

**Belgische Kamer  
van Volksvertegenwoordigers**

GEWONE ZITTING 1995-1996 (\*)

31 OKTOBER 1995

**ONTWERP VAN ALGEMENE  
UITGAVENBEGROTING**

**voor het begrotingsjaar 1996**

**BELEIDSNOTA**

van het Ministerie van Sociale Zaken, van  
Volksgezondheid en Leefmilieu (26)  
voor het begrotingsjaar 1996 (\*\*)

**I. — BELEIDSNOTA VAN DE  
MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID**

*Inleiding*

Gezondheid is het hoogste « goed ». Sociologisch vormt de « Volksgezondheid » ongetwijfeld een prioritaire « waarde ».

Het is vanuit deze optiek dat artikel 23 van de Grondwet aan één ieder het recht toekent om een menswaardig leven te leiden, waarbij wet- en decreetgever zowel het recht op bescherming van de gezondheid als het recht op geneeskundige bijstand moeten waarborgen. Het is vanuit eenzelfde inspira-

*Zie :*

**- 131 - 95 / 96 :**

- N<sup>o</sup>s 1 tot 13 : Beleidsnota's.
- N<sup>o</sup> 14 : Algemene Uitgavenbegroting.
- N<sup>o</sup> 15 : Verantwoording van de Algemene Uitgavenbegroting (1<sup>e</sup> deel).
- N<sup>o</sup> 16 : Verantwoording van de Algemene Uitgavenbegroting (2<sup>e</sup> deel).
- N<sup>o</sup> 17 : Beleidsnota.

(\*) Tweede zitting van de 49<sup>e</sup> zittingsperiode.

(\*\*) Overeenkomstig artikel 79, n<sup>o</sup> 1, van het Reglement van de Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft de minister van Sociale Zaken de beleidsnota van zijn departement overgezonden.

**Chambre des Représentants  
de Belgique**

SESSION ORDINAIRE 1995-1996 (\*)

31 OCTOBRE 1995

**PROJET DE BUDGET GENERAL  
DES DEPENSES**

**pour l'année budgétaire 1996**

**NOTE DE POLITIQUE GENERALE**

du Ministère des Affaires sociales, de la  
Santé publique et de l'Environnement (26)  
pour l'année budgétaire 1996 (\*\*)

**I. — NOTE DE POLITIQUE DU  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

*Introduction*

La santé est notre bien le plus précieux. Du point de vue sociologique, la « santé publique » est sans aucun doute une valeur prioritaire.

C'est dans cette perspective que l'article 23 de la Constitution accorde à chacun le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine; le législateur étant chargé de garantir les droits y afférents, notamment le droit à la protection de la santé et le droit à l'aide médicale. C'est dans ce même souci que la

*Voir :*

**- 131 - 95 / 96 :**

- N<sup>o</sup>s 1 à 13 : Notes de politique générale.
- N<sup>o</sup> 14 : Budget général des Dépenses.
- N<sup>o</sup> 15 : Justification du Budget général des dépenses (1<sup>re</sup> partie).
- N<sup>o</sup> 16 : Justification du Budget général des dépenses (2<sup>e</sup> partie).
- N<sup>o</sup> 17 : Note de politique générale.

(\*) Deuxième session de la 49<sup>e</sup> législature.

(\*\*) Conformément à l'article 79, n<sup>o</sup> 1, du Règlement de la Chambre des Représentants, le ministre des Affaires sociales a transmis la note de politique générale de son département.

tie dat de regeringsverklaring het nastreven van een leefbare en kwaliteitsvolle samenleving, en bijgevolg de bescherming van de mensen als consument of als patiënt, als één van de belangrijke beleidsdoelstellingen onderlijnt.

Ons baserend op de filosofie van de « Wereldgezondheidsorganisatie » houdt het begrip « gezondheid » niet alleen « afwezigheid van ziekte » in maar tevens een « algemene welzijnstoestand » op geestelijk, lichamelijk en sociaal vlak.

Het betekent het afstappen van het louter biomedisch model in die zin dat tevens psychische en sociale factoren erkend worden als elementen die invloed hebben op het functioneren en de gezondheid van de mensen. Concreet naar beleid toe betekent dit enerzijds dat morbiditeits- en mortaliteitscijfers belangrijke inlichtingen verschaffen over de gezondheidstoestand van een bevolking en dat het bestrijden van ziekten een essentiële opdracht is. Maar anderzijds dat een modern gezondheidsbeleid zich ook richt op de diverse essentiële determinanten van belang voor de gezondheidstoestand van individuele personen en de ganse samenleving zoals : het genetisch patrimonium van mensen, leefgewoonten, milieufactoren, socio-economische, culturele en ethische factoren, en de kwaliteit van de gezondheidsvoorzieningen.

Gezondheidsbescherming is breder dan preventie van ziekten of gezondheidsinformatie en -opvoeding in de mate dat het voornemen van een individu om gezond te leven kan gedwarsboemd worden door factoren die in hem liggen (bijvoorbeeld erfelijkheid) maar die tevens van externe aard zijn (omgevingsfactoren), waarop hij/zij geen of nauwelijks vat heeft.

Een aldus omschreven opvatting over « Volksgezondheid » leidt tot een aantal conclusies :

1. De « Volksgezondheids »-dimensie is aan herwaardering toe. Zulks veronderstelt dat :

— Volksgezondheid een wezenlijke rol speelt op kwalitatief en kwantitatief vlak inzake gezondheidsbescherming, verzorgingsinstellingen en zorgenverstrekkers;

— de Volksgezondheids-component aanwezig is in een waaier van domeinen als : milieu (productnormen), landbouw, tewerkstelling, verkeer, armoedebestrijding, veiligheid, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, kortom in de globaliteit van de socio-economische ontwikkelingen;

— het volksgezondheidsbeleid stoelt op een performante, mensvriendelijke, transparante en deskundig geïnformeerde en informerende administratie, die beschikt over gemotiveerde en permanent opgeleide medewerkers;

— het « Volksgezondheidsbeleid » zich situeert in de financiële en begrotingsmogelijkheden waarbij de te maken keuzes echter vertrekken van de prioriteiten inzake Volksgezondheid.

Déclaration gouvernementale avance comme objectif prioritaire la mise en place d'une société viable et de qualité, ce qui doit être réalisé par la protection des citoyens comme consommateurs ou comme patients.

Partant de la philosophie de l'Organisation mondiale de la Santé en la matière, la notion « santé » ne couvre pas seulement « l'absence de maladie », mais aussi « un état général de bien-être », sur le plan mental, physique et social.

Cette définition implique l'abandon du modèle purement biométrique, dans le sens où la santé et le « fonctionnement » de la population sont aussi déterminés par des facteurs psychiques et sociaux. Concrètement et dans la perspective de la politique à mener en matière de santé publique, cette philosophie implique d'une part, que les taux de morbidité et de mortalité sont d'importants indicateurs de la santé d'une population et que la lutte contre les maladies est une mission essentielle. Mais d'autre part, elle signifie qu'une politique de santé publique moderne doit aussi être axée sur les facteurs déterminants de la santé des individus et de la société en général comme par exemple, le patrimoine génétique des individus, les conditions de vie, les facteurs d'environnement, les facteurs culturels et éthiques et la qualité des infrastructures de santé.

La protection de la santé va bien au-delà de la prévention des maladies ou de l'information et l'éducation en matière de santé, dans la mesure où la volonté de tout individu d'être en bonne santé peut être contrecarrée, certes par des facteurs internes certes (l'hérédité par exemple), mais aussi externes (liés au cadre de vie) sur lesquels il n'a que peu ou pas d'emprise.

Une telle conception de la « santé publique » mène à un certain nombre de conclusions :

1. La notion de « Santé publique » doit être revalorisée, ce qui suppose :

— que la Santé publique joue un rôle essentiel au niveau qualitatif et quantitatif en ce qui concerne la protection de la santé, les établissements de soins de santé et les prestataires de soins;

— que la composante Santé publique fasse partie à part entière d'un large éventail de domaines : l'environnement (normes de produits), l'agriculture, l'emploi, la circulation, la lutte contre la pauvreté, la sécurité, l'enseignement, la recherche scientifique, bref, l'ensemble des développements économiques et sociaux;

— que la politique en Santé publique s'appuie sur une administration performante, ouverte aux clients, transparente et qui dispose pour ce faire, de collaborateurs motivés ayant reçu la formation requise.

— que la politique en matière de santé publique se situe, bien entendu, dans les limites des moyens et des objectifs financiers et budgétaires. Les choix opérés doivent cependant toujours avoir comme point de départ les priorités fixées dans le domaine de la santé publique.

2. Het gevoerde gezondheidsbeleid moet rekening houden met de internationalisering die zich terzake voordoet.

3. Een democratische invulling van het ontworpen gezondheidsbeleid vergt overleg en samenwerking met groepen en actoren actief in de gezondheidssector, zowel als met de patiënten.

Hierbij moet echter telkens het uitgangspunt de volksgezondheid zijn. Instellingen en actoren op het terrein van volksgezondheid staan in functie van de mensen en hun gezondheid. Dit laatste moet absolute voorrang hebben op corporatistische belangen. Niet de productie van gezondheidszorgen, maar wel de patiënt vormt het centraal uitgangspunt.

4. Informatie, gegevensverzameling van evoluerende gezondheidsbehoeften, onderzoek en evaluatie vormen een fundamentele basis voor een adequaat gezondheidsbeleid. Bestendige evaluatie en optimalisering en aanvulling van het beschikbare instrumentarium dienen bijgevolg een bestendige zorg uit te maken.

5. Het gezondheidsbeleid moet inwerken op : het bevorderen van de gezondheid van de bevolking; het beschermen van de gezondheid van de mensen inzonderheid tegenover risicofactoren; en het optimaal herstellen van de gezondheid wanneer deze geschaad is.

Dit vereist :

- Kwaliteitsbewaking;
- Preventie : gericht op omgevingsfactoren; gericht op het bevorderen van een adequaat gedrag van individuen behorend tot de bevoegdheid van de gemeenschappen; en gericht op sturing en regulering met betrekking tot de kwaliteit van producten en productieprocessen (geneesmiddelen, eetwaren, gevaarlijke preparaten) behorend tot de federale bevoegdheden;

- Het in stand houden en bevorderen van een optimale zorgenverstrekking : een efficiënte organisatie en werking, beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen. En dit via aangepaste structuren, regelgeving en efficiënte financiering;

- Continuïteit en interactie tussen preventie en het curatief optreden.

6. Op institutioneel vlak moet het geconcipeerde gezondheidsbeleid in aanmerking nemen : de bevoegdheidsverdeling op federaal vlak; de bevoegdheidsverdeling tussen het federaal niveau en de gewesten en gemeenschappen; en de actiemogelijkheden op lokaal vlak.

Een adequaat gezondheidsbeleid vergt samenwerking en overleg tussen diverse federale departementen. Cruciaal is het gezamenlijk optreden van Volksgezondheid en Sociale Zaken, zeker ook met het oog op het behoud en de modernisering van een toekomstgerichte sociale zekerheid.

Vanuit een volledig respect voor de bevoegdheden van gewesten en gemeenschappen enerzijds en van

2. La politique menée s'inscrira dans le contexte de l'internationalisation de la matière et prendra en considération les développements qui se dessinent à cet échelon.

3. La concrétisation démocratique d'une telle politique de santé requiert, par ailleurs, la collaboration de et la concertation avec tous les groupes et acteurs actifs dans le domaine des soins de santé, en ce compris les patients.

Le point de départ est et restera la santé publique. Les établissements et acteurs sur le terrain axeront toujours leur action sur l'homme et sa santé; cette préoccupation l'emportera dans tous les cas sur des intérêts corporatistes quels qu'ils soient. Ce n'est pas la production des soins mais bien le patient qui se trouve au coeur du débat.

4. L'information, la collecte de données, l'évolution des besoins en matière de santé et de recherche sont les fondements d'une politique de santé digne de ce nom. Une évaluation permanente et, le cas échéant, l'optimisation et le complément de l'arsenal disponible seront donc un souci permanent.

5. La politique de santé doit être ciblée sur : l'amélioration de la santé de la population; la protection de la santé contre les facteurs à risques; le rétablissement optimal de la santé lorsqu'elle a été menacée, voire dégradée.

Cela suppose :

- La surveillance de la qualité;
- Une prévention axée sur les facteurs d'environnement; sur l'encouragement de la population à adopter un mode de vie sain (relève de la compétence des communautés); et sur la réglementation de la qualité des produits et des processus de production (denrées alimentaires, médicaments, préparations dangereuses, etc.) (relève de la compétence fédérale);

- La mise en place et la promotion des soins de santé de qualité : efficacité de l'organisation, du fonctionnement, de la disponibilité et de l'accessibilité des soins. Tout ceci via des structures adaptées et une réglementation et un financement adéquats;

- La continuité et l'interaction entre les volets préventif et curatif.

6. Au niveau institutionnel, la politique de santé devra tenir compte de la répartition des compétences au niveau fédéral d'une part, et entre le fédéral et les communautés et régions d'autre part, de même que des moyens d'action au niveau local.

La collaboration et la concertation entre les différents départements fédéraux sont les clés de voûte d'une « bonne » politique de santé publique. Une action conjointe de la Santé publique et des Affaires sociales est même essentielle, surtout dans la perspective de la survie et de la modernisation d'une sécurité sociale résolument axée vers l'avenir.

Mais une politique de santé intégrée ne peut être mise en oeuvre que dans un climat de collaboration,

de federale overheid anderzijds, is met het oog op een geïntegreerd gezondheidsbeleid, samenwerking, overleg en coördinatie met de gewesten en gemeenschappen van wezenlijke betekenis. De interministeriële conferentie « Volksgezondheid » moet hierbij een sleutelfunctie vervullen.

### 1. Internationale en Europese dimensie

Gezondheidsbescherming en de organisatie en de kwaliteit van de gezondheidszorg vormen taken die uitgevoerd worden in een omgeving die steeds meer mondiaal getint is.

Aandacht voor de gezondheidssituatie in de rest van de wereld, de toenemende mobiliteit van mensen, het vrij verkeer van goederen zijn vaststaande gegevens die bepaalde risico's en het nemen van verantwoordelijkheid met zich meebrengen.

De opkomst van nieuwe ziekten, de heropflakking van vroeger bedwongen aandoeningen, of het uitbreken van epidemieën vereisen een internationaal gecoördineerde aanpak.

1.1. Deze mondialisering vergt het blijven onderhouden van intense contacten met de « Wereldgezondheidsorganisatie ».

De zogenaamde longpest in Indië in 1994, het « Ebola-virus » in 1995, en recent de gesignaleerde malaria-gevallen in ons land onderlijnen de noodzaak aan evaluatie en desgevallend bijsturing van de vigerende structuren en regelgeving.

In overleg met alle betrokkenen en met het « Crisiscentrum » moet nagegaan worden welke beleidsmaatregelen (inzonderheid inzake monitoring) zich opdringen.

1.2. De Europese Unie oefent een niet geringe invloed uit op het gezondheidsbeleid van de Lid-Staten : voorbeelden hiervan worden gevormd door de eetwarenwetgeving, de regels inzake gevaarlijke preparaten, en het vrij verkeer van beoefenaars van gezondheidsberoepen.

Veelvuldig worden, in het kader van de interne markt, het landbouwbeleid, wetenschapsbeleid, het consumentenbeleid en dergelijke, wezenlijke Europese beslissingen getroffen die een invloed hebben op de gezondheid van de inwoners uit de Lid-Staten.

Hoofdbekommernis terzake is blijkbaar echter de verwezenlijking van de interne markt. Hoe belangrijk dat laatste ook is, de gezondheidsbescherming is nu al te zeer enkel op de achtergrond aanwezig. En dit ondanks het feit dat artikel 100 A van het Verdrag bepaalt dat de Commissie bij haar harmonisatievoorstellen op het gebied van de « Volksgezondheid » zal uitgaan van een hoog beschermingsniveau.

De regering is van oordeel dat de Europese economische integratie en de interne markt moeten gepaard gaan met sociale doelstellingen inzonderheid wat de Volksgezondheid betreft.

de concertation et de coordination entre le Fédéral et les régions et communautés, sur fond de respect intégral des compétences respectives. La Conférence interministérielle Santé publique est appelée à jouer un rôle-clé dans ce contexte.

### 1. Dimension internationale et européenne

La protection de la santé, de même que l'organisation et la qualité des soins de santé, sont des tâches qui se situent dans un contexte de plus en plus international, voire mondial.

La prise en compte de la situation sanitaire dans le reste du monde, la mobilité croissante des populations, la libre circulation des marchandises sont autant de facteurs qui engendrent des risques dont il faut, dès lors, tenir compte dans la prise de décision.

De nouvelles maladies se déclarent, des affections que l'on croyait éradiquées resurgissent, des épidémies éclatent : comment y faire face sinon par une action coordonnée à l'échelon international ?

1.1. Cette mondialisation impose l'entretien de contacts permanents avec l'Organisation mondiale de la Santé.

La soi-disante peste pulmonaire qui a éclaté en Inde en 1994, le virus Ebola en 1995 et les cas de malaria constatés récemment dans notre pays soulignent la nécessité d'une évaluation et, le cas échéant, d'une adaptation des structures en place et de la réglementation en vigueur.

Il faudra examiner, en collaboration avec le centre de crise et avec toutes les instances concernées, les stratégies politiques à adopter (notamment, en matière de monitoring).

1.2. L'Union européenne a un impact considérable sur la politique de santé des Etats membres : songeons à la législation sur les denrées alimentaires et sur les préparations dangereuses, ainsi qu'à la libre circulation des professionnels de la santé.

Dans le cadre du marché interne unifié, de nombreuses décisions réellement européennes sont prises concernant la politique agricole, la politique scientifique, la politique des consommateurs, etc., qui ont un impact sur la santé des habitants des Etats membres.

