 74 jaar, aanbeveling van de Raad van de EU van 2022, terugdringing van de sterftegraad met ongeveer 20 %).	Minder dan 10 % rokers tegen 2030 (en minder dan 5 % tegen 2035). Arbeidsongeschiktheid: 10 % minder uitval door mentale problemen en MSA. Longkanker: doeltreffend nationaal programma (eerste vermijdbare doodsoorzaak).
2030	Alcohol: minimumprijs, jongerencampagne (dronkenschap). Kinderobesitas: schoolprogramma (zie 5.5), regulering van voedingsmarketing voor kinderen, verplichte Nutri-Score. Melanomen: tweejaarlijkse screeningcampagne (genezingskans van meer dan 95 % bij vroegtijdige opsporing). KCE-evaluatie van de eerste golf en bijsturing waar nodig.	Alcoholgebruik onder jongvolwassenen weer onder het EU-gemiddelde. Kinderobesitas: stabilisatie en vervolgens afname. Onafhankelijke stand van zaken, bekendgemaakt vóór de verkiezingen.

Année	Campagnes lancées	Objectif chiffré 2030
2027	“Connaissez vos chiffres”: dépistage systématique hypertension/cholestérol/glycémie chez le généraliste et en pharmacie (consultation de prévention à la nomenclature). Rattrapage colorectal Wallonie-Bruxelles: envoi automatique du kit d'auto-prélèvement à domicile, selon la méthode flamande. Grippe 65+.	Hypertension: 90 % des hypertendus diagnostiqués et 70 % contrôlés (cœur de la mortalité cardiovasculaire, première cause de mortalité traitable). Colorectal : Wallonie et Bruxelles ≥ 45 %, national ≥ 60 % (survie à 5 ans : ~ 90 % au stade I, ~ 15 % au stade IV).
2028	Diabète de type 2: dépistage ciblé du prédiabète et programme national de prévention, avec coaching de mode de vie remboursé, sur le modèle du NHS Diabètes Prevention Programme (-37 % de risque chez ceux qui achèvent le programme). Sein: bascule du dépistage opportuniste wallon-bruxellois vers le programme organisé, invitation unique nationale. Col : auto-prélèvement HPV généralisé, rattrapage vaccinal filles-garçons jusqu'à 26 ans.	Prédiabète: 150.000 personnes en programme d'ici 2030. Sein: 70 % de couverture organisée (survie > 90 % en cas de détection précoce). Col: couverture 75 %, vaccination HPV 90 % — premier cancer éradicable.
2029	Tabac: trajectoire fiscale, sevrage intégralement remboursé (substituts et accompagnement), campagne “génération sans tabac”. Santé mentale au travail: plan burn-out/TMS avec les partenaires sociaux, détection précoce en entreprise, parcours de retour au travail. Dépistage ciblé du cancer du poumon (CT faible dose, fumeurs 55-74 ans, recommandation du Conseil de l'UE de 2022, réduction de mortalité de l'ordre de 20 %).	Tabagisme < 10 % en 2030 (< 5 % en 2035). Incapacité: -10 % d'entrées en invalidité pour troubles mentaux et TMS. Poumon : programme national opérationnel (première cause de mortalité évitable).
2030	Alcool: prix minimum, campagne jeunes (ivresses). Obésité infantile: programme écoles (cf. 5.5), encadrement du marketing alimentaire vers les enfants, Nutri-Score obligatoire. Mélanome: campagne biennale de détection (guérison > 95 % au stade précoce). Évaluation KCE de la première vague et recalibrage.	Ivresses des adolescents: retour sous la moyenne UE. Obésité infantile: stabilisation puis décrue. Bilan indépendant publié avant les élections.

Elke campagne combineert de drie stappen die succes opleveren in het buitenland: een instrument dat de bevolking tot actie aanzet (fiscaliteit of regelgeving), een georganiseerd programma met actief uitnodigingsbeleid in plaats van opportunistische screenings, alsook RIZIV-terugbetaling van individuele begeleiding. Transversale prioriteit voor kwetsbare doelgroepen, waar de verschillen in deelnamegraad het grootst zijn.

6.4. Preventie: het KCE wordt het Belgische “NICE”

Het KCE wordt de wetenschappelijke bewaker van het systeem, naar het voorbeeld van het Britse NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*). Geen enkel programma wordt gefinancierd zonder voorafgaande kosteneffectiviteitsbeoordeling, uitgedrukt in kosten per

Chaque campagne combine les trois étapes qui font les succès étrangers: un instrument de population (fiscalité ou réglementation), un programme organisé avec invitation active plutôt qu'un dépistage opportuniste, et un remboursement INAMI de l'accompagnement individuel. Priorité transversale aux publics précarisés, où les écarts de participation sont les plus grands.

