

**Strategisch rapport voor de sociale
bescherming en insluiting
2006-2008**

BELGIË

Inhoud

Hoofdstuk I. Algemeen overzicht	5
Sectie 1.1. Beschrijving van de sociale toestand	5
1.1.1. Welvaart, sociale bescherming en armoede	5
1.1.2. Gezondheid en lange termijn zorg	5
1.1.3. Werk, activering en opleiding	6
1.1.4. Sociale zekerheidsuitkeringen en bijstand	6
1.1.5. Huisvesting	7
1.1.6. Demografie-houdbaarheid	7
Sectie 1.2. Algemene strategische benadering	7
1.2.1. Een sterke, leefbare, billijke en solidaire sociale zekerheid	7
1.2.2. De strategie van Lissabon en de onderlinge versterking van werkgelegenheid, het sociaal en het economisch aspect	9
1.2.3. Gezondheid: een nieuwe uitdaging	10
1.2.4. Beter bestuur	10
Hoofdstuk 2. Nationaal Actieplan Sociale Insluiting	12
Sectie 2.1. Sleuteluitdagingen, prioritaire doelstellingen en targets	12
2.1.1. Een goede en betaalbare woning voor iedereen	12
2.1.2. Activering en diversiteit: Meer mensen uit risicogroepen aan 't werk	12
2.1.3. Kinderarmoede: Doorbreken van de cirkel van de armoede	14
Sectie 2.2. Aan iedereen een kwaliteitsvolle en betaalbare woning garanderen door tussen te komen op de huurmarkt	16
2.2.1. Beleidsmaatregelen	16
2.2.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen	18
2.2.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken	18
Sectie 2.3. Ontwikkelen van de activering en de diversiteit in het tewerkstellingsbeleid en de maatschappelijke integratie	18
2.3.1. Beleidsmaatregelen	18
2.3.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen	21
2.3.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken	21
Sectie 2.4. Strijden tegen de armoede bij kinderen	22
2.4.1. Beleidsmaatregelen	22
2.4.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen	24
2.4.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken	24
Sectie 2.5. Maatregelen voor een beter beleid	24
2.5.1. Voorbereidend proces	24
2.5.2. Beleidscoördinatie	24
2.5.3. Mobiliseren en betrekken van alle stakeholders	25
2.5.4. Mainstreaming	25
2.5.5. Monitoring en maatregelen ter evaluatie	25

Hoofdstuk 3 –Nationaal Strategisch Pensioenrapport.....	27
Sectie 3.1. Toereikende pensioenen	27
3.1.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens	27
3.1.2. Maatregelen.....	28
A. Maatregelen voor een toereikend pensioeninkomen.....	28
B. Maatregelen voor het verzekeren van een aanvaardbare levensstandaard voor gepensioneerden.....	29
Sectie 3.2. Financiële houdbaarheid van pensioensystemen	30
3.2.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens	30
3.2.2. Maatregelen.....	30
A. Maatregelen voor de financiële duurzaamheid van de pensioenstelsels.....	30
B. Maatregelen voor een versterking van de opwaartse tendens inzake werkzaamheidsgraad.....	31
Sectie 3.3. Modernisering van pensioensystemen.....	32
3.3.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens	32
3.3.2. Maatregelen.....	32
A. Maatregelen die beantwoorden aan de behoeften van de moderne samenleving	32
B. Maatregelen die informeren	32
Hoofdstuk 4: Gezondheidszorg en langdurige verzorging	34
Sectie 4.1. belangrijkste uitdagingen en overzicht van de recente evoluties inzake gezondheidszorg en langdurige verzorging	34
Sectie 4.2. De gezondheidszorg	36
4.2.1. Beknopte beschrijving van het gezondheidszorgstelsel.....	36
4.2.2. De toegang tot de gezondheidszorg waarborgen: Universaliteit, Billijkheid, Solidariteit.....	36
A) Een ruime verplichte openbare verzekering die quasi de volledige bevolking dekt.....	36
B) Goede algemene toegankelijkheid	37
C) Maatregelen om de « financiële hinderpalen » te matigen	37
D) Maatregelen om de « niet financiële hinderpalen » te beperken	39
4.2.3. De kwaliteit van de verzorging bevorderen	40
A) Kwaliteitsverzorging voor allen!	40
B) De kwaliteit van de behandelingen	41
C) De kwaliteit van de zorgverleners.....	43
D) Respect van de rechten van de patiënt.....	43
4.2.4. De financiële leefbaarheid van toegankelijke en kwaliteitsverzorging garanderen.....	44
A) Evolutie van de uitgaven: beheerste trend, rekening houdend met de kostprijs van de veroudering.....	44
B) Vastlegging van een groeinorm van de openbare gezondheidsuitgaven	45
C) Monitoring van de openbare gezondheidsuitgaven	45
D) Werktuigen tot beheersing van de groeinorm van de openbare uitgaven voor de gezondheid	45
E) Andere beleidslijnen voor duurzaamheid.....	46
F) Aanvullende (of privé-) financiering van de gezondheidsuitgaven.....	47

Sectie 4.3. De langdurige verzorging	48
4.3.1. Korte beschrijving van het systeem van verzorging op lange termijn.....	48
4.3.2. De toegang tot verzorging op lange termijn verzekeren.....	49
A) Een zorgaanbod voor ouderen dat voortdurend verder ontwikkeld wordt om de evolutie van de behoeften op te vangen.....	49
B) Kosten en andere toegankelijkheidsproblemen in verband met de zorg voor ouderen.....	51
C) Een aanbod van langdurige verzorging dat zich specialiseert	52
D) De kostprijs en andere toegankelijkheidsproblemen voor de langdurige verzorging	53
E) De noodzakelijke samenwerking tussen deze verschillende diensten voor langdurige zorg voor ouderen	55
4.3.3. Bevordering van de kwaliteit van verzorging op lange termijn.....	56
4.3.4. De financiële leefbaarheid van toegankelijke kwaliteitsverzorging op lange termijn garanderen	57
 BIJLAGEN	 58
 Bijlage hoofdstuk I –.....	 59
Bijlage 1. Beschrijving en evaluatie van de sociale toestand.....	60
Bijlage 1.1. Analyse van de sociale situatie.....	60
Bijlage 1.2. Analyse van de performantie en de houdbaarheid van het sociaal beschermingssysteem.....	71
 Bijlagen Hoofdstuk 2*	 80
Bijlage Inclusie 1. Goede praktijken.....	81
Bijlage inclusie 2. Verslag over de uitvoering van het NAPIncl 2003-2005 en het Implementatieplan 2005-2006	102
Bijlage Inclusie 3. Alle acties in detail.	103
Bijlage Inclusie 4. Afkortingen.....	104
 Bijlagen Hoofdstuk III –.....	 105
 Bijlagen Hoofdstuk IV	 110
Bijlage 4.1. Beschrijvende Gegevens	111
Bijlage 4.1.1 Verdeling van bevoegdheden inzake gezondheid	111
Bijlage 4.1.2. Het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	113
Bijlage 4.2. Voorbeeld van « Good Practice ».....	118
Bijlage 4.3. Statistische analyse (door indicatoren).....	141

*De indicatoren van het NAPIncl zijn onder een afzonderlijke bijlage opgenomen.

Hoofdstuk I. Algemeen overzicht

Sectie 1.1. Beschrijving van de sociale toestand

1.1.1. Welvaart, sociale bescherming en armoede

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

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

1.1.2. Gezondheid en lange termijn zorg

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

De dekkingsgraad voor geneeskundige verzorging is voor zware medische ingrepen bijna volledig (99%) en wordt voor lichtere ingrepen (momenteel dekking van 94%) verder uitgebreid, met name via verplichte verzekering voor zelfstandigen. In vergelijking met de twaalf andere EU-lidstaten waarvoor al EU-SILC data werden verzameld in 2004 is het percentage mensen (16+) dat in België zegt in de voorbije twaalf maanden een medisch onderzoek of behandeling, om financiële redenen, te hebben uit- of afgesteld, beperkt: 1,8%. Indien ook tandheelkundig onderzoek in rekening wordt gebracht stijgt dit tot 4%. België scoort met deze percentages bij de beste lidstaten. Andere bronnen, met een andere bevragingwijze, leiden evenwel tot hogere cijfers. Een verdere ontwikkeling van de indicatoren voor dit en andere

aspecten van gezondheid en lange termijn zorg vormt een specifieke uitdaging. De meeste gezondheidsindicatoren wijzen op belangrijke verschillen tussen beter en minder goed gesitueerde bevolkingscategorieën. In dit kader is de, onder andere financiële, toegankelijkheid van de preventieve en curatieve gezondheidszorg een belangrijk aandachtspunt.

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

1.1.3. Werk, activering en opleiding

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

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

1.1.4. Sociale zekerheidsuitkeringen en bijstand

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

Op het vlak van het inkomen van bejaarden wijzen diverse indicatoren erop dat de inkomens van 65-plussers in België, die voor 84% uit pensioenen bestaan, gemiddeld en in internationaal vergelijkend opzicht, niet hoog zijn. Als voorbeeld zij verwezen naar de relatieve mediane inkomensratio, de verhouding van het netto mediaan equivalent inkomen van de bevolking van 65 jaar en ouder tot het mediaan equivalent inkomen van de complementaire jongere leeftijdsgroep van 0 tot 64 jaar bedraagt in

België 76%. Het EU25 gemiddelde is 87%. Via aandacht voor welvaartsaanpassingen, aandacht voor a-typische loopbanen van vooral vrouwen en voor pensioenen van zelfstandigen werd de afgelopen jaren getracht de toereikendheid van huidige en toekomstige pensioenen te verbeteren. Onlangs werd door de regering beslist om de bodembescherming voor ouderen (IGO) per 1/12/2006 op te trekken tot het niveau van de armoederisicogrens.

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

1.1.5. Huisvesting

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

1.1.6. Demografie-houdbaarheid

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

Sectie 1.2. Algemene strategische benadering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ten slotte wordt in het hoofdstuk insluiting de nadruk gelegd op **armoede bij kinderen**. Voor deze uitdaging is een mainstreaming benadering met aandacht voor

onderwijs, inkomens, werkgelegenheid, gezondheid, vervoer, ... onontbeerlijk. Met deze uitdaging wordt uitdrukkelijk verwezen naar de verantwoordelijkheid van de overheid om iedereen dezelfde kansen aan te bieden (en dus om ongelijkheid weg te werken).

1.2.3. Gezondheid: een nieuwe uitdaging

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

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

1.2.4. Beter bestuur

▪ Proces voor het opmaken van de strategische rapporten

Wat betreft de politieke coördinatie heeft België, wegens zijn grondwettelijke structuur, een praktijk van overleg tussen alle bevoegde wetgevende overheidsniveaus ontwikkeld¹: de federale regering, de Gewesten en de Gemeenschappen. Het NHP, dat werd opgemaakt in het kader van de strategie van Lissabon, werd tussen deze overheden gecoördineerd. Nieuwe structuren werden overigens voor het opmaken van dit strategische verslag ingevoerd om een coördinatie bij het opstellen zelf mogelijk te maken.

Onderhavig rapport, waarin de drie elementen van de OMC voor de eerste maal worden opgenomen, heeft evenzo aanleiding gegeven tot de oprichting van een passende structuur voor de opmaak en het overleg, die steunde op de netwerken die voor de vorige rapporten werden ingesteld.

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

Het verslag werd aan de sociale partners voor advies voorgelegd .

Er bestonden reeds passende processen en structuren voor de voorbereiding en de opvolging van het NAP-incl², waarbij een groot aantal actoren werden betrokken, waaronder de verenigingen van personen die in een situatie van armoede en sociale uitsluiting leven, maar ze werden versterkt om meer inspraak en een grotere doorzichtigheid van de processen mogelijk te maken. Zo werd de 'groep acties' aanzienlijk verruimd en op te merken valt eveneens dat hij het voorstel van strategische doelstellingen heeft voorgelegd. Het 'bottom up' proces werd eveneens versterkt omdat beter rekening werd gehouden met de talrijke aanbevelingen in het rapport « Abolir la pauvreté » dat in december 2005 door het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting werd gepubliceerd, en die afkomstig zijn van de overleggroepen die twee jaar lang zijn bijeengekomen in het kader van de « dialoogmethode ».

¹De bevoegdheidsverdeling inzake gezondheid wordt toegelicht in bijlage 4.1.1. van desbetreffend hoofdstuk. Wegens de meerdimensionale benadering van sociale insluiting zijn alle overheidsniveaus daarvoor bevoegd.

² België heeft gekozen voor het toevoegen van een NAP-incl als bijlage bij het rapport, zoals gewenst door de verenigingen.

- **Insluiting: proefproject: ervaringsdeskundigen**

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

- **Gezondheid**

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

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

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

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

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

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

Deel IV werd opgevolgd in verschillende middens:

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

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

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

Hoofdstuk 2. Nationaal Actieplan Sociale Insluiting

Sectie 2.1. Sleuteluitdagingen, prioritaire doelstellingen en targets

2.1.1. Een goede en betaalbare woning voor iedereen

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

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

De kwaliteit van de huisvesting blijkt voor niet EU-25 personen en huishoudens met kinderen en een lage werkintensiteit duidelijk minder goed te zijn. Deze categorieën blijken meer te wonen in woningen met twee of meerdere structurele problemen of met een gebrek aan ruimte. Zwakke sociale categorieën (alleenstaande ouders, werklozen, zieken/invaliden) blijken meer te wonen in woningen met twee of meer gebreken, evenals bewoners van een huurwoning. Brusselse huishoudens worden veel meer dan huishoudens uit andere gewesten geconfronteerd met een ruimtegebrek (17% tegenover ongeveer 4% voor de andere gewesten). Waalse en Brusselse huishoudens (23%) wonen meer in woningen met een structureel gebrek dan Vlaamse huishoudens (14%).

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

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

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

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

Vanuit de vaststelling dat werk een cruciale dam vormt tegen armoede en sociale uitsluiting werd reeds in het NAPIncl 2001-2003 activering als een belangrijke beleidsprioriteit naar voren geschoven. Activeringsmaatregelen om via financiële

stimuli, het wegwerken van werkloosheidsvallen en de verdere uitbouw van de sociale economie de tewerkstelling van risicogroepen te bevorderen zijn constanten binnen de reeds uitgevoerde NAPIncl.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	2005	2008	2010
België	13%	11%	10%

2.1.3. Kinderarmoede: Doorbreken van de cirkel van de armoede

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

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

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

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

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

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

	2003	2008	2010
België	17%	15%	12%

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

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

Sectie 2.2. Aan iedereen een kwaliteitsvolle en betaalbare woning garanderen door tussen te komen op de huurmarkt
--

2.2.1. Beleidsmaatregelen

As 1: Ingrijpen op het aanbod, zowel kwantitatief als kwalitatief

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

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

Op federaal niveau, zullen indicatieve huurschalen gedetermineerd worden in het kader van de paritaire huurcommissies. De mogelijkheid tot oprichting van een huurwaarborgfonds wordt onderzocht. Het Vlaamse huursubsidiestelsel zal vereenvoudigde modaliteiten kennen. Daarnaast wordt onderzocht in welke mate het besteedbaar inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met schulden, kan gehanteerd worden bij de inschrijving en toewijzing van een sociale huurwoning. De tegemoetkomingen in de huur zullen eveneens hervormd worden in Brussel en de toegang er toe vergemakkelijkt, o.a. voor specifieke doelgroepen wordt er een experiment voorzien. Daarnaast wordt een gewestelijke taks op leegstaande en verwaarloosde woningen ingevoerd, een Informatiecentrum voor Huisvesting opgericht en een administratieve vereenvoudiging doorgevoerd.

As 3. Toegang tot energie en water

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

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

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

As 5: De private huisvesting sociaal maken

In Vlaanderen zal het budget voor de Sociaal Verhuurkantoren verder verhogen, krijgen zij ruimere actiemogelijkheden en zal er een promotiecampagne gevoerd worden. Het Waalse Gewest voorziet eveneens in een herfinanciering van de Sociale Verhuurkantoren door steun aan de renovatie- en aanpassingswerken aan onbewoonde gebouwen die zij in beheer nemen. Een energie-audit wordt eveneens voorzien voor deze woningen. In Brussel zal het aantal woningen, beheerd door een sociaal verhuurkantoor, verhoogd worden met 2.000 eenheden. Door de uitvoering van het meerjarenplan van het "Netwerk Wonen" zullen verschillende sociale diensten aangeboden worden aan huurders die niet kunnen genieten van een sociale woning.

As 6. Versterken van de begeleiding van de daklozen

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

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

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

As 8: Ontwikkelen van de kennis over de problematiek.

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

2.2.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen

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

2.2.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken

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

Sectie 2.3. Ontwikkelen van de activering en de diversiteit in het tewerkstellingsbeleid en de maatschappelijke integratie

2.3.1. Beleidsmaatregelen

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

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

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

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

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

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

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

Om de duurzame socioprofessionele inschakeling in de arbeidsmarkt van de OCMW-cliënten te realiseren zet de federale overheid meerdere instrumenten in zoals de overeenkomsten met de OCMW's van de grote steden, de krachtlijn «Sociale insluiting» van de federale ESF-programmering en de maatregel tot bevordering van de inschakeling van de OCMW-cliënten in de bedrijfswereld. Wat betreft de geïntegreerde trajecten zullen de inspanningen van de OCMW's m.b.t. de diversifiëring van de tewerkstelling meer in rekening gebracht worden. In het Vlaamse strategisch

plan "geletterdheid" werden duidelijke prioriteiten gelegd en acties uitgewerkt. Met decreet betreffende het verwerven van een titel van beroepsbekwaamheid wil de Vlaamse overheid iedereen het recht in handen geven om een titel te verkrijgen voor wat hij of zij aan competenties verbonden aan een bepaalde beroepsuitoefening verworven heeft. In het Waalse Gewest voorziet de geïntegreerde maatregel voor de professionele inschakeling begeleiding op maat aan prioritaire doelgroepen: werkzoekenden die ver van de arbeidsmarkt staan waaronder de laaggeschoolden, langdurig werklozen, gerechtigden op het leefloon, gehandicapten en personen van vreemde herkomst. De actie van de OCMW's zal eveneens versterkt worden om de inschakeling van gerechtigden op het leefloon te bevorderen. Bovendien garandeert het luik socio-professionele inschakeling van het Plan HP eveneens een begeleiding aan permanente bewoners van een camping. Het Waalse Gewest zal eveneens handelen op het niveau van de professionele oriëntatie. In samenwerking met de Franse Gemeenschap, wordt een alfabetiseringsprogramma uitgevoerd. Voor de Franse gemeenschap is het doel van het samenwerkingsakkoord met het Waalse Gewest en de COCOF om de algemene capaciteit van alfabetiseringscursussen voor volwassenen te verhogen met 50 %. Het Waalse programma omvat eveneens een coherente strategie voor de strijd tegen de digitale kloof. Bovendien zal een sociale clausule ingeschoven worden in de openbare aanbestedingen. De validatie van de competenties, die georganiseerd wordt door het Waalse Gewest, de Franse Gemeenschap en in Brussel en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zal bijdragen tot het bieden van meer opleidingsmogelijkheden op de werkvloer en het verhogen van het volume en het niveau van de kwalificatie. Er zal een partnerschap ontwikkeld worden tussen de BGDA en de 19 Brusselse OCMW's om een socio-professioneel inschakelingsprogramma te realiseren voor gerechtigden op het leefloon of een equivalent ervan, terwijl de gewestelijke administratie personen met een "eerste contract" zal aanwerven.

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

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

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

Om de verduurzaming van overheidsopdrachten te bevorderen zal op federaal niveau een steunpunt duurzame overheidsopdrachten opgericht worden. De Gewesten hebben er zich in het kader van het samenwerkingsakkoord voor de meerwaardeneconomie toe verbonden de activiteitencoöperatieven te ondersteunen, terwijl de ICDO een referentiekader maatschappelijk verantwoord ondernemen uitwerkte. In Vlaanderen zullen de "actieplannen steden en gemeenten ter bestrijding van de jeugdwerkloosheid" worden uitgevoerd. Naast activering van de jongeren gaat het vooral om jobhunting, intensieve jobcoaching en het aanbieden van jobs op maat. Binnen de invoegeconomie creëert de Vlaamse Regering bijkomende kwaliteitsvolle jobs en gaat meer aandacht uit naar de kwaliteit van de arbeid en de omkadering op de werkvloer. In Wallonië zullen de inschakelingbedrijven en nabijheidsdiensten structureel ingebed worden door hun erkenning en subsidiëring te reglementeren, terwijl de versterking van de bestaande structuren moet toelaten om tewerkstelling bij te creëren en een evenwichtige territoriale ontwikkeling te verkrijgen. In Brussel zullen eveneens nieuwe tewerkstellingsplaatsen in de nabijheidsdiensten gecreëerd worden en wordt voorzien in installatie van een gewestelijk platform voor de sociale economie om de creatie van economische activiteiten te ondersteunen door bedrijvent centra en loketten voor de sociale economie.

As 6. Ontwikkelen van de kennis over de problematiek

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

2.3.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen

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

2.3.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken

De middelen die toegekend worden aan de onderscheiden acties worden toegelicht in de fiches in het monitoringsysteem. Maar de realisatie van de doelstelling om de activering en de diversiteit te ontwikkelen binnen de tewerkstelling gebeurt eveneens en vooral door de mobilisatie van aanzienlijke middelen die al voorzien zijn voor structurele maatregelen die al langer in voege zijn, zowel op het gebied van tewerkstelling als op belendende domeinen zoals onderwijs en vorming, sociale zekerheid, maatschappelijke hulpverlening, kinderopvang, justitie, de strijd tegen

racisme of zelfs gezondheid. Deze diversiteit in de benaderingen, die gepaard gaat met een diversiteit in bevoegde diensten en overheden en financieringsbronnen, vraagt een volgehouden inspanning op het gebied van samenwerking en coördinatie. Vandaar het belang van de verscheidene transversale beleidsmaatregelen die opgezet worden.