Le souci premier en la matière semble toutefois demeurer la réalisation du marché interne. Aussi important que soit ce dernier point, la protection de la santé publique est aujourd'hui encore beaucoup trop à l'arrière plan et ce, même si l'article 100 A du Traité stipule que, dans ses propositions d'harmonisation en matière de santé publique, la Commission prendra pour base un niveau élevé de protection.

Le gouvernement estime cependant que l'intégration économique européenne et le marché intérieur doivent aller de pair avec des objectifs sociaux, notamment dans le domaine de la santé publique.

Sinds het « Verdrag van Maastricht » beschikt de E.U. over een weliswaar beperkte bevoegdheid inzake Volksgezondheid middels het nieuwe artikel 129. Naast preventieve maatregelen met betrekking tot domeinen als aids, drugs, besmettelijke ziekten, stelt artikel 129 tevens als beginsel dat gezondheidsoverwegingen een wezenlijk component vormen van de andere beleidsdomeinen van de Unie.

Het is in dit verband trouwens dat de Commissie een mededeling gericht heeft aan de Raad en aan het Europees Parlement.

Bij de discussie over het « Verdrag » moet erover gewaakt worden dat dit artikel zeker intact blijft, daar waar sommigen blijven betwijfelen of de Unie bevoegdheid moet hebben inzake Volksgezondheid.

België moet daarbij, en ter voorbereiding van de « Intergoevernementele Conferentie » een positieve rol spelen, meer bepaald in de « Groep-Volksgezondheid » van de Raad.

Recent zijn verder een aantal voorstellen geformuleerd die de harmonisering en de uitwisseling van informatie op Europees niveau kunnen verbeteren (cf. het voorstel van het « *High Level Committee on Health* »).

Algemeen gesteld is er feitelijk van een overkoepelend beleid in de Europese Unie op het gebied van Volksgezondheid niet of nauwelijks sprake.

De regering stelt zich tot doel op dit vlak mede een voortrekkersrol te vervullen.

1.3. In ruimer Europees verband wil de Europese Unie steun verlenen aan landen van Oost-Europa bij de hervorming van hun economisch systeem.

Parallel hiermede moet de aandacht uitgaan naar begeleiding op het vlak van sociale zekerheid en het gezondheidssysteem.

Programma's als Phare en Consensus bevatten trouwens een sociaal luik.

Experten van Volksgezondheid kunnen en zullen daarbij een rol spelen.

1.4. Voor ons land is het daarbij van belang dat we onze structuren en werkwijze aanpassen aan de werkmethode van de internationale of supranationale organismen.

## 2. Informatie — Onderzoek — Evaluatie

Elk degelijk uitgebouwd beleid, zowel als de uitwerking en toepassing ervan, dient gestoeld op adequate informatie, onderzoek en evaluatie.

### 2.1. Informatie en onderzoek

Een coherent volksgezondheidsbeleid veronderstelt kennis en onderzoek naar de « Staat van de

Depuis le Traité de Maastricht, l'U.E. dispose d'une compétence — certes limitée — en matière de santé publique via le nouvel article 129. Outre des mesures préventives, par exemple dans le domaine de la lutte contre le SIDA, la toxicomanie, les maladies transmissibles, l'article 129 pose aussi comme principe que les exigences en matière de santé sont une composante essentielle des autres politiques de l'Union européenne.

La communication faite par la Commission au Parlement européen et au Conseil doit d'ailleurs être considérée dans ce contexte.

Lors de la discussion sur le « Traité », il faudra veiller à ce que cet article reste intact, même si d'aucuns mettent en doute l'opportunité de confier à l'Union des compétences en matière de santé publique.

La Belgique doit jouer de surcroît un rôle prépondérant, en préparation à la « Conférence intergouvernementale », notamment au sein du « Groupe Santé publique » du Conseil.

Une série de propositions susceptibles d'améliorer l'harmonisation et l'échange d'informations au niveau européen (cf. la proposition du « *High Level Committee on Health* ») ont été formulées récemment.

De manière générale, on peut encore à peine parler d'une politique de l'Union européenne qui chapeaute véritablement le domaine de la santé publique.

Le gouvernement se propose de jouer un rôle de pionnier en la matière.

1.3. Sur un plan plus large, l'Union européenne s'est fixée comme but de venir en aide aux pays de l'Europe de l'est dans la réforme de leur système économique.

Parallèlement, il faudra leur accorder l'accompagnement nécessaire sur le plan de la sécurité sociale et du système de Santé publique.

Des programmes comme Phare et Consensus comprennent d'ailleurs un volet social.

Des experts de la santé publique peuvent jouer et joueront un rôle dans ce contexte.

1.4. Pour notre pays, il est important d'adapter nos structures et nos méthodes de travail à celles des organismes internationaux ou supranationaux.

## 2. Information — Recherche — Evaluation

Toute politique digne de ce nom, aussi bien dans son développement que dans son exécution, doit être fondée sur une information adéquate, sur la recherche et sur l'évaluation.

### 2.1. Information et recherche

Une politique de santé cohérente suppose que l'on étudie et que l'on connaisse « l'état de santé de la

volksgezondheid », de « Staat van het volksgezondheidssysteem », en de « Staat van de afgeleverde zorg ». Zulks dient aangevuld met kennis over de sociaal-economische impact van de volksgezondheidsmaatregelen in termen van maatschappelijke kosten-baten analyse. Naar concrete beleidsdoelstellingen- en domeinen toe zal het gestructureerd verzamelen van informatie onder meer betrekking hebben op :

— het opstarten van een, via de « Interministeriële Conferentie Volksgezondheid » overeen te komen, gezondheidsenquête. De enquête beoogt het verwerven van informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking en de determinanten ervan (gedragswijze van bevolkingsgroepen, het sociaal leefklimaat, het gebruik van gezondheidsdiensten en dergelijke);

— het verder ontwikkelen van systemen als « Minimale Klinische Gegevens » (M.K.G.), en « Minimale Verpleegkundige Gegevens » (M.V.G.) onder meer door de verzameling van sociale gegevens erin te integreren, en door het opzetten van een effectieve controle op de betrouwbaarheid. Het opstarten van een systeem van « Minimale Psychiatrische Gegevens » (M.P.G.);

— het operationeel maken van het zogenaamde « Pharma-net »;

— het desgevallend coördineren van snel beschikbare informatie met betrekking tot sterfteoorzaken en ziekten;

— een onderzoek naar de concordantie tussen het « Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (I.H.E.) en het « Instituut Pasteur » met het oog op een geplande en optimale convergentie en in voorkomend geval fusie tussen deze instellingen. De informatieverzameling en het waardevol onderzoek van deze instellingen dient inzonderheid gericht te worden op onderzoek met betrekking tot federale bevoegdheden.

## 2.2. Evaluatie

Gestructureerde informatieverzameling moet het platform vormen van een evaluatie van de kwaliteit van de in de gezondheidszorg geleverde diensten.

Deze evaluatie is van wezenlijke betekenis en dient onder meer georganiseerd te worden op domeinen als :

— de medische praktijk en bijgevolg het medisch handelen, inbegrepen het voorschrijfgedrag van de geneesheren en andere zorgenverstrekkers;

— specialismen en zware en/of specifieke medische diensten. Onverwijld zal deze evaluatie inzonderheid opgestart worden voor de nierdialyse, radiotherapie en cardiologie;

— de para-medische sector;

— de geneesmiddelensector.

Evaluatie dient zowel gericht op structurele als op punctuele domeinen, en moet betrekking hebben op ziekenhuizen, andere verzorgingsinstellingen en de

population », « la qualité du système de santé » et « la qualité des soins dispensés ». Ce tableau doit être complété par une bonne connaissance de l'impact socio-économique des mesures prises dans le domaine de la santé, en terme d'analyse coûts-bénéfices. Dans l'optique des objectifs et des différents domaines de la politique de santé, ces informations auront surtout trait :

— au lancement, par la « Conférence interministerielle Santé publique », d'une vaste enquête sur la santé. Cette enquête aura pour but de rassembler des informations sur l'état de santé de la population de notre pays et sur les facteurs déterminants (comportements des différents groupes, climat social, recours aux services de soins de santé, etc.);

— à l'extension progressive de systèmes comme le Résumé clinique minimum (R.C.M.) et le Résumé infirmier minimum (R.I.M.), notamment par l'intégration de données sociales dans ces systèmes et par la mise en place d'un contrôle effectif de la fiabilité des données. Il faudra aussi développer un Résumé psychiatrique minimum (R.P.M.);

— à l'opérationnalisation du « Pharma-net »;

— le cas échéant, à la coordination d'informations rapidement disponibles concernant les causes de morbidité et de mortalité;

— à la réalisation d'une étude sur la concordance entre « l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie » (I.H.E.) et « l'Institut Pasteur », en vue d'une convergence prévisionnelle et optimale menant éventuellement à la fusion des deux Instituts. La collecte d'informations et la radioscopie de ces établissements seront surtout axées sur la recherche concernant les compétences fédérales.

## 2.2. Evaluation

La collecte structurée d'informations doit constituer la plate-forme d'une évaluation de la qualité des services de soins de santé offerts à la population.

Cette évaluation est essentielle et doit notamment être organisée dans les domaines suivants :

— la pratique médicale et par conséquent les actes médicaux, en ce compris le comportement prescripteur des médecins et autres prestataires de soins;

— les spécialités et les services médicaux lourds et/ou spécifiques, en particulier la dialyse rénale, la radiothérapie et la cardiologie;

— le secteur paramédical;

— le secteur des médicaments.

L'évaluation doit être orientée tant vers le structurel que vers les domaines ponctuels et doit avoir trait aux hôpitaux, aux autres établissements de

ambulante sector. Als methode kan hierbij beroep gedaan worden op een systeem van « *Peer Review* ».

Een aangepaste, eenvoudige, en niet overlappende structuur (met Volksgezondheid, Sociale Zaken en de betrokken partijen) inzake evaluatie van gezondheidszorgen in het algemeen, intra- en extra murale zorgen en van geneesmiddelen dient geconcipieerd te worden.

### 3. Gezondheidsbescherming

#### 3.1. Voeding — Verbruiksgoederen — Preventie

Gezonde en voldoende voeding is een basisrecht dat in de U.N.O.-verklaring over de rechten van de mens is opgenomen. De opdrachten en de werking van de « Eetwareninspectie » bij Volksgezondheid sluiten nauw aan bij deze doelstelling. Deze dienst heeft bijgevolg een cruciale rol te vervullen.

Kwaliteitsvolle voeding en goede voedingsgewoonten onderbouwen de gezondheidsbescherming. Slechte voedingsgewoonten, alcohol- en tabakgebruik spelen een grote rol in sterfteoorzaken en in het ontstaan van ziekten als kanker en cardiovasculaire aandoeningen. Bij wijze van voorbeeld kan verder nog verwezen worden naar het feit dat voedselintoxicaties en infecties een niet onbelangrijke rol spelen in het werkverzuim. De conclusies liggen dan ook voor de hand : preventie voorkomt leed en de kost is lager dan deze van de curatieve gezondheidszorg; en het integreren van gezondheidselementen in productie en distributie heeft een positieve invloed op de economie en de sociale zekerheid.

Naast de organisatie van een uitgebreid informatienetwerk, heeft de « Eetwareninspectie » een kwaliteitshandboek (conform de 150 standaarden) opgesteld, en wordt gewerkt met een systeem van « Management bij objectieven ».

De rol van Volksgezondheid strekt zich uit niet alleen tot het domein van voedingswaren, maar tevens ten aanzien van kwaliteit en samenstelling van alle verbruiksgoederen inbegrepen para-farmaceutische en gevaarlijke produkten. Daarnaast hebben de farmaceutische inspectie en het I.V.K. hun specifieke rol te vervullen.

Aandachtspunten voor het te ontwikkelen beleid hebben onder meer betrekking op :

- het uitwerken van het principe van « Integrale Ketenbewaking »;
- de organisatie van auto-controle in de bedrijven en de beheersing van de risicopunten in het productieproces (H.A.C.C.P.);
- aanpassing van de wetgeving met betrekking tot hygiëne, toevoegsels, reclame en andere;

soins ainsi qu'au secteur des soins ambulatoires. Quant à la méthode à utiliser, on pourrait avoir recours au système du « *Peer Review* ».

Une structure adaptée, simple et non-interférente (entre la Santé publique, les Affaires Sociales et les partenaires concernés) concernant l'évaluation des soins de santé en général, des soins intra et extra-muros et des médicaments doit être conçue.

### 3. Protection de la santé

#### 3.1. Alimentation — Biens de consommation — Prévention

Une alimentation saine et suffisante est un droit de base inscrit dans la Déclaration des Droits de l'Homme des Nations Unies. La mission et le fonctionnement de l'Inspection des denrées alimentaires du département de la Santé publique se situent dans le prolongement de cet objectif. Ce service est, par conséquent, investi d'une mission fondamentale.

Une alimentation de qualité et des habitudes alimentaires saines sont les assises de la protection de la santé. Par contre, de mauvaises habitudes alimentaires, une consommation abusive d'alcool et de tabac ont un impact non négligeable sur les taux de mortalité, ainsi que dans l'apparition de maladies comme le cancer et les troubles cardio-vasculaires. A titre d'exemple, ajoutons encore que les intoxications alimentaires et infections gastro-intestinales sont une cause importante d'absentéisme au travail. Il est, par conséquent, aisé de tirer des conclusions : la prévention permet d'éviter bien des drames et est moins coûteuse que les soins curatifs; l'intégration de ce volet préventif dans les secteurs de production et de distribution exerce une influence positive sur l'économie et la sécurité sociale.

Outre l'organisation d'un réseau informatique étendu, l'Inspection des denrées alimentaires a également mis au point un Manuel de qualité (conformément aux 150 standards) et articule ses activités sur le principe de la Gestion par les objectifs.

La mission de la Santé publique ne se limite cependant pas aux denrées alimentaires en tant que telles, mais couvre aussi la qualité et la composition de tous les biens de consommation, en ce compris les produits para-pharmaceutiques et les produits dangereux. L'Inspection de la pharmacie et l'I.E.V. sont actifs dans ces domaines.

Les principaux leviers de la politique menée par le département concernent notamment :

- l'application du principe de la « surveillance de l'ensemble de la chaîne »;
- l'organisation d'un système d'auto-contrôle dans les entreprises elles-mêmes et la maîtrise des facteurs à risques dans le processus de production (H.A.C.C.P.);
- l'adaptation de la législation pour ce qui est de l'hygiène, des additifs et de la publicité, etc.;

- modernisering van de wetgeving inzake gevaarlijke stoffen;
- hechte samenwerking tussen de inspectiediensten, waarbij moet nagegaan worden of niet tot hergroepering kan overgegaan worden;
- versterking van het corps eetwarencontroleurs;
- het doorlichten en het desgevallend nemen van maatregelen ten aanzien van farmaceutische inspectie.

Inzake preventie zal de opportuniteit tot eventuele uitbreiding van verplichte vaccinaties tegen bepaalde besmettelijke ziekten (bijvoorbeeld hepatitis B) verder nagegaan worden.

### 3.2. I.V.K. en de strijd tegen groeistimulatoren

#### 3.2.1. Instituut voor Veterinaire Keuring

Het « Instituut voor Veterinaire Keuring » (I.V.K.), als parastatale A opgericht bij wet van 13 juli 1981, vatte zijn werkzaamheden aan op 1 juli 1986.

De opdrachten van het I.V.K. liggen vervat in : de wet van 1952 (controle op zogenaamd rood vlees), de wet van 1965 (controle op vis, pluimvee en konijnen), de wet van 1977 op de eetwarencontrole en de wet van 15 juli 1985, ingrijpend gewijzigd door de wet van 11 juli 1994 (controle op de groeistimulatoren).

De taken van het I.V.K. hebben betrekking onder andere op : keuring, controle, verlenen van erkenningen, innen van rechten. Het « Instituut » is self-supporting (wordt gefinancierd via keur- en controle-rechten) en ontvangt geen dotatie van de Staat. De begroting van 1996 wordt geraamd op ongeveer 1,8 miljard frank.

Het I.V.K. bestrijkt een moeilijk en delicaat werkterrein, en heeft in die zin bestendig in de vuurlijn gestaan.

De startmoeilijkheden (het heeft enkele jaren geduurd vooraleer het « Instituut » operationeel werd gemaakt) en de beslissing op financieel vlak waarbij het I.V.K. zelfbedruipend moet zijn, hebben niet belet dat het I.V.K. zowel intern organisatorisch als qua resultaten op het terrein, goed werk verricht heeft.

De uitdagingen waar het I.V.K. voor staat hebben betrekking op :

- modernisering en vereenvoudiging van de wetgeving, en het uitwerken van een gecoördineerde en horizontale wetgeving ten einde te komen tot een geïntegreerde voedingswarenwet;
- het uitvaardigen van een koninklijk besluit regelend de financiering van het « Instituut » via een, ook door de Europese Unie ingegeven, aangepast systeem van keur- en controlerechten;

— la modernisation de la législation concernant les substances dangereuses;

— une étroite collaboration entre les services de l'inspection et l'examen de la possibilité de regroupements éventuels;

— le renforcement des effectifs des contrôleurs des denrées alimentaires;

— la radioscopie de l'Inspection de la pharmacie et la prise de mesures éventuelles.

En ce qui concerne la prévention, l'opportunité d'étendre le nombre de vaccinations obligatoires contre certaines maladies infectieuses (par exemple hépatite B) sera examinée.

### 3.2. L'I.E.V. et la lutte contre les stimulateurs de croissance

#### 3.2.1. L'Institut d'Expertise vétérinaire

L'Institut d'Expertise vétérinaire (I.E.V.) a été créé comme parastatal A par la loi du 13 juillet 1981; il est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1986.