6.4. Le rôle du KCE: le “NICE” de la prévention belge

Le KCE devient le gardien scientifique du dispositif, à la manière du NICE britannique (*National Institute for Health and Care Excellence*). Aucun programme n'est financé sans évaluation coût-efficacité préalable, exprimée en coût par année de vie en bonne santé gagnée.

gewonnen gezond levensjaar. Op basis daarvan wordt de prioritering van de campagnes om de drie jaar herzien.

Elke campagne wordt onderworpen aan een onafhankelijke en gepubliceerde effectbeoordeling (deelname, opsporingen, uitgespaarde kosten), met een uitdovingsclausule voor programma's die niet het gewenste resultaat opleveren.

Het KCE beslecht ook wetenschappelijke controverses, zoals de PSA-test voor prostaatkanker, waarbij een weloverwogen georganiseerd screeningsprogramma te verkiezen is boven de huidige willekeurige screening.

Die aanpak neemt het bezwaar van verspilling bij preventie al bij voorbaat weg, aangezien alleen wordt gefinancierd wat werkt en wordt stopgezet wat niet werkt – precies wat de huidige versnippering onmogelijk maakt. Daarmee kan ook de doelstelling van 3 miljard worden bereikt.

6.5. Preventie gebeurt in de eerste plaats op school

Of het nu gaat om herfederalisering of een samenwerkingsakkoord, de school is in beide gevallen het belangrijkste kanaal, omdat daar de sociale gradiënt wordt bepaald die van België een van de landen met de grootste ongelijkheid in Europa maakt wat tabaksgebruik en obesitas betreft.

De diensten voor schoolgeneeskunde, PSE en CLB, worden als betrokkenen in het veld geïntegreerd in het netwerk van het Agentschap: ze vallen nog steeds onder de gemeenschappen, maar werken op basis van nationale programma's en financiering.

Daarnaast is er een gestandaardiseerde en gedigitaliseerde gezondheidscontrole op vaste leeftijden, die het centrale gezondheidsdossier aanvult; systematische vaccinatie op school, tegen HPV voor meisjes en jongens in het tweede middelbaar, de zekerste weg naar 90 %, de tweede dosis tegen mazelen en inhaalvaccinaties; een gratis stuk fruit of gezonde maaltijd in scholen met een lage sociaaleconomische index; daadwerkelijk één uur lichaamsbeweging per dag; voorlichting over gezondheid, voeding, schermgebruik, alcohol en vaperen, opgenomen in de richtlijnen; en geen verkoop meer van frisdranken en snacks op school.

Sciensano evalueert het geheel per cohorte. Juist dat argument maakt een samenwerkingsakkoord overigens aanvaardbaar voor de gemeenschappen: ze behouden hun actoren op het terrein en ontvangen federale financiering voor nationale opdrachten.

Le portefeuille des campagnes est repriorisé tous les trois ans sur cette base.

Chaque campagne fait l'objet d'une évaluation d'impact indépendante et publiée, (participation, détections, coûts évités), avec une clause d'extinction pour les programmes qui ne délivrent pas.

Le KCE arbitre également les controverses scientifiques, comme le dépistage de la prostate par PSA, où un programme organisé raisonné vaut mieux que le dépistage sauvage actuel.

Cette discipline répond d'avance à l'objection du gaspillage préventif, puisqu'on ne finance que ce qui marche et qu'on arrête ce qui ne marche pas, exactement ce que la fragmentation actuelle rend impossible. C'est elle, aussi, qui sécurise l'objectif des 3 milliards.

6.5. L'école, premier terrain de la prévention

Refédéralisation ou accord de coopération, l'école est dans les deux cas le premier canal, parce que c'est là que se joue le gradient social qui fait de la Belgique un des pays les plus inégalitaires d'Europe face au tabac et à l'obésité.

Les services de médecine scolaire, PSE et CLB, sont intégrés au réseau de l'Agence comme opérateurs de terrain: ils restent organisés par les communautés mais travaillent sur programme et financement nationaux.

S'y ajoute un bilan de santé standardisé et numérisé à âges fixes, alimentant le dossier santé unique; la vaccination scolaire systématique, HPV filles-garçons en deuxième secondaire, la voie la plus sûre vers les 90 %, deuxième dose de rougeole et rattrapages; un fruit ou un repas sain gratuit dans les écoles à faible indice socio-économique; une heure d'activité physique quotidienne effective; l'éducation à la santé, alimentation, écrans, alcool, vapotage, inscrite dans les référentiels; et la fin de la vente de sodas et snacks dans les enceintes scolaires.

Sciensano évalue le tout par cohortes. C'est du reste l'argument qui rend l'accord de coopération acceptable pour les communautés: elles gardent leurs opérateurs et reçoivent un financement fédéral pour des missions nationales.