Sectie 2.4. Strijden tegen de armoede bij kinderen

2.4.1. Beleidsmaatregelen

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

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

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

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

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

Vlaanderen zal het basisonderwijs kosteloos maken voor wat nodig is om de eindtermen te bereiken. Voor de kostenbeheersing in het secundair onderwijs zal een maximumbijdrage vastgelegd worden. Daarnaast zal een nieuw financieringssysteem voor leerplichtonderwijs op basis van leerlingen- en schoolkenmerken ingevoerd worden. Opleidingen tot knelpuntberoepen krijgen daar bovenop een premie per leerling. Ook in de LOP's is kostenloosheid/kostenbeperking een bijzonder actueel thema. Eveneens onderneemt Vlaanderen heel wat inspanningen om de doelgroepen

die recht hebben op een studiebeurs maximaal te bereiken. De nieuwe, administratief vereenvoudigde wetgeving voor studietoelagen kent hogere maximumgrenzen en hogere toelages. De hertekening van gewoon en buitengewoon onderwijs, is momenteel voorwerp van maatschappelijk overleg. Scholen kunnen sinds het schooljaar 2005-2006 voorrangregelingen implementeren en een actief rekruteringsbeleid voeren om hun populaties te diversifiëren. Eveneens onderzoekt Vlaanderen hoe Onderwijs aan Anderstalige Nieuwkomers (OKAN) bijgestuurd kan worden. Ook worden er projecten ontwikkeld om bijvoorbeeld aan huiswerkbegeleiding te doen bij kansarme gezinnen. In de Franse Gemeenschap werden de scholen door een omzendbrief herinnerd aan de wetgeving m.b.t. de schoolkosten en werden er nieuwe maatregelen voorgesteld m.b.t. de kosten die kunnen gevraagd worden aan de leerlingen en hun familie. De herwaardering van het kwalificerend onderwijs wordt gestimuleerd door een verscheidenheid aan acties.

As 4. Ondersteunen van ouders in hun educatieve rol

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

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

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

As 6. Ontwikkelen van de kennis over de problematiek

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

2.4.2. Indicatoren en opvolgingsmaatregelen

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

2.4.3. Toegekende middelen om de doelstelling te bereiken

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

Sectie 2.5. Maatregelen voor een beter beleid

2.5.1. Voorbereidend proces

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

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

2.5.2. Beleidscoördinatie

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

Politieke beleidscoördinatie gebeurt er eveneens op regionaal vlak. In Vlaanderen werd er een sterk gestructureerde coördinatie geïnstalleerd voor de realisatie van het Vlaamse Actieplan Armoedebestrijding (zie de sectie van de goede praktijken). In Wallonië bestaan er eveneens gecoördineerde regionale actieplannen, waarbij het PST

3 zich specifiek richt op sociale insluiting maar een andere periode of maatregelen bevat dan deze van het NAPIncl. De maatregelen die weergegeven worden in het NAPIncl dienen voorafgaandelijk het onderwerp uit te maken van een beslissing op de Waalse regering. Om de coördinatie te vereenvoudigen besliste deze om in 2003 een opvolgingscomité op te richten voor Waalse luik van het NAPIncl en in juli 2006 om dit om te vormen tot een permanente interkabinettenwerkgroep, uitgebreid met de administraties en vertegenwoordigers van het middenveld. In Brussel valt de administratieve coördinatie onder de bevoegdheid van de GGC en haar 2 ministers. Deze administratie is wettelijk belast met de coördinatie tussen de verschillende politieke instellingen op het Brusselse grondgebied. In de strijd tegen de armoede zijn er verschillende instellingen betrokken (Gewest, Gemeenschapscommissie of Gemeenschap), die niet noodzakelijk vallen onder de bevoegdheden van de ministers die in het overleg betrokken zijn. In juli 2006 nam het Brusselse parlement een nieuwe ordonnantie aan die de synergie coördineert tussen de Brusselse overheden m.b.t. de staat van de armoede, de samenwerking m.b.t. het NAPIncl en de uitwerking van een Brussels Plan voor de strijd tegen de armoede.

2.5.3. Mobiliseren en betrekken van alle stakeholders

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

De betrokkenheid werd eveneens versterkt in de werkgroep indicatoren die er zich op toelede om de resultaten van het onderzoek-actie-vorming "Een andere benadering van armoede-indicatoren" te honoreren. (<http://www.armoedebestrijding.be/publicatiessteunpuntindicatoren.htm>).

2.5.4. Mainstreaming

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

2.5.5. Monitoring en maatregelen ter evaluatie

De werkgroep indicatoren zal de evolutie van de targets opvolgen en de betrokken overheden informeren indien de indicatoren niet de verwachte evolutie vertonen. De verschillende verantwoordelijke administraties zullen de mogelijkheid krijgen om zelf op de internetsite van de POD Maatschappelijke Integratie de elementen in te brengen om de uitvoering van de maatregelen op te volgen. Net zoals op federaal niveau (www.statbel.fgov.be) beschikken de Gewesten over statistische instellingen die methodes en instrumenten ontwikkelden om de indicatoren op te volgen die de socio-

economische evolutie van hun bevolking opvolgen. Zowel de Vlaamse administratie voor Planning en Statistiek (www.aps.vlaanderen.be), het Waals Instituut voor de evaluatie, Prospectie en Statistiek (www.statistiques.wallonie.be) als het Brusselse Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (www.observatbru.be/fr/Publications/barometre.asp) zijn onontbeerlijke en actieve partners in de werkgroep indicatoren. Sinds 2005 publiceert het Brusselse Observatorium een sociale barometer die volgende onderwerpen belicht: demografie, inkomen, tewerkstelling, huisvesting, gezondheid, opleidingsniveau, sociale integratie en participatie ([www.observatbru.be/documents/Barometre_Social_2005_1\(1\).pdf](http://www.observatbru.be/documents/Barometre_Social_2005_1(1).pdf)).

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

Hoofdstuk 3 – Nationaal Strategisch Pensioenrapport

Actualisering van het Belgisch nationaal Strategisch Pensioenrapport 2005

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

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

Sectie 3.1. Toereikende pensioenen

3.1.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens

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

Het armoederisicopercentage voor de totale bevolking, bij een armoederisicodrempel van 60% van het mediaan equivalent inkomen is in België voor het inkomensjaar 2003 (EU-Silc 2004) 15% terwijl het EU-25 gemiddelde 16% is. Voor de oudere leeftijdsgroep (65+) in België loopt het armoederisicopercentage op tot 21%. Dit percentage is significant hoger dan het EU-25 gemiddelde (18%). Daar in België voor de oudere leeftijdsgroep (65+) het aandeel van het pensioeninkomen ongeveer 84% van het globaal inkomen bedraagt is een toereikend pensioeninkomen een belangrijk instrument om bij deze oudere leeftijdsgroep een daling van het armoederisicopercentage te realiseren.

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

3.1.2. Maatregelen

A. Maatregelen voor een toereikend pensioeninkomen

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

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

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

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

In de regeling van de werknemers wordt, bij een loopbaan van minstens 15 jaar tewerkstelling waarin tijdens een jaar minstens een activiteit equivalent aan 1/3^e van de voltijdse tewerkstelling werd ontwikkeld een '**minimumrecht per loopbaanjaar**' toegekend. In dit geval gebeurt voor elk jaar de berekening van het pensioen minstens op basis van het gewaarborgd maandelijks minimumloon. Het bedrag dat als basis voor de berekening van het minimumrecht wordt genomen zal met 17% worden verhoogd. Dat heeft als resultaat dat de pensioenopbrengst voor die jaren op het peil van het gewaarborgd minimumpensioen wordt gebracht, pro rata de gewerkte duur. In deze doelgroep bevinden zich vooral vrouwen.

- **Maxistatuut voor de meewerkende echtgenoot (zelfstandigen)**

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

- **Verhoging van de Inkomensgarantie voor ouderen (sociale bijstand)**

In de voorbije jaren volgden de bedragen voor de Inkomensgarantie voor ouderen de welvaartsevolutie. Op 1/12/2005 werd het basisbedrag opnieuw met 10 euro per maand verhoogd. Ondanks deze verhoging situeert het huidig bedrag zich onder de armoederisicodrempel. Door de verhoging van het basisbedrag met 60€ op 1.12.2006,

komt het minimuminkomen van alleenstaande 65+ gelijk te liggen met deze risicodrempel.

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

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

Het loon- en inkomstenplafond wordt in de pensioenberekening om de twee jaar (eerste aanpassing in 1999) aangepast zodat de welvaartsevolutie gevolgd wordt. Vanaf 2008 valt de aanpassing van de loon- en inkomstenplafonds voor werknemers en zelfstandigen onder het wettelijk voorziene mechanisme betreffende de welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen (supra).

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

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

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

De zelfstandige kan een niet-verminderd vervroegd rustpensioen krijgen, voor zover hij het bewijs levert van een 'volledige beroepsloopbaan'. Vanaf 1 januari 2003 moest een volledige beroepsloopbaan 45 kalenderjaren tellen nu moet men 44 kalenderjaren bewijzen. De maatregel is van toepassing op de pensioenen die effectief en voor het eerst en ten vroegste ingaan op 1 januari 2006 en betreft zowel mannen als vrouwen.

- Versoepeling van de pensioenmalus voor zelfstandigen

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

Sectie 3.2. Financiële houdbaarheid van pensioensystemen

3.2.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens

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

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

De ramingen van de budgettaire kost door de Studiecommissie vallen lager uit dan deze van de lange termijn projecties die België, in het voorjaar 2006, aan de Ageing Working Group van het Economic Policy Committee van de EU geleverd heeft (cfr. bijlage deel 3).

In het kader van de vergrijzing van de samenleving zijn de doelstellingen waarbij de activiteitsgraad en de werkzaamheidsgraad verhoogd worden cruciaal. Een analyse hiervan gaat als bijlage, deel I bij het Algemeen Overzicht van voorliggend nationaal rapport.

3.2.2. Maatregelen

A. Maatregelen voor de financiële duurzaamheid van de pensioenstelsels

- **Verdere afbouw van de overheidsschuld en opbouw van de structurele reserves in het Zilverfonds.**

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

- **Verbreiding van de financieringsbasis van de sociale zekerheid door onder meer toewijzing van de ontvangsten van de roerende voorheffing**

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

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

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

Het rustpensioen wordt met een 'bonus' verhoogd op voorwaarde dat de werknemer of zelfstandige de leeftijd van 62 jaar heeft bereikt of een beroepsloopbaan van minstens 44 kalenderjaren bewijst, én zijn beroepsactiviteit voortzet. De maatregel is van toepassing op de pensioenen die effectief en voor het eerst ten vroegste ingaan op 1 januari 2007 en viseert enkel de gepresteerde periodes gelegen na 2005. De invoering van de pensioenbonus is een aanmoediging om de oudere werknemer en zelfstandige hun professionele loopbaan na de leeftijd van 62 jaar of bij minstens 44 loopbaanjaren voort te zetten. Deze beleidsmaatregel heeft tevens als bijkomend effect dat de levensstandaard bij pensionering (cfr. punt 3.1.1) verhoogt.

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

De opname van het aanvullend pensioen na een effectieve tewerkstelling tot aan de wettelijke pensioenleeftijd zal resulteren in een gunstiger fiscale behandeling. Voor werknemers die aan de slag blijven tot aan de wettelijke pensioenleeftijd, zal het belastingtarief voor het gedeelte dat opgebouwd is via premiebijdragen betaald door de werkgever verlaagd worden van 16,5% tot 10%. Voor zelfstandigen die minstens tot aan de wettelijke pensioenleeftijd actief blijven zal het opgebouwde kapitaal van aanvullende pensioenen bij de omzetting ervan naar fiscale lijfrente, slechts voor 80% in aanmerking worden genomen.

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

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

- Invoering gedifferentieerde loonplafonds bij de pensioenberekening (werknemers)

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

Sectie 3.3. Modernisering van pensioensystemen

3.3.1. Beleidsdoelstelling en contextgegevens

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

De voorbije decennia zijn vrouwen massaal toegetreden op de arbeidsmarkt. Meer dan bij mannen wordt hun loopbaan echter gekenmerkt door deeltijds werk en loopbaanonderbrekingen. Zo werkte in 2005 ongeveer 42,6% van de vrouwen deeltijds tegenover 7,8% van de mannen (cfr. bijlage bij deel 3). Het Belgisch pensioensysteem is onvoldoende mee geëvolueerd met die maatschappelijke ontwikkelingen. In het kader van het Generatiepact werd daarom eind 2005 gestart met het initiatief 'Vrouw en Pensioen' dat onder meer tot doel heeft de gevolgen van de arbeidssituatie van vrouwen op hun pensioen in kaart te brengen en waar nodig aan te passen aan de moderne behoeften van de moderne samenleving.

Daarnaast ging bijzondere aandacht uit naar het informeren van de bevolking. Uit sociologisch onderzoek blijkt immers dat zowel jongeren die hun loopbaan starten als ouderen die aan het einde van hun loopbaan komen, onvoldoende inzicht hebben in de opbouw van hun pensioenrechten. Keuzes tijdens de beroepsloopbaan moeten steeds kunnen gemaakt worden met kennis over de financiële gevolgen ervan op zowel korte als lange termijn. Voor jongeren is er dan ook een noodzaak hen grondig te informeren over de pensioengevolgen van hun loopbaankeuzes. Voor de actieven van de oudere leeftijdsgroepen is er een behoefte om een correcte inschatting van hun pensioen mogelijk te maken en hen zodoende te laten zien wat bijvoorbeeld één jaar langer werken als financiële consequentie heeft op hun pensioen.

3.3.2. Maatregelen

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

- Versoepeling van de toegang tot het Gewaarborgd minimumpensioenen

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

B. Maatregelen die informeren

- Informatie aan jonge vrouwen over loopbaankeuzes en pensioengevolgen: infobrochure 'Vrouw en Pensioen'

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

- Pensioeninfo op maat.

Via de website www.kenuwpensioen.be kan iedereen een betrouwbare simulatie krijgen van de berekening van hun toekomstig bruto rustpensioen. Een ander initiatief is dat elke 55 jarige vanaf 2006 automatisch een raming van zijn of haar toekomstig rustpensioen alsook een globaal loopbaanoverzicht ontvangt. De plus 55 jarigen

kunnen op aanvraag hiervoor een aangepaste berekening ontvangen. Het is tevens de bedoeling om tegen 2010 iedereen, ongeacht het pensioenstelsel waarin ze actief zijn geweest, toegang te geven tot een on-line pensioensimulatie. Hiertoe werd een nieuwe organisatie SIGeDIS opgericht.

Hoofdstuk 4: Gezondheidszorg en langdurige verzorging

Sectie 4.1. belangrijkste uitdagingen en overzicht van de recente evoluties inzake gezondheidszorg en langdurige verzorging

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

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

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

Voor een synthetische beschrijving van het Belgische systeem van gezondheidszorg, zie [bijlage 4.1.](#)

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

- Alhoewel inspanningen de jongste jaren werden geleverd om de financiële lasten voor de patiënten te verlichten teneinde sociale ongelijkheden weg te werken en de toegankelijkheid van de verzorging te bevorderen, blijven aanvullende maatregelen nodig. Concreet beschouwd zal het toepassingsmechanisme van de « maximumfactuur » worden uitgebreid. Ook de implantaten zullen beter worden

terugbetaald. De wetgeving over de 'toeslagen' zal worden gewijzigd. Ten slotte zal het statuut van rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming worden uitgebreid. Naast de financiële maatregelen zullen initiatieven worden genomen om de ongelijke verzorgingsconsumptie weg te werken, onder andere wat tandheelkundige verzorging betreft;

- Om de **kwaliiteit van de verzorging voortdurend te verbeteren** beoogt de overheid **gebruikersgerichte verstrekkingen** (aangepast aan hun behoeften) **met aandacht voor de continuïteit van de verzorging** te garanderen, namelijk door voorrang te geven aan eerstelijnsverzorging, een preventiebeleid, de vrije keuze van de patiënten en de beschikbaarheid van de informatie. Wat langdurige verzorging betreft, wordt bijzondere aandacht besteed aan coördinatie, met het oog op een geïntegreerd, permanent en multidisciplinair verzorgings- en voorzieningsaanbod dat aan de behoeften van de persoon is aangepast. De komende jaren zullen onder andere zorgtrajecten voor chronische patiënten worden uitgebreid en praktisch worden uitgevoerd;
 - Een van de uitdagingen voor de komende jaren bestaat erin voldoende verzorgend personeel te kunnen inzetten, gelet op de vergrijzing van de bevolking. Inspanningen zullen worden geleverd om de positie van de zorgverleners die instaan voor de eerstelijnsverzorging te versterken en om voldoende hulpverleners en verzorgenden een aantrekkelijk statuut aan te bieden. Verschillende vormen van verzorging zullen ook moeten worden uitgebreid, rekening houdend met de afhankelijkheidsgraad van de personen (verzorging in instellingen; dagverzorging, nachtverzorging, kort verblijf). Daartoe werd een meerjarenprotocol in 2005 met de verschillende bevoegde overheden gesloten;
 - **De kosten/efficiëntie-verhouding moet beter worden.** Daartoe worden steeds meer « *evidence medicine* » technieken zowel in het ziekenhuis als voor ambulante verzorging ontwikkeld voor een meer doeltreffend gezondheidsbeleid. Instrumenten zoals 'Health Technology Assessment' zullen steeds meer worden gebruikt, en goede praktijken zullen steeds meer worden uitgewerkt. Daarnaast, om de verzekering voor geneeskundige verzorging duurzaam veilig te stellen probeert de overheid de kosten (groeinormen) onder controle te houden, onder andere door alle gezondheidsactoren te « responsabiliseren »;
 - Het ontwikkelen van een **beleid tot bevordering van de gezondheid en van een gezonde levensstijl** is ook een prioriteit voor alle Gemeenschappen.
- Wat de « **good practice** » **voorbeelden** betreft, werden de 5 hierna volgende praktijken uitgekozen:
 - De "Maximumfactuur" als instrument om een betere financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging te garanderen;
 - De borstkankerscreeningsprogramma's om tumoren zo snel mogelijk op te sporen en zo de doeltreffendheid van de behandelingen te verhogen
 - Het project "Coma" als aangepast zorgtraject voor de patiënten in een persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of een minimum responsieve status (MRS);
 - Het interministeriële protocol "ouderen" nr. 3 waarbij het budgettaire en organisatorische kader van de investeringen voor de ouderenzorg in de verschillende gemeenschappen en gewesten gespreid wordt over 6 jaar;
 - De vaccinatieprogramma's die de verlaging van de morbiditeit en de mortaliteit van de vermijdbare besmettelijke ziekten beogen via de immunisatie van doelgroepen.

Zie [Bijlage 4.2](#) voor de analyse van deze voorbeelden.

Sectie 4.2. De gezondheidszorg

4.2.1. Beknopte beschrijving van het gezondheidszorgstelsel

In tegenstelling met sectie 4.3 in verband met de langdurige verzorging³, dekt de in deze sectie bedoelde verzorging hoofdzakelijk de individuele curatieve verzorging evenals de daarmee gepaard gaande beleidslijnen inzake gezondheid en de collectieve gezondheidsdiensten ingesteld om het beleid van preventie en volksgezondheid toe te passen.

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

Zonder op details in te gaan, willen we toch verduidelijken dat de Federale Staat uitsluitend bevoegd is voor het **« stelsel van de verplichte gezondheidszorgverzekering »** dat integraal deel uitmaakt van het Belgische sociale zekerheidsstelsel en dat, zoals men het kan zien in volgende sectie, voor een ruime waaier van verzorging de quasi totaliteit van de bevolking dekt⁴. Daarentegen zijn wat de volksgezondheid betreft (zorgaanbod, bescherming van de volksgezondheid) de verantwoordelijkheden verdeeld⁵ tussen de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten.

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

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

De verplichte openbare gezondheidszorgverzekering dekt bijna integraal de ganse bevolking⁶. Aldus, indien men als dekkingspercentage inzake gezondheidszorg het aantal personen neemt die in verhouding tot de ganse bevolking (met inbegrip van kinderen) op gebied van gezondheidszorg verzekerd zijn, dan komt men tot 99%⁷ (zie [statistische bijlage 4.3.](#)) dekkingspercentage voor de « *grote risico's* » (hoofdzakelijk ziekenhuisopname) en 94% voor de « *kleine risico's* » in België. Dit verschil komt voort uit het onderscheid dat op dit ogenblik wordt gemaakt tussen de dekking in het stelsel van de loontrekkers en dat van de zelfstandigen, dat thans enkel in de terugbetaling van de « *grote risico's* »⁸ voorziet. Dit onderscheid zal nochtans geleidelijk weggewerkt worden, inderdaad **heeft de regering beslist, de dekking van de kleine risico's uit te breiden tot de zelfstandigen, gedeeltelijk vanaf 1 juli 2006, aanvullend vanaf 1 januari 2008.**

De Belgische overheid heeft zich tot belangrijk doel gesteld, te zorgen voor het behoud binnen het stelsel van de personen die van deze bescherming genieten en voor bevordering van toetreding tot het systeem van diegenen, die daaruit uitgesloten

³ Zie [sectie 4.3.1.](#) voor de definitie van de langdurige verzorging .

⁴ De lezer zal [in bijlage 4.1.2.](#) een gedetailleerde beschrijving vinden van het stelsel van de verplichte gezondheidszorgverzekering..

⁵ De lezer zal [in bijlage 4.1.1](#) een meer volledige beschrijving vinden van de opdeling van de bevoegdheden evenals van de samenwerkingsakkoorden die een optimale coördinatie van de beleidslijnen inzake gezondheid beogen.

⁶ Zie [punt B van bijlage 4.1.2.](#)

⁷ Bron: OESO (Health Data 2006).

⁸ Voor meer details over de opsomming van de « *kleine risico's* » en de « *grote risico's* » gedekt door de verplichte gezondheidszorg- verzekering , zie [punt C van bijlage 4.1.2](#)

blijven. Aldus heeft de regering, om de dekking nog te verbeteren, onlangs haar bedoeling⁹ te kennen gegeven, de dekking ook toe te kennen aan niet vergezelde buitenlandse minderjarigen, die sedert minstens drie maanden het primaire of secundaire onderwijs volgen of, voor de jongeren die aangemeld werden bij een instelling van preventieve hulp aan de gezinnen.

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

Herinneren wij eraan dat de verzekering voor geneeskundige verzorging niet voorziet in geneeskundige verstrekkingen maar financieel tegemoet komt in de kosten van deze verzorging. Het bedrag van deze tegemoetkoming schommelt hoofdzakelijk in functie van de aard van de verstrekking en van de rechthebbende. Zonder op de details in te gaan willen we alleen noteren, dat het persoonlijke aandeel of « **remgeld** » in principe 25 % bedraagt maar dit kan, volgens het type van de prestatie, hoger of lager liggen. Noteren we reeds dat er met het oog op de verbeterde toegang tot de verzorging verschillende mechanismen bestaan, 'men zal hierop terugkomen in onderstaand punt C) om het persoonlijke aandeel van sommige patiënten ¹⁰ te "verlichten", waardoor het daadwerkelijke gemiddelde aandeel van de patiënt voor het geheel van de prestaties herleid wordt tot 8,43%. ¹¹

B) Goede algemene toegankelijkheid

Op basis van de indicatoren van het "unmet need"¹² haalt België bevredigende resultaten, vergeleken met het Europese gemiddelde (zie [statistische bijlage 4.3.](#)) Nochtans blijkt uit bepaalde indicatoren dat voor sommige prestaties zoals tandverzorging een verbetering mogelijk is.