Les missions de l'Institut ont été fixées par : la loi de 1952 (contrôle sur les viandes dites « rouges »); la loi de 1965 (contrôle du poisson, des volailles et des lapins); la loi de 1977 relative au contrôle des denrées alimentaires; et la loi du 15 juillet 1985, modifiée par la loi du 11 juillet 1994 (contrôle des stimulateurs de croissance).

Les missions de l'I.E.V. ont trait à l'expertise, au contrôle, à l'octroi d'agréments et à la perception de redevances. L'Institut est financé par des redevances perçues sur les expertises et les contrôles et ne reçoit aucune dotation de l'Etat. Le budget 1996 est estimé à environ 1,8 milliard de francs.

Le champ d'activités de l'I.E.V. couvre un terrain difficile et délicat; c'est la raison pour laquelle l'Institut s'est pratiquement toujours trouvé dans la ligne de tir.

Le démarrage difficile (il a fallu quelques années avant que l'I.E.V. ne soit vraiment opérationnel) et la décision de faire de l'I.E.V. un organisme financièrement indépendant n'ont pas empêché l'Institut de faire du bon travail, tant du point de vue de l'organisation interne qu'au niveau du travail sur le terrain.

L'I.E.V. est placé devant une série de défis qui sont :

— la modernisation et la simplification de la législation qui doit être coordonnée et horizontale afin d'arriver à une législation intégrée des denrées alimentaires;

— la promulgation d'un arrêté royal réglant le financement de l'Institut par le biais d'un système adapté de droits perçus lors des contrôles et des expertises, inspiré de la position de l'Union européenne en la matière;



— het verder verfijnen van de eigen structuur en werking : herziening van het kader; optimaliseren van het evaluatiesysteem; organisatie van de permanente vorming; de verdere uitbouw van de reeds succesvol ingezette informatisering, organisatie van een kwaliteitscel met het oog op een bestendige interne kwaliteitscontrole; het herdenken van de verhouding tussen het aantal statutaire dierenartsen en het aantal zelfstandige dierenartsen, van het statuut van deze zelfstandige dierenartsen inbegrepen het eventueel verstrengen van de cumulregels en het desgevallend betrekken van lekenkeurders; het herzien van de keurkringen en de organisatie ervan; een evaluatie van de analysemethoden;

— het nagaan van de mogelijkheden inzake autocontrole in en door de gecontroleerde sectoren en bedrijven.

De pluimveesector kan daarbij als pilootproject gehanteerd worden. Met de kalverensector zal kortelings een akkoord getekend worden;

— het versterken van de samenwerking met andere inspectie- en controlediensten (waarbij hêrgroepering niet mag uitgesloten worden), ten einde te komen tot een integrale ketenbewaking;

— het krachtdadig verder zetten van de strijd tegen het gebruik van illegale groeistimulatoren en het voorkomen van een niet te rechtvaardigen gebruik van diergeneesmiddelen inzonderheid van antibiotica.

### 3.2.2. Groeistimulatoren

De wet van 15 juli 1985, gewijzigd door de wet van 11 juli 1994 (welke in voege trad op 14 oktober 1994) geeft ons land een stevige wettelijke basis in de strijd tegen het illegaal gebruik van hormonen in de vetmesting.

De belangrijkste wijzigingen aangebracht door de wet van 11 juli 1994 hebben betrekking op de volgende elementen :

— het toepassingsveld van de wet is uitgebreid tot de herverdelers zoals clenbuterol, die vroeger niet als hormoon werden aangezien. Ook zullen voortaan nieuwe stoffen aan de lijst kunnen toegevoegd worden bij koninklijk besluit;

— als minstens één dier positief wordt bevonden, vallen alle analysekosten ten laste van de overtreder en vermits dan alle dieren moeten bemonsterd worden kunnen die kosten zeer hoog oplopen, namelijk enkele miljoenen voor een bedrijf van enkele honderden dieren;

— de dieren die positief bevonden worden voor hormonen worden systematisch vernietigd en kunnen dus niet meer in het menselijk consumptiecircuït terecht komen;

— voor ieder bedrijf waar illegaal gebruik van verboden stoffen in het daglicht werd gesteld, geldt een commercialiseringsverbod van 28 dagen (3 maanden ingeval van herhaling);

— l'affinement des structures et du fonctionnement de l'Institut : révision du cadre; optimisation du système d'évaluation; organisation d'une formation permanente; poursuite de l'informatisation en cours; organisation d'une cellule chargée d'un contrôle interne permanent de la qualité; la révision de la relation entre les inspecteurs statutaires et les vétérinaires indépendants, y compris l'adaptation éventuelle du statut des vétérinaires indépendants avec règles de cumul plus strictes; révision et réorganisation des cercles d'expertise; évaluation des méthodes d'analyse;

— l'analyse des possibilités d'auto-contrôle dans et par les secteurs et entreprises contrôlés.

Le secteur des volailles pourrait servir de secteur-pilote dans ce contexte. Un accord sera signé prochainement avec le secteur des veaux;

— le renforcement de la collaboration avec d'autres services d'inspection et de contrôle (sans exclure le regroupement) afin d'arriver à une surveillance de l'ensemble de la chaîne alimentaire;

— la poursuite de la lutte contre l'utilisation de stimulateurs de croissance interdits et le renforcement de la prévention concernant l'utilisation illicite de médicaments vétérinaires, surtout des antibiotiques.

### 3.2.2. Les stimulateurs de croissance

La loi du 15 juillet 1985, modifiée par la loi du 11 juillet 1994 (entrée en vigueur le 14 octobre 1994), a doté notre pays d'une base légale solide dans la perspective de lutte contre l'utilisation illégale d'hormones dans l'engraissement des animaux.

Les principales modifications introduites par la loi du 11 juillet 1994 ont trait aux points suivants :

— le champ d'application de la loi a été étendu aux bêta-agonistes (« agents répartiteurs ») comme le clenbutérol, qui n'étaient pas auparavant pas considérés comme hormones. De nouvelles substances pourront, en outre, être ajoutées à la loi par arrêté royal;

— si un seul animal est déclaré positif, tous les coûts de l'analyse sont à charge du contrevenant et, étant donné que tous les animaux doivent alors être échantillonnés, ces frais peuvent atteindre plusieurs millions dans une entreprise qui compte quelques centaines d'animaux;

— les animaux positifs pour hormones sont systématiquement abattus et ne peuvent donc plus être engagés dans le circuit de la consommation humaine;

— toute exploitation où l'utilisation illégale de substances interdites a été constatée est bloquée pendant 28 jours (3 mois en cas de récidive);

— teneinde de controles te verhogen kunnen erkende dierenartsen (niet-ambtenaren) aangesteld worden om het personeel te versterken dat bevoegd is voor de strijd tegen het gebruik van hormonen in de vetmesting;

— de voorziene straffen in geval van inbreuk op de wet werden tot minimum 6 maanden en/of 6 000 frank (x 200 = 1 200 000 frank) en tot maximum 5 jaar en/of 120 000 frank (x 200 = 24 000 000 frank) gebracht. Deze straffen worden verdubbeld in geval van herhaling;

— verder werden bepalingen in de wet ingelast waardoor Justitie de mogelijkheid krijgt om de bedrijven van de verantwoordelijke die in overtreding is te sluiten en om de goederen die door middel van illegale inkomens werden aangeworven in beslag te nemen;

— om de distributienetten van illegale stoffen te kunnen opsporen werd een mogelijkheid tot strafvermindering voorzien voor personen die informatie verstrekken waardoor de leverancier van illegale stoffen kan worden opgespoord. Sommige overtreders hebben reeds van deze mogelijkheid gebruik gemaakt;

— het gebruik en de verhandeling van stoffen met hormonale, antihormonale of beta-adrenergische werking werden ook ingelast in de bepalingen van de wet betreffende het witwassen van kapitaal.

De wet van 11 juli 1994 werd in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd op 4 oktober 1994 en trad in voege op 14 oktober 1994.

Deze nieuwe bepalingen hebben de druk op de vetmestingssector enorm verhoogd en tot positieve resultaten geleid.

Naar aanleiding van de moord op Dr. Karel Van Noppen besliste de Ministerraad op 17 maart 1995 principieel nieuwe maatregelen te nemen.

Het plan van de Regering had 3 objectieven, namelijk de wet ten allen prijze te doen respecteren, de ongerustheid van de verbruiker wegnemen en de geloofwaardigheid herstellen in de produktieketen van rundsvlees.

Het plan van de regering was gesteund op :

- a) een intensivering van de controles in het slachthuis en het landbouwbedrijf;
- b) een verhoogde deelname van de politiediensten;
- c) een verhoogde coördinatie van de acties van de diverse betrokken departementen en diensten onder het gezag van een nationale parketmagistraat;
- d) een betere beveiliging van de betrokken dierenartsen.

Wat Volksgezondheid betreft waren de voornaamste maatregelen van het plan :

- een verhoging en een betere ciblering van het aantal controles;
- het toepassen van een zwarte lijst van vetmesters in alle vijftig runderslachthuizen;

— afin de multiplier les contrôles, des vétérinaires agréés (non-fonctionnaires) peuvent être désignés pour renforcer le personnel compétent en matière de lutte contre l'utilisation d'hormones dans l'engraissement des animaux;

— les sanctions prévues en cas d'infraction à la loi sont sérieusement alourdies et portées au minimum à 6 mois et/ou 6 000 francs (x 200 = 1 200 000 francs) et au maximum à 5 ans et/ou 120 000 francs (x 200 = 24 000 000 francs). Ces peines sont doublées en cas de récidive;

— la loi prévoit, en outre, que la Justice pourra ordonner la fermeture totale des entreprises du condamné et la confiscation des biens acquis au moyen de revenus illégaux;

— afin de rendre plus performante l'identification des réseaux de distribution de substances illégales, une possibilité de réduction des peines a été prévue en faveur des personnes qui révèlent des informations permettant de dépister le fournisseur de substances illégales. Certains contrevenants ont déjà eu recours à cette possibilité;

— des dispositions relatives à l'utilisation et au commerce de substances à effet hormonal, anti-hormonal ou bêta-adrenergique ont également été inscrites dans la loi concernant le blanchiment des capitaux.

La loi du 11 juillet 1994 a été publiée au *Moniteur belge* du 4 octobre 1994 et est entrée en vigueur le 14 octobre 1994.

Ces nouvelles dispositions ont accentué la pression qui pèse sur le secteur de l'engraissement des animaux et ont engendré des résultats positifs.

Après l'assassinat du Dr. Karel Van Noppen, le Conseil des Ministres du 17 mars 1995 a pris la décision de principe de prendre de nouvelles mesures.

Le plan du Gouvernement avait trois objectifs, notamment assurer à tous prix le respect de la loi, dissiper l'inquiétude des consommateurs et rétablir la crédibilité de la chaîne de production de la viande bovine.

Le plan du Gouvernement était basé sur :

- a) l'intensification des contrôles dans l'abattoir et dans les exploitations;
- b) la participation accrue des services de police à ce contrôle;
- c) une meilleure coordination des actions des différents départements et services concernés, sous l'autorité d'un magistrat du parquet;
- d) une meilleure protection des vétérinaires concernés.

En ce qui concerne la Santé publique, ce plan prévoyait plus particulièrement :

- un plus grand nombre de contrôles mieux ciblés;
- l'application d'une liste noire d'éleveurs dans les cinquante abattoirs pour bovins;

— aanduiding van een coördinerende parketmagistraat als voorzitter van de Interdepartementale Cel Residuen;

— aanduiding van verbindingsofficieren om de uitwisseling van gegevens te verzekeren tussen het C.B.O. en de betrokken departementen;

— verhoging van het aantal personen, betrokken in de controles van enkelen tientallen tot enkele honderden personen met dien verstande dat deze controles slechts een gedeelte van hun activiteit uitmaken;

— individuele beschermingsmaatregelen ten opzichte van de blootgestelde personen :

— installatie van bewakingsapparatuur aan de woningen;

— verschaffen van communicatiemiddelen;

— opleiding in persoonlijke veiligheid;

— installatie van een hot-line voor het melden van incidenten en bedreigingen.

Al deze punten werden door Volksgezondheid gerealiseerd.

Die inspanningen hebben duidelijk resultaten opgeleverd.

De resultaten in de sector « runderen » voor de eerste zes maanden van 1995 geven het volgende beeld :

— Het I.V.K. heeft in de slachthuizen 1 585 monsters genomen. Op jaarbasis zal het aantal controles voor 1995 merkbaar hoger liggen dan voor 1994. In totaal werden 86 dieren (5,4 %) positief bevonden. In 1994 bedroeg dat percentage 10,3 %;

— bij de controle in 28 runderbedrijven werden in 9 bedrijven (32 %) positieve dieren aangetroffen. Op een totaal van 307 gecontroleerde dieren werden 64 (21 %) van deze dieren positief bevonden en vernietigd.

In totaal werden gedurende de eerste 8 maanden 229 runderen vernietigd.

Blijkbaar hebben het geheel van de genomen maatregelen tot resultaten geleid.

De nodige voorzichtigheid is echter geboden. De bestrijding van ware maffia-praktijken vormt een absolute prioriteit en moet krachtadig verder gezet worden, omdat de strijd zeker nog niet gestreden is. Aanvullende maatregelen moeten overwogen worden.

Ongetwijfeld hebben de vastgestelde misbruiken een schokgolf teweeg gebracht bij de consumenten, en hebben ze geleid tot een gedaalde vleesconsumptie.

Vleesproducenten zien meer en meer in dat hun eigen sector moet gesaneerd worden. Als eerste heeft de kalverensector hierop gereageerd door zelf een autonoom bewakingsprogramma op te starten. Volksgezondheid, via het I.V.K., heeft hieraan zijn medewerking toegezegd.

— la désignation d'un magistrat du parquet chargé de la coordination des contrôles, qui assurera aussi la présidence de la Cellule Interdépartementale Résidus;

— la désignation des officiers de liaison chargés de veiller à l'échange d'informations entre le B.C.R. et les départements concernés;

— l'augmentation du nombre de personnes participant aux contrôles, de quelques dizaines à quelques centaines, étant entendu que ces contrôles ne constitueront qu'une partie de leurs activités;

— des mesures individuelles de protection en faveur des personnes exposées :

— équiper les habitations d'installations de surveillance;

— mettre des moyens de communication à la disposition des intéressés;

— dispenser une formation concernant la sécurité individuelle;

— installer une ligne téléphonique spéciale pour signaler les incidents et les menaces.

Tous ces points ont été concrétisés par la Santé publique.

Ces efforts ont visiblement engendré des résultats.

Dans le secteur « bovins », la situation se présentait comme suit pendant le premier semestre de 1995 :

— l'I.E.V. a prélevé 1 585 échantillons. Sur base annuelle, le nombre de contrôles sera beaucoup plus élevé en 1995 qu'en 1994. Au total, 86 animaux étaient positifs (5,4 %) contre 10,3 % en 1994;

— des contrôles ont été effectués dans 28 entreprises d'élevage de bovins; des animaux positifs ont été découverts dans 9 exploitations (32 %). Sur un total de 307 animaux contrôlés, 64 (21 %) étaient positifs et ont été détruits.

Au total, 229 bovins ont été abattus pendant les 8 premiers mois de cette année.

L'ensemble des mesures prises a visiblement engendré des résultats.

La prudence reste toutefois de mise. La lutte contre certaines pratiques véritablement « mafieuses » est une priorité absolue et doit être poursuivie : bien du chemin reste en effet à parcourir. Des efforts supplémentaires doivent encore être consentis et des mesures complémentaires devront sans aucun doute être prises.

Les abus constatés ont suscité de vives réactions parmi les consommateurs : la consommation de viande est en chute libre.

Les producteurs de viande ont compris la nécessité d'assainir leur propre secteur. Le secteur de l'élevage des veaux a été le premier à réagir et a lancé un programme de surveillance autonome. La Santé publique a promis d'y collaborer via l'Institut d'Expertise vétérinaire.

Bij wijze van conclusie kunnen de volgende elementen vermeld worden :

1. Doel is en blijft het uitroeien van de illegale praktijken.
2. De controles vanwege het I.V.K. zijn geïntensifieerd geworden.
3. Het aantal positieve gevallen vastgesteld in de slachthuizen is duidelijk verminderd en bereikt een % dat het laagst is sinds 1988.
4. Het aantal positieve gevallen vastgesteld op de bedrijven is verminderd ten opzichte van 1994, maar blijft op een te hoog niveau.
5. Er werden positieve resultaten bereikt, maar de situatie moet duidelijk nog verder gesaneerd worden, inzonderheid ten aanzien van de grote vetmesters, dealers en andere.

Met het oog hierop moet :

- de wet verder verfijnd worden;
- het I.V.K. zijn akties onverkort verder zetten;
- het opgestart « Globaal Overleg » (met Volksgezondheid landbouw en de Sector) verder gezet worden om te komen tot een efficiënte « Integrale ketenbewaking »;
- de coördinatiefunctie van de « Nationale Magistraat » geoptimaliseerd worden en moet de hormooncel bij het C.B.O. vervolledigd worden;
- de justitiële aktie onverwijld verder gezet worden;
- de akties van de farmaceutische inspectie bijgestuurd worden.

### 3.3. Geneesmiddelen

3.3.1. Geneesmiddelen spelen ongetwijfeld een belangrijke rol in het in stand houden en verbeteren van de Volksgezondheid.

De aandacht ter zake gaat uit naar : de kwaliteit van de geneesmiddelen; het adequaat gebruik van geneesmiddelen; het desgevallend voorkomen en indijken van over of niet correcte consumptie; het bereiken van een correcte prijs; het efficiënt verzamelen van informatie als onderbouw van het beleid naar de sector en naar het publiek toe; een efficiënte werking van de instellingen betrokken bij het geneesmiddelenbeleid; het situeren van het Belgisch geneesmiddelenbeleid in het kader van de groeiende internationalisering.