7. Het algemene plan: besparen zonder aan de zorgkwaliteit of de portemonnee van de patiënt te raken

Preventie is de centrale pijler van het Pact, maar niet de enige. De onderstaande tabel geeft een efficiëntieplan weer waarvan geen enkele maatregel de kwaliteit van de zorg vermindert of het remgeld verhoogt. Dat is des te belangrijker omdat 22 % van de gezondheidsuitgaven al door de patiënten wordt gedragen, aanzienlijk meer dan het Europese gemiddelde. De enige bijdrage die van de patiënten wordt gevraagd, zoals de aanrekening van no-shows, blijft beperkt. Het is dit efficiëntieblok dat, boven op de opbrengsten uit preventie, de totale nettobesparing op 3 miljard euro per jaar en meer brengt, en het grootste deel van de besparingen al tijdens de legislatuur oplevert.

7. Le plan général: économiser sans toucher à la qualité des soins ni aux portefeuilles des patients

La prévention est le pilier central du Pacte, mais pas le seul. Le tableau ci-dessous consolide un plan d'efficience dont aucune ligne ne réduit la qualité des soins ni n'augmente les tickets modérateurs, un point d'autant plus sensible que 22 % des dépenses de santé sont déjà à charge des patients, nettement plus que la moyenne européenne. La seule contribution demandée aux patients reste modique, du type facturation des rendez-vous non honorés. C'est ce bloc d'efficience qui, ajouté aux gains de la prévention, porte l'économie nette totale à 3 milliards par an et plus, et c'est lui qui fournit l'essentiel des économies engrangées dès la législature.

Werkterrein	Maatregelen	Besparing per jaar tegen 2035 (miljard euro)
1. Preventie (kern van het plan)	zie hoofdstukken 4-5: zorg + uitkeringen, na aftrek van investeringen	1,5 – 3,5
2. Geneesmiddelen	generieke geneesmiddelen 38 % -> EU-gemiddelde 51 %, quota voor biosimilars (biocliff), aanbestedingen volgens het kiwimodel voor moleculen waarvan het octrooi is verlopen, goedkope voorschriften	0,3 – 0,6
3. Relevantie van de zorg	beeldvorming (CT +40 % t.o.v. EU), antibiotica, preoperatieve onderzoeken en ingrepen met een lage meerwaarde (de OESO raamt dat ongeveer een vijfde van de gezondheidsuitgaven weinig of geen nut heeft)	0,5 – 1,0
4. Ziekenhuis en eerstelijnszorg	verschuiving naar ambulante zorg, concentratie van complexe zorg in netwerken, vermindering van vermijdbare ziekenhuisopnames door versterking van de huisartsgeneeskunde	0,5 – 1,0
5. Administratie en digitalisering	veralgemeende elektronische facturatie, vereenvoudiging van de gegevensstromen tussen ziekenfondsen en het RIZIV, prestatiegerichte financiering van de ziekenfondsen, centraal dossier	0,2 – 0,4
Totaal (na aftrek van de kosten van preventie)	herbestemd naar preventie, de eerstelijnszorg en de vermindering van supplementen	≈ 3,0 – 6,5

Chantier	Mesures	Économie/an à 2035 (Mrd €)
1. Prévention (cœur du plan)	cf. sections 4-5 : soins + indemnités, net d'investissement	1,5 – 3,5
2. Médicaments	génériques 38 % -> moyenne UE 51 %, quotas biosimilaires ("biocliff"), appels d'offres type kiwi sur molécules hors brevet, prescription bon marché	0,3 – 0,6
3. Pertinence des soins	imagerie (CT +40 % vs UE), antibiotiques, examens préopératoires et actes à faible valeur (l'OCDE estime qu'environ un cinquième des dépenses de santé est peu ou pas utile)	0,5 – 1,0
4. Hôpital et première ligne	virage ambulatoire, concentration des soins complexes en réseaux, réduction des hospitalisations évitables par le renforcement de la médecine générale	0,5 – 1,0
5. Administration et numérique	facturation électronique généralisée, simplification des flux mutualités-INAMI, financement des mutualités à la performance, dossier unique	0,2 – 0,4
Total (net du coût de la prévention)	réalloué vers la prévention, la première ligne et la réduction des suppléments	≈ 3,0 – 6,5

Voorzichtige marges die aansluiten bij de recente RIZIV-cijfers (907 miljoen euro besparingen gerealiseerd in 2025-2026, 638 miljoen euro gevraagd voor 2027-2029) en vergelijkingen van de OESO. Elke bespaarde euro wordt opnieuw geïnvesteerd of zichtbaar gemaakt via een verlaging van de ereloonsupplementen of een uitbreiding van de terugbetaling; niets wordt voorgesteld als een bezuiniging.