Wat betreft de analyse van verschillende indicatoren zoals levensverwachting in goede gezondheid, kindersterfte, risicofactoren en talrijke statistieken van de laatste gezondheidsenquête, verwijzen wij de lezer naar de [statistische bijlage 4.3.](#)

C) Maatregelen om de « financiële hinderpalen » te matigen

Hoewel de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging als relatief ruim kunnen beschouwd worden, blijft het toch zo, dat de patiënt blootgesteld is aan kosten (remgeld, niet gedekte prestaties, verschillende supplementen) die soms hoog kunnen zijn, rekening houdend met zijn budget. Zonder te vergeten dat de regel van de « terugbetaling a posteriori » ([Zie punt F van bijlage 4.1.2.](#)) de patiënt verplicht het geld voor te schieten voor hij terugbetaling bekommt.

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

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

⁹ Wetsontwerp –gezondheid 2006, in werking treding voorzien op 1 januari 2007.

¹⁰ Voor alle details over de vastlegging van het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering en ook op de mechanismen die het aandeel van sommige patiënten verlichten, [zie punt E van bijlage 4.1.2.](#)

¹¹ Bij voorbeeld het daadwerkelijke aandeel van de verzekerde is gemiddeld slechts 1,39% voor verpleegkundige verzorging maar het stijgt tot gemiddeld 22,88% voor kinesitherapieverzorging. (Bron RIZIV ; cijfers voor het jaar 2005)

¹² Indicator die het percentage aangeeft van de bevolking die een bepaalde verzorging soms moet uitstellen of daarvan moet afzien

Het « *RVV* » kent hogere terugbetaling toe aan bepaalde « sociale categorieën » van personen die niet actief zijn op de arbeidsmarkt (zoals invaliden, gepensioneerden, gehandicapte) waarvan het jaarlijkse inkomen niet hoger ligt dan een bepaald bedrag (heden ten dage 13.246 Eur, verhoogd met 2.452 Eur per kind ten laste). Er dient opgemerkt te worden dat de regering beslist heeft vanaf 2007 het *RVV* uit te breiden tot **ALLE** huishoudens, waarvan het inkomen lager ligt dan een te bepalen plafond..

De « *MAF* » bepaalt een maximumprijs (die schommelt in functie van het inkomen van het huishouden) van jaarlijkse uitgaven per gezin inzake terugbetaalbare geneeskundige verzorging **De « maximumfactuur » is in feite het basisinstrument van de actie voor de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging dankzij zijn zeer ruim actiegebied** (iets meer dan 500 000 Belgische huishoudens hebben in 2005 van deze maatregel kunnen genieten.). Dankzij de *MAF* kunnen de remgelden geplafonneerd worden, wat een verlichting betekend van de last van de patiënten, vooral voor de categorieën met het laagste inkomen (zie [bijlage 4.2. « Good practice »](#)). Om de draagwijdte van dit mechanisme nog te verhogen werd beslist de persoonlijke tegemoetkomingen, waarmee rekening gehouden wordt in de *MAF* teller, uit te breiden , dit is bijvoorbeeld het geval van de magistrale voorbereidingen en de kosten ; verbonden met het afleveren van implantaten.

- Vermelden we bij de niet doelgerichte maatregelen waarmee het persoonlijke aandeel van de patiënten verlicht wordt , onder andere :
 - vermindering met 30 % op het bedrag van het remgeld ingeval van raadpleging van een huisdokter voor alle personen in het bezit van een « **globaal medisch dossier** » (zie *GMD* in bijlage)
 - Een constant beleid van vermindering van geneesmiddelenprijzen , gekenmerkt door:
 - Regelmatige **verplichte prijsverminderingen**.. Aldus waren er op 1 juli 2006 niet minder dan 1400 geneesmiddelen, vooral oudere specialiteiten waarvan de prijzen verminderd werden (gemiddeld met 2 % maar in bepaalde gevallen veel meer);
 - Meer gunstige terugbetalingen voor de geneesmiddelen, goedkoper op de markt, wat men « **referentie terugbetaling** » noemt.
 - Sedert 2006 terugbetaling van verschillende **werkelijk innoverende geneesmiddelen** niettegenstaande hun enorm hoge kostprijs (onder andere geneesmiddelen tegen kanker, zoals Herceptine en Erbitux) dankzij verhoging van het budget voor geneesmiddelen.
 - Sensibiliseringcampagnes met als doel , de voorschrijvers aan te sporen tot het voorschrijven van een minimum percentage, op straffe van sanctie¹³, van **generische geneesmiddelen** (30 % minder duur dan de geneesmiddelen onder octrooi) vanaf 1 april 2006.
 - Concurrentievergelijking van farmaceutische firma's om de laagst mogelijke prijs te bekomen ,via een systeem van oproep tot aanbesteding , bekend als het « **Kiwi model** », werd ingesteld voor twee moleculen met een belangrijk marktaandeel. Dit systeem zal verder ontwikkeld worden.

In verband met de moeilijkheden die gepaard gaan met het mechanisme van de « terugbetaling à posteriori » bestaan er verschillende maatregelen met de hoop, dat de zorgverleners « principe van de derde betaler »¹⁴ zouden kunnen toepassen ten voordele van personen in precare economische situatie. In deze logica bestaat er een

¹³ Waarvan de aard nog nader moet bepaald worden

¹⁴ Verplicht voor zienhuisopname, klinische biologie, en geneesmiddelen (Zie [punt F van bijlage 4.1.2.](#))

specifiek systeem van « *forfaits* »¹⁵ in het medische huis ¹⁶ (ambulante verzorging) ; 150.000 personen genieten hiervan

Trouwens mag erop gewezen worden, dat talrijke OCMW ¹⁷ de mogelijkheid van een "*medische kaart* »¹⁸ bieden voor terugbetaling van basisverzorging. In het Brusselse Gewest bij voorbeeld zijn de 19 OCMW van de Brusselse gemeenten akkoord geraakt over terugbetaling van een lijst van essentiële geneesmiddelen. Nog steeds in het Brusselse Gewest, maar ook in het Waals Gewest, is het niet zonder belang te verwijzen naar een delicate toestand in het geval van toegankelijkheid tot geneeskundige verzorging van personen zonder wettelijke woonst. Deze personen hebben recht op Dringende Medische Hulp maar de procedure om deze verzorging te bekomen (via een getuigschrift, ingevuld door een zorgverlener en voor te leggen aan het OCMW) is niet altijd gekend bij de verschillende betrokken personen en de administratieve drempel ligt tamelijk hoog, wat de toegang tot onontbeerlijke geneeskundige verzorging voor deze personen soms beperkt.. Diverse initiatieven zouden kunnen overwogen worden om de zichtbaarheid van de procedure te vergroten¹⁹.

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

Bovendien werd een « toelatingsverklaring » ²⁰ ingevoerd om een grotere transparantie ten overstaan van de patiënt te waarborgen en hem bewust van te maken van de gevolgen van zijn keuze.

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

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

Wat betreft de toereikendheid van het zorgaanbod kent België geen tekortverschijnsel, noch dat van de wachtlijsten (Zie [statistische bijlage 4.3.](#)).

Nochtans komt een meer doorgedreven structuur van het Belgische ziekenhuiswezen geleidelijk tot stand. Zij wil een aanpassing van het aanbod qua ziekenhuisverzorging in een gegeven geografische zone, met name "**zorgbekken**" aan de behoeften van de

¹⁵ In het kader van een contract, getekend tussen patiënt, zijn verzekeringmaatschappij en het medische huis kan het verzekeringsorganisme rechtstreeks betalen aan het "medische huis", elke maand en per geabonneerd persoon in orde met de ziekenkas , een vaste som: het forfait betalen. Het forfaitaire bedrag wordt berekend op basis van de gemiddelde kostprijs van de RIZIV terugbetalingen in het systeem van de betaling per act, maar het eventuele remgeld blijft in elk geval ten laste van de patiënt

¹⁶ De « medische huizen » zijn zelfbeheerde verenigingen die primaire geneeskundige verzorging verlenen Er wordt in ploeg gewerkt met huisdokter, kinesitherapeuten, verplegers, paramedici, sociale werkers, opvangpersonen, beroepsmensen van de geestelijke gezondheid ..

¹⁷ Openbare Sociale Actie centra.

¹⁸ Het OCMW kan in bepaalde voorwaarden een kaart toekennen, waarmee de patiënt zich gratis kan laten verzorgen bij een door het OCWM erkende huisdokter of een medische raadpleging in een ziekenhuis van een bepaald net..

¹⁹ Namelijk door de oprichting van "gezondheidsrelais" bij de "sociale relais " in het Waals Gewest

²⁰ Het gaat om een document dat uitlegt welke kosten moeten verwacht worden in het kader van een ziekenhuisopname en dat verplicht aan elke patiënt moet uitgereikt worden ten laatste op het ogenblik van zijn opname.

bevolking. Deze nieuwe structuur voorziet ²¹ een optimaal aanbod van hulp en diensten in functie van de huidige en toekomstige behoeften van de bevolking van elke zone. Deze aangepaste geografische spreiding van de uitbatingsites moet op termijn de toegang tot gespecialiseerde verzorging voor het geheel van de bevolking waarborgen.

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

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

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

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

4.2.3. De kwaliteit van de verzorging bevorderen

A) Kwaliteitsverzorging voor allen!

Alle Belgische overheidsinstanties, bevoegd voor gezondheid zijn zich ervan bewust, dat de kwaliteit van de verzorging een constante aandacht vereist. Buiten het naleven van de toepasselijke erkenningnormen moet de overheid erover waken, dat de zorgverlenende instellingen aan elke gebruiker verantwoorde verzorging verleent, die beantwoordt aan de vereisten van doeltreffendheid, efficiëntie, continuïteit, sociale gebruikersgerichte aanvaardbaarheid, zonder welk onderscheid ook ²². Hiertoe wordt bijzondere aandacht besteed, onder andere, aan de eerstelijnsverzorging, aan preventiepolitiek, betrokkenheid van de patiënten, vrijheid van keuze en beschikbaarheid van de informatie. .

Teneinde een structuur te krijgen tot steun aan de beslissing inzake beleidslijnen in verband met geneeskundige verzorging werd het « **Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg** » (KCE)²³ opgericht om te werken aan een grote

²¹ Door inspelings op de waaier van regelingwerktuigen waarover de federale, gewestelijke en communautaire regeringen beschikken: programmering, erkenningsnormen, financieringregels. ...

²² Noteren we dat een Vlaams decreet van oktober 2003 betreffende de kwaliteit van geneeskundige verzorging de zorgverlener verplicht hun prestaties te verlenen zonder enig onderscheid (leeftijd, geslacht, ideologische, filosofische of religieuze overtuiging in verband met de patiënt..

²³ <http://www.kenniscentrum.be/>

toegankelijkheid van een kwaliteitsverzorging, daarbij rekening houdend met de groeiende behoeften en de beperkingen van de beschikbare budgetten. De activiteiten van het KCE kunnen in vier onderzoeksgebieden onderverdeeld worden. :

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

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

Ten slotte, zoals aangestipt in de sectie en in bijlage 4.1., met voorbehoud van bevoegdheden, die voorbehouden zijn aan de federale overheid, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor opleiding tot gezondheid en ook voor de activiteiten en diensten op stuk van "**preventieve geneeskundige verzorging**". Deze laatste groeperen onder andere de initiatieven met het oog op verbetering en bescherming van de gezondheidstoestand van de bevolking. Voor het **vaccinbeleid** maken kosteloze vaccins en vaccinaties deel uit van het huidige gezondheidsbeleid ([zie bijlage 4.2. « good practice »](#)). Kinderen en jongeren kunnen gratis gevaccineerd worden via de georganiseerde preventiediensten. Vaccins tegen polio, difterie, tetanos, kinkhoest, hepatitis B, haemophilus influenza van type B, mazelen, bof, rode hond en meningococ van serogroep C zijn kosteloos. Door het kosteloze en niet stigmatiserend aanbod van deze preventieve maatregelen verkrijgt men goede resultaten op stuk van gezondheid ook in kwetsbare groepen, b.v. personen die in armoedetoestand²⁴ leven ([zie statistische bijlage 4.3.](#))

Wat het **opsporingsbeleid** betreft werd een protocol afgesloten met het oog op samenwerking tussen de Federale Staat en de Gemeenschappen op stuk van massa opsporing van borstkanker door mammografie ([zie bijlage 4.2. « Good practice »](#)). Er werden trouwens informatiecampagnes over het opsporingsprogramma van deze kanker gelanceerd. Een preventief mammografisch onderzoek wordt om de twee kalenderjaren aangeboden aan vrouwen van 50 tot 69 jaar, die nog niet voor borstkanker behandeld werden en die niet regelmatig een controle onderzoek ondergaan. (Zie [statistische bijlage 4.3.](#) voor de mammografie %).

B) De kwaliteit van de behandelingen

B1. Verschillende « good evidence medicine » initiatieven

De praktijken eigen aan de ziekenhuisomgeving:

Rekening houden met de « Good evidence medicine » wordt steeds meer beschouwd als onontbeerlijke bijdrage tot de realisatie van een efficiënt

²⁴ Wij vestigen nochtans de aandacht op het feit dat de toegankelijkheid tot bepaalde preventieve geneeskundige verzorging zwakker is voor de socio-economisch zwakste groepen en ook voor de weinig geschoolde personen (zie [statistische bijlage 4.3.](#))

gezondheidsbeleid. In de ziekenhuisomgeving ontstonden volgende praktijken in België .::

- De "*klinische trajecten*" (KT) zijn een geheel van methoden en middelen waarmee de tussenkomsten van de leden van de multidisciplinaire en interprofessionele ploeg te harmoniseren en akkoorden af te sluiten over de taken voor een « specifieke bevolking van patiënten" . De organisatie van de verzorging tussen de instellingen (doorzendsystemen) en de samenwerking tussen de primaire verzorging en de hogere niveaus kan geoptimaliseerd worden dankzij het KT.

Het "*beheer van het klinische risico*" bevat een reeks concepten, methoden en technieken om ongewenste of negatieve resultaten van het verzorgingsproces zoveel mogelijk te vermijden. De Federale overheid steunt 2 onderzoeksprojecten. Het eerste betreft de medicatiefouten, 17 ziekenhuizen werken hieraan mee. Het tweede onderzoeksproject wil de haalbaarheid van de extractie van een geheel van veiligheidsindicatoren onderzoeken op basis van bestaande administratieve gegevensbanken.

- Een multidisciplinair "*medisch-farmaceutisch comité*" (MFC) is in elk ziekenhuis voorzien door de wetgeving inzake ziekenhuizen, teneinde een doeltreffend en rationeel gebruik van de geneesmiddelen in een instelling te waarborgen
- Sedert 1999 werden « *geneesherencolleges*" op verscheidene gebieden opgericht. De colleges hebben een dubbele opdracht: de kwaliteit nader te verduidelijken, vooral ten opzichte van de beroepsbeoefenaars en de bilaterale uitwisseling van informatie over de medische praktijk tussen de overheid en de prestatieverleners in de hand werken. Concreet betekent dit, dat hun taken er onder andere uit bestaan, in consensus de indicatoren van de kwaliteit en de evaluatiecriteria op stuk van goede medische praktijk te bepalen, eventuele bezoeken te organiseren, opgetekende gegevens te controleren, rapporten op te stellen en te zorgen voor feedback voor de ziekenhuizen en de betrokken geneesheren....

De praktijken niet eigen aan de ziekenhuisomgeving

Het begrip '*verzorging op maat*' werd uitgewerkt voor aandoeningen zoals mucoviscidose, neuromusculaire ziekten, hersenaandoening, spina bifida, erfelijke monogenische aandoeningen, ... Het concept berust op een systeem van contracten met « referentiecentra » die zich verbinden tot een globale en longitudinale verzorging van deze patiënten, in functie van hun noden die kunnen verschillen naar gelang van het stadium van de ziekte (bijv. diagnose, afhankelijkheidsfase, palliatieve fase) en naar gelang van de ernst en de complexiteit van de aandoening.

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

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

Eens het « **programmeerbeleid** » op federaal niveau bepaald, hoeveel ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, secties, functies en bedden zijn dan nodig ? Indien deze berekening gebeurt in functie van de behoeften van de bevolking en van de

toekomstige perspectieven ²⁵ houdt die eveneens rekening met de geografische spreiding en tracht dit te doen in de voorwaarden van een gezond beheer, wat een bepaalde rationalisering in het gebruik van de middelen vereist. Zoals reeds aangehaald in punt D van afdeling 4.2.2., beoogt de structuur « **zorgbekken** » aldus een optimale geografische spreiding van de voorzieningen voor iedere zone.

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

C) De kwaliteit van de zorgverleners

- De traditionele manier om te komen tot kwaliteitsverzorging is het opleggen van "**erkenningnormen**"

- Om erkend te worden moet een verzorgingsinstelling²⁶ voldoen aan erkenningnormen die men « *Goedkeuring* » noemt. Het gaat onder andere over:
 - o algemene organisatie (minimum activiteitsniveau, vereist minimum bedden capaciteit, types van verzorgingsprogramma's...)
 - o Organisatie en werking van alle dienstentypen (vereisten qua technische uitrusting, medisch en paramedisch personeel, verpleegpersoneel...)

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

- Hetzelfde geldt voor het medische en paramedische personeel dat ook aan bepaalde normen moet voldoen om hun beroep uit te oefenen. Zo wordt een « *accreditatie* » toegekend aan elke dienstverlener die voldoet aan de minimum vastgelegde voorwaarden inzake continu opleiding, evaluatie (door gelijken) en activiteit (minimum aantal patiënten). Deze *accreditatie* geeft recht op een bijkomend forfaitair jaarlijks "honorarium".
- Buiten de noodzaak, aangepaste erkenningnormen te hebben, zijn nog andere kwaliteitscriteria van de verleners belangrijk :
 - Om een kwaliteitsaanbod te garanderen moeten de verleners voldoende talrijk zijn. Zoals aangehaald in punt D van de sectie 4.2.2. kent België geen echt armoedevervalsing van de verleners, noch dat van de wachtlijsten.
 - Er bestaan systemen van evaluatie door de gelijken (« *Peer review* ») en dit om de verleners wederzijds te motiveren. Zo wordt op dit ogenblik via het concept van de "ziekenhuisprestatie" op basis van bestaande gegevensbanken een individuele, multidimensionale en geïntegreerde feedback van de administratieve gegevens van de ziekenhuizen uitgewerkt ter attentie van de ziekenhuizen. Bedoeling is, de ziekenhuizen toe te laten hun positie in het Belgische ziekenhuislandschap te bepalen, zodat ze voor zichzelf objectieven en verbeteringacties kunnen bepalen en kwaliteit op een prospectieve manier kunnen beheren.,

D) Respect van de rechten van de patiënt

De formulering preciseert « **rechten van de patiënt** » in een duidelijke en eenvoudige wet en vormt een belangrijk instrument voor de bevordering van de

²⁵ Met behulp van wiskundige regels en formules op basis van bevolkingscijfers, leeftijds piramide, ziekte cijfer.....

²⁶ Wat de ziekenhuizen betreft geldt hetzelfde voor elke dienst, functie, afdeling, medische dienst, medisch-technische dienst en daarin uitgewerkte verzorgingsprogramma's

kwaliteit van de geneeskundige verzorging en onder andere voor een goede relatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Volgens de wet heeft de patiënt in zijn relatie met een beroepspracticus verschillende rechten: recht op kwaliteitsprestaties, recht op vrije keuze van de beroepspracticus, recht op alle hem betreffende informatie, recht op een zorgvuldig bijgehouden en op een veilige plaats bewaard patiëntendossier, recht op bescherming van zijn privé leven ..enz.

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

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

4.2.4. De financiële leefbaarheid van toegankelijke en kwaliteitsverzorging garanderen.

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

De Studiecommissie voor de Veroudering (CEV) vindt, in haar laatste verslag van mei 2006, dat de openbare uitgaven voor de gezondheid van 7,1%²⁷ van het BNP in 2005 naar 10,8% zullen opklimmen in 2050. Deze projecties houden rekening zowel met de demografische factoren (effect van volume en effect van de veroudering van de bevolkingen) als met niet-demografische factoren. De projecties maken onderscheid tussen de evolutie van acute verzorging (die van 6,2% naar 8,6% van het BNP van 2005 tot 2050 zouden stijgen) en de uitgaven voor de langdurige verzorging (die van 0,9% naar 2,2% van het BNP van 2005 tot 2050 zouden stijgen).

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

Voor meer informatie over de evolutie van de uitgaven en hun projectie, zie [statistische bijlage 4.3](#).

Om aan deze stijgende uitgaven het hoofd te bieden is de vaststelling van een **globale groeinorm van de uitgaven**, wat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging betreft, van kracht sedert het dienstjaar 1995 en werd vastgelegd op **4,5 %** per jaar **buiten inflatie**²⁸, voor de jaren 2004 tot 2007 (zie B hieronder).

²⁷ Volgens de methodologie SHA (System of Health Accounts) van de OESO bedroegen de totale gezondheidsuitgaven in België 9,9% van het BNP in 2003 (ongeveer 10,1% in 2004 volgens de ramingen) waarvan 70% overheidsuitgaven en 30% privé-uitgaven. .

²⁸ Noteren we dat het in deze norm alleen gaat om uitgaven voor geneeskundige verzorging die door de ziekteverzekering terugbetaald wordt. Dit bedrag omvat dus niet de remgelden ten laste van de verzekerden, de prestaties (of materiaal of geneesmiddelen) die niet vermeld staan in de lijst nomenclatuur) van de terugbetaalde verzorging ... enz.