3.3.2. Sinds zowat 30 jaar reeds worden inzake het geneesmiddelenbeleid belangrijke krijtlijnen uitgezet door de verschillende Europese richtlijnen.

De recente « Verordening 2309/93 » voegde hieraan nog een supplementaire dimensie toe. Het is deze context die ons noopt tot een belangrijke investering (inzonderheid met het oog op de Europese regeling inzake erkenning) in *know-how* en mankracht opdat ons land terzake een adequate rol zou kunnen spelen.

En guise de conclusion, retenons les éléments suivants :

1. L'objectif principal est et reste l'élimination des pratiques illégales.
2. Les contrôles de l'I.E.V. ont été intensifiés.
3. Le nombre de résultats positifs notés dans les abattoirs a diminué et est retombé jusqu'au pourcentage le plus bas depuis 1988.
4. Le nombre de contrôles positifs dans les exploitations a diminué par rapport à 1994 mais reste trop élevé.
5. Des résultats ont certes été obtenus mais l'assainissement du secteur doit être poursuivie, surtout en ce qui concerne les grandes entreprises d'engraissement, les distributeurs de substances illicites, etc.

A cet effet, il faudra :

- affiner davantage encore la législation en vigueur;
- poursuivre et renforcer l'action de l'I.E.V.;
- poursuivre la concertation globale entamée entre l'Agriculture et la Santé publique afin d'arriver à une surveillance de l'ensemble de la chaîne alimentaire;
- optimiser la fonction de coordination du « Magistrat national » et compléter la cellule hormones du Parquet;
- poursuivre les actions judiciaires entamées;
- adapter les actions de l'Inspection de la pharmacie.

### 3.3. Médicaments

3.3.1. Les médicaments jouent indubitablement un rôle prépondérant dans le maintien et l'amélioration de la santé publique.

Les préoccupations essentielles en la matière doivent porter sur : la qualité du médicament; son utilisation appropriée; la prévention et la suppression éventuelles de la surconsommation ou de la consommation incorrecte; l'obtention d'un prix adéquat; la collecte efficace des informations comme base de la politique visant le secteur et le grand public; un fonctionnement efficace des diverses institutions concernées; la place de la politique belge des médicaments dans le cadre de l'internationalisation grandissante.

3.3.2. Depuis près de 30 ans déjà, les différentes directives européennes ont façonné de manière substantielle la politique des médicaments.

Le récent « Règlement 2309/93 » a ajouté une dimension supplémentaire. C'est ce contexte qui nous incite à réaliser un investissement important (notamment en vue de la réglementation européenne relative à l'agrément) en technologie et en moyens humains pour permettre à notre pays de jouer, dans ce domaine, le rôle qui lui revient.

3.3.3. Een essentieel onderdeel van het beleid, ook met het oog op het gestalte geven aan dat beleid, wordt gevormd door een accurate informatieverzameling en verstrekking, inzonderheid wat betreft het voorschrijfprofiel inzake geneesmiddelen en het ontwikkelen van een inhoudelijk kwalitatieve evaluatie van het voorschrijfgedrag. Dit met als doelstellingen, kwaliteit en beheersing van de uitgaven.

Terzake dient het geplande « Pharma-net » overwijd operationeel gemaakt te worden. Daarenboven stelt zich de vraag naar informatieoverdracht aan Volksgezondheid met het oog op een kwalitatieve analyse inzake het voorschrijfgedrag van artsen en een analyse per pathologie.

Op termijn zou ten behoeve van Volksgezondheid de informatie moeten uitgebreid worden tot de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen.

Er is nood aan een betere informatie naar geneesheren en apothekers (huidige kanalen : de doorzichtigheidscommissie en het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie).

Eveneens dient informatieverstrekking van dierenartsen georganiseerd te worden.

3.3.4. Er zal dringend werk gemaakt worden van een hervorming van de registratieprocedure van geneesmiddelen. Dit vergt een hervorming van de geneesmiddelencommissie; een aangepast tarief voor de erkenning van geneesmiddelen; en een gegarandeerde periode ter attentie van de beslissingen inzake erkenning. Ten einde het onderzoek van de dossiers op een efficiënte wijze te laten verlopen, zal ter vervanging van de externe wetenschappelijke experten beroep gedaan worden op interne experten tewerkgesteld in het kader van de farmaceutische inspectie. Aan deze interne experten zullen contracten met een duidelijke resultaatverbintenis worden aangeboden.

Er zal een duidelijk onderscheid worden doorgevoerd tussen de opdrachten van enerzijds de registratiecommissie en anderzijds de doorzichtigheidscommissie.

Tevens zal de mogelijkheid worden nagegaan tot het groeperen van de diverse aktes met betrekking tot geneesmiddelen in één instelling of dienst. Verder lijkt het opportuun om met de bevoegde Ministers overleg te plegen inzake de huidige procedures inzake prijsbepaling en terugbetaling.

3.3.5. Met het oog op een kostenbeheersing, en reeds in het kader van de Z.I.V.-begroting 1996, zal :

- een declassifiëring van verouderde geneesmiddelen, of geneesmiddelen waarvoor het therapeutisch nut niet bewezen is, doorgevoerd worden;
- een progressieve vermindering van de publieksprijs voor geneesmiddelen buiten brevet toegepast worden;
- overgegaan worden tot een prijsbeperking voor de meest dure geneesmiddelengroepen, zowel in het

3.3.3. Un volet essentiel de la politique, destiné également à lui donner forme, est constitué par une collecte et une fourniture minutieuse d'informations, notamment en ce qui concerne le profil prescripteur et la mise au point d'une évaluation qualitative du comportement prescripteur, avec pour objectifs la qualité et la maîtrise des dépenses.

Le projet « Réseau Pharma » doit, à cet égard, être rendu opérationnel sans tarder. En outre, la demande de transmission d'informations se pose à la Santé publique en vue d'une analyse qualitative du comportement de prescription des médecins et une analyse par type de pathologie.

A terme, le système d'information devrait être étendu aux médicaments non remboursables et ce, au bénéfice de la Santé publique.

La nécessité d'une meilleure information aux médecins et aux pharmaciens se fait aussi sentir (canaux actuels : la commission de transparence et le Centre belge d'information pharmacothérapeutique).

La fourniture d'informations aux vétérinaires doit également être organisée.

3.3.4. On œuvrera d'urgence à la réforme de la procédure d'enregistrement des médicaments. Ceci exige une réforme de la commission des médicaments; un tarif adapté pour l'agrément des médicaments; et un délai garanti pour les décisions d'agrément. Afin de traiter les dossiers avec efficacité, on fera appel à des experts internes, engagés dans le cadre de l'inspection pharmaceutique, en remplacement des spécialistes scientifiques externes. Des contrats avec obligation précise de résultats seront offerts à ces experts internes.

Une nette distinction sera faite entre d'une part les missions de la commission d'enregistrement et d'autre part, celles de la commission de transparence.

De même, on examinera la possibilité de regrouper les divers actes relatifs aux médicaments en une seule institution ou service. Par ailleurs, il paraît opportun d'organiser une concertation avec les Ministres compétents sur les procédures actuelles en matière de fixation des prix et de remboursement.

3.3.5. Dans le but de maîtriser les coûts, et d'ores et déjà dans le cadre du budget A.M.I. 1996 :

- une déclassification des médicaments dépassés ou des médicaments dont l'utilité thérapeutique n'est pas établie, sera réalisée;
- une réduction progressive du prix public des médicaments hors brevet sera appliquée;
- le prix des groupes de médicaments les plus onéreux sera limité, aussi bien dans le milieu hospi-

ziekenhuismilieu als in de ambulante sector (de uitgaven inzake geneesmiddelen worden in belangrijke mate bepaald door prijsverhogingen).

- de distributiemarge van de grossisten herzien worden;
- de categorie van generische geneesmiddelen gepromoot worden;
- een meer efficiënte controle op de transfertprijzen van ingevoerde geneesmiddelen onderzocht worden.

3.3.6. Naast punctuele zullen een aantal structurele ingrepen doorgevoerd worden :

- het invoeren van prijs-volume contracten;
- het invoeren van enveloppes per ziekenhuis en dit inzonderheid om de verschillen in consumptie bij gelijke pathologie in te dijken;
- het doorvoeren van wijzigingen aan de geneesmiddelenverpakking om deze meer in overeenstemming te brengen met de posologie en de verwachte behandelingsduur.

3.3.7. Vanuit een sociaal georiënteerde gezondheidspolitiek zal nagegaan worden op welke wijze tegemoet kan gekomen worden aan de speciale behoeften van chronische zieken.

Tevens zal voor patiënten lijdend aan zeldzame ziekten bekeken worden op welke manier het ter beschikking stellen van aangepaste geneesmiddelen, « orphin drugs », kan vergemakkelijkt worden.

3.3.8. Recente gebeurtenissen onderstrepen de noodzaak aan een wetsontwerp dat het mogelijk maakt bepaalde magistrale bereidingen, inzonderheid vermageringscocktails te verbieden zowel op het niveau van het voorschrijven ervan door de geneesheer als het aanmaken ervan door de apotheker. Arbitrair optreden moet vermeden worden via een procedure van eensluidend advies door een aan te duiden medische commissie of instelling.

Verder zal ook werk gemaakt worden van een regelgeving inzake afslankingsmiddelen vrij op de markt verkrijgbaar.

3.3.9. Op het vlak van de veterinaire geneesmiddelen moet nagegaan worden of het aanbod aangepast is aan de behoeften, zowel inzake de beschikbare substanties als de toedieningsnormen. Nagegaan zal worden op welke wijze de distributie van veterinaire geneesmiddelen kan vereenvoudigd worden. Ter vrijwaring van de kwaliteit van het vlees en de gezondheid van de consumenten zal een sluitend registratiesysteem op punt worden gesteld om te voorkomen dat geneesmiddelen op onverantwoorde wijze aan diverse dieren worden toegediend.

talier que dans le secteur ambulatoire (les dépenses en matière de médicaments sont en majeure partie déterminées par la hausse des prix);

- les marges de distribution des grossistes seront revues;
- la catégorie des médicaments génériques sera encouragée;
- un contrôle plus efficace sur les prix de transfert des médicaments importés sera recherché.

3.3.6. A côté de ces actions ponctuelles, un certain nombre d'améliorations structurelles seront réalisées :

- l'instauration de contrats « prix-volume »;
- l'instauration d'un système d'enveloppes par hôpital, et ceci notamment pour endiguer les écarts de consommation pour des pathologies similaires;
- l'apport de modifications dans le conditionnement des médicaments afin de les faire concorder davantage avec la posologie et la durée de traitement prévue.

3.3.7. Partant d'une politique de santé orientée vers le social, on examinera de quelle manière on peut tenir compte des exigences propres aux maladies chroniques.

De même, pour les patients atteints de maladies rares, on verra dans quelle mesure il est possible de mettre à leur disposition des médicaments adaptés, « les médicaments orphelins ».

3.3.8. Des événements récents soulignent la nécessité d'un projet de loi permettant l'interdiction de certaines préparations magistrales, notamment les cocktails d'amaigrissement, tant au niveau de leur prescription par le médecin que de leur confection par le pharmacien. Une procédure d'avis conforme par une commission ou une institution à désigner doit éviter la surenchère arbitraire.

Par ailleurs, on s'attachera aussi à une réglementation des produits amaigrissants en vente libre sur le marché.

3.3.9. Dans le domaine des médicaments vétérinaires, il faut vérifier si l'offre est appropriée aux besoins, tant pour les substances disponibles que pour les normes d'administration. On examinera de quelle manière on peut simplifier la distribution des médicaments vétérinaires. Pour préserver la qualité des viandes et la santé du consommateur, un système d'enregistrement sera mis au point afin d'éviter l'administration injustifiée de médicaments à divers animaux.

#### 4. Verzorgingsinstellingen

##### 4.1. Ziekenhuizen

4.1.1. Algemeen kan worden gesteld dat de ziekenhuiswet van 1963, en aangepast via het besluit n° 407 van april 1986 en de wet van 30 december 1988 (welke het gëntegreerd organisatorisch karakter van de ziekenhuizen benadrukten), heeft bijgedragen tot de uitbouw van een kwalitatief hoogstaand ziekenhuisnet.

De basisbeginselen van de vigerende ziekenhuiswetgeving zijn overigens steeds waardevol, te weten :

- aan de patiënt een verzorging aanbieden die beantwoordt aan de steeds wijzigende medische evolutie en de behoeften derwijze, dat deze voor alle patiënten steeds toegankelijk is;

- een imperatief plannings- en erkenningssysteem dat de verzorgingsbehoefte wil dekken en de kwaliteit van de verzorging in alle ziekenhuizen wil waarborgen;

- een financiering die steunt op de concepten die in de erkenningsnormen voor het ziekenhuis en zijn diensten worden uitgetekend alsmede op de activiteiten die hieruit voortspruiten.

4.1.2. De ziekenhuiswet bestaat straks 30 jaar. Het werk is zeker niet af. Een aanpassing van de wetgeving en een modernisering van het ziekenhuisbeleid dringen zich bijgevolg op, waarbij :

- het concept, de doelstellingen en de functies van een ziekenhuis gherdefinieerd worden;

- het ziekenhuis gesitueerd wordt in het kader van het globale verzorgingsaanbod (met name ten aanzien van de voorzieningen met betrekking tot de vergrijzing van de bevolking), en dit in een geest van complementariteit, taakverdeling en samenwerking;

- het concept van de ziekenhuizen herzien wordt, in die zin dat een ziekenhuis veeleer beschouwd wordt als een geheel van functies veeleer dan een optelsom van bedden; met een onderscheid tussen basisfuncties en gespecialiseerde functies; wat tot uiting dient te komen in een aanpassing van de normering en moet kunnen leiden tot een meer globale financiering;

- het concept van ziekenhuisregio's verfijnd en geconcretiseerd wordt; waarbij samenwerking, associaties en fusies aangemoedigd worden, basis- en gespecialiseerde functies verzekerd zijn, en waarbij de normering in die context aangepast wordt;

- gezien de medische en behoeftenevolutie vernieuwende diensten als daghospitalisatie, palliatieve eenheden, en gespecialiseerde functies mits kwalitatieve garanties ondersteund en uitgebouwd worden;

#### 4. Etablissements de soins

##### 4.1. Hôpitaux

4.1.1. Globalement, on peut dire que la loi sur les hôpitaux de 1963, modifiée par l'arrêté n° 407 d'avril 1986 et par la loi du 30 décembre 1988 (mettant tous deux l'accent sur l'organisation intégrée des hôpitaux), a contribué au développement d'un réseau hospitalier de grande qualité.

D'ailleurs, les principes de base de la législation hospitalière en vigueur restent valables, à savoir :

- une offre de soins répondant aux progrès médicaux et aux besoins, et accessibles en permanence pour tous les patients;

- un système de programmation et d'agrément impératif permettant de répondre aux besoins en soins et de garantir la qualité des soins dans tous les hôpitaux;

- un financement reposant sur les concepts esquissés dans le cadre des normes d'agrément de l'hôpital et de ses services ainsi que sur les activités qui en découlent.

4.1.2. La loi sur les hôpitaux aura bientôt 30 ans. Il reste sans aucun doute beaucoup à faire. Il convient donc d'adapter la législation et de moderniser la politique hospitalière comme suit :

- le concept, les objectifs et les fonctions d'un hôpital doivent être redéfinis;

- l'hôpital doit être situé dans le cadre de l'offre globale de soins (en particulier pour les équipements permettant de faire face au vieillissement de la population), et ce dans un esprit de complémentarité et de collaboration et moyennant une répartition des tâches;

- le concept d'hôpital doit être revu en ce sens que l'hôpital doit être considéré davantage comme un ensemble de fonctions que comme une somme de lits; il faut distinguer les fonctions de base des fonctions spécialisées; cela doit se traduire par une adaptation des normes et déboucher sur l'instauration d'un financement plus global;

- le concept de régions hospitalières doit être affiné et concrétisé; à cet égard, il y a lieu d'encourager la collaboration, les associations et les fusions, de garantir les fonctions de base et les fonctions spécialisées et d'adapter les normes en conséquence;

- compte tenu de l'évolution de la médecine et des besoins, il convient d'encourager le développement de nouveaux services tels que l'hospitalisation de jour, les unités de soins palliatifs, ainsi que des fonctions spécialisées, et ce moyennant la fixation de garanties sur le plan qualitatif;

— de rol en de noodzaak van openbare ziekenhuizen naast privé-instellingen, onderkend wordt. Inzake openbare ziekenhuizen dient gezocht naar soepeler beheersvormen naast een adequaat maar niet overlappend controle en voogdijsysteem;

— de interne structuur, werking en rol van de diverse actoren in het ziekenhuis onderzocht en desgevallend aangepast wordt.

4.1.3. Uitgangspunt voor het ziekenhuisbeleid wordt gevormd onder andere door de desbetreffende oriëntatienota, zoals goedgekeurd door de Minister-raad van maart 1994. De krachtlijnen terzake, die dienen geconcretiseerd te worden, hebben betrekking op :

— de oprichting van een informatienetwerk en een overlegstructuur voor de evaluatie en de financiering van de ziekenhuizen;

— consolidering en verspreiding van gegevens vanuit het knooppunt van het netwerk;

— de evolutie van de financieringswijze en de erkenningsprocedure van de ziekenhuizen;

— reconversie van acute bedden ingevolge hun sluiting;

— normalisatie van het verbruik van technische handelingen en farmaceutische prestaties;

— ontwikkeling van dagziekenhuisopname;

— evaluatie van de medische praktijk.