Waarborgen:

Kwaliteit: monitoring door KCE/Sciensano van openbare indicatoren (behandelbare sterfte, termijnen, tevredenheid); elke maatregel waardoor een indicator verslechtert, wordt opgeschort.

Patiënten: bevrozing van de remgelden, uitbreiding van de maximumfactuur, verbod op nieuwe toeslagen voor tweepersoonskamers. Het plan moet neutraal of positief zijn voor het budget van de huishoudens.

Zorgverleners: de efficiëntiewinst wordt gebruikt om de eerstelijnszorg en de beroepen met een tekort aan personeel beter te belonen, om zich te ontfemen over de mensen in het veld, veeleer dan om hen te dwingen.

Het verwachte resultaat bestaat uit een positief begrotingssaldo vanaf het eerste jaar, meer dan 2 miljard aan cumulatieve nettobesparingen voor het einde van de zittingsperiode, en vervolgens vanaf 2030 een stijging naar 3 miljard nettobesparingen per jaar, volledig bekostigde preventie, met tegen 2033 50.000 minder langdurig zieken ten opzichte van de tendens en, op termijn, 4000 tot 6000 voorkomen vroegtijdige sterfgevallen per jaar.

Die marges zullen opnieuw in de zorg worden geïnvesteerd en in het verlagen van de factuur voor de patiënten. Even goede zorg verstrekken en tegelijk de uitgaven stroomlijnen is het enige bezuinigingsplan in de gezondheidszorg dat begint met het redden van levens.

Fourchettes prudentes, cohérentes avec les exercices INAMI récents (907 millions d'euros d'économies réalisées en 2025-2026, 638 Meuros demandés pour 2027-2029) et les comparaisons OCDE. Chaque euro économisé est réinvesti ou rendu visible, par la réduction des suppléments d'honoraires ou l'extension du remboursement; rien n'est présenté comme une coupe.

Les garde-fous:

Qualité: monitoring KCE/Sciensano sur indicateurs publics (mortalité traitable, délais, satisfaction); toute mesure qui dégrade un indicateur est suspendue.

Patients: gel des tickets modérateurs, extension du maximum à facturer, interdiction de nouveaux suppléments en chambre double. Le plan doit être neutre ou positif pour le portefeuille des ménages.

Prestataires: les gains d'efficience financent la revalorisation de la première ligne et des métiers en pénurie, pour embarquer le terrain plutôt que le braquer.

Le résultat attendu consiste en un solde budgétaire positif dès la première année, plus de 2 milliards d'économies nettes cumulées avant la fin de la législature, puis à partir de 2030, une montée vers 3 milliards d'économies nettes chaque année, prévention intégralement payée, avec 50.000 malades de longue durée en moins à l'horizon 2033 par rapport à la tendance et, à terme, 4000 à 6000 décès prématurés évités par an.

Ces marges seront réinvesties dans les soins et dans la réduction de la facture des patients. Soigner aussi bien, en dépensant mieux: le seul plan d'économies en santé qui commence par sauver des vies.

François De Smet (DéFI)

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat België ongeveer 10,8 % van zijn bruto binnenlands product (bbp) besteedt aan gezondheidszorguitgaven, wat neerkomt op ongeveer 64 miljard euro per jaar (4570 euro per inwoner), hetgeen bijna 20 % boven het gemiddelde van de Europese Unie ligt;

B. overwegende dat de kwaliteit van de curatieve zorg in België opmerkelijk is, wat tot uiting komt in een levensverwachting van 82,6 jaar (2024), een rechtvaardige toegang tot de zorg en een van de laagste sterftecijfers in Europa voor behandelbare aandoeningen;

C. gelet niettemin op de alarmerende vaststelling van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in zijn rapport van 2024, waarin België op de laatste plaats staat van de EU-14-landen wat de door preventie vermijdbare sterfte betreft, zowel bij mannen als bij vrouwen;

D. overwegende dat ons land momenteel minder dan 2 % van zijn gezondheidszorguitgaven aan preventie besteedt (ongeveer 1,15 miljard euro per jaar), terwijl het Europese gemiddelde 4 % bedraagt en buurlanden als Frankrijk, Duitsland en Nederland daaraan tussen 4 % en meer dan 5 % besteden;

E. overwegende dat jaarlijks bijna 25.600 sterfgevallen in België rechtstreeks toe te schrijven zijn aan gedragsgerelateerde risicofactoren (waarvan 12.500 sterfgevallen die gelinkt zijn aan roken) en dat de maatschappelijke kosten van drugs, alcohol en tabak worden geraamd op 4,63 miljard euro per jaar (1,19 % van het bbp);

F. overwegende dat 17 % van de volwassenen aan obesitas lijdt, dat het vaperen onder jongeren toeneemt en dat een op de vier tieners aangeeft herhaaldelijk dronken te zijn geweest; dat volgens de OESO 8,4 % van het totale gezondheidsbudget wordt besteed aan de behandeling van ziekten die verband houden met obesitas, wat het bbp met 3,3 % doet dalen;