B) Vastlegging van een groeिनorm van de openbare gezondheidsuitgaven

Het principe luidt, van jaar tot jaar het maximum toegelaten bedrag van de uitgaven vast te leggen (terugbetaling van de opgenomen verleningen) van de verplichte verzekering gezondheidszorg, rekening houdend met de vastgestelde groeिनorm (4,5 % per jaar buiten inflatie, voor de jaren 2004 tot 2007), dit bedrag noemt men « **Globale budgettaire doelstelling** »²⁹. In 2004 werd een duidelijke overschrijding van deze globale budgettaire doelstelling waargenomen. In 2005 was er nog een heel lichte overschrijving. (de "trend uitgaven" is dus omgebogen tot onder 4,5% van de reële groei). De eerste indicaties schijnen erop te wijzen, dat de globale budgettaire doelstelling gehaald zou moeten worden in 2006.

Het is het RIZIV dat gelast is met de jaarlijkse uitwerking van het budget van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Aangezien de behoeften elk jaar anders liggen en niet dezelfde zijn voor alle sectoren, brengt dit met zich mee, dat deze Global OB elk jaar verdeeld en onderverdeeld is in « **Gedeeltelijke Budgettaire Doelstellingen** » per grote medische en paramedische rubrieken. .

Om deze verdeling uit te voeren steunen de verantwoordelijke instellingen op verschillende elementen: de beschrijving en financiële raming van de kosten van de « nieuwe behoeften » (lijst van de nog niet (of onvoldoende) door de ziekteverzekering gedekte prestaties ; de technische berekeningen door de diensten van het RIZIV geven het geraamde bedrag van de toekomstige uitgaven: de mogelijkheden tot besparing op de bestaande prestaties ; afschaffing van de in onbruik geraakte prestaties, vermindering van de honoraria, modulering van de remgelden, wijziging van de toegangsregels en van de terugbetaling van de prestaties ... enz.). Voor meer details over de budgettaire procedure, zie [punt A van bijlage 4.1.2](#).

C) Monitoring van de openbare gezondheidsuitgaven

Eens deze Gedeeltelijke budgettaire doelstelling vastgelegd (in de loop van het tweede semester van het vorige jaar), wordt een « **Follow up procedure** » ingesteld om de verwezenlijking van deze doelstellingen na te gaan en dus om te zorgen voor het naleven van de norm.. In de loop van het jaar in kwestie worden de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging regelmatig geanalyseerd. Eerste doel van deze analyse is, zo spoedig mogelijk een (risico van) overschrijding van de vastgelegde gedeeltelijke budgettaire doelstelling te kunnen opsporen (voor elke gedeeltelijke budgettaire doelstelling) en zo vlug mogelijk de gepaste maatregelen te treffen om de budgetten te respecteren. Gedurende het betrokken jaar ontvangt het RIZIV op maandelijkse basis (met verschuiving van drie maanden) van de verzekeringsmaatschappijen de uitgaven³⁰ van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Op deze basis gebeurt elk kwartaal een gedetailleerde analyse die aan de verschillende beheerorganen medegedeeld worden, zo wordt een «**permanente audit**» van de analyse van de uitgavenevolucie bezorgd.. Indien er risico's van overschrijdingen van de budgettaire doelstelling voorkomen, worden verbeteringen aangevraagd en toegepast.

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

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

²⁹ Dit veronderstelt dat de financiering van de aldus "in toom gehouden" uitgaven mogelijk is. Nochtans, aangezien deze maximaal toegelaten norm voor de groei van de uitgaven hoger ligt dan de groei van het BNP, kan dit op middellange termijn aanleiding geven tot financieringsproblemen....

³⁰ Het gaat om "in de boekhouding opgenomen" uitgaven (in tegenstelling tot begrippen «gepresteerdes » of « betaalde »).

1°) Beleidslijnen om de actoren aansprakelijk te maken

Verskillende elementen van de verplichte verzekering gezondheidszorg sporen alle actoren ertoe aan, blijk te geven van "matiging" inzake gezondheidsuitgaven. Bijvoorbeeld:

- Het remgeld en de terugbetaling a posteriori responsabiliseren de patiënten;
- De « forfaitarisering » van sommige hoofdzakelijk ziekenhuisprestaties maken de verleners aansprakelijk. Inderdaad, aangezien de principiële regel van de « prestatie per act » dikwijls leidt tot een bepaald overconsumptie, is voortaan voorzien, op bepaalde gebieden, dat men gedeeltelijk overstapt naar de « forfaitarisering » (voor de klinische biologie, de medische beeldvorming...) om de uitgaven beter te kunnen beheersen;
- Het mechanisme van de « permanente audit van de uitgaven » maakt de verleners en de beheerders aansprakelijk;
- De VI's worden eveneens geresponsabiliseerd door de verdeling van het budget van het RIZIV tussen de fondsen (namelijk de ziekenfondsen). Inderdaad, zonder in details te treden, wordt 30 % van de tegemoetkomingen van de ziekenfondsen door het RIZIV terugbetaald door voor ieder ziekenfonds hun « theoretische uitgaven » te berekenen. Deze theoretische uitgaven hangen af van de profielen inzake « gezondheidsrisico's » van hun verzekerden.

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

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

In dezelfde optiek kan men hopen, dat , wanneer men steeds vaker beroep doet op het mechanisme van de "forfaitarisering " (zie 1° van deze sectie) dit de overconsumptie zal afremmen. Dienaangaande dient te worden genoteerd, dat vanaf 1 juli 2006 de geneesmiddelen die in ziekenhuisomgeving gebruikt worden, geforfaitiseerd worden tot ¾ van het bedrag.

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

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

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

E) Andere beleidslijnen voor duurzaamheid

Wat het **beleid van bevordering van de gezondheid en gezonde levenswijze**³¹ betreft heeft elke gemeenschap haar eigen beleid.

³¹ Zie [statistische bijlage 4.3](#) voor de risicofactoren: bewegen, lichaamsgewichtindex, roken

Met betrekking tot de preventieve Gezondheidszorg werden reeds in 1998 5 Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen (health targets) door de Vlaamse Regering officieel erkend. Dit volledig conform de aanbevelingen van de Europese afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie. In de periode 2006-2008 worden deze doelstellingen systematisch geactualiseerd³². In 2007 wordt extra aandacht geschonken aan de uitwerking van een actieplan rond middelengebruik (tabak, alcohol en drugs). In 2008 organiseert de Vlaamse overheid een gezondheidsconferentie rond voeding en beweging.

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

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

Noteren we ten slotte dat, met het oog op bevordering van verantwoord gebruik van antibiotica en meer bepaald om de verhoging van de macro weerstand aan deze geneesmiddelen te bestrijden er sensibilisatiecampagnes³³ georganiseerd worden teneinde de huidige overconsumptie van antibiotica in België te beperken. .

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

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is een van de takken van de sociale zekerheid, die gefinancierd wordt door het globale beheer van de sociale zekerheid. Deze organisatie wordt niet op de helling gebracht, alle inspanningen gaan naar haar versterking en duurzaamheid.

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

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

³² De doelstellingen zijn: Een daling van het aantal rokers met 10 %, specifiek bij jongeren ; verlagen van de consumptie van vetrijke voeding ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding ; doelmatiger verloop van de borstkankerscreening (door mammografie bij vrouwen van 50 tot 69 jaar) ; een afname (met 20 %) van het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer ; verbeteren van de preventie van infectieziekten (met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella, het doel is om minstens de aanbeveling van de WHO, zijnde een vaccinatiegraad van 95 %, te realiseren. Dit doel wordt sinds 2005 ruim gehaald. Preventie van zelfdoding en depressie wordt momenteel uitgewerkt als 6e gezondheidsdoelstelling.

³³ Onder andere via de oprichting van een comité met name BAPCOP (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee)

Blijkt ook dat beroep op aanvullende verzekeringen in de loop van de laatste jaren gestegen is ³⁴.

Sectie 4.3. De langdurige verzorging

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

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

Voor de langdurige verzorging en in het bijzonder de verzorging voor ouderen beschikken de Gemeenschappen en de Gewesten over talrijke bevoegdheden (Zie [bijlage 4.1.1.](#)) Bijgevolg verschilt het arsenaal van de aangeboden diensten tussen de gewesten, de gemeenschappen. Noteren we dat deze verschillen in de toekomst groter zouden kunnen worden, meer bepaald in verband met het "senioren" beleid, aangezien de verschillende gewesten verschillende leeftijdpyramiden vertonen en dat dus de veroudering niet overal op hetzelfde ogenblik noch in dezelfde mate aangevuld wordt en zal worden..

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

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

³⁴ Het aantal personen, gedekt door een privéverzekering voor geneeskundige verzorging is gestegen, respectief met 18% en 21% van 2000 tot 2004 voor individuele contracten (die van 959.000 tot 1.136.000 gestegen zijn) en voor de collectieve contracten (van 2.849.000 naar 3.459.000). De door een privéverzekering geneeskundige verzorging terugbetaalde bedragen kenden een nog grotere evolutie van 2000 tot 2004 en stegen van 77.576.000 tot 141.570.000 voor de individuele contracten (verhoging van 82,5%) en van 180.667.000 tot 314.993.000 voor de collectieve contracten (+ 74,3%). (Bron: Assuralia, de Beroepsunie van de verzekeringsbedrijven)

4.3.2. De toegang tot verzorging op lange termijn verzekeren

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

De vergrijzing van de bevolking en meer bepaald van de groep van de plus 80ers die de snelste groei zal kennen (zie [bijlage 4.3. voor levensverwachting](#)) heeft een gevoelige weerslag op de vraag en de behoeften aan verzorging die een voortdurende aanpassing van de aard en de kwaliteit van de structuren van de aangeboden verzorging impliceren.

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

1) Niet in een ziekenhuis residentiële opvang:

In België omvat het aanbod van « *niet in het ziekenhuis residentiële opvang van ouderen* » verschillende typen structuren van definitieve opvang die van elkaar verschillen door hun oorsprong qua hoteldienst en zorgaanbod. Bij de « *Rustoord voor bejaarden* » (ROB), klassieke opvangvoorzieningen voor personen ouder dan 60 jaar komen nog de « *Rust- en verzorgingstehuizen* » (RVT), meer medisch gericht en ook nog voor nog zelfredzame ouderen de « *serviceflats* », die individueel logies gepaard met prestaties "naar keuze" voorstellen..

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

De « **programmering** » van de behoeften aan opvangstructuur voor ouderen wordt opgesteld, rekening houdend met het aantal ouderen die verzorging nodig hebben en met de demografische evolutie van de verschillende leeftijdscategorieën vanaf 60 jaar in de verschillende Gemeenschappen en Gewesten ³⁵.

In oktober 2005 heeft de werkgroep « *Gezondheidsbeleid voor ouderen* » een Protocol van akkoord (nr. 3) [zie bijlage 4.2. « Good practice »](#)) voor een duur van 6 jaar gesloten. Dit protocol bevat een coherent beleid ten behoeve van ouderen en wil, rekening houdend met eenieder's bevoegdheden, op een gecoördineerde wijze tegemoetkomen aan de behoeften van deze doelgroep inzake opvang, begeleiding en verzorging. Met dit protocol werd de oorspronkelijke programmering voor de ROB's en RVT's uitgebreid en omgevormd tot een programmering van « *verzorgingsvormen* » waarin alternatieve en innoverende vormen van verzorging worden geïntegreerd, alsook het bevorderen van het behoud van de oudere thuis, en dit, door middel van een omzettingssleutel in verhouding tot een RVT-equivalent. Concreet beschikt elk deelgebied over een aanvullend budget (uitgedrukt in RVT-equivalenten³⁶) waardoor het zijn opvangcapaciteit kan verhogen, de omzetting van ROB-bedden in RVT-bedden kan voortzetten, maar ook het zorgaanbod kan diversifiëren³⁷

³⁵ Ondanks relatieve hoge verpleegdagprijzen voor dergelijke instellingen (cf. punt B), behoort België tot de landen met een hoog percentage van opname in instellingen, namelijk 6 tot 7 personen in instellingen per 100 personen van 65 jaar en ouder (zie [statistische bijlage 4.3.](#))

³⁶ Wat overeenstemt met een aanvullend budget toegekend door de federale Staat aan de Gemeenschappen en Gewesten van 174 miljoen EUR voor de periode van het protocol (2005-2011)

³⁷ Het protocol nr. 3 preciseert aldus dat de RVT-equivalenten moeten gebruikt worden tegen 20 % om innoverende projecten aan te moedigen, namelijk ofwel niet-definitieve geprogrammeerde vormen van

Hoewel ze aan Gemeenschappen/Gewesten grote bewegingsvrijheid laten in het gebruik van de RVT gelijkgestelden **vraagt de Federale Overheid aan Gemeenschappen en Gewesten in hun programmering rekening te houden met de prioriteit te verlenen aan behoud in eigen thuis.**

2) Prioriteit aan het behoud thuis:

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

In deze optiek en om een betere omkadering te verkrijgen en ook vermindering van de werklast werden in 2005³⁸ sociale akkoorden afgesloten. Zo werd (in het kader van een omzetting van het equivalent van 28.000 ROB-bedden in RVT-bedden volgens het principe van de "RVT gelijkgestelden",) voorzien dat er 2.613 VTE's zouden gerealiseerd worden, waarvan 70 VTE's voorbehouden aan thuiszorg om te komen tot ontwikkeling van een zorgaanbod dat het plaatsen van personen met behoefte aan verzorging en die thuis wonen, vermijdt of uitstelt , in het kader van een samenwerking tussen de eerstelijnsverzorging en de verzorgingsinstellingen.

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

Zoals men ziet heeft de Vlaamse Gemeenschap duidelijk bevestigd dat de ontwikkeling van de thuiszorg als prioriteit geldt in haar gezondheidsbeleid en dit uit respect voor de wens van de patiënten, zo lang mogelijk in eigen thuis te blijven³⁹ (zie [statistische bijlage 4.3.](#)). Het Brusselse Gewest heeft van de ontwikkeling van thuiszorg ook een prioriteit gemaakt, in het bijzonder door de oprichting van een « overlegplatform voor de gezondheid van ouderen thuis ». Het Waals Gewest ondersteunt ook thuishulp, namelijk door het subsidiëren, van 2004 tot 2006, van een aanzienlijk hoger aantal uren gezinshulp voor afhankelijke personen.

Op te merken valt ook dat de Duitstalige Gemeenschap de verbanden tussen opvangstructuren, transmuraal aanbod en structuren voor thuishulp heeft versterkt door het begrip « *case management* » uit te breiden tot de ganse sector van de ouderen.⁴⁰

3°) Ziekenhuisopvang van ouderen: bevorderen van een verzorgingscontinuüm

Er werd ook gewerkt aan een programma van geriatrische verzorging. De ontwikkeling van dit programma wil een gespecialiseerde aanpak waarborgen aan de geriatrische

residentiële verzorging (dagverzorgingscentra, kort verblijf, enz.), ofwel geprogrammeerde residentiële verzorging tot ondersteuning van de thuiszorg, ofwel een samenwerkingsakkoord tussen een of meerdere van deze structuren en residentiële structuren.

³⁸ In het kader van de omvorming van het equivalent van 28.000 ROB-bedden in RVT-bedden volgens het principe van de "RVT-equivalenten"

³⁹ Op te merken valt dat, met hetzelfde doel voor ogen, de federale Staat de verzorging en bijstand door de omgeving van ouderen wenst te ondersteunen door middel van beroepsverlof of specifieke loopbaanonderbrekingen ...

⁴⁰ Een oudere wordt opgevangen van bij de eerste aanvraag (ofwel om in een ROB-RVT te worden opgenomen, ofwel om thuishulp te bekomen); het multidisciplinair team maakt met de persoon een bijstands- en verzorgingsplan op in functie van zijn behoeften en rekening houdend met de familiale en leefomgeving; desnoods worden verbanden gelegd met de structuren van sociale bijstand. Dit lopend proefproject heeft ervoor gezorgd dat 50 % van de aanvragers niet in een ROB of een RVT moesten worden opgenomen.

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

Anderzijds is een betekenisvolle vooruitgang gerealiseerd in het geriatrie dagziekenhuis en dit maakt een ambulant diagnoseprogramma mogelijk bijvoorbeeld in het kader van een globale evaluatie van de problemen, specifiek voor hoge leeftijd of een pre-operatiebalans. 46 dagziekenhuizen zijn op die manier tot stand gekomen, in de vorm van piloot-projecten, op 1 januari 2006.

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

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

Dankzij de programmering van de opvangstructuren op basis van de behoeften aan verzorging en de demografische evolutie, aangepast aan de verschillende Gemeenschappen en Gewesten (cfr. punt A) kon men op globale manier ⁴¹ de problemen vermijden qua plaatsgebrek voor de behoeften aan institutionalisering, definitief op op lange termijn. Daarentegen wordt toch nog plaatsgebrek vastgesteld op het niveau van de punctuele of tijdelijke opvangstructuren, die de continuïteit van de verzorging voor de terugkeer naar huis mogelijk maken. Daarom wordt, zoals reeds gezegd in punt A, aangespoord tot oprichting van nieuwe dag/of kortverblijf centra, bijvoorbeeld door formules die de oprichting van dergelijke instellingen financieel aantrekkelijker maken want die moeten dikwijls het hoofd bieden aan belangrijke vaste kosten. .

2°) De kostprijs van de diensten voor ouderen.

De geneeskundige verzorging verleend in het kader van de diensten aan ouderen (residentiële opvang of thuiszorg) is "forfaitair" gedekt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in functie van de afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende⁴².

Daarentegen zijn de logieskosten in de niet ziekenhuis opvangstructuren in de vorm van « dagprijzen » ten laste van de resident. .De door de Federale Staat gecontroleerde prijs schommelt, volgens de instellingen in functie van de aangeboden diensten. Bovendien mogen wij niet vergeten dat voor de "dagcentra" en de "Kort verblijfcentra" buiten de prijs voor het verblijf in een instelling, de oudere persoon verder de kosten van haar woonst moet blijven betalen⁴³.

Teneinde de transparantie te verhogen en de resident en zijn gezin toe te laten voldoende informatie te krijgen om een betrouwbare vergelijking te kunnen maken

⁴¹ In bepaalde provincies zijn er evenwel nog tekortkomingen, vooral voor « dringende » opnames in een instelling, voornamelijk in RVT's.

⁴² Deze afhankelijkheid wordt thans door middel van de Katz-schaal geëvalueerd.

⁴³ Ter herinnering: er bestaat een specifieke financiële steun voor ouderen of afhankelijke personen met een laag inkomen, zoals de IGO (de inkomensgarantie voor ouderen) en de THAB (tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden). Deze personen bekomen aldus een gegarandeerd minimuminkomen waardoor ze, onder andere, gebruik kunnen maken van residentiële voorzieningen of bijstand thuis (link te maken met de delen Sociale Insluiting en Pensioenen). Daarenboven, indien een oudere persoon de noodzakelijke kosten van de opname in een instelling toch niet kan dragen, kan het OCMW ze onder bepaalde voorwaarden ten laste nemen.

van het aanbod door de verschillende instellingen heeft de overheid zich ertoe verbonden, de nodige maatregelen te treffen om de aanrekening van de kosten bovenop de dagprijs (zoals supplementen, voorschotten ten voordele van gemachtigde derden...) zoveel mogelijk te beperken en vooral om de dubbele factureringen te voorkomen.

3°) Het transportprobleem voor de «dagverzorgingscentra »

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

C) Een aanbod van langdurige verzorging dat zich specialiseert

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

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

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

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

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

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

Tenslotte, wat de Geestelijke Gezondheid » betreft, willen wij preciseren dat buiten de ziekenhuisdiensten (psychiatrische dienst van het algemene ziekenhuis en het psychiatrische ziekenhuis) bestemd voor patiënten die actieve behandelingen nodig hebben, de ambulante diensten, genoemd « **Diensten voor geestelijke gezondheid** » (SSM) talrijker worden. Het gaat om diensten, die via een pluridisciplinaire aanpak en in samenwerking met andere diensten of personen, betrokken bij de geestelijke gezondheid ⁴⁴ zorgen voor opvang, diagnose en psychiatrische, psychologische en psychosociale behandeling van de personen. Hiertoe bestaan er ook « **psychiatrische verzorgingstehuizen** » (PVT), bestemd voor opvang van patiënten in gestabiliseerde staat en die voornamelijk hulp nodig hebben in de daden van het dagelijkse leven en « **beschut wonen** » met andere woorden residentiële diensten waarmee de patiënten die hulp nodig hebben voor hun sociale herinschakeling, de mogelijkheid krijgen op de meest zelfredzaam mogelijke manier te leven, mits een bepaalde begeleiding. Er bestaan talrijke andere initiatieven op gebied van "geestelijke gezondheid". Ze trachten oplossingen aan te brengen voor werkelijke problemen van toegankelijkheid en aanpassing die bestaan op dit zo complexe gebied van de geestelijke gezondheid. Dankzij deze initiatieven in het kader van de « therapeutische projecten »⁴⁵ krijgen de bestaande structuren (eerstelijnsverzorging (daarbij thuiszorg) maar ook het geheel van de hierboven beschreven diensten, specifiek voor de geestelijke gezondheid) de nodige aansporingen om op optimale manier samen te werken rond de geestelijke gezondheid, met als hoofddoelstelling gewaarborgde continuïteit van de verzorging. (Zie ook 3° van punt D hieronder)

D) De kostprijs en andere toegankelijkheidsproblemen voor de langdurige verzorging

1°) De kostprijs van de langdurige verzorging:

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

Om te beginnen genieten de langdurige patiënten van bevoorrechte terugbetalingen, in het kader van het « RVV » en van de « MAF » op het niveau van de verplichte verzekering gezondheidsnormen (Zie [punt C van de sectie 4.2.2.](#) et [punt E van bijlage 4.1.2.](#))

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

- De tegemoetkomingen of forfaits bedoeld voor langdurige patiënten in bijzondere toestand. Vermelden we het « *forfait voor chronische ziekten* », de «

⁴⁴ Bepaalde diensten voor geestelijke gezondheid hebben initiatieven uitgewerkt om een specifiek probleem van geestelijke gezondheid aan te pakken wat betreft drugverslaving, personen die misdrijven van seksuele aard plegen, ouderen, kinderen en adolescenten.