4.1.4. Onderzocht zullen worden de introductie en/of verstrenging van de normen inzake een aantal gespecialiseerde en hoogwaardige diensten als : de neurochirurgie, hartchirurgie, intensieve diensten en in vitro-fertilisatie en nierdialyse.

Daarenboven zal nagegaan worden : een globale benadering en desgevallend enveloppe/forfaitaire financiering inzake de medische beeldvorming.

Tevens dringt zich een evaluatie op van de diverse componenten van de oncologische therapie.

Terzake zal advies ingewonnen worden bij de « Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen ».

4.1.5. Kwaliteitsverbeterende maatregelen, zoals bestrijding en controle van ziekenhuisinfecties, welke kunnen leiden tot afname van de hospitalisatieduur zullen getroffen worden.

4.1.6. Het wettelijk kader dient gecreëerd met betrekking tot de organisatie van palliatieve zorgen in de ziekenhuizen, maar tevens in andere verzorgingsinstellingen en in de thuiszorg.

4.1.7. Werk dient gemaakt te worden van een wettelijk statuut en aangepaste erkenningsnormen inzake de diverse typen van daghospitalisatie.

— reconnaître le rôle et l'utilité des hôpitaux publics, à côté des hôpitaux privés; en ce qui concerne les hôpitaux publics, il faut instaurer des formes de gestion plus souples tout en conservant un système adéquat de contrôle et de tutelle qui ne fasse pas double emploi;

— la structure interne, le fonctionnement et le rôle des différents acteurs à l'hôpital doivent être examinés et, le cas échéant, adaptés.

4.1.3. La politique hospitalière a, entre autres, comme point de départ la note d'orientation telle qu'approuvée par le conseil des ministres en mars 1994. Les lignes de force qui doivent être concrétisées concernent :

— la création d'un réseau d'information et d'une structure de concertation concernant l'évaluation et le financement des hôpitaux;

— la consolidation et la diffusion de données à partir du centre du réseau;

— l'évolution du mode de financement et la procédure d'agrément des hôpitaux;

— la reconversion de lits aigus à la suite de leur fermeture;

— la normalisation de la consommation d'actes techniques et de prestations pharmaceutiques;

— le développement de l'hospitalisation de jour;

— l'évaluation de la pratique médicale.

4.1.4. On examinera la possibilité d'instaurer et/ou de renforcer les normes relatives à un certain nombre de services spécialisés de pointe tels que les services de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, de soins intensifs, de fécondation in vitro et de dialyse rénale.

En outre, on envisagera la possibilité d'une approche globale et, le cas échéant, d'une enveloppe/d'un financement forfaitaire pour l'imagerie médicale.

Il conviendra également de procéder à une évaluation des différentes composantes de la thérapie oncologique.

A cet égard, l'avis du conseil national des établissements hospitaliers devra être sollicité.

4.1.5. Des mesures pour améliorer la qualité, comme par exemple la lutte et le contrôle des infections en milieu hospitalier, et pouvant mener à une diminution du temps d'hospitalisation seront prises.

4.1.6. Il convient d'élaborer le cadre légal en ce qui concerne l'organisation des soins palliatifs dans les hôpitaux mais également dans les autres établissements de soins et à domicile.

4.1.7. Il y a lieu d'élaborer un statut légal ainsi que des normes d'agrément adaptées en ce qui concerne les différentes formes d'hospitalisation de jour.



4.1.8. De normen inzake de spoedgevallendiensten zullen, rekening houdend met een goede spreiding en toegankelijkheid, kortelings gepubliceerd worden. Een globaal ambulance-beleid dient geconcipeerd te worden.

4.1.9. a) Een grotere rationaliteit in de organisatie van het aanbod in het teken van een beheersing van de uitgaven veronderstelt :

— Uitvoering van het meerjarenplan inzake de vermindering van het aantal acute bedden (onder meer via de promotie van het dagziekenhuis, de stimulering van samenwerkingsverbanden en de verkorting van de verblijfsduur).

— Herziening van de vergoeding voor kaskredieten ten einde het effect van de rattrapages voor de periode 1989-1990 te milderen.

— Herziening van de criteria met betrekking tot de toekenning van een budget voor nieuwe technologieën.

— Herziening van de berekeningswijze van de sluitingsvergoedingen.

b) « Onderzocht zal worden een adequate- en rationele financiering van de universitaire ziekenhuizen, rekening houdend met hun specifieke opdrachten en functies. En dit in overleg met de « Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen ».

#### 4.2. Veroudering van de bevolking

De veroudering van de bevolking leidt evident tot een toename van zorgbehoeften op het vlak van aandoeningen en andere gezondheidsrisico's, die samenhangen met het ouder worden.

De gevolgen ervan zijn voelbaar op de behoefte aan steun door de eigen omgeving, op de nood aan thuiszorg zowel als de vraag naar medische bijstand, en op de behoefte aan zorgen in ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen.

Dit vereist een aangepast beleid.

Uit de studie « Behoeften aan gezondheidsvoorzieningen voor bejaarden » uitgevoerd in opdracht van het departement, blijkt :

— dat deze materie een globale aanpak nodig heeft;

— dat de bejaarde zo lang mogelijk in zijn eigen milieu moet kunnen worden gehandhaafd en dat hij daarvoor moet kunnen rekenen op de nodige zorgverlening ten huize; de geïntegreerde thuiszorg dient daartoe een wettelijke omkadering te krijgen;

— dat, waar een hospitalisatie nodig blijkt, de geriatriedienst een spilfunctie te vervullen heeft, met name :

— op het vlak van screening en oriëntatie van de patiënt;

4.1.8. Les normes relatives aux services des urgences, garantissant une répartition optimale des services et leur facilité d'accès, seront publiées sous peu. On doit concevoir une politique globale en matière de services ambulanciers.

4.1.9. a) Une plus grande rationalité dans l'organisation de l'offre et dans la maîtrise des dépenses nécessite :

— L'exécution du plan pluriannuel relatif à la diminution du nombre de lits aigus (entre autres, par le biais du développement de l'hôpital de jour et des associations ainsi que par la réduction de la durée de séjour);

— La révision de l'indemnité pour crédits de caisse afin d'atténuer les effets des rattrapages pour la période 1989-1990;

— La révision des critères relatifs à l'octroi d'un budget pour les nouvelles technologies;

— La révision du mode de financement des indemnités de fermeture.

b) On examinera la possibilité d'instaurer un système de financement approprié et rationnel pour les hôpitaux universitaires, compte tenu de leurs tâches et de leurs fonctions spécifiques, et ce en concertation avec le Conseil national des établissements hospitaliers.

#### 4.2. Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population a manifestement pour effet d'accroître les besoins en soins, compte tenu de l'augmentation des affections et des autres problèmes de santé qui vont de pair avec le vieillissement.

L'accroissement des besoins concerne le soutien de l'entourage familial, les soins à domicile, l'assistance médicale ainsi que les soins à l'hôpital et en établissement de soins.

A cet égard, il convient de mettre en œuvre une politique adéquate.

L'étude intitulée « Besoins en équipements sanitaires pour personnes âgées », réalisée à la demande du département, a abouti aux conclusions suivantes :

— cette matière nécessite une approche globale;

— la personne âgée doit avoir la possibilité de rester dans son environnement familial le plus longtemps possible et doit donc pouvoir bénéficier des soins à domicile nécessaires; à cet égard, il convient de fixer un cadre légal pour les soins intégrés à domicile;

— dans les cas où l'hospitalisation s'impose, le service de gériatrie doit remplir une fonction-clé :

— sur le plan de l'évaluation du cas du patient et de l'orientation de celui-ci;

- op het vlak van het voorkomen van de verslechtering van de gezondheidstoestand;
- op het vlak van revalidatie; dit wil zeggen de basis te leggen voor een herintegratie in het eigen milieu
  - dat, teneinde het ziekenhuis toe te laten deze rol correct te vervullen, opvangmogelijkheden in de rust- en verzorgingstehuizen moeten bestaan, vormen voor beschut wonen met specifieke begeleiding dienen te worden ontwikkeld, alsook formules voor kort verblijf;
  - dat, ten behoeve van specifieke doelgroepen (zoals dementerenden), aangepaste mogelijkheden in de verschillende voorzieningen moeten bestaan;
  - dat de bestaande voorzieningen moeten worden aangepast; dit geldt voornamelijk voor de rust- en verzorgingstehuizen, en voor de rustoorden;
  - dat deze ontwikkeling van de thuiszorg enerzijds, en meerdere types voorzieningen anderzijds, dient gepaard te gaan met een optimale afstemming van de zorgcircuits: door het creëren van multifunctionele centra voor ouderenzorg, en door het stimuleren van samenwerkingsverbanden op dit terrein.

#### 4.3. Psychiatrie

De Psychiatrie is niet langer een sector die aan de rand van het maatschappelijk gebeuren staat. Het geheel van psychiatrische diensten en andere psycho-sociale voorzieningen is een wezenlijk deel van onze gezondheidszorg.

Maar ook deze voorzieningen zelf zijn steeds beter gegreerd in hun sociale omgeving.

Dit hangt uiteraard samen met de steeds belangrijker wordende opdracht van deze sector: de optimale sociale integratie (of: reïntegratie) van de patiënt.

Teneinde deze opdracht adequaat te vervullen, lijkt een verdere diversifiëring, vooral buiten het ziekenhuis noodzakelijk, zoals het verder ontwikkelen van het beschut wonen in relatie met het psychiatrisch verzorgingstehuis.

De psychiatrie zal — op eigen specifieke wijze — deel hebben aan de nieuwe beleidslijnen voor de ziekenhuissector.

— Zo zal de ordening naar basis- en gespecialiseerde functies, en de herziening van de normering in deze context, ook voor de psychiatrie gelden.

— Zo zal ten aanzien van de psychiatrische praktijk een eigen systeem van kwalitatieve evaluatie op basis van een « *peer review* » worden opgezet.

— Zo zal de verzameling van minimale psychiatrische gegevens een duidelijk en betrouwbaar beeld geven van het pathologie-profiel en de zorgverstrekking in alle psychiatrische voorzieningen.

— Zo zullen ook psychiatrische ziekenhuisdiensten associaties kunnen aangaan, met het oog op het efficiënte opnemen van een specifieke functie.

- sur le plan de la prévention de la dégradation de l'état de santé du patient;
- sur le plan de la réadaptation fonctionnelle, ce qui implique la création des conditions propices à une réinsertion dans le milieu familial;
  - afin de permettre à l'hôpital de remplir correctement son rôle, il convient de développer des possibilités de prise en charge dans les maisons de repos et de soins, des formes d'habitation protégée avec un encadrement spécifique ainsi que des formules de séjour de courte durée;
  - à l'intention de certains groupes cibles (tels que les patients présentant des signes de démence), il y a lieu de développer des possibilités de prise en charge adaptée dans le cadre des équipements existants;
  - les équipements existants doivent être adaptés; cela vaut principalement pour les maisons de repos et de soins ainsi que pour les maisons de repos;
  - ce développement des soins à domicile, d'une part, et de plusieurs types d'équipements, d'autre part, doit aller de pair avec une coordination optimale des circuits de soins, et ce par le biais de la création de centres de soins plurifonctionnels pour personnes âgées et du développement des associations dans ce domaine.

#### 4.3. Psychiatrie

La psychiatrie n'est plus un secteur en marge de la société. L'ensemble des services psychiatriques et des autres équipements psycho-sociaux font partie intégrante de notre système de santé.

Ces équipements sont aussi de mieux en mieux intégrés dans notre environnement social.

Naturellement, cela s'explique par la mission sans cesse plus importante qui incombe à ce secteur, à savoir l'insertion sociale optimale (ou la réinsertion) du patient.

Pour remplir correctement cette mission, il semble qu'une diversification plus approfondie, principalement en dehors de l'hôpital, soit nécessaire, et ce par le biais du développement de l'habitation protégée en liaison avec la maison de soins psychiatriques.

La psychiatrie occupera une place spécifique dans la nouvelle politique esquissée pour le secteur hospitalier.

— Ainsi, l'organisation de fonctions de base et de fonctions spécialisées, et la révision des normes dans ce cadre, s'appliqueront également à la psychiatrie.

— Un système d'évaluation qualitative spécifique, fondé sur le « *peer review* », sera spécifiquement instauré pour la pratique psychiatrique.

— L'enregistrement du résumé psychiatrique minimum reflètera clairement et fidèlement le profil de pathologie et les prestations de soins dans tous les équipements psychiatriques.

— Les services psychiatriques hospitaliers auront également la possibilité de constituer des associations en vue d'assurer avec efficacité une fonction spécifique.

Eigen aan de psychiatrie, is de noodzaak tot samenwerking tussen de verschillende soorten voorzieningen binnen de sector. Daartoe werden de overlegplatformen opgericht. Het zal duidelijk zijn, dat wij van deze structuren meer verwachten dan efficiënt overleg, maar dat ook plaatselijk initiatieven dienen genomen, om het aanbod van zorg, de toegankelijkheid voor de patiënt, en de efficiëntie van de voorzieningen te optimaliseren.

Eigen aan de psychiatrie is ook, dat de patiënt kwetsbaar is, dikwijls sociaal geïsoleerd, en in vele gevallen ook niet weerbaar.

Daarom dienen in het Charter van de patiënt niet noodzakelijk bijzondere rechten ten aanzien van psychiatrische patiënten te worden opgenomen, maar wel specifieke procedures, om deze rechten te laten gelden; wij denken hierbij aan klachtenprocedures, ondersteuning door vertrouwenspersonen enz.

## 5. Zorgenverstrekkers

### 5.1. Uitoefening van de geneeskunde

— Het is dringend geboden een beleid te voeren inzake de *beheersing van het medisch aanbod*. Een beperking van het aantal is noodzakelijk ten einde de kwaliteit van de beroepsuitoefening niet in het gedrang te brengen en de uitgaven van de ziekteverzekering in de hand te houden.

Diverse pistes dienen onderzocht, inbegrepen de mogelijkheid het invoeren van quota's tot op het ogenblik van de aanvang van de beroepsopleiding.

Een beperking van het aanbod dient gepaard te gaan met kwaliteitsbewaking inzake de medische praktijk zowel bij de beroepsopleiding als tijdens de uitoefening. Tevens stelt zich in deze context de vraag naar het moment van loopbaanbeëindiging.

— In overeenstemming met de Europese richtlijnen terzake, bestaat de bedoeling erin om het getuigschrift van basisarts na 6 jaar opleiding af te leveren.

— Een evaluatie van de bestaande toestand moet leiden tot een herziening van het statuut van de ziekenhuisgeneesheren.

— Conform artikel 66 van de wet op de ziekteverzekering behoort het vastleggen van de criteria van kwaliteitsarts tot de bevoegdheid van « Volksgezondheid ».

Inzake het « accrediteringssysteem » moet in die context de samenstelling van de desbetreffende « stuurgroep » gewijzigd worden. Met het oog op kwaliteitsgaranties dient trouwens samen met « Sociale Zaken » en in overleg met de betrokken partijen, de opvulling van de desbetreffende navorming aangepast te worden.

Naar de « kwaliteitszorg » in meer algemene zin, zal bij Volksgezondheid een « Adviesorgaan betreffende de kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg » opgericht worden.

Un aspect propre à la psychiatrie est la nécessité d'instaurer une collaboration entre les différents types d'équipements au sein du secteur. A cet effet, on a créé des plates-formes de concertation. Il va de soi que nous attendons de ces structures davantage qu'une concertation efficace : des initiatives locales doivent également être prises afin d'optimiser l'offre de soins, l'accessibilité pour le patient et l'efficacité des équipements.

Un autre aspect spécifique de la psychiatrie est le fait que le patient est vulnérable, souvent isolé socialement et, dans de nombreux cas aussi, incapable de se défendre.

C'est la raison pour laquelle la charte du patient ne doit pas contenir nécessairement les droits spécifiques des patients psychiatriques mais plutôt les procédures spécifiques permettant de faire valoir ces droits; on pense à cet égard aux procédures relatives aux plaintes, au soutien apporté par des personnes de confiance, etc.

## 5. Prestataires de soins

### 5.1. Exercice de la médecine

— Une politique visant à *maîtriser l'offre médicale* s'impose de toute urgence. Une limitation quantitative est nécessaire si nous ne voulons pas compromettre la qualité de la pratique professionnelle et perdre le contrôle des dépenses afférentes à l'assurance maladie.

Plusieurs pistes doivent être examinées à cet effet, y compris l'établissement éventuel de quotas jusqu'au début de la formation professionnelle.

La limitation de l'offre doit aller de pair avec le contrôle de la qualité de la pratique médicale, tant au niveau de la formation que dans l'exercice de la fonction. Un problème qui se pose également dans ce contexte est de savoir à quel moment doit prendre fin la carrière professionnelle.

— Conformément aux directives européennes en la matière, l'objectif fixé consiste à délivrer le diplôme de base de médecin après 6 ans de formation.

— Une évaluation de la situation existante doit mener à une révision du statut du médecin hospitalier.

— Conformément à l'article 66 de la loi sur l'assurance maladie, la Santé publique est compétente pour fixer les critères d'une bonne pratique médicale.

En ce qui concerne le « système d'accréditation », il y a lieu, dans ce contexte, de modifier la constitution du « groupe de coordination » qui y est rattaché. Pour garantir cette qualité, le contenu de la formation continue doit d'ailleurs être aussi adapté et ce, en concertation avec les « Affaires Sociales » et toutes les parties concernées.

Toujours dans un « souci de qualité » au sens large du terme, un « Organe d'avis concernant la promotion de la qualité en matière de soins de santé » sera mis en place par la Santé publique.

— De erkenning van een aantal nieuwe specialiteiten en bijzondere bekwamingen moet georganiseerd worden.