G. overwegende dat de achterstand op het gebied van georganiseerde screening van kankers (met name van de dikke darm en van de baarmoederhals) en inzake vaccinatiegraad (zoals tegen HPV en griep bij ouderen) een onaanvaardbare gemiste kans vormt voor onze medeburgers;

H. overwegende dat de uitgaven in verband met arbeidsongeschiktheid uit de hand lopen en inmiddels de

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que la Belgique consacre environ 10,8 % de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé, soit environ 64 milliards d'euros par an (4570 euros par habitant), se situant près de 20 % au-dessus de la moyenne de l'Union européenne;

B. considérant que la qualité des soins curatifs en Belgique est remarquable, ce qui se traduit par une espérance de vie de 82,6 ans (2024), un accès équitable aux soins et un taux de mortalité traitable figurant parmi les plus bas d'Europe;

C. considérant néanmoins le constat alarmant dressé par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) dans son rapport de 2024, classant la Belgique au dernier rang des pays de l'UE-14 pour la mortalité évitable par la prévention, tant chez les hommes que chez les femmes;

D. considérant que notre pays consacre actuellement moins de 2 % de ses dépenses de santé à la prévention (environ 1,15 milliard d'euros par an), alors que la moyenne européenne s'élève à 4 % et que des pays voisins comme la France, l'Allemagne ou les Pays-Bas y consacrent entre 4 % et plus de 5 %;

E. considérant que près de 25.600 décès annuels en Belgique sont directement attribuables à des facteurs de risque comportementaux (dont 12.500 décès liés au tabagisme) et que le coût social des drogues, de l'alcool et du tabac est évalué à 4,63 milliards d'euros par an (1,19 % du PIB);

F. considérant que l'obésité touche 17 % des adultes, que le vapotage s'accroît chez les jeunes, et qu'un adolescent sur quatre fait état d'ivresses répétées; que l'OCDE estime que les pathologies associées à l'obésité absorbent 8,4 % des budgets de santé et réduisent le PIB national de 3,3 %;

G. considérant que le retard pris dans le dépistage organisé des cancers (notamment colorectal et du col de l'utérus) et dans les couvertures vaccinales (comme le HPV et la grippe chez les aînés) constitue une perte de chance inacceptable pour nos concitoyens;

H. considérant la trajectoire insoutenable des dépenses liées à l'incapacité de travail, devenues le troisième poste

derde grootste uitgavenpost van de sociale zekerheid zijn geworden (14,85 miljard euro in 2024, op weg naar meer dan 19 miljard euro tegen 2029);

I. overwegende dat het RIZIV eind 2025 maar liefst 576.643 langdurig zieken telde (+105.000 in vijf jaar), een stijging die te wijten is aan de vergrijzing en aan de verhoging van de pensioenleeftijd, maar ook aan aandoeningen waarvan bekend is dat ze grotendeels te voorkomen zijn (musculoskeletale aandoeningen, burn-out, hart- en vaatziekten en stofwisselingsziekten);

J. overwegende dat de huidige impasse het gevolg is van een ernstige institutionele disfunctie, namelijk dat de bevoegdheid op het gebied van preventie is versnipperd binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid;

K. overwegende dat er met name sprake is van een structurele discrepantie inzake financiële incentives: terwijl de deelstaten de begrotingskosten van het preventiebeleid dragen, worden de kosten van het uitblijven van maatregelen en de financiële voordelen van de voorkomen ziekenhuisopnames of het voorkomen arbeidsverzuim volledig gedragen en geïnd door de federale overheid (RIZIV);

L. overwegende dat het er absoluut op aankomt de strategische en budgettaire sturing van preventie op federaal niveau te leggen, aangezien dit het enige niveau is dat direct en onmiddellijk financieel voordeel haalt uit de verbeteringen op gezondheidsgebied;

M. overwegende dat uit de internationale wetenschappelijke literatuur en de systematische review van Masters et al. (2017) blijkt dat het mediane rendement van investeringen in maatregelen op het gebied van volksgezondheid 14,3 op 1 bedraagt, en voor nationale regelgevende en fiscale maatregelen 27,2 op 1;

N. overwegende dat op internationaal niveau reeds positieve resultaten werden geboekt (het cardiovasculair programma in Finland, de trapsgewijze belasting op suikerhoudende dranken in het Verenigd Koninkrijk);

O. overwegende dat het zaak is het jaarlijkse preventiebudget te verhogen van 1,15 naar 2,55 miljard euro per jaar (waarmee de drempel van 4 % voor gezondheidsuitgaven wordt bereikt), wat neerkomt op een extra investering van 1,4 miljard euro per jaar op kruissnelheid tegen 2030;