⁴⁵ Een gezamenlijke verklaring van de werkgroep « Geestelijke gezondheid » (Cf. afdeling 4.3.1) heeft aanleiding gegeven onder andere tot de uitwerking van transversale « therapeutische projecten » die eind 2006 zullen worden uitgevoerd.

tegemoetkoming voor het materiaal voor incontinentie » en het « *forfait palliatieve verzorging* ». In elk geval kunnen de patiënten mits bepaalde voorwaarden genieten van een maandelijks of jaarlijkse forfaitaire tegemoetkoming tot verlichting van de last waarmee ze geconfronteerd zijn;

- De *tegemoetkoming voor hulp van derde*: de persoon die geniet van een invaliditeitvergoeding, die een of verschillende personen ten laste heeft en die voldoet aan bepaalde criteria, mag aanspraak maken op een forfaitaire uitkering voor hulp van een derde persoon.. Deze uitkering bedraagt 5, 37 € per dag;
- De *integratietegemoetkoming* toegekend door de Federale Staat aan gehandicapte personen minstens 21 jaar oud en ten hoogste 65 jaar en waarvoor een gebrek aan zelfredzaamheid of een beperkte zelfredzaamheid werd vastgesteld. Noteren we dat de personen ouder dan 65 jaar die lijden aan een beperking of een gebrek aan zelfredzaamheid kunnen *de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) aanvragen*;
- Een vermindering van het remgeld met 30 0% voor huisbezoeken voor personen ouder dan 75 jaar en de personen die in de onmogelijkheid verkeren om zich te verplaatsen omwille van een chronische ziekte, indien de patiënt een globaal medisch dossier heeft ;
- De « *zorgverzekering* » van de Vlaamse Gemeenschap, verzekering die in oktober 2001 ingesteld werd ter versterking van de hulp aan personen die op gelijk welke leeftijd aangetast zijn door een verlengde en ernstige zelfredzaamheid . Deze verzekering⁴⁶ neemt de kosten voor hulpverlening en niet-medische verzorging ten laste. De tegemoetkoming is maandelijks en forfaitair: 95 € voor mantelzorg en thuis; 125 € voor de residentiële verzorging.

2°) het probleem van adequate verzorging:

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

Er rijst onder andere een probleem door het feit dat België, buiten de ziekenhuisopname niet beschikt over mogelijke residentiële opvangmogelijkheden specifiek voor personen die lijden aan zware pathologie tussen hun prille kinderjaren en de derde leeftijd. Dit is bijvoorbeeld het geval van chronische verzorging bij personen aangetast door « *niet aangeboren hersenletsels* » waarvoor het structuraanbod van gepaste verzorging "mank loopt" , ja zelfs niet bestaat., meer bepaald in het kader van langdurige vergoeding. Toch werd sedert juli 2004 een aangepast verzorgingscircuit ingesteld voor patiënten in persisterende neurovegetatieve status (PNVS) of minimaal responsieve status (MRS)⁴⁷ [zie bijlage 4.2. « Good practice »](#). Dit net omvat 4 componenten: algemeen ziekenhuis voor de acute fase, transit ziekenhuisopname in een expertisecentrum, langdurige aangepaste verzorging (instelling of thuis) en een nauwe samenwerking (externe verbinding) tussen de expertisecentra en de " lange termijn". Hetzelfde type optreden ligt thans ter studie voor ten laste neming van de andere niet aangeboren chronische ziekten van het zenuwstelsel.

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

⁴⁶ Gefinancierd, enerzijds, door een dotatie afkomstig van het budget van deze Gemeenschap en, anderzijds, door de inning van verplichte bijdragen (van 10 à 25 €per jaar) voor personen ouder dan 25 jaar die in het Vlaamse Gemeenschap wonen.

⁴⁷ Door de werkgroep « *Beleid inzake chronische verzorging* » (Cf. afdeling 4.3.1)

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

De gepastheidproblemen zijn gebonden aan de complexiteit van de mentale aandoeningen, die dikwijls van veelvoudige medische, psychologische, sociale oorsprong zijn. Het is dus belangrijk dat het aanbod van verzorging voor geestelijke gezondheid geïntegreerd en multidisciplinair zijn en ook een grote continuïteit van de verzorging garanderen. Met dit doel voor ogen draait het aanbod van verzorging voor geestelijke gezondheid meer en meer rond doelgroepen en volgens het principe van de netwerken (principe erkend door een gezamenlijke verklaring van de werkgroep « geestelijke gezondheid »). Voor elke doelgroep (kinderen, volwassenen en ouderen) moet een zorgaanbod of een circuit van specifieke verzorging worden bepaald. De aanpak in de netten kan verschillende vormen aannemen maar in elk geval gaat het om een georganiseerde vorm van collectieve actie met het geheel van de betrokken zorgverleners met het oog op verbetering van de coördinatie, de complementariteit, de pluridisciplinariteit, de continuïteit en de kwaliteit van hun prestaties en activiteiten ten gunste van de gebruiker.

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

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

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

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

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

- De rol van de huisarts (en ook die van de coördinerende RVT-arts) moet versterkt worden en gezien worden als onmisbare centrale schakel;
- « **Geïntegreerde diensten voor thuiszorg** » (GDT's)⁴⁸ moeten zorgen voor evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt , uitstippeling en follow up van

⁴⁸ De geïntegreerde dienst voor thuiszorg (GDT) wordt gedefinieerd als de verzorgingsinstelling die, in een verzorgingszone, alle verzorgingsmogelijkheden voor de patiënten versterkt, onder andere door de praktische organisatie en omkadering van de verstrekkingen in het kader van de thuiszorg, waarvoor beroepsverleners van verschillende disciplines moeten worden aangesproken.

een verzorgingsplan, spreiding van de taken tussen de zorgverleners en het daarmee gepaard gaande multidisciplinaire overleg. Zo is er sedert 1 januari 2006 een terugbetaalbaar multidisciplinair overleg mogelijk voor de persoon die thuis verblijft of opgenomen is in een instelling waar een terugkeer naar huis gepland is en waar bijvoorbeeld een oudere patiënt kan voorbereid worden op zijn terugkeer naar huis na een verblijf in het ziekenhuis...

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

4.3.3. Bevordering van de kwaliteit van verzorging op lange termijn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Voor meer informatie over de evolutie van de uitgaven en hun projectie, zie [statistische bijlage 4.3.](#)

BIJLAGEN

Bijlage hoofdstuk I –

Algemeen overzicht

1.1. Beschrijving van de sociale toestand

Bijlage 1. Beschrijving en evaluatie van de sociale toestand

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

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

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

Bijlage 1.1. Analyse van de sociale situatie

1. Een voldoende hoog inkomen⁴⁹

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

Algemene inkomensongelijkheid

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

Armoederisico

Met een **armoederisicopercentage** van 15% situeerde België zich rond het EU-25 gemiddelde (16%)⁵⁰. Voor de bevolking van 16 jaar en ouder is het percentage 14% (vrouwen 15% en mannen 13%). Tsjechië liet met 8% het laagste percentage in de EU optekenen, Slovakije, Ierland en Portugal met 21% het hoogste. De Belgische **armoederisicodrempel** voor een alleenstaande bedroeg 9.325 euro per jaar of 777 euro per maand (jaar/12). In internationaal vergelijkend opzicht (uitgedrukt in koopkrachtpariteiten) is dat een relatief hoge drempel (zevende hoogste van de 25 EU-lidstaten).

⁴⁹ Tenzij anders vermeld zijn de Belgische armoederisicocijfers die hier vermeld worden gebaseerd op EU-SILC 2004 (referentie inkomen 2003).

⁵⁰ Meting op basis van de gemeenschappelijk overeengekomen Europese methodologie. Armoederisicogrens is 60% van het mediaan equivalent inkomen.

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

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

Het belang van een goede opleiding voor het verwerven van een goede levensstandaard blijkt uit het feit dat mensen met ten hoogste een diploma van lager secundair onderwijs een driemaal hoger risico op armoede lopen dan mensen met een diploma van hoger onderwijs (23% versus 7%).

Het armoederisicopercentage van kinderen (0-15) en dat van jong volwassenen (16-24) leunt met respectievelijk 17% en 16% nauw aan bij het gemiddelde voor de totale bevolking, maar een aantal specifieke subgroepen, waaronder éénoudergezinnen (36%) of huishoudens zonder betaald werk met kinderen (70%) hebben een sterk verhoogd armoederisico.

Ook ouderen (65+) hebben een duidelijk verhoogd armoederisico (21%). Er is geen significant verschil tussen vrouwen: 21%, en mannen 20%⁵¹.

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

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

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

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

⁵¹ Wanneer in deze tekst verwezen wordt naar statistische significantie wordt uitgegaan van een 95% betrouwbaarheidsniveau.

Er moet op gewezen worden dat de inkomenssituatie van een aantal groepen in de samenleving moeilijk in beeld kan worden gebracht met behulp van kwantitatieve indicatoren. Vaak gaat het om mensen die zich in situaties van extreme armoede bevinden, bvb. daklozen, mensen die zich illegaal in het land bevinden. Zij worden op dit moment niet in beeld gebracht door de indicatorenset. De indicatoren geven meestal ook enkel een beeld van de bevolking in private huishoudens.

De levensstandaard van ouderen

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

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

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

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

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

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

Het feit dat significante verschillen inzake de hoogte van het pensioen niet onmiddellijk zichtbaar zijn in de algemene armoederisicocijfers voor ouderen kan verklaard worden door het feit dat armoederisico gemeten wordt op basis van het totale inkomen van het huishouden⁵². Een laag individueel inkomen van een lid van het huishouden kan in combinatie met andere, hogere inkomens tot een hogere levensstandaard leiden. Bovendien moet eraan herinnerd worden dat de armoederisicocijfers alleen betrekking

⁵² Bij armoedemeting gaat men uit van het samenbrengen en gelijk delen van alle inkomens in het huishouden.

hebben op de bevolking in private huishoudens. De oudere bevolking in instellingen, waarin vrouwen oververtegenwoordigd zijn, blijft dus buiten beeld. In 2001 was ongeveer 6% van de bevolking van 65 jaar en ouder gedomicilieerd in een collectief huishouden (8% van de vrouwen en 3% van de mannen). Voor de subgroep van 75 jaar en ouder was het overeenstemmende percentage 12% (15% van de vrouwen en 6% van de mannen).

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

De **relatieve mediane inkomensratio**, de verhouding van het mediaan equivalent inkomen van de bevolking van 65 jaar en ouder tot het mediaan equivalent inkomen van de complementaire jongere leeftijdsgroep van 0 tot 64 jaar bedraagt in België 76%. In Europees vergelijkend perspectief is dat relatief laag. Het EU25 gemiddelde is 87%. De laagste ratio werd opgetekend in Ierland, 62%, de hoogste in Polen: 113%. Er is in België geen significant verschil tussen vrouwen en mannen.

2. Een kwaliteitsvolle job

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

Activiteits-, werkzaamheids- en werkloosheidsgraad

Ook in functie van de vergrijzing van de samenleving (zie verder) is het belangrijk dat de activiteitsgraad verhoogd wordt. Deze indicator, die het aandeel van de werkenden en de werklozen in de bevolking van 15 tot 64 geeft, meet de algemene participatie in de arbeidsmarkt⁵³. De Belgische **activiteitsgraad** is in Europees vergelijkend perspectief laag te noemen: 66,7% in 2005 (vrouwen: 59,5%, mannen 73,9%) in vergelijking met een EU25-gemiddelde van 70,2% (vrouwen: 62,5%, mannen 77,8%). Voor de actieve leeftijdsgroep 25-54 is de activiteitsgraad vergelijkbaar met het EU25-gemiddelde, voor de jongere en oudere leeftijdscategorie is hij veel lager. Er is sprake van een trendmatige stijging van de activiteitsgraad van 60,6% in 1992 naar 66,7% in 2005.

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

⁵³ Idealiter zou vanuit een breed activeringsbegrip ook een indicator moeten ontwikkeld worden die niet betaalde maatschappelijk nuttige activiteit in beeld brengt (bv. vrijwilligerswerk in zorg).

worden opgetekend. De Europese Commissie verwacht voor 2006 een reële groei van 2,3%, voor 2007 2,1%.

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

Het zal nog aanzienlijke inspanningen vragen om de vooropgestelde Europese doelstellingen wat de werkzaamheidsgraad betreft (70% voor de algemene werkzaamheidsgraad voor beide geslachten, 60% voor de werkzaamheidsgraad van vrouwen en 50% voor de oudere werknemers) te bereiken. De strategie in dit verband wordt uiteengezet in het Belgisch Nationaal Hervormingsprogramma⁵⁴.

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

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

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

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

Belangrijke vaststelling is dat er niet alleen in functie van leeftijd en geslacht grote verschillen bestaan op het vlak van werkzaamheids- en werkloosheidsgraden, er zijn ook belangrijke verschillen tussen andere subgroepen in de samenleving. Wat dit laatste betreft zijn vanuit het oogpunt van sociale bescherming vooral de lage

⁵⁴ In het kader van de opvolging van het Nationaal Hervormingsprogramma wordt vastgesteld dat de recente toename van de totale werkzaamheidsgraad en van de vrouwelijke werkzaamheidsgraad in België iets sneller is dan het EU-gemiddelde en dat de stijging van de werkzaamheidsgraad van ouderen duidelijk sneller is.

werkzaamheidsgraden (en de hoge werkloosheidsgraden) van allochtonen, mensen met een lage opleiding of met een handicap zorgwekkend.

De werkzaamheidsgraad van mensen met een niet EU15 nationaliteit lag in 2004 26 procentpunten onder deze van mensen met een EU15-nationaliteit (20 ppt voor mannen, 30 ppt voor vrouwen). Het verschil was daarmee nauwelijks kleiner dan in de periode 2001-2003 toen het ongeveer 28 ppt bedroeg. Als men niet de nationaliteit, maar de etnische afkomst als criterium zou hanteren om de allochtone bevolking te identificeren is het verschil nog groter ⁵⁵.

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

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

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

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

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

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

⁵⁵ Het onderscheid autochtone en allochtone bevolking kan op verschillende manieren geoperationaliseerd worden. Op Europees niveau worden de criteria nationaliteit en land van geboorte gebruikt. De Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) gebruikt het nationaliteitscriterium samen met naamherkenning en zelf-classificatie om tot een classificatie op basis van etniciteit te komen. Het percentage etnisch niet-Europeanen in het totaal van de niet werkende werkzoekenden in Vlaanderen neemt toe over de periode 1999-2006.

leefde in een huishouden zonder kinderen (31% was alleenstaand, 24% leefde als koppel en 14% leefde in een ander huishoudentype), 31% leefde in een huishouden met kinderen (13% in een éénoudergezin, 13% leefde als een koppel, 6% leefde in een ander huishoudentype). 56% van de kinderen in huishoudens zonder betaald werk leefden in een éénoudergezin.

De geografische concentratie van lage werkzaamheidsgraden en hoge werkloosheidsgraden stelt een bijzonder probleem. De verschillen inzake werkzaamheidsgraad tussen de provincies (nuts 2 niveau) worden gemeten met de **regionale cohesie indicator**: de variatiecoëfficiënt van de werkzaamheidsgraden ⁵⁶. Met een waarde van 8,7 bereikte deze indicator in 2004 zijn hoogste waarde sinds 1999 (eerste meting). Er zijn sterkere verschillen tussen de werkzaamheidsgraden per provincie van vrouwen (10,7) dan tussen deze van mannen (7,2). Ook wanneer men de cijfers op het niveau van de gewesten vergelijkt zijn er grote verschillen op het vlak van werkzaamheids- en werkloosheidsgraad.

Armoederisico ondanks werk

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

3. Een goede opleiding

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

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

De **opleidingsresultaten van 15-jarige studenten** wordt op een internationaal vergelijkbare manier gemeten in het kader van de **PISA**-enquête van de OESO. Eén

⁵⁶ Definitie: standaardafwijking van de werkzaamheidsgraden op nuts 2 niveau (in België: provincies) gedeeld door het gewogen nationaal gemiddelde.

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

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

4. Een goede gezondheid

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

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

Het is belangrijk na te gaan welk gedeelte van de **levensverwachting in goede gezondheid** wordt doorgebracht zodat men niet alleen een idee heeft van de lengte,

maar ook van de kwaliteit van het leven. De levensverwachting in goede gezondheid is ook belangrijk in het licht van 'active ageing' strategieën gericht op het langer actief blijven van ouderen. Oudere, gezonde mensen kunnen een belangrijke bijdrage leveren tot hun familie, de gemeenschap waarin ze leven en de economie door formele activiteit op de arbeidsmarkt en door informele activiteit zoals zorg voor kinderen, zieken, ouderen. Er bestaat een bewezen verband tussen gezondheid en economische groei en sociale welvaart.

Recent werd de gezondheidsverwachting berekend op basis van mortaliteitsdata van het NIS en de vragen naar de gezondheidstoestand opgenomen in de socio-economische enquête van 2001⁵⁷. De gezondheidstoestand werd vastgesteld op basis van de vraag naar de algemene subjectieve gezondheid: Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? Chronische ziekte werd vastgesteld op basis van de vraag: Lijdt u aan één of meer langdurige ziekten, chronische aandoeningen of handicaps?

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

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

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

Een meting over drie meetpunten (1997, 2001 en 2004), waarbij telkens de Gezondheidsenquête werd gebruikt om de (subjectieve) gezondheidstoestand te meten levert steun op voor de compressietheorie (de verlenging van de levensverwachting gaat samen met een samendrukking van de jaren met een chronische ziekte)⁵⁸. Over de periode 1997-2004 steeg de levensverwachting van mannen met 1,82 jaren terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 3,35 jaar toenam. Voor vrouwen nam de levensverwachting toe met 1,29 jaar, terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 2,47 jaar toenam.

⁵⁷ Van Oyen, H. Bossuyt, N. Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S. Lorant, V. Miermans P-J. Composite health measures in Belgium based on the 2001 census, 32p (unpublished).

⁵⁸ Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. *Reves* 2006. 14 p.

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

De Europese structurele indicator levensverwachting zonder invaliditeit (disability free life expectancy) is beschikbaar voor de periode 1995-2003. De indicator wordt berekend op basis van een enquêtevraag (EHP) naar beperkingen in dagelijkse activiteiten door ziekte of handicap⁵⁹. Over de bestudeerde periode nam de levensverwachting bij geboorte van vrouwen met 1,5 jaar toe, hun levensverwachting zonder invaliditeit met 2,8 jaar. Voor mannen steeg de levensverwachting in dezelfde periode met 2,5 jaar, de levensverwachting zonder invaliditeit met 4,1 jaar. De toename van beide indicatoren was dus groter bij de mannen dan bij de vrouwen. Vrouwen konden in 2003 verwachten 84,7% van hun leven zonder invaliditeit door te brengen (was 82,8 in 1995), mannen 88,8% (was 86,2% in 1995). In Europees vergelijkend opzicht scoort België goed met deze cijfers, ook wat de recente trend betreft.

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

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

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

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

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

⁵⁹ ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? 2002 en 2003 zijn extrapolaties.

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

5. Een goede huisvesting

Het is niet voor iedereen evident een goede en betaalbare woning te vinden. Hiervoor werd reeds gewezen op de gemiddeld zwakkere inkomenspositie van huurders in vergelijking met eigenaars (armoederisicopercentage bevolking die leeft in een gehuurde woning: 27% versus bevolking die leeft in de eigen woning: 11%). Uit onderzoek is gebleken dat er in de loop van de jaren '90 een belangrijke stijging is geweest van de **kostprijs van de huisvesting**, wat vooral voor de zwakkere sociale categorieën die een woning huren op de private huurmarkt heeft geleid tot een situatie waarbij zij genooddaakt zijn om een zeer groot deel van het gezinsbudget aan huisvesting te besteden⁶¹. In 2003 besteedde 33% van de huurders met een inkomen lager dan het mediaaninkomen meer dan één derde van het budget van het huishouden aan huur. Daarmee ligt dit op hetzelfde niveau als op de vorige meetmomenten (2000 en 2001).

Sinds 1995 is het aantal **sociale huurwoningen** in percentage van het totaal aantal huishoudens constant gebleven, op goed 6%. Dit geldt voor de drie Gewesten. In het Vlaams Gewest ligt het aandeel wel iets lager (5%) dan in het Waals en Brussels Hoofdstedelijk Gewest (7%). In de drie Gewesten bestaan er, in verhouding tot het aantal beschikbare huurwoningen, lange wachtlijsten.

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

Brusselse huishoudens worden veel meer dan huishoudens uit andere gewesten geconfronteerd met een ruimtegebrek (17% tegenover ongeveer 4% voor de andere gewesten). Waalse en Brusselse huishoudens (23%) wonen meer in woningen met een structureel gebrek dan Vlaamse huishoudens (14%).

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

⁶⁰ De meting van onvoldane behoeften aan gezondheidszorg gebeurt in het kader van de Belgische Gezondheidsenquête op een andere manier dan in het kader van EU-SILC. Zo worden in het geval van EU-SILC individuele personen bevroegd, bij de Gezondheidsenquête antwoordt de referentiepersoon voor het huishouden. In EU-SILC wordt gevraagd naar onvoldane behoeften aan een medisch onderzoek of behandeling en tandheelkundig onderzoek of behandeling, in de Gezondheidsenquête worden volgende soorten gezondheidszorg apart bevroegd: medische zorgen of een operatie, tandverzorging, voorgeschreven geneesmiddelen, een bril, mentale zorgen (psycholoog of psychiater bvb.). Een huishouden dat medische consumptie heeft moeten uitstellen is dan een huishouden dat minstens één van deze vijf soorten gezondheidszorg heeft moeten uitstellen. Op basis van de Gezondheidsenquête 2004 kan men vaststellen dat 10% van de huishoudens medische consumptie heeft moeten uitstellen. In EU-SILC gaat het om niet voldane behoeften omwille van verschillende redenen, in de Gezondheidsenquête wordt alleen naar uit- of afstel omwille van financiële redenen gepeild.

⁶¹ Bij gebrek aan een adequaat alternatief wordt de NAPincl-indicator rond woonkost berekend op de Gezinsbudgetenquête, wat gelet op de beperkte omvang en grote uitval van deze enquête geen ideale situatie is om betrouwbare uitspraken over evoluties of risicocategorieën op te baseren.

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

Impact van de sociale uitkeringen op het armoederisico

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

Hoogte van de uitkeringen

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

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

Een andere indicator laat toe na te gaan in welke mate een gepensioneerde louter en alleen op basis van zijn pensioen zijn levensstandaard kan behouden⁶². De **netto theoretische vervangingsratio**, drukt het netto pensioeninkomen in het eerste jaar van pensionering uit in verhouding tot het netto arbeidsinkomen in het laatste jaar vóór pensionering. Berekend voor een (mannelijke) werknemer in de privésector die een 40-jarige loopbaan met een gemiddeld loon achter de rug heeft en met pensioen gaat op 65 jaar (basis typegeval) bereikte bedroeg de netto vervangingsratio in 2004 63% (enkel eerste pijler pensioen). Dat is een vrij bescheiden ratio in internationaal vergelijkend opzicht.