— In overeenstemming met het Regeerakkoord is het de bedoeling te komen tot een herwaardering van de huisarts en de 1<sup>e</sup> lijnsgezondheidszorg. Dit zal onder meer gerealiseerd worden door de « echelonnering ».

— Inzake tandartsen moet evenzeer het aanbod beperkt worden, terwijl hun statuut moet vastgelegd worden

### 5.2. Verpleegkundigen

— Het werk van verpleegkundigen verdient waardering. Dit moet onder andere tot uiting komen in het beklemtonen van de eigenheid van het verpleegkundig handelen, en in de organisatie van hun inspraak op diverse niveaus.

— Voor verpleegkundigen moet de toegang tot het beroep en de beroepsuitoefening geregeld worden via de erkenning van een beroepstitel. Dit vereist een aanpassing van het koninklijk besluit n<sup>o</sup> 78. Deze aanpassing zal doorgevoerd worden na advies van de « Nationale Raad voor Verpleegkunde ».

— Onderzocht zal worden de introductie van een categorie « verzorgend personeel », werkende onder de verantwoordelijkheid van een verpleegkundige waarbij het begrip « gestructureerd verzorgings-team » wordt ingevoerd.

### 5.3. Paramedici

— Het statuut van een reeks paramedische beroepen moet vastgelegd worden. Zijn in bespreking : prothesisten, orthesisten, bandagisten, ergotherapeuten, orthopedisten, assistent beeldvorming en apotheekassistenten. De besprekingen moeten worden aangevat voor diëtisten, vervoer van patiënten, audiciens, podologen en bepaalde opvoeders.

— Volksgezondheid dient een erkenningssysteem voor kinesisten uit te werken.

5.4. De bedoeling bestaat erin, in complementariteit met de ziekenhuiswet, een wettelijk kader te creëren met betrekking tot de uitoefening van het beroep van de diverse zorgenverstrekkers, en hun onderlinge samenhang, buiten het ziekenhuis.

## 6. Patiëntenrechten

Patiëntenrechten en de mondigheid van patiënten moeten een integrerend bestanddeel uitmaken van de kwaliteitsbetrachting in de gezondheidszorg zowel in ziekenhuisverband, als in andere verzorgingsinstellingen en in de ambulante sector.

Conform trouwens de aanbeveling van de « Raad van Europa » zal een « charter van patiëntenrechten » uitgewerkt worden.

— L'agrément de nouvelles spécialités et de qualifications particulières doit être organisé.

— Conformément à l'accord gouvernemental, le but est d'arriver à une revalorisation du généraliste et des soins de santé de 1<sup>e</sup> ligne. Cela sera entre autres réalisé par le biais de l'« échelonnement ».

— L'offre doit également être limitée pour les dentistes et leur statut doit être fixé.

### 5.2. Personnel infirmier

— Le travail du personnel infirmier doit être valorisé. Pour ce faire, il convient notamment de souligner la spécificité de l'activité infirmière et d'organiser leur participation à divers niveaux.

— L'accès à la profession et l'exercice de cette dernière doivent être réglementés par l'agrément d'un titre professionnel. Cela requiert l'adaptation de l'arrêté royal n<sup>o</sup> 78. Cette adaptation sera réalisée après avis du « Conseil national de l'art infirmier ».

— Il faudra examiner la possibilité d'introduire une catégorie « personnel soignant », travaillant sous la responsabilité d'un infirmier, ce qui nous amène à l'introduction du concept « d'équipe de soins structurée ».

### 5.3. Personnel paramédical

Le statut d'une série de professions paramédicales doit être fixé. Sont visés : les prothésistes, les orthésistes, les bandagistes, les ergothérapeutes, les orthopédistes, les assistants en imagerie médicale et les assistants en pharmacie. Des discussions doivent également être engagées pour les diététiciens, les responsables du transport de patients, les audiologues, les podologues et certains éducateurs.

— La Santé publique doit mettre au point un système d'agrément des kinésithérapeutes.

5.4. Le but poursuivi, en complémentarité à la loi sur les hôpitaux, est de créer un cadre légal concernant l'exercice de la profession de divers prestataires de soins, et leur collaboration, en dehors de l'hôpital.

## 6. Droits des patients

Les droits des patients et l'autonomie de ces derniers doivent être une composante à part entière des objectifs de qualité fixés dans le domaine des soins de santé, tant dans le contexte hospitalier et les autres établissements de soins que dans le secteur ambulatoire.

Une « Charte des droits du patient » sera élaborée conformément à la Recommandation du Conseil de l'Europe.

De voorwaarde moeten gecreëerd worden om die rechten te laten eerbiedigen. Een procedure moet vastgelegd worden ingeval van klachten. En vooral moet de patiënt bewust gemaakt worden dat hij/zij aanspraak kan maken op die rechten.

Deze patiëntenrechten dienen onder meer betrekking te hebben op :

- de toegang tot de zorgvoorzieningen
- de identiteit van de zorgverstrekkers
  
- het respect voor de menselijke waardigheid
- het weigeren van een behandeling
- adequate informatie over zijn of haar gezondheidstoestand
- informatie over de risico's verbonden aan een diagnosestelling of behandeling
- de prijs en eigen bijdrage in de behandelingskosten, en de verschillende modaliteiten.

### 7. Volksgezondheid in relatie tot omgevingsfactoren en menselijk gedrag

Milieufactoren en menselijk gedrag hebben ongetwijfeld een belangrijke invloed op de volksgezondheid.

De oorzaken die een nadelige invloed hebben op de gezondheid zijn van diverse aard, en hebben veelal een internationale dimensie.

Maatregelen terzake hebben betrekking op de bevoegdheden van diverse departementen (federaal, gewesten en gemeenschappen), en vereisen dus een gecoördineerde aanpak.

Naast de eigen initiatiefmogelijkheden heeft Volksgezondheid in dit verband een signalisatie- en coördinatiefunctie te vervullen.

De doelstelling moet er in bestaan te komen tot structurele en duurzame oplossingen, waarbij inzonderheid ingewerkt wordt op de nadelige invloed van milieu-aspecten en menselijk gedrag op de belangrijke sterfteoorzaken als : cardio-vasculaire ziekten, kanker en infectieziekten.

Bij wijze van voorbeeld, en niet limitatief bedoeld, vestigen we de aandacht op een aantal probleemgevallen :

#### 7.1. Ozon

Hoge ozonconcentraties hebben ongetwijfeld nadelige gevolgen voor de gezondheid, voor planten en voor monumenten.

Inzake de volksgezondheid leiden hoge ozonconcentraties tot irritaties, ademhalingsstoornissen, ontstekingsreacties van het ademhalingsstelsel, hartproblemen en dergelijke.

Afgelopen zomermaanden werd in België de waarschuwingdrempel 34 maal overschreden.

Il faut créer les conditions propices au respect de ces droits et fixer une procédure en cas de plainte. Mais il faut surtout que le patient sache qu'il peut revendiquer le respect de ces droits.

Les droits des patients concernent :

- l'accès aux équipements de soins de santé
- le droit de connaître l'identité des prestataires de soins
- le respect de la dignité humaine
- le droit de refuser un traitement
- le droit à l'information exacte sur son état de santé
- le droit aux informations sur les risques liés à un traitement ou à un diagnostic
- le droit de connaître le coût et la contribution personnelle dans les frais de traitement, ainsi que les différentes modalités.

### 7. Rôle des facteurs d'environnement et des comportements humains dans l'optique de la santé publique

Les facteurs d'environnement et les comportements humains ont indéniablement un impact important sur la santé publique.

Les facteurs néfastes pour la santé publique sont de nature diverse et ont, en plus, une dimension internationale.

Les mesures à prendre en la matière ont trait aux compétences de plusieurs départements (fédéral, régional et communautaire) et exigent donc une approche coordonnée.

À côté de ses propres possibilités d'initiatives, la Santé publique doit exercer, en la matière, une fonction de signalisation et de coordination.

Le but poursuivi est d'arriver à des solutions structurelles et durables par lesquelles on influe sur les impacts nocifs que peuvent avoir les aspects environnementaux et le comportement humain dans le développement de maladies importantes telles que les affections cardio-vasculaires ou les maladies infectieuses.

À titre d'exemples, et sans prétendre être exhaustifs, nous attirons ainsi l'attention sur un certain nombre de problèmes concrets :

#### 7.1. Ozone

Les conséquences déplorables des concentrations élevées d'ozone sur la santé des hommes et des plantes, de même que sur la conservation des monuments sont à présent généralement reconnues.

Pour ce qui est de la santé, ces concentrations provoquent des irritations, des troubles respiratoires, des infections de l'appareil respiratoire, des troubles cardiaques, etc.

Au cours de l'été dernier, le seuil d'avertissement a été dépassé 34 fois dans notre pays.

Met het oog op het ontwikkelen van een globaal beleid heeft de regering terzake beslist: een werkgroep op federaal vlak op te richten; het thema op de agenda te plaatsen van de « Interministeriële Conferentie Volksgezondheid »; en de problematiek Europees aan te kaarten.

De Minister van Volksgezondheid heeft het I.H.E. de opdracht gegeven de studie over de relatie sterften, hitte en ozonconcentraties verder te zetten.

Het is verder evident dat het adequaat uitvoeren van het CO<sub>2</sub> plan, tevens gunstige effecten heeft op het voorkomen van hoge ozonconcentraties.

### 7.2. Dioxinen

Dioxinen (een reeks gechloroerde organische verbindingen) komen inzonderheid voor in melk en in moedermelk.

Verder onderzoek moet indicaties geven ten aanzien van te nemen maatregelen. Van belang kunnen onder meer zijn: aanvullende studies in de V.S. waarvan de resultaten in 1996 zullen beschikbaar zijn, en de gemeenschappelijke beslissing van Volksgezondheid en Landbouw om melkstalen door twee onafhankelijke laboratoria te laten onderzoeken. Aan het I.V.K. zal daarenboven de opdracht gegeven worden om ook vismonsters te analyseren.

België volgt op dit ogenblik de tolerantienorm gehanteerd door de Wereldgezondheidsorganisatie. Nederland past strengere normen toe. De opportuniteit van aanpassing van de Belgische normen wordt nagegaan.

### 7.3. Benzeen

Op Europees niveau werd beslist om benzeen, als additief, aan loodvrije bezine toe te voegen. Het kankerwekkend effect van benzeen is echter wel bekend. Bijgevolg dient inzonderheid op Europees vlak de discussie heropgestart met het oog op de vermindering van het benzeengehalte of de substitutie ervan.

### 7.4. Tabak

De bedreiging van de gezondheid door het roken is een vaststaand feit. Een belangrijk percentage van de sterften is een gevolg van het roken. Rookgewoonten vormen een wezenlijke factor bij hart- en vaatziekten, en bij chronische longaandoeningen.

Roken is een traditioneel ingeburgerde gewoonte welke door een gedeelte van de bevolking als een fundamentele vrijheid wordt beschouwd. Een groeiend deel van de bevolking voelt zich echter in diezelfde vrijheid bedreigd, ook door het zogenaamde passief roken.

Dans la perspective du développement d'une politique globale, le gouvernement a décidé de créer un groupe de travail au niveau fédéral, de mettre ce thème à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle Santé publique et d'aborder la problématique dans les forums européens.

Le Ministre de la Santé publique a chargé l'I.H.E. de poursuivre l'étude sur le lien qu'il pourrait y avoir entre des facteurs de mortalité, la chaleur et les concentrations d'ozone.

Il est du reste évident qu'une mise en œuvre adéquate du plan CO<sub>2</sub> peut également avoir des effets favorables sur l'apparition de concentrations élevées d'ozone.

### 7.2. Dioxines

Les dioxines (une catégorie de composés organiques chlorés) sont surtout présentes dans le lait et le lait maternel.

Les recherches scientifiques doivent du reste fournir des indications quant aux mesures à prendre. Citons principalement: les études complémentaires américaines, dont les résultats seront disponibles en 1996, et la décision commune des départements de la Santé publique et de l'Agriculture de faire analyser des échantillons de lait par deux laboratoires distincts. L'I.E.V. sera également chargé d'analyser des échantillons de poissons.

La Belgique applique actuellement la norme de tolérance fixée par l'Organisation mondiale de la Santé. Les Pays-Bas ont fixé des normes plus sévères et la Belgique examine l'opportunité de les appliquer également.

### 7.3. Benzène

Les pays européens ont décidé d'ajouter le benzène comme additif à l'essence sans plomb. Les propriétés cancérigènes du benzène sont toutefois bien connues, ce qui amène des discussions, au niveau européen, sur une diminution de la teneur en benzène ou sur la possibilité d'utiliser des produits de substitution.

### 7.4. Tabac

Le tabagisme menace la santé: qui songerait encore sérieusement à le contester. Son impact sur le taux de mortalité est important. Le rôle du tabac dans les maladies cardio-vasculaires et les affections pulmonaires chroniques est lui-même prouvé.

Fumer est une coutume ancestrale, qu'une partie de la population considère d'ailleurs comme une liberté fondamentale. Mais une part grandissante de la population estime que ses droits fondamentaux sont tout aussi compromis par le tabagisme passif.

De meest duurzame oplossing bestaat erin een rookvrije attitude te creëren, zeker bij de jongeren, en dit via adequate informatie en sensibilisering.

### 7.5. *Drugs*

Het gebruik van drugs, en de gevolgen van misbruik en verslaving hebben in toenemende mate geleid tot opnames en interventies in de gezondheidssector. De laatste jaren heeft dit aanleiding gegeven tot het ontstaan, buiten de klassieke gezondheidszorg, van specifieke opvang- en behandelingscentra.

Uitgangspunt van het beleid wordt gevormd door de uitvoering van het tienpunten « Actieplan Toxicomanie-Drugs » zoals goedgekeurd door de Minister-raad.

Bij beslissing van het « Overlegcomité » wordt een aparte « Interministeriële Conferentie-Drugbeleid » opgericht. Deze « Interministeriële Conferentie » heeft tot doel de samenwerking tussen de betrokken beleidsniveaus te organiseren met het oog op een gecoördineerd globaal beleid.

De aandacht moet onder andere gericht worden op :

- een wetenschappelijke onderbouw van het drugbeleid, en de organisatie van informatieverzameling;
- preventie, inzonderheid toegespitst op de jongeren;
- een versterking van het curatief niveau, gericht op ontwenning; in het kader van een geïntegreerde aanpak (ontwenning, somatische en psychiatrische behandeling, en sociale begeleiding) samenwerking en op elkaar afstemmen van de opvang- en behandelingscentra en de klassieke zorgvoorzieningen waarvan de rol desgevallend moet bijgestuurd worden.

Een wettelijk kader inzake vervangingsproducten zal gecreëerd worden.

## 8. **Specifieke beleidsdomeinen**

### 8.1. *Sociale Geneeskunde*

De Administratieve Gezondheidsdienst (A.G.D.) van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de medische controle van de federale ambtenaren alsook voor diegenen die via hun bestuur of hun werkgever bij de A.G.D. zijn aangesloten. Dit gebeurt op een onafhankelijke manier.

Deze onderzoeken gebeuren bij :

- aanwerving
- beschikbaarheid (pensioencommissie)
- arbeidsongevallen
- geschiktheidsonderzoeken.

La stratégie la plus efficace à long terme est d'organiser une information et une sensibilisation adéquates et de promouvoir ainsi, surtout chez les jeunes, une attitude hostile au tabagisme.

### 7.5. *Drogue*

La consommation de drogues, les abus et la toxicomanie sont à la base d'un nombre croissant d'interventions dans le secteur des soins de santé et d'hospitalisations de plus en plus nombreuses. Au cours des dernières années, cette situation a abouti à la création de centres d'accueil et de traitement spécifiques, en dehors de la filière classique des soins de santé.

Le « Plan d'Action en dix points Toxicomanie-Drogues », tel qu'il a été approuvé par le Conseil des Ministres, constitue le point de départ de la politique de lutte contre la drogue.

Une Conférence interministérielle « Politique de lutte contre la drogue » a été créée par décision du « Comité de concertation ». Cette Conférence interministérielle sera chargée d'organiser la collaboration entre les différents niveaux de pouvoir concernés en vue d'arriver à une politique globale coordonnée.

Une attention accrue doit notamment être portée sur :

- la mise en place d'un encadrement scientifique de la politique de lutte contre la drogue et la collecte d'informations;
- la prévention, ciblée notamment sur les jeunes;
- le renforcement du niveau curatif, axé sur la désintoxication; la collaboration et l'harmonisation de l'action des centres d'accueil et de traitement d'une part, des structures classiques de soins de santé dont le rôle devra, le cas échéant, être adapté, d'autre part, et ce dans le cadre d'une approche coordonnée (sevrage, traitement somatique et psychiatrique, accompagnement social).

Un cadre légal devra être mis en place pour les produits de substitution.

## 8. **Domaines spécifiques de politique**

### 8.1. *La médecine sociale*

Le Service de santé administratif (S.S.A.) du Ministère de la Santé publique est responsable du contrôle médical des fonctionnaires fédéraux, mais aussi du personnel des employeurs affiliés au S.S.A. Ce système fonctionne de manière indépendante.

Les contrôles médicaux sont effectués :

- lors du recrutement
- en cas de disponibilité (commission des pensions)
- en cas d'accident du travail
- en cas d'examen d'aptitudes.

Tot op heden werd ook de controle op afwezigheden van federale ambtenaren verricht. De regering besliste enerzijds deze opdracht over te hevelen naar Openbaar Ambt (koninklijke besluiten van 19 september 1994 en van 4 juli 1995). Anderzijds werd vanaf 1 januari 1995 de dienst Arbeidsgeneeskunde operationeel. Deze heeft specifiek tot taak over de toepassingen van het A.R.A.B. bij federale ambtenaren te waken.