P. overwegende dat die investering zichzelf kan financieren, via een vernieuwd en doelgericht gedragsbelastingstelsel waarbij de frisdrankbelasting wordt omgevormd tot een progressieve, trapsgewijze heffing die de fabrikanten ertoe moet aanzetten de samenstelling

de la sécurité sociale (14,85 milliards d'euros en 2024, en route vers plus de 19 milliards d'euros d'ici 2029);

I. considérant que l'INAMI recensait 576.643 malades de longue durée fin 2025 (+105.000 en cinq ans), une hausse tirée par le vieillissement et le relèvement de l'âge de la retraite, mais aussi par des pathologies que l'on sait largement prévenir (troubles musculosquelettiques, burn-out, maladies cardiovasculaires et métaboliques);

J. considérant que le blocage actuel découle d'un dysfonctionnement institutionnel majeur: la compétence de la prévention est fragmentée au sein de la conférence interministérielle Santé publique;

K. considérant surtout le désalignement structurel des incitants financiers: alors que les entités fédérées supportent les coûts budgétaires des politiques de prévention, le coût de l'inaction et les bénéfices financiers des hospitalisations ou des arrêts de travail évités sont intégralement supportés et engrangés par le niveau fédéral (INAMI);

L. considérant la nécessité absolue de confier le pilotage stratégique et budgétaire de la prévention au niveau fédéral, seul niveau qui tire un bénéfice financier direct et immédiat des gains de santé;

M. considérant que la littérature scientifique internationale et la revue systématique de Masters et al. (2017) démontrent un retour sur investissement médian de 14,3 pour 1 sur les interventions de santé publique, et de 27,2 pour 1 sur les mesures nationales réglementaires et fiscales;

N. considérant les retours d'expérience concluants au niveau international (programme cardiovasculaire en Finlande, taxe à paliers sur les boissons sucrées au Royaume-Uni);

O. considérant qu'il convient de porter le budget annuel de la prévention de 1,15 à 2,55 milliards d'euros par an (atteignant le seuil de 4 % des dépenses de santé), soit un investissement supplémentaire de 1,4 milliard d'euros par an en rythme de croisière d'ici 2030;

P. considérant que cet investissement peut être autofinancé par une fiscalité comportementale renouvelée et ciblée, combinant à la fois la transformation de la taxe sodas en un prélèvement progressif par paliers visant à inciter les industriels à la reformulation, une trajectoire

van hun producten aan te passen, een meerjarentraject ter verhoging van de accijnzen op tabak en aanverwante producten met +10 % per jaar en de invoering van een minimumprijs per eenheid alcohol;

Q. overwegende dat de algehele tenuitvoerlegging van het plan vanaf 2027 een positief nettosaldo (0,3 miljard euro) zal opleveren, over de zittingsperiode 2027-2029 zal zorgen voor een gecumuleerde nettobesparing van 2,2 miljard euro en tegen 2032-2033 ten minste 3 miljard euro aan recurrente nettobesparingen per jaar zal bedragen;

R. overwegende dat dit evenwicht wordt bevorderd door een transversaal onderdeel gericht op efficiëntie in de gezondheidszorg (beleid rond generieke geneesmiddelen en *biosimilars*, relevantie van medische handelingen en beeldvorming, verschuiving naar ambulante zorg en administratieve stroomlijning) zonder dat dit leidt tot hogere facturen voor huishoudens of een verslechtering van de zorgkwaliteit;

S. overwegende, tot slot, dat het pact een doorslaggevende impact zal hebben op het menselijk welzijn, namelijk het voorkomen van 3800 tot 6400 vroegtijdige overlijdens per jaar en een stabilisatie van het aantal langdurig zieken, waardoor de op basis van de trendprognoses verwachte stijging van 50.000 bijkomende langdurig zieken tegen 2033 kan worden voorkomen;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. zo snel mogelijk een bindend samenwerkingsakkoord te sluiten waarbij een interfederaal agentschap voor preventie wordt opgericht, ondersteund door het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en Sciensano, voorzien van een geconsolideerd budget en beheerd volgens het één-investeerderprincipe;

2. een aantal bindende gezondheidsdoelstellingen bij wet vast te leggen tegen het jaar 2035, meer bepaald een vermindering van het percentage rokers tot minder dan 5 %, een stabilisering en vervolgens vermindering van obesitas bij kinderen, een daling van schadelijk alcoholgebruik met 20 % en overeenstemming met de Europese excellentiestandaarden voor vaccinatiegraad en screening;

3. het preventiebudget geleidelijk te verhogen van 1,15 miljard naar 2,55 miljard euro per jaar (ofwel 4 % van de totale gezondheidsuitgaven), inclusief een extra inspanning van 1,4 miljard euro per jaar zodra het pact op kruissnelheid is;