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

⁶² Indicator berekend op basis van de methodologie ontwikkeld door de Indicatoren Subgroep van het Europees Sociaal Beschermingscomité (standaardsimulatie op basis van typegevallen). Zie: Current and Prospective Theoretical pension Replacement Rates. Report by the Indicators Sub-Group (ISG) of the Social protection Committee. May 19th 2006.

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

Financiële werkloosheids- en inactiviteitsvallen

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

Een aantal indicatoren moeten toelaten na te gaan in welke mate het opnemen van een betaalde job financieel voordelig is in vergelijking met het inkomen in een uitkeringssituatie (identificatie van zogenaamde **financiële vallen**). Op Europees niveau analyseert men in dit verband de marginale effectieve belastingsvoet die aangeeft welke proportie van het brutoloon wordt wegbelast⁶³ wanneer men een betaalde baan opneemt⁶⁴. We bespreken hier kort twee indicatoren: de werkloosheidsval en de inactiviteitsval⁶⁵.

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

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

⁶³ Er moet rekening gehouden worden met het wegvallen of de reductie van uitkeringen, met belastingen en sociale bijdragen.

⁶⁴ In België is het gebruikelijk de relatieve toename van het netto inkomen als indicator te gebruiken. Deze indicator is gemakkelijker te interpreteren.

⁶⁵ Een derde type indicator: de lage loonval die de mogelijke financiële val weergeeft wanneer men van een laag betaalde naar een beter betaalde job overgaat (of meer werkt, of loonsverhoging krijgt) bespreken we hier niet.

de andere types is het verschil wel groot: alleenstaande: 66% versus 88%; éénverdienergezin met twee kinderen: 67% versus 76%, tweeverdienersgezin met twee kinderen: 45% versus 77%. Een analyse waarbij ook kinderopvangkosten werden opgenomen in de berekening wijst op een niet onaanzienlijke toename van de marginale belastingsvoet in dit geval (tussen +6 en +14% afhankelijk van het huishoudentype).

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

De investering in het sociaal beschermingssysteem

België **investeert** aanzienlijk in zijn **sociaal beschermingssysteem**. In 2003 werd 29,7 % van het BBP aan sociale bescherming (**Esspros** definitie) besteed (**totale bruto uitgaven**).⁶⁶ Dat is meer dan het Europees gemiddelde (28%). Het aandeel van de uitgaven voor de verschillende functies van de sociale bescherming in het BBP was als volgt: rust- en overlevingspensioenen: 12,6%, ziekte en gezondheidszorg: 7,6%, werkloosheid: 3,5%, kinderen/gezinnen: 2,2%, arbeidsongeschiktheid: 1,9%, sociale uitsluiting 0,5%.

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

De vergrijzing en de houdbaarheid van het sociaal beschermingssysteem

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

De Vergrijzingscommissie gaat uit van een toename van de **levensverwachting bij de geboorte** van vrouwen van 81,6 jaar in 2000 naar 88,9 jaar in 2050⁶⁷. Voor mannen wordt een stijging van 75,1 jaar naar 83,9 jaar verwacht. Wat de

⁶⁶ Zonder administratiekosten en andere uitgaven komt dat neer op 28,3 % BBP bestedingen aan sociale uitkeringen en diensten. Studies geven aan dat de netto totale uitgaven voor sociale bescherming voor België (rekening houdend met rechtstreekse belastingen op uitkeringen enerzijds en belastingsvoordelen anderzijds) wat lager liggen dan het brutobedrag. Zie: Adema, W. and Ladaïque, M. (2005) 'Net social Protection Expenditure'. Social Employment and Migration Working paper N° 29, OECD.

⁶⁷ Zie hierover: Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie van de Vergrijzing. Jaarlijks verslag. Mei 2006. 158 p.

vruchtbaarheidgraad betreft wordt een toename van 1,61 naar 1,75 verwacht. Het migratiesaldo wordt verondersteld vrij stabiel te zijn en over de hele periode te schommelen rond 18.000 à 17.000.

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

Ongetwijfeld is ook de ontwikkeling van de **structuur van de huishoudens** een belangrijke variabele. België situeert zich wat de gemiddelde grootte van de huishoudens betreft in 2004 met 2,4 rond het EU25 gemiddelde: 2,5. Op lange termijn is er duidelijk sprake van een tendens naar gezinsverduunning. In 1981 was de gemiddelde grootte van de huishoudens in België nog 2,7. Het aandeel van de bevolking dat alleenstaand is, is in 2005 in België lager dan het EU-25 gemiddelde: 12,5% versus 14,6%. Er wordt een verdere toename van het aandeel van de alleenstaanden in de bevolking verwacht. Het aandeel van de bevolking dat in een éénoudergezin leeft is met 6,6% in België relatief hoog⁶⁸. Binnen de EU is dat percentage alleen in het V.K. nog hoger: 8,4%.

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

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

⁶⁸ Cijfers gebaseerd op de Arbeidskrachtenenquête 2005.

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

De projectie van de Studiecommissie voor de Vergrijzing wijkt op een aantal punten af van de raming uitgevoerd in het kader van de Working Group on Ageing van het Comité voor de Economische politiek (WGA)⁶⁹. Deze laatste gaat ondermeer uit van een meer beperkt concept van sociale uitgaven (kinderbijslag, arbeidsongevallen, beroepsziekten, bestaanszekerheid werden niet opgenomen) en ze houdt ook geen rekening met het Generatiepact zodat een onmiddellijke vergelijking niet mogelijk is. De uitgaven voor pensioenen en werkloosheid worden in de WGA projectie hoger, de uitgaven voor gezondheidszorg (acute en lange termijn zorg) lager ingeschat. De verschillen zijn een gevolg van verschillen inzake hypothesen en methodologie⁷⁰.

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

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

De strategie in dit verband wordt toegelicht in het Belgisch Nationaal Hervormingsprogramma. De bruto overheidsschuld is de voorbije jaren aanzienlijk gedaald. In 1994 bedroeg ze nog 136% van het BBP, tegen 2005 was ze gedaald tot 93% van het BBP (EU-25 gemiddelde is 63% van het BBP). De strategie van schuldafbouw voorziet in een daling naar 75,3% van het BBP in 2010 en 36,1% in 2030. Tegen 2050 zou de schuld opnieuw toenemen tot 63,5% (programme scenario)⁷¹.

⁶⁹ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In: European Economy. Special Report n° 1/2006.

⁷⁰ Voor een overzicht zie het rapport van de Vergrijzingscommissie.

⁷¹ Zie Public Finances in EMU 2006. Long-term sustainability of public finances base don the 2005/06 updates of the stability and convergence programmes. Table I.19. p. 60.

Bijlage: List of the commonly agreed overarching indicators⁷²

	Commonly agreed EU indicator (EU) Commonly agreed national indicators (NAT)⁷³	Definition
1a	<u>EU</u> : At-risk-of-poverty rate + Illustrative threshold value <i>In future consider the possibility to add At-persistent risk of poverty rate</i>	Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below 60% of the national equivalised median income⁷⁴ Value of the at-risk-of-poverty threshold (60% median national equivalised income) in PPS for an illustrative household type (e.g., single person household) Source: SILC
1b	<u>EU</u> : Relative median poverty risk gap	Difference between the median equivalised income of persons aged 0+ below the at-risk-of poverty threshold and the threshold itself, expressed as a percentage of the at-risk-of poverty threshold.
2	<u>EU</u> : S80/S20	Ratio of total income received by the 20% of the country's population with the highest income (top quintile) to that received by the 20% of the country's population with the lowest income (lowest quintile). Income must be understood as equivalised disposable income. Source: SILC
3	<u>NAT</u> : Healthy life expectancy	Number of years that a person at birth, at 45, at 65 is still expected to live in a healthy condition (also called disability-free life expectancy). To be interpreted jointly with life expectancy Source: Eurostat

⁷² Portfolio of overarching indicators and for the streamlined social inclusion, pensions, and health portfolios. Version adopted at 22 May SPC. June 2006.

⁷³ **Commonly agreed national indicators based on commonly agreed definitions and assumptions** that provide key information to assess the progress of MS in relation to certain objectives, while not allowing for a direct cross-country comparison, and not necessarily having a clear normative interpretation. These indicators/statistics should be interpreted jointly with the relevant background information (exact definition, assumptions, representativeness).

⁷⁴ **Equivalised median income** is defined as the household's total disposable income divided by its "equivalent size", to take account of the size and composition of the household, and is attributed to each household member (including children). Equivalization is made on the basis of the OECD modified scale.

4	<u>EU</u> : Early school leavers	Share of persons aged 18 to 24 who have only lower secondary education (their highest level of education or training attained is 0, 1 or 2 according to the 1997 International Standard Classification of Education – ISCED 97) and have not received education or training in the four weeks preceding the survey. Source: LFS
5	<u>EU</u> : People living in jobless households	Proportion of people living in jobless households, expressed as a share of all people in the same age group ⁷⁵ . This indicator should be analysed in the light of context indicator N°8: jobless households by main household types Source: LFS
6	<u>NAT</u> : Projected Total Public Social expenditures	Age-related projections of total public social expenditures (e.g. pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers), current level (% of GDP) and projected change in share of GDP (in percentage points) (2010-20-30-40-50) Specific assumptions agreed in the AWG/EPC. See "The 2005 EPC projections of age-related expenditures (2004-2050) for EU-25: underlying assumptions and projection methodologies" Source: EPC/AWG
7a	<u>EU</u> : Median relative income of elderly people	Median equivalised income of people aged 65+ as a ratio of income of people aged 0-64 Source: EU-SILC
7b	<u>EU</u> : Aggregate replacement ratio	Median individual pensions of 65-74 relative to median individual earnings of 50-59, excluding other social benefits Source: EU-SILC
8	<i>Unmet need for care</i>	<i>Use, definition and breakdowns yet to be agreed upon once data is available for all countries.</i> Source: EU-SILC
9	<u>EU</u> : At-risk-of-poverty rate anchored at a fixed moment in time (2005) <i>Possibly replaced or supplemented in future by material deprivation or consistent poverty indicators</i>	Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below the at-risk-of-poverty threshold calculated in year 2005 (1st EU-SILC income reference year for all 25 EU countries), up-rated by inflation over the years. Source: SILC

⁷⁵ Students aged 18-24 years who live in households composed solely of students are not counted in neither numerator nor denominator

10	<p><u>EU</u>: Employment rate of older workers</p> <p><i>Possibly replaced or supplemented by "average exit age from the labour market" when quality issues are resolved</i></p>	<p>Persons in employment in age groups 55 - 59 and 60 – 64 as a proportion of total population in the same age group</p> <p>Source: LFS</p>
11	<p><u>EU</u>: In-work poverty risk</p>	<p>Individuals who are classified as employed⁷⁶ (distinguishing between “wage and salary employment plus self-employment” and “wage and salary employment” only) and who are at risk of poverty.</p> <p>This indicator needs to be analysed according to personal, job and household characteristics. It should also be analysed in comparison with the poverty risk faced by the unemployed and the inactive.</p> <p>Source: SILC</p>
12	<p><u>EU</u>: Activity rate</p> <p><i>Possibly replaced or supplemented in future by MWP indicators</i></p>	<p>Share of employed and unemployed people in total population of working age 15-64</p> <p>Source: LFS</p>
13	<p><u>NAT</u>: Regional disparities – coefficient of variation of employment rates</p>	<p>Standard deviation⁷⁷ of regional employment rates divided by the weighted national average (age group 15-64 years). (NUTS II)</p> <p>Source: LFS</p>
14	<p><i>To be decided following ISG work on health indicators</i></p>	

⁷⁶ Individuals classified as employed according to the definition of most frequent activity status. The most frequent activity status is defined as the status that individuals declare to have occupied for more than half the number of months in the calendar year.

⁷⁷ Standard deviation measures how, on average, the situation in regions differs from the national average. As a complement to the indicator a graph showing max/min/average per country is presented.

Possible alternative measures:

Regional disparities – underperforming regions. Source LFS

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

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

Bijlagen Hoofdstuk 2

Nationaal Actieplan Sociale Insluiting

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

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

Bijlage Inclusie 1. Goede praktijken

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

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

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

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

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

2. How did the initiative address these objectives?

De sociale diensten onderhandelen met de eigenaars om een aangepaste woning te vinden voor het project. Vervolgens organiseren de sociale werkers ontmoetingen tussen de bewoners en de sociale werkers. 3 tot 6 personen wonen samen in een woning met een privé-ruimte en gemeenschappelijke lokalen. Zij bepalen zelf de huisregels, geholpen door de sociale werkers. Zij leren om de gevolgen van het samenwonen te beheeren. De enige opgelegde regels zijn geen geweld gebruiken en deelnemen aan vergaderingen als dit gevraagd wordt door een huurder. De bewoners ontmoeten de sociale werkers op hun eigen initiatief en op basis van de eigen behoeften, hetzij individueel of gemeenschappelijk. De collectieve begeleiding wordt opgevat als een steun aan het samenwonen.

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

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

Er is geen planning voor de uitvoering van het project. Het voortbestaan ervan hangt enkel af van de wens van de huurders en de financiële en personeelsmiddelen van de sociale diensten.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

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

Outcomes

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

4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<ul style="list-style-type: none"> o In tegenstelling tot de mening van bepaalde sociale werkers, getuigden de bewoners van een vaardigheid om in een woning te leven zonder lineair het institutionele parcours door te lopen (nachtasiel – onthaaltehuis – begeleid wonen –private woning) o Een grote tolerantie en begrip voor de gedragingen of uitbarstingen van medebewoners o De relaties sociale werkers – gebruikers lieten plaats voor een juistere relationeel evenwicht waarbij de professionele afstandelijkheid een mobiliserende katalysator werd en de krachten van de bewoners zelf

	<p>aansprak</p> <ul style="list-style-type: none">○ De huur werd gedeeld onder meerdere personen waarbij de huisvesting betaalbaarder werd voor kleine inkomens en discriminatie vermeden werd○ De hulpverlening van de verscheidene sociale werkers werd met elkaar vergeleken en besproken. De professionele praktijken zijn niet meer versnipperd maar vinden hun zin in de complementariteit.
--	--

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

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

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

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

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

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

2. How did the initiative address these objectives?

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

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

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

Label

2006 : Instellen van het label

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

2008 : Uitbreiding van de maatregel

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

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Wordt momenteel uitgewerkt.

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

De evaluatie zal later gebeuren.

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

De evaluatie zal later gebeuren.

3. How were these obstacles and risks addressed?

De evaluatie zal later gebeuren.

4. Were there any unexpected benefits or weaknesses?

De evaluatie zal later gebeuren.

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

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

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

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

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

2. How did the initiative address these objectives?

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

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

Voor het Waalse Gewest :

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

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

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

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

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

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

Voor het Brusselse Gewest

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

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

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

3. Ontwikkeling van een pedagogische server

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

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

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

Het Strategisch Plan inzake de integratie van de informatie- en communicatietechnologieën in het leerplichtonderwijs en het onderwijs voor

	<p>sociale promotie, dat gerealiseerd werd in 2002, werd recentelijk geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie zal het plan geactualiseerd worden en nieuwe uitdagingen aangegaan.</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>De 48 maatregelen van het strategisch Plan werden op een individuele fiches weergegeven. Elke fiche herneemt, in zijn algemeenheid, de operationele doelstelling waartoe zij bijdraagt, de administratieve entiteit en politieke verantwoordelijke voor de uitvoering, de uitvoeringstermijnen, een situatiebeschrijving die de maatregel kadert, de operationele beschrijving van de noodzakelijke stappen om de maatregel te concretiseren, de kalender voor de uitvoering en het budget.</p> <p>Recentelijk werd de evaluatie afgerond.</p> <p>Om de objectiviteit van de evaluatie te garanderen, werd aan de Dienst Algemene Audit van het Ministerie van de Franse Gemeenschap gevraagd ze uit te voeren in samenwerking met een privé-firma.</p> <p>De methodologie die gebruikt werd voor de evaluatie bestond er uit om, op basis van gesprekken met de verantwoordelijken (d.w.z. de diensten die hiertoe aangeduid werden in het Plan zoals goedgekeurd door de regering) de voorgestelde en/of uitgevoerde acties op te lijsten, de realisaties en resultaten van deze acties te "meten", de eventuele ondervonden moeilijkheden weer te geven en actielijnen voor te stellen voor het verder uitvoeren van het Plan.</p> <p>In opvolging van deze gesprekken, werd er een rapport opgesteld dat een stand van zaken van de realisaties weergeeft, een evaluatie van de effecten ervan en een aantal strategische aanbevelingen om de doelstellingen uit het strategische Plan te bereiken. Het rapport werd bezorgd aan het Begeleidingscomité van het strategisch Plan om het verder te bezorgen aan de regering.</p> <p>De aanpassing van het strategisch Plan, rekening houdend met de resultaten van de evaluatie, is momenteel bezig.</p>
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>M.b.t; de 4 maatregelen die hierboven beschreven werden :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het paspoort ICT : Een proefproject werd uitgevoerd in het schooljaar 2003-2004. De evaluatie van dit project was zeer positief, de continuering ervan voor de volgende jaren werd gegarandeerd. Meer en meer studenten volgen deze opleiding en verwerven de vaardigheden zoals beoogd door het paspoort. 2. Uitrusting van de scholen met pedagogisch informatica-materiaal : Plan Cyberscholen en start van het Plan Cyberklassen. De nieuwe uitrustingsplannen beoogden een verhoging van het aantal computers in de scholen. In het Waalse Gewest vertegenwoordigt het project Cyberklassen 40.000 computers en meer dan 3.300 servers. Het aantal computers in de scholen werd verdubbeld om de norm van 1 computer per 15 leerlingen te bereiken. De scholen konden eveneens kiezen om cybermedia-klassen uit te rusten of de computers te integreren in de klassen, in functie van hun pedagogische praktijk. 3. Ontwikkeling van een pedagogische server : De website

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

A.2.1.4. Schikkingen voor een beter bestuur

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

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Creëren van een draagvlak (politiek en institutioneel) voor de continuering van het project; ○ Omschrijving, samen met de betrokken diensten en de ervaringsdeskundigen zelf, van de meerwaarde van het project. Deze meerwaarde wordt beoogd ten aanzien van de doelgroep i.c. mensen in een situatie van armoede en sociale uitsluiting, ten aanzien van de betrokken diensten, ten aanzien van de ervaringsdeskundigen zelf en ten aanzien van de omgeving (andere overheden, maatschappelijk middenveld, burgers algemeen).
2.	How did the initiative address these objectives?
	<p>Volgende stappen werden gezet om de hierboven geformuleerde doelstellingen te bereiken :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opzet van de opleiding aan franstalige kant. ○ Opzet van een specifieke recruiteringsprocedure voor de aanwerving van ervaringsdeskundigen (oproep via de OCMW's aan franstalige kant, samenwerking met het opleidingsinstituut De Link aan nederlandstalige kant); ○ Bekendmaking van het pilootproject bij de administrateurs-generaal van alle federale overheidsdiensten en openbare instellingen sociale zekerheid; ○ Overleg en onderhandelingen met de geïnteresseerde diensten betreffende functie, taakinvoering en ondersteuning van de ervaringsdeskundigen; ○ Uitwerking van een samenwerkingsakkoord met de federale overheidsdiensten die een of meer ervaringsdeskundigen wilden tewerkstellen; ○ Individuele en groepsmatige begeleiding van de ervaringsdeskundigen binnen de POD MI; ○ Regelmatige opvolgingsgesprekken met de betrokken diensten mbt integratie van de ervaringsdeskundige, (evolutie in) functie en takenpakket, opvolging en omschrijving van de specifieke meerwaarde; ○ Organisatie van overleg en ervaringsuitwisseling tussen de betrokken diensten onderling; ○ Opzet van verschillende begeleidingscomités voor de opvolging en continuering van het project (beperkt begeleidingscomité, ESF-stuurgroep en uitgebreid begeleidingscomité); ○ Communicatie en verspreiding van informatie over het project binnen de betrokken diensten maar ook ruimer (o.a. via de media en participatie aan overlegvergaderingen); ○ Overleg en afspraken met de beide opleidingsinstituten; ○ Opzet van overleg tussen de betrokken opleidingsinstituten.
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	<p>Eerste fase: Voorbereiding (oktober 2004-augustus 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aanwerving in oktober van 2 ervaringsdeskundigen binnen de POD MI; ○ Aanwerving van een franstalige coördinator in april 2005; ○ Aanvraag en goedkeuring ESF-dossier; ○ Afspraken met de betrokken gewesten en opleidingsinstituten voor de

- o opzet van de opleiding aan franstalige kant;
- o Aanwerving nederlandstalige coördinator in augustus 2005.

Tweede fase: Rekrutering, aanwerving en detachering van de ervaringsdeskundigen

- o Rekrutering en aanwerving van 8 franstalige ervaringsdeskundigen in opleiding;
- o start van de opleiding aan franstalige kant in november 2005;
- o rekrutering en aanwerving van 5 nederlandstalige ervaringsdeskundigen in opleiding en 3 afgestudeerde ervaringsdeskundigen;
- o uitschrijven van de doelstellingen en kader van het pilootproject;
- o introductie van het pilootproject binnen de betrokken federale overheidsdiensten;
- o start en uitbouw van de onderhandelingen met de betrokken diensten;
- o uitbouw van een groepswerking met de ervaringsdeskundigen en opzet van een systeem van individuele ondersteuning;
- o realisatie samenwerkingsakkoorden en effectieve start van de detacheringen;
- o akkoord met een erkende onderzoeksinstelling voor de evaluatie van het pilootproject.