De onderzoeken bij de A.G.D. hebben tot doel, de gezondheids- en ziekte-toestand van de betrokkene, evenals de geschiktheid van de betrokkene ten aanzien van zijn arbeidspost op te volgen. Dit betekent dat een volledig medisch dossier, inclusief de familiale en de sociale toestand van de betrokkene, wordt bijgehouden en bestendig aangevuld.

Het aanwervingsonderzoek is een medisch onderzoek dat bij indiensttreding wordt uitgevoerd en door de werkgever wordt aangevraagd. Wat betreft de arbeidsongevallen past de A.G.D. de wettelijke regeling toe zoals bepaald in de arbeidsongevallenwetgeving. Zulks houdt in dat de situatie vanaf de aangifte, via uitkering van onkosten verbonden aan het arbeidsongeval, tot de consolidatie van de letsels met bepaling van de opgelopen blijvende invaliditeit wordt opgevolgd.

De pensioencommissie heeft ten aanzien van betrokkene als opdracht de geschiktheid voor het verder uitoefenen van zijn functie te beoordelen.

De totaliteit van bovenvermelde onderzoeken worden ook uitgevoerd voor de personeelsleden van de aangesloten besturen : gemeenten, O.C.M.W.'s, parastatalen. De keuring van autobestuurders, bestuurders van luchtvaartuigen, Rijnvissers behoort met het oog op de veiligheid voor de bevolking tevens tot de opdrachten van de A.G.D.

Naar de toekomst toe dient :

- het huidige reglement van de A.G.D. herwerkt te worden;
- nagegaan te worden of een lijst van « ernstige en langdurige aandoeningen » moet opgesteld worden;
- op basis van een doorlichting de A.G.D. uitgebouwd te worden tot een volwaardig expertisebureau.

## 8.2. *Bloed en bloedprodukten*

De specifieke natuur van bloed en van bloed afgeleide produkten in het therapeutisch proces is algemeen erkend. Ook in deze materie geldt het principe van vrijwilligheid, non-commercialiteit en respect voor de integriteit van het menselijk lichaam.

De recente wet betreffende bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong heeft als grondslag de bewaking van de kwaliteit van het bloed en zijn derivaten. De noodzakelijke besluiten ter uitvoering van de wet zullen onverwijld genomen worden.

Jusqu'à présent, le S.S.A. était également responsable du contrôle des absences des fonctionnaires fédéraux. Le Gouvernement a décidé, d'une part, de transférer cette mission vers la Fonction publique (arrêtés royaux des 19 septembre 1994 et 4 juillet 1995). D'autre part, le service de la médecine du travail est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995. Ce dernier est spécifiquement chargé de veiller à l'application des dispositions du R.G.P.T. à l'égard des agents fédéraux.

Les examens effectués par le S.S.A. ont pour but d'assurer le suivi de l'état de santé de l'intéressé et de ses aptitudes, compte tenu de son poste de travail. Pour remplir cette mission, le S.S.A. tient à jour un dossier médical complet, y compris la situation familiale et sociale de l'agent concerné.

L'examen au recrutement est un examen médical effectué lors de l'entrée en service du fonctionnaire, à la demande de l'employeur. Pour ce qui est des accidents du travail, le S.S.A. applique le régime légal tel qu'il est déterminé dans la législation afférente. Cela implique le suivi de l'ensemble de la procédure, depuis la déclaration de l'accident, en passant par le remboursement des frais liés à l'accident, jusqu'à la consolidation des lésions avec détermination du barème d'invalidité permanente.

La Commission des pensions est chargée d'évaluer l'aptitude des fonctionnaires concernés à poursuivre l'exercice de leur fonction.

La totalité des examens précités sont effectués pour les membres du personnel des administrations affiliées : les communes, les C.P.A.S. et les parastataux. Les expertises des conducteurs de véhicules, des pilotes et des pêcheurs du Rhin relèvent aussi de la mission du S.S.A.; le but est de sauvegarder la sécurité de la population.

A l'avenir, il faudra :

- revoir l'actuelle législation sur le S.S.A.;
- examiner l'opportunité de dresser une liste des maladies « graves et de longue durée »;
- faire une radioscopie du S.S.A. afin de le transformer en bureau d'expertise à part entière.

## 8.2. *Le sang et les dérivés du sang*

La nature spécifique du sang et de ses dérivés relative au processus thérapeutique est généralement reconnue. Pour cette matière, le principe de volontariat, de non-commercialité et de respect de l'intégrité du corps humain prévaut.

La loi récente concernant le sang et les dérivés du sang d'origine humaine a pour but la surveillance de la qualité du sang et de ses dérivés. Les arrêtés d'exécution de cette loi seront rédigés incessamment.



Permanent contact met de instellingen, inzonderheid het « Rode Kruis », die verantwoordelijk zijn voor de afname en inzameling van bloed is geboden.

De « Nationale Raad voor het Bloed » zal geraadpleegd worden over een aantal hangende problemen.

### 8.3. *Transplantatie van organen en weefsels*

De praktijk inzake transplantatie van organen en weefsels vergt een meer planmatige en overlegde strategie.

Kwaliteit en transparantie zijn op dat vlak prioritaire doelstellingen.

Zonder te kort te doen aan de desbetreffende internationale netwerken, dienen de binnenlandse vraag en aanbod van organen op een efficiënte wijze op elkaar afgestemd te worden.

Evaluatie van de wetgeving zal georganiseerd worden, en er zal nagegaan worden welke de eventuele noodzakelijke aanpassingen zijn aan de regelgeving.

### 8.4. *Bio-ethiek*

— het « Nationaal Adviescomité voor Bio-ethiek » dient operationeel gemaakt te worden : installatie « Comité »; aanduiding « Bureau »; samenstelling administratieve cel en dergelijke;

— de « Comité's van medische ethiek in de ziekenhuizen » en hun werking en organisatie zullen gescreend worden, en desgevallend zal de regelgeving aangepast worden.

Un contact permanent avec les institutions responsables de la collecte du sang, en particulier « La Croix Rouge », est nécessaire.

Le « Conseil National du Sang » sera consulté sur une série de problèmes en suspens.

### 8.3. *Transplantation d'organes et de tissus*

La pratique des transplantations d'organes et de tissus requiert une stratégie plus ciblée et mieux planifiée.

La qualité et la transparence sont des objectifs prioritaires dans ce contexte.

Sans porter préjudice aux réseaux internationaux actifs dans ce domaine, il faudra tenter de mettre en concordance la demande et l'offre d'organes à l'échelon de notre pays.

La législation sera évaluée afin de déterminer les adaptations qu'il faudra éventuellement y apporter.

### 8.4. *Bio-éthique*

— le Comité consultatif national de Bio-éthique doit devenir opérationnel : installation du Comité; désignation du Bureau; composition de la cellule administrative, etc.;

— les Comités de bio-éthique, leur fonctionnement et leur organisation seront évalués; le cas échéant, la réglementation en vigueur sera adaptée.

## II. — BELEIDSNOTA VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

### I. EEN SNEL EVOLUERENDE ACHTERGROND MET INGRIJPENDE VERANDERINGEN

Als essentiële factor voor sociale samenhang en voor evenwicht binnen onze samenleving, moet onze sociale zekerheid thans het hoogst bieden aan nieuwe en terugkerende sociale behoeften terwijl haar geldmiddelen tevens alsmaar beperkter en onzekerder worden.

1. De uitdagingen die moeten worden aangenomen zijn van tweeërlei aard : ten eerste het financieel aspect, ten tweede de principes die aan de basis liggen van ons systeem van sociale verzekering.

1.1. De bedreigingen voor het financieel evenwicht van de sociale zekerheid zijn het gevolg van de combinatie van meerdere uiteenlopende invloeden.

1.1.1. De ingrijpende veranderingen in de samenleving worden aldus gekenmerkt door tendensen die het fundamenteel evenwicht van de stelsels van sociale bescherming in belangrijke mate in het gedrang brengen.

— Een van de meest zorgwekkende structurele veranderingen is ongetwijfeld de vergrijzing van de bevolking. Deze tendens verstoort het demografisch evenwicht tussen de personen op actieve leeftijd en de personen op pensioengerechtigde leeftijd en weegt aldus op de toekomstige evolutie van de verhouding tussen actieven en inactieven. Deze demografische evoluties betekenen echter niet dat het financieel evenwicht van de sociale zekerheid op lange termijn onvermijdelijk zal aangetast worden : dit evenwicht zal immers ook afhangen van de gelijklopende evolutie van een aantal veranderlijke sociaal-economische parameters, in het bijzonder de activiteitsgraad — die in Europa thans merkbaar lager ligt dan in de andere industriegebieden —, het werkloosheidscijfer en het loonpeil.

— De technologische evoluties — ongeacht hun weerslag op de economische activiteit, op de werkgelegenheid en op de financiering van de sociale zekerheid — hebben een invloed op de werking van het stelsel, inzonderheid in de gezondheidssector waar de ontwikkeling van de medische wetenschap en technieken leidt tot meer middelen — toename van het aantal diagnosemethoden, meer complexe technieken, diversifiëring van moleculen, ... — die zelf een aanzienlijke verhoging van de eenheidsprijs tot gevolg hebben.

— Tegelijkertijd, vooral wegens een structureel tekort aan arbeidsplaatsen, moet de sociale zekerheid het hoofd bieden aan terugkerende sociale behoeften en aan het toenemend risico dat een deel van de bevolking in de marginaliteit belandt.

## II. — NOTE DE POLITIQUE DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

### I. UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION RAPIDE ET PROFONDE

Facteur essentiel de cohésion sociale et d'équilibre de la société, notre Sécurité sociale doit aujourd'hui faire face à l'émergence de besoins sociaux récurrents et nouveaux alors que parallèlement ses ressources sont de plus en plus contraintes et aléatoires.

1. La nature des défis à relever revêt deux dimensions essentielles : la première est financière, la seconde touche aux principes organisateurs du système d'assurance sociale.

1.1. Les contraintes pesant sur les équilibres financiers de la Sécurité sociale résultent de la conjonction d'influences multiples de nature différente.

1.1.1. Ainsi, les profondes mutations qui affectent la société se caractérisent par des tendances lourdes qui pèsent sur les équilibres fondamentaux des systèmes de protection sociale.

— Parmi ces mutations structurelles le vieillissement de la population est sans conteste la plus préoccupante. Cette tendance entraîne une détérioration de la balance démographique des personnes en âge de travailler et des personnes à l'âge de la retraite, pesant ainsi sur l'évolution future du rapport actifs-inactifs. Ces évolutions démographiques ne signifient cependant pas la détérioration inéluctable des équilibres financiers à long terme de la sécurité sociale : en effet, ceux-ci dépendront de l'évolution parallèle d'un certain nombre de paramètres socio-économiques influençables, en particulier le taux d'activité — dont le niveau actuel en Europe est sensiblement inférieur à ceux observés dans les autres régions industrialisées —, le taux de chômage et le revenu salarial.

— Les évolutions technologiques — indépendamment de leur incidence sur le tissu économique, l'emploi et le financement de la sécurité sociale — influencent le fonctionnement du système, en particulier dans le secteur de la santé où le développement des connaissances et des techniques médicales entraîne une multiplication des moyens — multiplication des méthodes diagnostics, complexification des techniques, diversification des molécules, ... — qui se traduit par une augmentation sensible des coûts unitaires.

— Parallèlement, en particulier sous l'effet d'un déficit d'emplois structurel, la sécurité sociale est confrontée à l'émergence de besoins sociaux récurrents et à un risque croissant de marginalisation d'une partie de la population.

1.1.2. Deze evoluties maken duidelijk dat een model van solidariteit dat uitsluitend door de factor arbeid wordt gefinancierd moeilijk in stand kan worden gehouden: aangezien een deel van de arbeidskosten dient om een behoorlijk inkomen te verschaffen aan personen die hun activiteit stopzetten of hun betrekking verliezen, berust de leefbaarheid van het systeem op het evenwicht tussen actieven en inactieven. Wanneer dit evenwicht is verstoord, dreigt men terecht te komen in een eindeloze spiraal waarin hogere inhoudingen ten laste van de factor arbeid een vermindering van zijn volume tot gevolg hebben, wat dan zelf leidt tot een nieuwe toename van de inhoudingen enzovoorts ..., steeds meer inactieven komen aldus ten laste van een steeds kleiner aantal actieven, wat ervoor zorgt dat de financiering van het systeem van sociale bescherming steeds moeilijker wordt.

1.2. Naast deze financiële aspecten kan men zich wegens de toename van uiteenlopende « sociale risico's » afvragen of de principes die aan de basis liggen van de organisatie van de sociale bescherming nog wel aangepast zijn aan de huidige economische en sociaal-demografische realiteit.

— Deze ontoereikendheid vloeit inzonderheid voort uit het feit dat het stelsel geen rekening houdt met nieuwe toestanden ingevolge de evolutie van de gezinsstructuur (toename van het aantal éenoudergezinnen en alleenstaanden) en veranderingen op de arbeidsmarkt (verhoging van het aantal tweeverdieners, van het aantal zogenaamde atypische betrekkingen, ...).

— Daarenboven, omdat steeds meer toestanden van blijvende zo niet permanente aard zijn — namelijk langdurige werkloosheid, uitsluiting of afhankelijkheid — kan men niet meer spreken van « risico's ». Deze verandering van de « sociale materie » heeft tot gevolg dat een steeds groter deel van de bevolking buiten de werkingssfeer van het verzekeringsmodel valt zodat het principe van solidariteit in onze sociale zekerheid hierdoor aan belang wint.

2. De sociale zekerheid moet deze belangrijke demografische, technologische en sociale uitdagingen aannemen met ingrijpende veranderingen in de economie op Europees en wereldvlak op de achtergrond.

— Sedert de helft van de jaren 70 is het Europees macro-economisch klimaat gekenmerkt door een vertraagde en meer onzekere groei van de economische activiteit en dus van de sociale ontvangsten die daarvan afhangen. De grondige verandering in de structuur van het nationaal inkomen ten nadele van de inkomsten uit arbeid en ten voordele van de inkomsten uit kapitaal heeft tevens de grondslag voor de bijdragen bestemd voor de sociale zekerheid ingekrompen.

— De industrialisatie van minder ontwikkelde gebieden in de wereld en de liberalisering van de wereld-

1.1.2. Ces évolutions mettent en évidence la difficulté de maintenir un modèle de solidarité financé exclusivement par le travail: une partie du coût du travail servant à fournir un revenu suffisant aux individus qui cessent ou qui perdent leur travail, la viabilité du système s'appuie sur un équilibre entre actifs et inactifs. Lorsque cet équilibre est rompu, on risque de s'engager dans une spirale perverse où l'augmentation des prélèvements sur le travail conduit à une réduction de son volume provoquant à son tour une nouvelle augmentation des prélèvements et ainsi de suite ..., une quantité croissante d'inactifs sont ainsi pris en charge par un nombre décroissant d'actifs, débouchant sur un financement de plus en plus contraignant du système de protection sociale.

1.2. Au-delà de ces aspects financiers, l'augmentation et la diversification des « risques sociaux » posent la question de l'adéquation des principes organisateurs de la protection sociale aux réalités économiques et socio-démographiques actuelles.

— En particulier, l'inadaptation du système aux situations nouvelles nées de l'évolution du modèle familial (l'accroissement du nombre de familles monoparentales et des isolés) et des changements sur le marché du travail (la multiplication des ménages à deux revenus, le développement des emplois dits atypiques, ...).

— Par ailleurs, en raison de leur caractère stable, voire permanent, un nombre croissant de situations — telles que les phénomènes de chômage de longue durée, d'exclusion ou de dépendance — ne peuvent plus s'appréhender en termes de « risques ». Cette transformation de la « matière sociale » a pour conséquence qu'une partie croissante de la population sort du champ d'application du modèle assurantiel renforçant ainsi l'extension du principe de la solidarité de notre sécurité sociale.

2. Ces importants défis démographiques, technologiques et sociaux, la sécurité sociale doit les relever dans un contexte de profondes mutations de l'économie mondiale et européenne.

— Depuis le milieu des années 70, l'environnement macro-économique européen se caractérise par une croissance ralentie et plus instable de l'activité économique et par conséquent des recettes sociales qui y sont indexées. Dans le même temps, la modification sensible de la structure du revenu national au détriment des revenus du travail et en faveur des revenus financiers, a diminué la part de l'assiette contributive à la sécurité sociale.

— D'autre part, l'industrialisation de régions moins développées du monde et la libéralisation du

handel, die de groei in de industrielanden op termijn in de hand zouden moeten werken, zorgt overigens op korte termijn voor een steeds scherpere concurrentie tussen landen met ongelijk ontwikkelde stelsels van sociale bescherming. In dit verband wordt de kostprijs voor de sociale bescherming ten laste van de factor arbeid soms aangevoerd als zijnde een belemmering voor de competitiviteit en bijgevolg als een « structurele hindernis » voor de werkgelegenheid. Deze opvatting van de sociale bescherming — die in verschillende Europese landen talrijke tegenvoorbeelden heeft — mist elk evenwicht : ten eerste houdt zij geen rekening met de andere factoren dan de arbeidskosten, waarop het concurrentievermogen van een economie berust, zoals produktiviteit en de mogelijkheid binnen te dringen in markten in volle expansie en die goede vooruitzichten bieden; vervolgens negeert zij het feit dat de stelsels van sociale bescherming de individuele verzekeringscontracten ruimschoots vervangen en met een voordelige verhouding kosten-doeltreffendheid; tenslotte heeft zij geen oog voor de functie van conjuncturele stabilisator die de herverdelingsmechanismen eigen aan de sociale zekerheid vervullen. Omdat zij niet alleen de individuen maar ook de ganse maatschappij ten goede komt, is de sociale zekerheid van fundamenteel belang voor de sociale vrede en samenhang. Gelet op de hevige economische concurrentie op wereldvlak wordt de verleiding het niveau van de sociale bescherming naar beneden te halen niettemin alsmar groter bij gebrek aan minimale sociale regels voor alle landen. Het opnemen van sociale en milieuclausules in de multilaterale regeling van het handelsverkeer is in dit verband een middel om sociale convergentie af te dwingen.