4. preventie op te nemen in de nomenclatuur van het RIZIV door middel van een specifieke en terugbetaalde

pluriannuelle d'augmentation des accises sur le tabac et les produits assimilés de +10 % par an et l'instauration d'un prix minimum par unité d'alcool;

Q. considérant que la mise en œuvre globale du plan génèrera un solde financier net positif dès 2027 (+0,3 milliard d'euros), un cumul d'économies nettes de +2,2 milliards d'euros sur la législature 2027-2029, et atteindra au moins 3 milliards d'euros d'économies nettes récurrentes par an à l'horizon 2032-2033;

R. considérant que cet équilibre est renforcé par un volet transversal d'efficience des soins de santé (politique des génériques/biosimilaires, pertinence des actes et imagerie, virage ambulatoire et rationalisation administrative) sans hausse de la facture pour les ménages ni dégradation de la qualité des soins;

S. considérant enfin l'impact humain décisif du Pacte: l'évitement de 3800 à 6400 décès prématurés par an et la stabilisation du nombre de malades de longue durée, permettant d'éviter 50.000 invalides d'ici 2033 par rapport aux projections tendanciennes;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de conclure dans les plus brefs délais un accord de coopération contraignant instaurant une Agence interfédérale de la prévention adossée à l'INAMI, au SPF Santé publique et à Sciensano, dotée d'un budget consolidé et gérée sous le principe d'un investisseur unique;

2. de fixer dans la loi des objectifs sanitaires contraignants à l'horizon 2035, notamment: descendre sous la barre des 5 % de fumeurs, stabiliser puis faire décroître l'obésité infantile, réduire de 20 % la consommation nocive d'alcool, et atteindre les standards européens d'excellence pour la couverture vaccinale et les dépistages;

3. de porter progressivement le budget de la prévention de 1,15 milliard d'euros à 2,55 milliards d'euros par an (soit 4 % des dépenses globales de santé), en prévoyant un effort supplémentaire de 1,4 milliard d'euros par an en rythme de croisière;

4. d'inscrire la prévention dans la nomenclature de l'INAMI en créant une consultation de prévention dédiée

preventieraadpleging bij de huisarts alsook van de volledige vergoeding van tabaksontwenning, voedingsbegeleiding en de regeling “sport op voorschrift”;

5. de financieringswijze van de ziekenfondsen te hervormen door een variabel gedeelte in te voeren dat afhankelijk is van de aandacht voor preventie bij hun leden;

6. de suikertaks te hervormen via een getrappt accijnsmodel op basis van het werkelijke suikergehalte (vrijstellingsdrempel op 4,5 g/100 ml en verhoogde belasting bij meer dan 8 g/100 ml), inclusief gezoete melkdranken en exclusief suikervrije dranken, teneinde de industrie te stimuleren de productsamenstelling aan te passen;

7. een meerjarenplan op te stellen voor een reële verhoging van de accijnzen op tabak, roltabak, e-sigaretten en nicotinezakjes met ongeveer 10 % per jaar over de gehele legislatuur;

8. een minimumprijs per alcoholeenheid in te stellen (van ongeveer 0,60 euro per alcoholeenheid), teneinde op te treden tegen goedkope alcoholproducten die op problematisch gebruik zijn gericht;

9. het geheel van de ontvangsten uit die gedragsfiscaliteit aan het Preventiefonds toe te wijzen;

10. vanaf 2027 in de eerstelijnszorg een nationaal “Ken uw cijfers”-programma uit te rollen (voor het monitoren van bloeddruk, cholesterol, bloedsuikerspiegel), het automatisch toezenden van stoelgangtests in Brussel en Wallonië te veralgemenen en nog meer ouderen te vaccineren tegen de griep;

11. vanaf 2028 een preventieprogramma voor diabetes type 2 uit te rollen (terugbetaling van coaching inzake gezonde levensstijl), over te gaan tot een georganiseerde en uniforme borstkankerscreening, en de HPV-vaccinatie voor meisjes en jongens uit te breiden tot de leeftijd van 26 jaar;

12. in 2029 te voorzien in de lancering van een gezamenlijk plan voor geestelijke gezondheid op het werk (preventie van burn-out en musculoskeletale aandoeningen) en van een nationaal programma voor longkankerscreening die zich richt tot tabaksgebruikers van 55 tot 74 jaar, waarbij scanning met een lage stralingsdosis wordt gebruikt;

13. in 2030 te voorzien in de tenuitvoerlegging van een plan ter bestrijding van obesitas bij kinderen (verbod op marketing gericht op kinderen, verplichte Nutri-Scorevermelding) en in een tweejaarlijks programma voor de vroege opsporing van melanomen;

et remboursée chez le médecin généraliste, la prise en charge intégrale du sevrage tabagique, l'accompagnement nutritionnel et le dispositif de “sport sur ordonnance”;