Derde fase: Opvolging en evaluatie

- o tussentijdse evaluatie met de hulp van de evaluatoren (onderzoeksinstellingen HIVA en ULB) en de organisatie van een colloquium in november 2006;
- o De eindevaluatie van het project is voorzien voor eind 2007.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

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

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

	<p>diensten alsook voor het creëren van een politiek en insitutioneel draagvlak voor de continuering van het project worden de nodige contacten uitgebouwd met de betrokken beleidsverantwoordelijken. Dit gebeurt onder meer via de diverse stuurgroepen.</p>
2.	<p>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</p> <p>Het project heeft op verschillende vlakken te maken met weerstand: weerstand op het niveau van de diensten, op het niveau van de opleidingsinstituten, op het niveau van de ervaringsdeskundigen zelf en op het niveau van de omgeving.</p> <p>1. Op het niveau van de diensten stellen zich volgende uitdagingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ de erkenning en validering van een ander soort competentie en deskundigheid, m.n. 'ervaringsdeskundigheid'; ○ de moeilijkheid om een gepaste taakomschrijving te definiëren anders dan de bestaande en vooropgestelde kaders; ○ moeilijkheden mbt de inschakeling en integratie van een ervaringsdeskundige binnen de dienst; ○ te lage of net te hoge verwachtingen (bvb. risico tot overbevraging en overschatten van de draagkracht van de ervaringsdeskundigen); <p>2. Op het niveau van de opleidingsinstituten is het een uitdaging om het concept van ervaringsdeskundigen, zoals ontwikkeld in Vlaanderen, meer toepasbaar te maken binnen de context van een federale overheid waarin het accent ook meer ligt op beleidsmatig werken. Voor de opleiding is een zeer ervaringsgerichte en procesmatige begeleiding en opvolging noodzakelijk en hiervoor moeten dan ook voldoende middelen en omkadering worden voorzien.</p> <p>3. Op het niveau van de ervaringsdeskundigen is de integratie in de betrokken diensten niet evident (binnen de betrokken diensten zijn zij de eerste en soms enige ervaringsdeskundigen). Eigen is ook dat het engagement mbt de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting niet stopt na de werkuren. Het emancipatieproces van ervaringsdeskundigen mee ondersteunen betekent ook op verschillende vlakken rekening houden met hun eigen achtergrond en armoede-ervaringen.</p> <p>4. De weerstand op het niveau van de omgeving heeft onder meer te maken met een methodische discussie mbt de manier waarop het perspectief van mensen in armoede kan worden binnengebracht in de diensten en vragen mbt de legitimiteit van de 'persoonlijke en verbrede ervaring'.</p>
3.	<p>How were these obstacles and risks addressed?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dialoog is in deze heel belangrijk, zowel met de ervaringsdeskundigen, met de betrokken diensten, met de opleidingsinstituten als met externe deskundigen. ○ Ondersteuning vanuit het beleid, zowel vanuit de politiek als vanuit het management binnen de betrokken dienst, is een voorwaarde sine qua non voor de totstandkoming, ontwikkeling en continuering van dit project. Er wordt o.a. veel geïnvesteerd in het duidelijk omschrijven van de meerwaarde van het werken met ervaringsdeskundigen. ○ Er wordt veel geïnvesteerd in de begeleiding van de ervaringsdeskundigen zelf en van de betrokken diensten.

	<ul style="list-style-type: none"> o Flexibiliteit, regelmatige reflectie over de doelstellingen en referentiekader van het project en over de functie, takenpakket en ondersteuning van de ervaringsdeskundigen met alle betrokken partijen is noodzakelijk.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	We wachten de tussentijdse evaluatie af van het evaluatieonderzoek door de onderzoeksinstituten HIVA en ULB.

A.2.1.4. b) Het Vlaamse Actieplan Armoedebestrijding

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

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

Context/Background to the Initiative

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

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

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

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

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

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

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

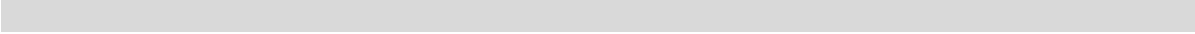
- de beschrijving van de algemene visie van het Vlaamse armoedebeleid
- de situering van het Vlaamse armoedebeleid binnen het nationale en Europese beleid terzake
- de geformuleerde doelstellingen op lange en op korte termijn binnen elk beleidsdomein

	<p>Een actieplan dat concreet is, opvolgbaar, evalueerbaar en over de nodige instrumenten beschikt. Het omvat minstens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de concrete activiteiten - het tijdpad, opgesteld voor de uitvoering - de opgave van de indicatoren om de vooruitgang te meten - de ingezette instrumenten <p>Het actieplan komt tot stand met het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen. Zij vertegenwoordigen de doelgroep.</p>
2.	How did the initiative address these objectives?
	<p>1) Het horizontaal permanent armoedeoverleg is het overleg tussen de verschillende beleidsdomeinen. Daaraan nemen vertegenwoordigers van de verschillende administraties van de Vlaamse Gemeenschap deel (aandachtsambtenaren armoede). De opdrachten van het horizontaal overleg zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acties voorbereiden in de verschillende beleidsdomeinen die voortvloeien uit het actieplan - de impact en de effecten van die acties analyseren - de acties coördineren en de acties van de verschillende beleidsdomeinen op elkaar afstemmen - de voorwaarden bepalen voor het organiseren van het overleg - kennisnemen van de voorstellen van het verticale overleg in elk van de beleidsdomeinen - Het actieplan evalueren <p>2) Het Vlaams Netwerk maakt deel uit van het horizontaal permanent armoedeoverleg. Participatie van mensen in armoede krijgt gestalte via hen.</p> <p>3) Via provinciale consultatierondes wordt een ontwerp van actieplan voorgelegd aan mensen in armoede. Hun bedenkingen en commentaar worden mee opgenomen in het definitieve actieplan.</p> <p>4) Binnen elk beleidsdomein wordt een verticaal overleg opgericht. Het verticale overleg heeft tot taak de specifieke beleidsinitiatieven te toetsen aan de visie en ervaring van de doelgroep en voorstellen tot bijsturing te formuleren</p> <p>5) Een coördinerend minister voor armoedebstrijding</p> <p>6) Een team armoede binnen de administratie dat alles coördineert</p>
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	<p>De Vlaamse Regering stelt 9 maanden na haar aantreden een actieplan armoedebestrijding op dat geldt voor de hele legislatuur.</p> <p>Dit actieplan wordt jaarlijks geactualiseerd. De coördinerende minster voor armoedebestrijding legt jaarlijks voor 1 maart het geactualiseerde actieplan voor aan de Vlaamse Regering. De Vlaamse Regering vraagt advies aan haar adviesorganen die op dit vlak bevoegd zijn. Het geactualiseerde actieplan wordt ook aan het Vlaams Parlement bezorgd.</p>
Monitoring and Evaluation	

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

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

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



Bijlage Inclusie 3. Alle acties in detail.

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

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

Bijlage Inclusie 4. Afkortingen

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

VGC : Vlaamse Gemeenschapscommissie

**Bijlagen Hoofdstuk III –
Nationaal strategisch rapport
pensioenen**

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

3.1.1. Beleidsdoelstelling g)

- De levensstandaard bij pensionering. theoretische vervangingsratio's

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

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

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

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

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

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

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

Bron: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

3.1.2. Beleidsdoelstelling h)

- Financiële duurzaamheid van de pensioenstelsels.

Door de Studiecommissie voor de vergrijzing wordt in het Jaarverslag van 2006 een actualisatie van de budgettaire kost van de vergrijzing geraamd. Bij deze recentste ramingen werd echter geen rekening gehouden met alle maatregelen van het Generatiepact.

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

Budgettaire kost van de vergrijzing 2005-2050 (*)

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

(*) Studiecommissie voor de vergrijzing.
Verslag 2006.

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

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

3.1.3 Beleidsdoelstelling i)

- De moderne samenleving heeft nood aan aangepaste pensioenstelsels

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

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

<u>Evolutie in de tijd van deeltijdse werkenden (1995-2005)</u>			
Jaar	Deeltijdse arbeidsgraad (in %)		Totaal
	Mannen	Vrouwen	
1995	3,1	33,4	15,4
2000	5,4	39,3	20,0
2002	5,6	39,5	20,3
2005	7,8	42,6	23,4

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

Bijlagen Hoofdstuk IV

Gezondheid en Lange termijn Zorg

4.1. Beschrijvende Gegevens

4.1.1. Verdeling van bevoegdheden inzake gezondheid

4.1.2. Het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

4.2. Voorbeeld van « good practice »

4.3. Statistische analyse (door indicatoren)

Bijlage 4.1. Beschrijvende Gegevens

Bijlage 4.1.1 Verdeling van bevoegdheden inzake gezondheid

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

A) De bevoegdheden van de federale overheid

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

- a) de organieke wetgeving (voorbeeld: wet op de ziekenhuizen, ...);
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze financiering bij de organieke wetgeving wordt geregeld (budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen)⁷⁸;
- c) **de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging** (tak van de sociale zekerheid);
- d) het vastleggen van de basisregels inzake programmering;
- e) het vastleggen van de basisregels inzake financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
- f) het vastleggen van de nationale erkenningsnormen enkel voor zover ze een weerslag kunnen hebben op de in b), c), d) en e) vermelde bevoegdheden;
- g) het vaststellen van de voorwaarden en de aanduiding als universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.

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

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

B) De bevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten

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

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

⁷⁸ De geprogrammeerde en erkende ziekenhuizen ontvangen een budget van financiële middelen. Dit budget wordt jaarlijks door de federale overheid vastgelegd en geldt als tegemoetkoming in de verblijfs- en verzorgingskosten van de patiënten. Het budget dekt hoofdzakelijk de investeringskosten, de verblijfskosten en de verzorgingskosten. Ten slotte dient opgemerkt dat ook de financiering is geëvolueerd van een structurele financiering naar de activiteitsgerichte financiering.

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

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

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

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

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

C) Samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten fédérées

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

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

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

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

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

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

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

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

In dit systeem van globale financiering spelen volgende diensten een centrale rol: de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (**RSZ**) voor het stelsel van de werknemers en het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (**RSVZ**) voor het stelsel van de zelfstandigen. Ze vergaren de middelen van de sociale zekerheid⁷⁹ en ze verdelen deze middelen naar gelang de noden van de organisaties die de diverse takken van de sociale zekerheid beheren. Voor de gezondheidszorg gaat het hierbij om het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (**RIZIV**).

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

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

De budgettaire procedure kan als volgt worden samengevat:

- De overeenkomsten- en akkoordencommissies waarin vertegenwoordigers van de zorgverleners en van de verzekeringsinstellingen zetelen, bepalen de noden in hun

⁷⁹ Die middelen zijn voor het stelsel van de werknemers hoofdzakelijk afkomstig uit de sociale bijdragen die worden ingehouden ten laste van de werkgevers en de werknemers. Voor het stelsel van de zelfstandigen komen de middelen hoofdzakelijk uit de sociale bijdragen op de inkomsten van die zelfstandigen. Andere bronnen waaruit het budget van de Sociale Zekerheid kan putten, zijn subsidies van de Staat en inkomsten uit alternatieve financiering (bestaande uit een percentage van de BTW-ontvangsten, een deel van de accijnzen op tabak en van de roerende voorheffing, van de opbrengst van de belasting op voordelen die voortvloeien uit de toekenning van aandelenopties, ...)

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

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

B) Wie is gedekt ?

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

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

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

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

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

C) Wat is de omvang van de dekking ?

De dekking voor loontrekkers (en gelijkgestelde personen) is op dit ogenblik anders dan die voor zelfstandigen. Terwijl loontrekkers zowel gedekt⁸⁰ zijn voor "**kleine risico's**" (raadpleging van huisartsen en specialisten, kinesitherapeuten, verstrekking van geneesmiddelen, tandverzorging, kleine heelkundige ingrepen, protheses, orthopedie, ambulante fysiotherapie en ambulante verpleeghulp, enz.) als voor "**grote risico's**" (hoofdzakelijk hospitalisatie, maar ook grote heelkundige ingrepen, specifieke technische diensten en specifieke behandelingen van bepaalde ziekten zoals kanker, tuberculose, geestesziekten, aangeboren ziekten en misvormingen, enz.), zijn zelfstandigen in principe alleen gedekt voor die laatste risico's. Als zij zich ook tegen kleine risico's willen laten verzekeren, kunnen zij bij een ziekenfonds een aanvullende verzekering afsluiten waarvoor ze dan een specifieke bijdrage moeten betalen.

De regering heeft echter beslist om de dekking voor kleine risico's uit te breiden naar zelfstandigen, gedeeltelijk vanaf 1 juli 2006 en integraal vanaf 1 januari 2008⁸¹.

D) Hoe worden de terugbetaalbare prestaties bepaald ?

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

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

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

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

⁸⁰ In totaal telt het stelsel van de loontrekkers 26 categorieën prestaties die terugbetaald kunnen worden.

⁸¹ Dit geldt in feite vanaf 1 juli 2006 voor behoeftige ouderen (namelijk de gerechtigden op de IGO) en voor personen die voor de eerste keer eerste een activiteit als zelfstandige in hoofdberoep aanvaarden vanaf 30 juni 2006. Vanaf 1 januari 2008 zullen alle zelfstandigen gedekt zijn.

Farmaceutische specialiteiten zijn dan weer naar gelang hun sociale en therapeutische nut opgesplitst in vijf categorieën van terugbetaling. De persoonlijke bijdrage van de begunstigde wordt voor elke categorie bepaald en varieert van 0 % tot 80 %. In geval van hospitalisatie betaalt de patiënt voor zijn geneesmiddelen in het ziekenhuis echter nooit meer dan een dagelijks forfait van 0,62 EUR⁸².

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

- Het "**recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming**" (RVV). Het gaat om een voorkeurstelsel, nl. een stelsel dat in het kader van de gezondheidszorg hogere tegemoetkomingen uitkeert aan bepaalde categorieën personen (de lijst van die categorieën is bij wet vastgelegd), personen die zich in een specifieke sociale situatie bevinden (voorbeelden: invalide, gepensioneerde, gehandicapte, ...) en van wie het inkomen een bepaald bedrag niet overschrijdt (op 01/08/2005 13.246,34 EUR te vermeerderen met 2.452,25 EUR per persoon ten laste) of die omwille van de sociale situatie waarin ze zich bevinden, beschouwd worden als personen die deze inkomensgerelateerde voorwaarden vervullen. Die verhoogde tegemoetkoming geldt zowel voor medische en paramedische verstrekkingen als voor geneesmiddelen.
- De "**maximumfactuur**" (MAF) : het gaat om een mechanisme dat aan elk gezin de garantie wil geven dat het niet meer dan een bepaald bedrag zal moeten uitgeven voor terugbetaalbare en noodzakelijke geneeskundige verstrekkingen⁸³, waarbij dit maximumbedrag varieert naar gelang het gezinsinkomen. Er bestaan twee soorten maximumfactuur:
 - de "*sociale maximumfactuur*" wordt toegekend aan gezinnen die daadwerkelijk 450 EUR eigen bijdrage hebben betaald en waarvan één van de leden recht heeft op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming of op een uitkering voor een persoon met een handicap. Zodra het plafond van 450 EUR bereikt is, wordt het remgeld voor de rest van het jaar tot nul herleid. De verzekeringsinstellingen moeten over de toepassing van de sociale maximumfactuur waken.
 - De "*maximumfactuur inkomen*" geldt voor alle gezinnen⁸⁴ en voorziet ook een terugbetaling als het gezin meer eigen bijdrage heeft betaald dan het referentiebedrag dat op hen van toepassing is op basis van hun jaarlijkse netto inkomsten⁸⁵.

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

⁸² Merk toch op dat dit bedrag uitsluitend de terugbetaalbare specialiteiten dekt. Geneesmiddelen die niet terugbetaald worden, blijven ten laste van de patiënt.

⁸³ De kosten die bij de berekening van de maximumfactuur meetellen, zijn remgelden voor honoraria van geneesheren, verplegers en verpleegsters, paramedische hulpkrachten en kosten voor technische prestaties (medische beeldvorming, heelkundige ingrepen, laboratoriumonderzoeken, ...), onontbeerlijke geneesmiddelen (specialiteiten uit de categorieën A, B en C) en ziekenhuiskosten (persoonlijke bijdrage in de dagprijs per ligdag).

⁸⁴ Het gezin waarmee bij het berekenen van de maximumfactuur inkomsten rekening wordt gehouden, is het gezin zoals het volgens de gegevens uit het Rijksregister is samengesteld.

⁸⁵ <http://www.riziv.fgov.be/secure/f/maf/>

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

F) Hoe worden de verstrekkingen terugbetaald ?

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

- De regel is "**terugbetaling a posteriori**": de patiënt betaalt de behandeling aan de zorgverlener van zijn keuze. Deze laatste overhandigt hem een attest waarop vermeld is welke prestatie er is geleverd. De patiënt bezorgt dit attest vervolgens aan zijn verzekeringsinstelling met het oog op de terugbetaling.
- De uitzondering is "**de derde betaler**": het systeem van de derde betaler is verplicht voor patiënten die in een ziekenhuis opgenomen worden, en voor klinische biologie. De patiënt krijgt van het ziekenhuis een factuur met de totale kostprijs van de ontvangen verstrekkingen, maar hij betaalt niet de volledige kosten. Hij betaalt slechts het bedrag van zijn eigen bijdrage, nl. het remgeld, en eventuele supplementen. Het ziekenhuis stuurt ook een factuur naar de verzekeringsinstelling van de patiënt: die verzekering zal aan het ziekenhuis rechtstreeks het bedrag betalen dat strookt met de tegemoetkoming van de verzekering. Voor geneesmiddelen is een gelijkaardig systeem van toepassing: de patiënt die naar een apotheek gaat om er terugbetaalbare geneesmiddelen te kopen die zijn geneesheer heeft voorgeschreven, betaalt slechts een deel van de totale prijs van het geneesmiddel (het deel dat overeenstemt met zijn eigen bijdrage)⁸⁶. Ook in de sector van de ambulante verzorging kan het systeem van de derde betaler voor bepaalde categorieën van de bevolking onder bepaalde voorwaarden toegepast worden.

⁸⁶ Indien de patiënt zijn SIS-kaart aanbiedt of indien de apotheker over de "ziekenfondsgegevens" beschikt. Merk op dat het systeem van de derde betaler moeilijk of zelfs onmogelijk toe te passen is voor buitenlandse verzekerden die een Europese ziekteverzekeringskaart aanbieden, omdat de apotheker niet over de gegevens beschikt die hij nodig heeft om het systeem van de derde betaler toe te passen.

Bijlage 4.2. Voorbeeld van « Good Practice »

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

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

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

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

BIJLAGE bis 4.2.1**MAF 2002**

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

MAF 2003

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

MAF 2004

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

MAF 2005 – situation au 10-07-2006

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

BIJLAGE ter 4.2.1

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

(*) ZONDER toepassing maximumfactuur

BIJLAGE quater 4.2.1

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

(*) MET toepassing maximumfactuur

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

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

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

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

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

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

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

"het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status" gesloten (24/05/2004, BS 27/09/2004).

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

De deskundige ziekenhuiscentra

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

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

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

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

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

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

- Criteria voor goede beroepspraktijk uitwerken en verspreiden;
- De continuïteit van de verzorging van de patiënten in optimale omstandigheden verzekeren;
- Zorgen voor de permanente vorming van de verzorgingsteams van de

langdurige structuren;
- In overleg de overbrenging van de patiënt voorbereiden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.4. Het interministeriële protocol "ouderen" nr. 3 waarbij het budgettaire en organisatorische kader van de investeringen voor de ouderenzorg in de verschillende gemeenschappen en gewesten gespreid wordt over 6 jaar

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

- de implementering van de maatregel "arbeidsovereenkomst";
- de toekenning van extra vakantiedagen ten gunste van bepaalde categorieën van personeelsleden;
- de aanpassing aan de bepalingen inzake de eindeloopbaanmaatregelen, waartoe besloten werd in uitvoering van het meerjarenplan van de federale gezondheidssectoren, afgesloten op 1 maart 2000.

Bij het verlenen van de erkenningen aan de instellingen gaan de Gemeenschappen en de gewesten na of de voormelde voorwaarden vervuld zijn en van toepassing zijn op de betrokken instellingen. De Federale Staat en de Gemeenschappen en gewesten zullen in het licht van de vergrijzing van de bevolking (met bijzondere aandacht voor de vergrijzing van de eerste generatie gastarbeiders) en de stijging van het aantal zorgbehoevende ouderen samen werken aan de volgende doelstellingen:

- Een gecoördineerd en coherent preventief en curatief beleid voeren is vooral belangrijk opdat elke oudere zo lang mogelijk zijn autonomie en zelfstandigheid kan behouden. Om de afhankelijkheid door vereenzaming te voorkomen, dient de maatschappelijke participatie gestimuleerd te worden. Beleidsinitiatieven in verschillende domeinen zoals huisvesting, mobiliteit, culturele participatie, ... ondersteunen de integratie in de maatschappij.
- De rol van de thuisverzorger voor de zorgbehoevende ouderen die thuis verblijven, mag niet onderschat worden. Deze belangrijke zorgpartner dient meer ondersteund te worden via een waaier aan diensten, met inbegrip van thuisvervangende woonvormen. Met het vooruitzicht op alternatieve opvangmogelijkheden om de thuisverzorger te ondersteunen en te erkennen, denken we niet alleen aan het stimuleren van de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf, maar ook aan alternatieve zorgformules in samenwerking met de thuisverzorgingsdiensten en de instellingen die we hier samenvatten onder de vormen van alternatieve verzorging.
- Er moet werk gemaakt worden van de sensibilisering voor en de opsporing van elke vorm van bejaardenmishandeling, ongeacht het gaat om financieel misbruik of fysiek of psychisch geweld.
- In het licht van de vergrijzing van de bevolking, moeten het zorgaanbod en de financiering ervan op lange termijn hand in hand blijven gaan via de sociale zekerheid en andere vormen van overheidsfinanciering, waarbij verder geijverd moet worden voor de verstrekking van toegankelijke en kwaliteitsvolle diensten en een efficiënt gebruik van het bestaande zorgaanbod, zodat er voor elke zorgbehoefte een aangepaste oplossing is: "aangepaste verzorging op maat van de oudere".
- Omdat de verzorging moeilijk toegankelijk is bij bepaalde problemen, wordt er bijzondere aandacht gevraagd voor de dementen met een lichte fysieke zorgbehoefte, het kortverblijf, een aangepast palliatief zorgaanbod en tot slot, het probleem van het transport, onder andere naar de dagverzorgingscentra.