5. de réformer le mode de financement des mutualités en introduisant une part variable fondée sur la performance préventive de leurs affiliés;

6. de réformer la taxe sodas en adoptant un modèle d'accises à paliers basé sur la teneur réelle en sucre (seuil d'exonération à 4,5 g/100 ml et taxation renforcée au-delà de 8 g/100 ml), incluant les boissons lactées sucrées et exonérant les boissons zéro sucre, afin de pousser à la reformulation industrielle;

7. de programmer une trajectoire pluriannuelle d'augmentation réelle des accises sur le tabac, le tabac à rouler, le vapotage et les sachets de nicotine d'environ 10 % par an sur toute la législation;

8. d'instaurer un prix minimum par unité d'alcool (autour de 0,60 euros par unité d'alcool), afin de lutter contre les alcools à bas coût ciblés sur les consommations problématiques;

9. d'affecter l'intégralité des recettes de cette fiscalité comportementale au Fonds de la prévention;

10. d'organiser dès 2027 un programme national “Connaissez vos chiffres” (hypertension, cholestérol, glycémie) en première ligne, de généraliser l'envoi automatique à domicile des kits de dépistage colorectal pour Bruxelles et la Wallonie, et d'amplifier la vaccination contre la grippe chez les aînés;

11. de déployer dès 2028 un programme de prévention du diabète de type 2 (coaching de mode de vie remboursé), de basculer vers un dépistage organisé et unifié du cancer du sein, et d'étendre la vaccination HPV filles-garçons jusqu'à 26 ans;

12. de lancer en 2029 un plan conjoint de santé mentale au travail (prévention du burn-out et des troubles musculosquelettiques) et un programme national de dépistage ciblé du cancer du poumon par scanner basse dose pour les usagers du tabac âgés de 55 à 74 ans;

13. de mettre en œuvre en 2030 un plan de lutte contre l'obésité infantile (interdiction du marketing ciblé vers les enfants, Nutri-Score obligatoire) et un programme biennal de détection précoce du mélanome;

14. aan het KCE, naar het voorbeeld van het Britse NICE, de rol van wetenschappelijke hoeder van de preventie toe te vertrouwen, dat ermee wordt belast elke maatregel aan een voorafgaande kostenbatenanalyse te onderwerpen (kosten per gewonnen jaar in goede gezondheid) en regelmatige impactanalyses uit te voeren die aanleiding kunnen geven tot uitdovingsclausules;

15. in overleg met de deelstaten scholen nog meer in hun rol als motoren voor gelijkheid op gezondheidsvlak te bevestigen: via gedigitaliseerde gezondheidsrapporten, het gratis aanbieden van gezonde maaltijden in scholen die laag scoren op de sociaaleconomische index, via het waarborgen van één uur lichaamsbeweging per dag en het verbod op de verkoop van snacks en frisdrank binnen de schoolmuren;

16. uitvoering te geven aan het plan voor efficiëntie buiten preventie om (ontwikkelen van generieke geneesmiddelen en biosimilars, omkaderen van het gebruik van medische beeldvorming en handelingen met het oog op de relevantie ervan en ter voorkoming van overconsumptie, versnellen van de focus op ambulante zorg en administratieve vereenvoudiging);

17. te waarborgen dat niet aan het remgeld wordt getornd, dat de maximumfactuur wordt uitgebreid en dat nieuwe honorariumsupplementen worden verboden, teneinde de gerealiseerde besparingen rechtstreeks te herinvesteren in het verlagen van de zorgfactuur van de gezinnen.

11 september 2026

14. de confier au KCE le rôle de garant scientifique de la prévention ("NICE belge"), chargé de soumettre chaque mesure à une évaluation préalable coût-efficacité (coût par année de vie en bonne santé gagnée) et de réaliser des audits d'impact réguliers assortis de clauses d'extinction;

15. en concertation avec les entités fédérées, de renforcer le rôle de l'école comme vecteur d'équité en santé: bilans de santé numérisés, gratuité de repas sains dans les écoles à faible indice socio-économique, garantie d'une heure d'activité physique quotidienne et suppression de la vente de snacks et sodas dans les enceintes scolaires;

16. de mettre en œuvre le plan d'efficience hors prévention (développement des génériques et biosimilaires, encadrement de la pertinence de l'imagerie et des actes redondants, accélération du virage ambulatoire et simplification administrative);

17. de garantir le gel strict des tickets modérateurs, l'extension du maximum à facturer (MAF) et l'interdiction de nouveaux suppléments d'honoraires, afin de réinvestir les économies générées au bénéfice direct de la facture de soins à charge des ménages.

11 septembre 2026

François De Smet (DéFI)