- De detectie van de zorgvraag en de objectieve zorgbehoeften vereist gevalideerde procedures en een gevalideerd instrument. De ouderen en hun omgeving moeten voldoende gehoord worden in de keuzes die hen voorgesteld worden, zodat het aanbod en de vastgestelde behoeften zo goed mogelijk op elkaar kunnen worden afgestemd. Voor dit overlegmoment denken we specifiek aan de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT).
- De integratie en de zorgcontinuïteit zijn twee belangrijke begrippen en veronderstellen een samenwerking tussen de instellingen, een multidisciplinaire samenwerking, een goede uitwisseling van informatie en overleg. In dit kader denken we aan de functie van de liaisongeriatrie, aan de ziekenhuisreferent in de ziekenhuizen, aan een eenvormig evaluatie-instrument, aan de coördinatiecentra en aan de GDT.
- Een integratie van de verzorging betekent dat er op lange termijn ook een integratie in het wettelijke kader en een integratie in de financiering zullen volgen. Elke inwoner met een zwaar zorgprofiel zou een aanbod moeten krijgen dat overeenstemt met zijn behoeften en niet met het aanbod dat op dat ogenblik beschikbaar is. Dat veronderstelt een voldoende grote opvangcapaciteit in de zorgsector en zelfs dat er een uitbreiding van deze capaciteit nodig zal zijn. Er zal ook moeten geëvalueerd worden in welke mate de huidige band tussen huisvesting en verzorging een belemmering vormt voor bepaalde vormen van verzorging en in welke mate het zorgaanbod beter ontwikkeld wordt vanuit netwerken.
- In uitvoering van de beslissingen genomen op de Ministerraden van 16 en 17 januari 2004 werd er door het HIVA en het SESA een studie uitgevoerd over de impact van de vergrijzing op de geneeskundige verzorging, en meer bepaald op de long term care. Deze studie zal gebruikt worden als basis voor een breed maatschappelijk debat over het te voeren ouderenzorgbeleid. De wetenschappelijke ondersteuning en de bundeling van expertise zijn zeker belangrijk bij het uittekenen van het (Europese) beleid, maar een samenwerking tussen de verschillende betrokken overheden en administraties, een snelle uitwisseling van relevante gegevens en een administratieve vereenvoudiging zijn dat evenzeer.

Main Results

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

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

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

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

	(vanaf januari 2007). Bij de volwassenen: informeren over de periodiciteit van de herhaalvaccinaties voor allen (difterie en tetanus) en over het belang van specifieke vaccins voor de meest kwetsbaren (griep en pneumokokken).
2.	How did the initiative address these objectives?
	Via het ontwikkelen van kennis en het motiveren van de bevolking met betrekking tot vaccinatie (informeren van de doelgroepen over het belang van vaccinatie, verbetering van de begrijpelijkheid van de verantwoordelijken en de verstrekkers met betrekking tot vaccinatie bij het publiek). Via de maximale toegang tot de vaccins bestemd voor de kinderen en de adolescenten die doelgroepen zijn van de Franse Gemeenschap (kosteloosheid en beschikbaarheid van de vaccindoses, vrije keuze van de vaccinator, vergemakkelijken van de stappen die de rechthebbenden moeten zetten). Via de coherentie en de relevantie van het programma (overleg en coördinatie van de partners, uitwisseling van de gegevens tussen de diensten voor kinderzorg en de gezondheidsdiensten op school, nauwkeurigheid en wetenschappelijke evaluatie van het programma via epidemiologische surveillance en meting van de vaccinatiegraad). Daartoe, in de Franse Gemeenschap, is er een samenwerking in het leven geroepen tussen de DG Gezondheid en de interuniversitaire vereniging Provac, die belast is met de operationalisering van het programma. Via de garantie van de aansturing en de continuïteit van het programma op reglementair, administratief en beleidsvlak.
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	Het gaat om een permanent proces.
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	Epidemiologische opvolging Regelmatige meting van de vaccinatiegraad
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	Voldoende, behalve wat de vaccinatiegraad betreft - van de kinderen tegen mazelen; - van de adolescenten tegen hepatitis B; - van de beroepsbeoefenaars en risicogroepen tegen griep
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?

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

Korte bespreking van de resultaten van de gezondheidsindicatoren

De gezondheidsindicatoren geven informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking, leefstijl en het optreden van risicofactoren, het bereik van preventiebeleid, de toegankelijkheid, de kosten en het gebruik van gezondheidszorg, de lange termijn houdbaarheid van uitgaven voor gezondheidszorg. De analyse is gebeurd op basis van de Europese gemeenschappelijke indicatoren, aangevuld met nationale indicatoren⁸⁷.

1. Gezondheidstoestand

Levens- en gezondheidsverwachting

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

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

Recent werd de gezondheidsverwachting berekend op basis van mortaliteitsdata van het NIS en de vragen naar de gezondheidstoestand opgenomen in de socio-economische enquête van 2001⁸⁸. De gezondheidstoestand werd vastgesteld op basis van de vraag naar de algemene subjectieve gezondheid: Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? Chronische ziekte werd vastgesteld op basis van de vraag: Lijdt u aan één of meer langdurige ziekten, chronische aandoeningen of handicaps?

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

⁸⁷ De indicatoren van het Nationaal Actieplan Sociale Insluiting die betrekking hebben op de dimensie gezondheid werden in de analyse betrokken.

⁸⁸ Van Oyen, H. Bossuyt, N. Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S. Lorant, V. Miermans P-J. Composite health measures in Belgium based on the 2001 census, 32p (unpublished).

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

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

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

Een meting over drie meetpunten (1997, 2001 en 2004), waarbij telkens de Gezondheidsenquête werd gebruikt om de (subjectieve) gezondheidstoestand te meten levert steun op voor de compressietheorie (de verlenging van de levensverwachting gaat samen met een samendrukking van de jaren met een chronische ziekte)⁸⁹. Over de periode 1997-2004 steeg de levensverwachting van mannen met 1,82 jaren terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 3,35 jaar toenam. Voor vrouwen nam de levensverwachting toe met 1,29 jaar, terwijl hun levensverwachting zonder chronische ziekten met 2,47 jaar toenam.

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

De Europese structurele indicator levensverwachting zonder invaliditeit (disability free life expectancy) is beschikbaar voor de periode 1995-2003. De indicator wordt berekend op basis van een enquêtevraag (ECHP) naar beperkingen in dagelijkse activiteiten door ziekte of handicap⁹⁰. Over de bestudeerde periode nam de levensverwachting bij geboorte van vrouwen met 1,5 jaar toe, hun levensverwachting zonder invaliditeit met 2,8 jaar. Voor mannen steeg de levensverwachting in dezelfde periode met 2,5 jaar, de levensverwachting zonder invaliditeit met 4,1 jaar. De toename van beide indicatoren was dus groter bij de mannen dan bij de vrouwen. Vrouwen konden in 2003 verwachten 84,7% van hun leven zonder invaliditeit door te brengen (was 82,8 in 1995), mannen 88,8% (was 86,2% in 1995). In Europees vergelijkend opzicht scoort België goed met deze cijfers, ook wat de recente trend betreft.

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

⁸⁹ Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. Reves 2006. 14 p.

⁹⁰ ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? 2002 en 2003 zijn extrapolaties.

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

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

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

Foeto-infantiele sterfte

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

Een analyse van de doodgeboorte, de sterfte in de eerste levensweek en de sterfte na de eerste levensweek maar vóór de leeftijd van 1 jaar over de periode 1980 tot 1994 op basis van de socio-professionele categorie van de vader toont aan dat er sprake is van een duidelijke sociaal-economische gradiënt. De kindersterfte in de hogere beroepsgroepen ligt telkens beduidend lager dan in de beroepscategorieën met een lagere status, al worden de verschillen wel minder belangrijk doorheen de tijd. Analyses met betrekking tot het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op basis van recentere data wijzen toch op het blijvend belang van socio-economische status van de ouders op de kindersterfte⁹¹.

Subjectieve gezondheidstoestand⁹²

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

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

⁹¹ Zie Administratie Gezondheidszorg – Team Beleidsevaluatie. Foeto-infantiele sterfte. In: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Gezondheidsindicatoren 2001-2002. Pagina 33-48. Analyse voor de Vlaamse Gemeenschap 2001-2002. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad. Welzijnsbarometer. Editie 2005/1 P.26 (cijfers 1998 – 2003).

⁹² Analyse grotendeels gebaseerd op WIV Gezondheidsenquête België 2004. IPH/EPI Reports nr. 2006 - 035.

matige tot zeer slechte gezondheid rapporteert varieert van 8% bij de 15 tot 24-jarigen tot 53% bij de mensen van 75 jaar en ouder. Vanaf 45 jaar verklaren vrouwen meer in slechte gezondheid te leven dan mannen (alle leeftijden: 25% versus 21%). Personen met een lage opleiding geven vaker aan ontevreden te zijn over hun gezondheidstoestand (45%) dan personen met een hoge opleiding (13,6%).

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

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

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

Zelf waargenomen gezondheidstoestand

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

Beperkingen in dagelijkse activiteiten

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

De **prevalentie van depressie** kan geanalyseerd worden op basis van de antwoorden van de respondenten van de Gezondheidsenquête op een 13 punten-schaal⁹³. Op deze manier gemeten komt depressie voor bij 8% van de bevolking (stabiel in vergelijking met 2001), meer bij vrouwen (10%) dan bij mannen (6%) en neemt toe met de leeftijd (13% bij de bevolking 75+). Mensen in het laagste

⁹³ Het gaat over de 13 items van de zgn. SCL-90-R subschaal voor depressie. De vragen peilen naar diverse symptomen van depressie (geen energie hebben, vaak huilen, wanhopig zijn over de toekomst enz...).

inkomenskwintiel (18%) zijn vaker depressief dan mensen in het hoogste inkomenskwintiel (5%), mensen met een diploma ten hoogste lager secundair onderwijs (12%) vaker dan personen met een diploma hoger onderwijs (4%). Risicogroepen zijn in het bijzonder ook éénoudergezinnen (17%) en alleenstaanden (12%), maar vooral ook zieken/invaliden (38%) en werklozen (12%).

De Gezondheidsenquête levert dus aanwijzingen voor sociaal-economische verschillen in subjectieve gezondheidsstatus. Diegenen die een lagere socio-economische status hebben, hebben over het algemeen een minder goede gezondheid. De causale relatie kan daarbij in beide richtingen gaan: lage socio-economische status omdat men een slechte gezondheidstoestand heeft en slechte gezondheid omdat men een lage socio-economische status heeft⁹⁴. Op de meeste van deze indicatoren vertoont het Vlaams Gewest een betere score dan het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest.

2. Leefstijl - risicofactoren

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

25% van de bevolking loopt een gezondheidsrisico omdat ze helemaal niet aan lichaamsbeweging doen in hun vrije tijd. 22% heeft een onregelmatig eetpatroon. 15% eet minder dan één keer per dag groenten. Ongeveer 40% eet te weinig vis, fruit en bruin brood. 44% heeft te kampen met overgewicht (BMI > 25), 13% is echt zwaarlijvig (BMI > 30). 7% van de bevolking is zware drinker (drinkt gemiddeld minstens 22 glazen alcohol per week). 10% is zware roker (20 of meer sigaretten per dag)⁹⁵.

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

3. Bereik van preventiebeleid

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

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

⁹⁴ Volgens het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid is er een consensus gegroeid over het feit dat de eerste causale richting: lage socio-economische status omdat men een slechte gezondheid heeft slechts in zeer beperkte mate de samenhang tussen socio-economische status en gezondheidstoestand verklaart.

⁹⁵ In internationaal vergelijkend opzicht scoort België vrij goed wat roken betreft, gemiddeld wat alcoholgebruik en overgewicht betreft.

Vaccinatie

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

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

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

Screening van hart- en vaatziekten en van diabetes

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

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

Screening van kanker

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

was dit percentage 71%. Ook hier worden verschillen vastgesteld in functie van het opleidingsniveau.

4. Toegankelijkheid, gebruik, kosten van gezondheidszorg

In vergelijking met de twaalf andere EU-lidstaten waarvoor al EU-SILC data verzameld werden in 2004 is het percentage mensen (16+) dat in België zegt in de voorbije twaalf maanden een **medisch onderzoek of behandeling nodig te hebben gehad, maar niet te hebben gekregen** beperkt: 1,8%. Het percentage ligt hoger bij het tandheelkundig onderzoek: hier benadert het 4%. België scoort hiermee bij de beste lidstaten. Er is geen merkbaar verschil tussen vrouwen en mannen. Vooral 45 tot 54 jarigen en alleenstaanden en éénoudergezinnen zijn kwetsbaar. Opvallend is ook de slechte score van werklozen (10% heeft medische en 23% tandheelkundige zorgen gemist). Wat tandheelkundig onderzoek en behandeling betreft is er een duidelijk verschil in functie van het opleidingsniveau: 30% van diegenen die ten hoogste een diploma lager onderwijs hebben, hebben tandheelkundige zorgen moeten missen in vergelijking met iets meer dan 10% van de mensen met een diploma post secundair onderwijs. Bij de redenen voor het niet voldoen van de behoeften aan medisch onderzoek en behandeling overwegen veruit financiële overwegingen +60%. Wat tandheelkundige zorgen betreft zijn financiële overwegingen ook belangrijk (45%), maar ook andere redenen spelen een rol (bvb. vrees voor de tandarts en tijdsgebrek)⁹⁶.

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

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

⁹⁶ De meting van onvoldane behoeften aan gezondheidszorg gebeurt in het kader van de Belgische Gezondheidsenquête op een andere manier dan in het kader van EU-SILC. Zo worden in het geval van EU-SILC individuele personen bevraagd, bij de Gezondheidsenquête antwoordt de referentiepersoon voor het huishouden. In EU-SILC wordt gevraagd naar onvoldane behoeften aan een medisch onderzoek of behandeling en tandheelkundig onderzoek of behandeling, in de Gezondheidsenquête worden volgende soorten gezondheidszorg apart bevraagd: medische zorgen of een operatie, tandverzorging, voorgeschreven geneesmiddelen, een bril, mentale zorgen (psycholoog of psychiater bvb.). een huishouden dat medische consumptie heeft moeten uitstellen is dan een huishouden dat minstens één van deze vijf soorten gezondheidszorg heeft moeten uitstellen. Op basis van de Gezondheidsenquête 2004 kan men vaststellen dat 10% van de huishoudens medische consumptie heeft moeten uitstellen. In EU-SILC gaat het om niet voldane behoeften omwille van verschillende redenen, in de Gezondheidsenquête wordt alleen naar uit- of afstel omwille van financiële redenen gepeild.

Niet alle kosten van gezondheidszorg worden terugbetaald. Het is moeilijk om de **uitgaven voor gezondheidszorg** in verhouding tot het gezinsinkomen te bevragen in het kader van een enquête. Een belangrijk aandachtspunt is de precieze definitie van het begrip gezondheidsuitgaven en idealiter zou men de kosten over een langere periode in beeld moeten kunnen brengen en zou men rekening moeten kunnen houden met terugbetalingen. In de recente Gezondheidsenquête werd gevraagd naar de uitgaven voor gezondheidszorgen in de afgelopen maand en er werd geen rekening gehouden met terugbetalingen. De in de Gezondheidsenquête gemeten gemiddelde gezondheidsuitgaven zijn over de drie meetpunten (1997, 2001 en 2004) op een constant niveau gebleven: ongeveer 6% van het budget van het huishouden. Het aandeel van de gezondheidsuitgaven stijgt duidelijk met de leeftijd van de referentiepersoon⁹⁷ van het huishouden (2% van het budget van het huishouden in het geval van een zeer jonge referentiepersoon tot 13% in het geval van een huishouden met een referentiepersoon van 75 jaar en ouder). Zoals te verwachten valt is het aandeel in het budget van het hoogste inkomenskwintiel (3%) veel lager dan het aandeel in het budget van het onderste inkomenskwintiel (14%).

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

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

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

Wat de **medische consumptie** betreft blijkt er voor de meeste indicatoren niet of nauwelijks sprake te zijn van significante verschillen tussen de opleidingsniveaus.

⁹⁷ De persoon in het huishouden die de informatie, bevraagd op het niveau van het huishouden heeft verstrekt. In principe de persoon die geacht wordt deze informatie het best te kunnen geven.

Enkel voor een aantal specifieke indicatoren kunnen significante verschillen worden vastgesteld. Laag opgeleiden (geen diploma of een diploma lager onderwijs) hebben gemiddeld meer contacten met de huisarts en wat het soort contacten betreft gaat het relatief meer om huisbezoeken dan om bezoeken aan de praktijk. Lager opgeleiden gaan ook minder rechtstreeks naar een specialist. Hoger opgeleiden bezoeken vaker een specialist. Een duidelijke invloed van socio-economische kenmerken op het gebruik van zorgen is er wel wat het gebruik van tandheelkundige zorgen betreft. Het percentage personen dat het afgelopen jaar een contact had met de tandarts stijgt duidelijk naarmate het opleidingsniveau toeneemt van 34% (zonder of enkel lager onderwijs diploma) tot 56% (hoogste opgeleiden).

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

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

Wat de **residentiële zorg** betreft: tussen 1995 en 2005 kan men een toename vaststellen van ca. 20% van het aantal mensen opgenomen in een Rust- en Verzorgingstehuis (RVT) of een Rustoord voor Bejaarden (ROB): van ca. 91.000 op 1/1/1995 naar ca. 118.000 op 31/3/2005⁹⁸. Van deze 118.000 in een instelling verblijvende mensen is ca. 70% ouder dan 80. In 1995 was dit nog ca. 60%. 39% van de opgenomen personen, verblijft in een RVT-instelling, wat betekent dat zij relatief zwaar hulp/zorgbehoevend zijn. In 1995 was dit nog ongeveer 20%. In 1995 was 90% van de RVT-bewoners ouder dan 80, in 2005 was dat 75%, wat misschien een aanduiding kan zijn dat de oudere bevolkingsgroepen in zekere mate "gezonder" oud worden.

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

5. Kwaliteit van gezondheidszorg

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

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

⁹⁸ Cijfers Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

van multidimensionele en geïntegreerde feedback van administratieve ziekenhuisgegevens is momenteel in een verkennende fase.

Eerste analyses van administratieve ziekenhuisgegevens in verband met het aantal keizersneden bij vrouwen met laag risico bevallingen en het wegnemen van de galblaas via een kijkoperatie (laparoscopische cholecystectomie) wijzen in de richting van grote verschillen tussen de praktijken in de ziekenhuizen⁹⁹. Een hoog keizersnedegebruik bij vrouwen met laag risico voor bevalling door keizersnede kan duiden op een overmatige toepassing van de ingreep. Laparoscopische cholecystectomie kan als een kwalitatief betere techniek beschouwd worden dan een open cholecystectomie (klassieke operatieve ingreep) omwille van de lagere morbiditeit, kortere operatieduur, een sneller herstel, minder postoperatieve pijn en een kortere verblijfsduur. Regelmatige rapportering moet de ziekenhuizen toelaten zichzelf te positioneren en conclusies te trekken met betrekking tot hun eigen praktijk. Een ander domein waarop gewerkt wordt is het voorschrijfgedrag inzake antibiotica...

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

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

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

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

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

De uitgaventotalen die hiervoor opgenomen zijn, wijken licht af van de resultaten van de gezondheidsrekeningen (de zgn. "Health accounts") voor België, die momenteel slechts voor 2003 beschikbaar zijn. Volgens deze methodologie (de zgn.

⁹⁹ Zie: DG Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen Multidimensionele en geïntegreerde feedback van administratieve ziekenhuisgegevens. Verkennende fase. April 2006, 74 p. Ook andere ingrepen werden gescreend (myocard infarct, heupfracturen, pneumonie (community acquired)).

SHA, ontwikkeld door de OESO in 2000), bedroegen de gezondheidsuitgaven in België in 2003 ca. 9,9 % van het BBP.

De Studiecommissie voor de Vergrijzing raamt in zijn recentste rapport (mei 2006) dat **de budgettaire kost van de gezondheidszorg in de periode 2005 tot 2050** zal toenemen van 7,1% naar 10,8% van het BBP (+ 3,7 ppt)¹⁰⁰. Bij de projectie werd zowel rekening gehouden met de demografische factoren (volume-effect en vergrijzingseffect) als met niet demografische factoren (in functie van het inkomen per capita). Er werd een afzonderlijke projectie gemaakt per zorgtype: acute en langdurige zorg. Voor wat betreft de acute gezondheidszorg verwacht de Studiecommissie een toename van 6,2 % naar 8,6% van het BBP (+ 2,4 ppt.). De uitgaven voor langdurige zorg zouden toenemen van 0,9% naar 2,2% van het BBP (+1,3 ppt.).

De Werkgroep over de Vergrijzing van het Europees Comité voor het Economisch Beleid die eerder een gelijkaardige raming maakte waarin de Europese vergelijkbaarheid centraal stond verwacht een minder sterke toename van de uitgaven¹⁰¹. In de periode 2004 tot 2050 zouden de publieke uitgaven voor gezondheidszorg stijgen van 7,1% naar 9,5% van het BBP (+2,4 ppt.). Voor acute zorg wordt een toename van 6,2% naar 7,6% van het BBP verwacht (+1,4 ppt.), voor langdurige zorg een toename van 0,9% naar 1,9% (+1 ppt.). In Europees vergelijkend opzicht is de verwachte stijging van de uitgaven voor acute zorg in België lager dan gemiddeld (EU25 = +1,6 ppt.), terwijl de verwachte stijging van de uitgaven voor langdurige zorg groter dan gemiddeld is (EU25 = +0,6 ppt.).

Het verschil tussen beide projecties kan ondermeer verklaard worden door een pessimistischer uitgangspunt van de Studiecommissie wat de toekomstige gezondheidstoestand van de bevolking betreft¹⁰². De Studiecommissie houdt het uitgavenprofiel per capita van het basisjaar constant in de tijd. Gezien de verwachte verhoging van de levensverwachting betekent dit dat men uitgaat van een groter aantal jaren in slechte gezondheid. De WGA gaat uit van een optimistischer hypothese waarin er sprake is van een zekere verbetering van de gezondheidstoestand van ouderen op een gegeven leeftijd. De demografische impact van de veroudering is dus kleiner in het geval van de WGA-raming. Ook wat de niet demografische factoren betreft baseert de Studiecommissie zich op een pessimistischer hypothese dan de WGA. Zij gaat uit van een grotere inkomenselasticiteit dan de WGA-projectie: er wordt een grotere invloed verondersteld van de stijging van het inkomen per hoofd van de bevolking op de publieke gezondheidsuitgaven.

¹⁰⁰ Zie Hoge Raad van Financiën Studiecommissie voor de Vergrijzing. *Jaarlijks verslag*. Mei 2006. Dit percentage verschilt enigszins van het hoger vermelde percentage omdat een verschillend concept van gezondheidsuitgaven gebruikt wordt.

¹⁰¹ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In: *European Economy. Special Report n° 1/2006*.

¹⁰² Voor een gedetailleerde vergelijking van de twee projecties zie Hoge Raad van Financiën Studiecommissie voor de Vergrijzing. *Jaarlijks verslag*. Mei 2006. p. 91-111.