— Tenslotte dient rekening te worden gehouden met de Europese context waarin het nationaal economisch beleid voortaan zal worden gevoerd. Dit beleid is reeds nu beïnvloed door het proces van economische en monetaire integratie dat België heeft ingezet en dat het centraliseren van het muntbeleid en de convergentie van het budgettair en inkomensbeleid op termijn inhoudt. De opties inzake het economisch beleid in Europa zullen dan ook de conjuncturele mogelijkheden van het beleid op nationaal vlak bepalen en bijgevolg een invloed hebben op het financieel evenwicht van ons stelsel van sociale bescherming. Om die reden vereist het proces van economische integratie een betere coördinatie van het sociaal en fiscaal beleid, om een gemeenschappelijke basis te bekomen voor een duurzaam Europees model van sociale bescherming.

## II. DE PRINCIPES BEVESTIGEN EN HET FINANCIËEL EVENWICHT VAN DE SOCIALE ZEKERHEID VEILIG STELLEN

Om de bestaanszekerheid van iedereen in stand te houden en de solidariteit die nodig is voor de sociale samenhang te vrijwaren, zal de Regering de werking van ons stelsel van sociale bescherming aanpassen

commerce mondial, qui devraient permettre, à terme, d'augmenter la croissance dans les pays industrialisés, se traduit à court terme par une concurrence toujours plus vive entre pays dont les systèmes de protection sociale sont inégalement développés. Dans ce contexte, le coût de la protection sociale grevant le travail est parfois invoqué comme un frein à la compétitivité et partant comme un « obstacle structurel » à l'emploi. Cette perception de la protection sociale — qui trouve de nombreux contre-exemples dans divers pays européens — est totalement déséquilibrée : tout d'abord, elle ignore les facteurs, autres que le coût du travail, qui fondent la compétitivité d'une économie tels que sa productivité ou sa capacité à pénétrer des marchés porteurs en expansion; ensuite, elle oublie que, dans une large mesure, les systèmes de protection sociale remplacent avec un grand rapport coût-efficacité les contrats d'assurance individuelle; enfin, elle passe sous silence le rôle de stabilisateurs conjoncturels joués par les mécanismes de redistribution inhérents à la Sécurité sociale. En profitant non seulement aux individus mais aussi à la société dans son ensemble, la sécurité sociale est un élément essentiel de cohésion et de paix sociales. Il n'en demeure pas moins que dans le contexte de compétition économique mondiale exacerbée, la tentation de niveller vers le bas les niveaux de protection sociale risque de se renforcer en l'absence d'un minimum de règles sociales communes à tous les pays. L'insertion de clauses sociales et environnementales dans le système multilatéral d'échanges constitue à cet égard une voie pour la mise en oeuvre d'une convergence sociale contraignante.

— Il y a enfin le cadre européen dans lequel s'exercera à l'avenir la politique économique nationale. Celle-ci est dès à présent conditionnée par le processus d'intégration économique et monétaire dans lequel s'est engagée la Belgique et qui suppose à terme la centralisation des politiques monétaires, et la convergence des politiques budgétaires et de revenus. Dans ce contexte, les choix de politique économique en Europe détermineront à l'avenir les marges de manoeuvre conjoncturelles des politiques nationales et, partant, affectera les équilibres financiers de notre système de protection sociale. C'est pourquoi, il est nécessaire que le processus d'intégration économique s'accompagne d'une plus grande coordination des politiques sociales et fiscales avec comme finalité d'aboutir à un socle commun susceptible d'assurer la pérennité du modèle européen de protection sociale.

## II. CONFIRMER LES FONDEMENTS ET GARANTIR LES EQUILIBRES FINANCIERS DE LA SECURITE SOCIALE

Afin de garantir à tous la sécurité d'existence et d'éviter la rupture des solidarités essentielles à la cohésion sociale, le Gouvernement adaptera le fonctionnement de notre système de protection sociale

aan de nieuwe economische, demografische, technologische en sociale realiteit.

De herverding moet herzien worden, namelijk zowel de oorsprong als de besteding van de geldmiddelen. Het gaat om een ingewikkeld probleem, met meer dere aspecten :

- technisch : het uitwerken van de nodige hervormingen om het stelsel doeltreffender te maken;
- filosofisch : integratie in de hand werken door het voeren van een actief sociaal beleid, met eerbied voor de individuen;
- politiek : het paritair beheer van het systeem behouden en tevens rekening houden met het feit dat de rol van de Staat aan belang wint;
- Europees : noodzakelijk instellen van een gemeenschappelijke basis op sociaal en fiscaal gebied.

Het moderniseren van de sociale zekerheid moet gezien worden als een proces van geleidelijke aanpassing van het systeem, ter bevestiging van de principes van de sociale zekerheid en, bijgevolg, als waarborg voor het financieel evenwicht.

1. De regering zal derhalve het stelsel voorzien van een stabiele financiering die nieuwe behoeften zal kunnen opvangen.

— In dit verband is het verder terugdringen van het begrotingstekort een basisvoorwaarde voor de toekomstige financiering van de sociale zekerheid en inzonderheid van de pensioenen. De middelen opgeleverd door de saneringinspanning die de bevolking werd gevraagd en de verruiming van de grondslag voor de bijdragen dank zij de alternatieve financiering zullen het steeds groter verschil tussen het aantal bijdragers en het aantal sociaal gerechtigden als ook de bijdrage van de sociale zekerheid aan het werkgelegenheidsbeleid compenseren.

— Met de verruiming van de grondslag voor de sociale-zekerheidsbijdragen wordt immers meer rechtvaardigheid nagestreefd aangezien niet enkel de inkomsten uit arbeid de solidariteit mogen bekostigen. Daarenboven is de keuze van de alternatieve financiering van groot belang voor de herverdeling tussen sociale groepen en tussen generaties. In dit verband moet ook de globale grondslag voor de verplichte inhoudingen herzien worden opdat alle inkomsten — lonen, spaartegoeden en inkomens uit transfers — op een billijke manier bijdragen aan de solidariteitsinspanning. Het vrijwaren van het sociaal evenwicht staat op het spel.

— Het is niettemin duidelijk dat de uitbreiding van de alternatieve financiering afhangt van een inspanning tot harmonisering op Europees niveau. Tijdens de intergouvernementele conferentie van 1996 zal de regering ervoor zorgen dat de Unie versterkt wordt op sociaal, fiscaal gebied en wat het leefmilieu betreft.

2. Een stabiele financiering berust overigens op een doeltreffend en doorzichtig beheer. De regering bevestigt dan ook de voortzetting van het nieuw glo-

aux nouvelles réalités économiques, démographiques, technologiques et sociales.

Il s'agit de repenser la redistribution, c'est-à-dire à la fois le prélèvement et l'allocation des ressources. La problématique est complexe et revêt plusieurs dimensions :

- technique : mettre en œuvre les réformes permettant d'améliorer l'efficacité du système;
- philosophique : favoriser l'insertion par la mise en œuvre de politiques sociales actives, dans le respect des individus;
- politique : conserver la gestion paritaire du système tout en intégrant la réalité du rôle croissant de l'Etat;
- européenne : nécessité de l'adoption d'un socle commun en matière sociale et fiscale.

La modernisation de la sécurité sociale doit s'envisager comme un processus d'adaptation progressive du système qui confirmera les fondements de la Sécurité sociale et, partant, en garantira les équilibres financiers.

1. Dans cette optique, le gouvernement assurera au système un financement stable lui permettant de répondre aux nouveaux besoins.

— A cet égard, la poursuite de l'assainissement du déficit budgétaire constitue un élément clé pour garantir le financement futur de la sécurité sociale et plus particulièrement des pensions. Les moyens dégagés par l'effort d'assainissement consenti par la population et l'élargissement de l'assiette contributive par le financement alternatif compenseront la dissociation croissante entre le nombre de cotisants et le nombre d'allocataires sociaux ainsi que la contribution du système de Sécurité sociale à la politique de l'emploi.

— L'élargissement de l'assiette contributive à la Sécurité sociale répond par ailleurs à une volonté d'une plus grande justice, les revenus du travail ne pouvant pas à eux seuls supporter le coût de la solidarité. En outre, le choix du financement alternatif revêt une importance fondamentale sur le plan de la redistribution entre groupes sociaux et entre générations. C'est dans cette optique également qu'il s'agit de reconsidérer l'assiette globale des prélèvements obligatoires de telle sorte que l'ensemble des revenus — salaires, revenus de l'épargne et revenus de transferts — contribuent d'une manière plus équitable à l'effort de solidarité. Il y va de la sauvegarde des équilibres sociaux.

— Il est néanmoins clair que l'extension du financement alternatif est conditionnée par un effort d'harmonisation au niveau européen. A cet égard, lors de la conférence intergouvernementale de 1996, le gouvernement veillera à renforcer l'Union dans les domaines social, fiscal et environnemental.

2. Le financement stable s'appuie par ailleurs sur une gestion efficace et transparente. C'est pourquoi, le gouvernement confirme la poursuite de la nouvelle

baal financieel beheer van de sociale zekerheid, dat op 1 januari 1995 in het kader van het Globaal Plan werd ingevoerd. De geldmiddelen van de sociale zekerheid worden voortaan samengevoegd en verdeeld naargelang van de behoeften van iedere sector, zodat de toewijzing van de geldmiddelen van het stelsel doeltreffender wordt. Dank zij de administratieve vereenvoudiging wat betreft de inning en verdeling van de verschillende bijdragen wordt dit beheerssysteem daarenboven doorzichtiger, zodat men, enerzijds, de beperkingen van het systeem globaal beschouwd en, anderzijds, de behoeften en hun evolutie binnen elke tak op een duidelijke manier kan inzien.

3. Het stelsel zal overigens leefbaar blijven omdat de stijging van de werkelijke uitgaven in toom wordt gehouden. Naast de naleving van de wettelijke stijgingsnormen die werden ingesteld rekening houdend met de behoeften, moet het sectoraal gevoerd beleid de toegang voor iedereen tot verstrekkingen van een hoog niveau mogelijk maken.

4. De regering is ervan bewust dat de invoering van een andere financiering dan die op basis van bijdragen, op lange termijn vanuit structureel oogpunt, en de aanpassing van het stelsel aan de nieuwe sociaal-demografische, economische en technologische realiteit aanleiding geven tot sommige vragen over het evenwicht tussen verzekering en solidariteit waarop onze sociale zekerheid berust. De modernisering van de sociale zekerheid zal het samengaan van sociale verzekering en solidariteit tussen de personen bevestigen teneinde de instemming van iedereen te bekomen.

### III. DE FINANCIËLE SITUATIE VAN DE SOCIALE ZEKERHEID

Om de fundamentele verworvenheden van de sociale zekerheid te bewaren is een voortdurende waakzaamheid vereist om het stelsel van onze sociale zekerheid financieel in evenwicht te houden.

Een globaal evenwicht is de *conditio sine qua non* voor de toegang van iedereen tot een systeem van sociale bescherming dat tot de beste ter wereld behoort.

Evenwicht is alleen mogelijk via een krachtadig beleid dat steunt op drie pijlers :

— vooreerst de zorg voor een correcte en rechtvaardige inning van de sociale bijdragen, met inbegrip van maatregelen ter bestrijding van de sociale fraude;

— ten tweede een « alternatieve financiering » van de sociale zekerheid; alleen al omwille van demografische evoluties kunnen sociale bijdragen alleen niet meer de financiering van de sociale zekerheid dragen. Daarnaast moeten we eveneens beducht zijn voor het feit dat een financiering die in essentie

gestion financière globale de la sécurité sociale instaurée le 1<sup>er</sup> janvier 1995 dans le cadre du Plan global. Les moyens financiers de la sécurité sociale sont désormais globalisés et répartis suivant les besoins de chaque secteur améliorant ainsi l'efficacité dans l'allocation des ressources du système. Grâce à la simplification administrative de la perception et de la répartition des différentes cotisations, ce système de gestion offre, en outre, une plus grande transparence permettant d'appréhender de façon claire, d'une part, les contraintes qui pèsent sur le système dans son ensemble et, d'autre part, la façon dont les besoins s'expriment et évoluent au sein de chaque branche.

3. La viabilité du système sera, en outre, assurée par la maîtrise de la croissance des dépenses réelles. Au-delà du respect des normes de croissance légales instaurées en tenant compte des besoins, les politiques mises en œuvre sectoriellement viseront à garantir à tous l'accès à des prestations de qualité.

4. Le gouvernement est conscient que la mise en place d'un financement alternatif à celui des cotisations, dans une perspective structurelle longue, et l'adaptation du système aux nouvelles réalités socio-démographiques économiques et technologiques soulèvent un certain nombre de questions sur l'équilibre assurance-solidarité qui fonde notre sécurité sociale. La modernisation de la Sécurité sociale confirmera l'association assurance sociale et solidarité entre personnes de façon à recueillir l'adhésion de tous.

### III. SITUATION FINANCIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En vue de préserver les acquis fondamentaux de la sécurité sociale, une vigilance continue s'impose afin de maintenir le système de la sécurité sociale en équilibre.

Un équilibre global est la condition indispensable afin de garantir à tous l'accès à un système de protection sociale qui figure parmi les meilleurs au monde.

Cet équilibre ne peut être obtenu qu'au moyen d'une politique énergique qui repose sur trois axes :

— en premier lieu, le souci d'une perception correcte et équitable des cotisations sociales, y compris les mesures de lutte contre la fraude sociale;

— en second lieu, un « financement alternatif » de la sécurité sociale; les évolutions démographiques justifient déjà à elles seules le recours à un autre financement de la sécurité sociale que celui basé sur les cotisations sociales. Par ailleurs, un financement qui repose essentiellement sur les cotisations socia-

verloopt via sociale bijdragen de arbeidskost verhoogt en dus een risico inhoudt voor de tewerkstelling;

— ten derde een rigoureuze politiek van uitgavenbeheersing, ter beperking en bestrijding van misbruiken, oneigenlijk gebruik en overbodige prestaties. Zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de zorgen, moeten de uitgaven op de economisch meest optimale wijze worden aangewend.

#### *De ontvangsten*

De stagnerende werkgelegenheid, de loonblokkering (tot einde 1996), maar ook de diverse bijdragenverminderingen die in het kader van het globaal plan en in het kader van vroegere operaties, zoals Maribel, werden ingevoerd, leiden tot een zwakke evolutie van de sociale bijdragen.

De R.S.Z. raamt de diverse bijdragenverminderingen in 1996 op 52 miljard frank (45,7 miljard frank in 1995 en 33 miljard frank in 1994).

Ingevolge de gewijzigde hypothesen van het economisch budget, wordt de evolutie van de loonmassa in 1995 geraamd op 2,7 % (tegenover 3,70 initieel) en op 3,3 % in 1996 (tegenover 4,3 initieel).

Tengevolge van de diverse bijdragenverminderingen nemen de eigenlijke sociale bijdragen slechts toe met 0,89 % in 1996.

Tegelijk blijft de staatssubsidie bevroren op het niveau van 1991, te weten 192 miljard frank in de algemene regeling der werknemers (en 38,6 miljard frank voor het stelsel van de zelfstandigen).

Daarenboven werd in de voorbije jaren deze staatssubsidie niet altijd geheel doorgestort. In 1991 en 1995 werd een bedrag van respectievelijk 21 miljard frank en 3 miljard frank ingeschreven als bijzondere toelage dat niet gestort wordt en waarover slechts in uitzonderlijke omstandigheden kan worden beschikt, zoals omschreven in de wet van 29 december 1990 houdende sociale bepalingen (artikelen 3 en 5).

Niettemin garandeert het globaal plan van de regering een stabiele rijkstoelage.

Ter compensatie van deze stagnerende werkgelegenheid enerzijds en van de diverse bijdragenverminderingen die in het kader van de diverse maatregelen voor het behoud van de tewerkstelling en de competitiviteit van de ondernemingen werden toegekend anderzijds, werd vanaf 1994 een alternatieve financiering van de sociale zekerheid ingevoerd. Sindsdien worden een aantal fiscale opbrengsten uit de energieheffing, de aanvullende crisisbelasting, de indirecte fiscaliteit en de roerende en onroerende inkomsten, rechtstreeks toegewezen aan de sociale zekerheid. Om een grotere transparantie te bereiken met betrekking tot de verschillende inkomstenbronnen van de alternatieve financiering wordt vanaf

les augmente le coût du travail et menace dès lors l'emploi;

— en troisième lieu, une politique rigoureuse de maîtrise des dépenses, de limitation des abus et du bénéfice impropre et superflu des prestations et de lutte contre ceux-ci. Sans porter atteinte à la qualité des soins, les ressources doivent être utilisées d'une manière optimale d'un point de vue économique.

#### *Les recettes*

La stagnation de l'emploi, le blocage des salaires (jusque fin 1996), mais également les diverses réductions de cotisations instaurées dans le cadre du Plan global et d'opérations antérieures telles que Maribel, font en sorte que l'évolution des cotisations sociales est faible.

Selon les estimations de l'O.N.S.S., les réductions de cotisations s'élèveront à 52 milliards de francs en 1996 (45,7 milliards de francs en 1995 et 33 milliards de francs en 1994).

Suite à la modification des hypothèses du budget économique, l'accroissement de la masse salariale est estimé à 2,7 % en 1995 (contre 3,70 initialement) et à 3,3 % en 1996 (contre 4,3 initialement).

En raison des diverses réductions de cotisations, les cotisations sociales proprement dites n'ont augmenté que de 0,89 % en 1996.

Par ailleurs, la subvention d'Etat est bloquée au niveau de 1991, à savoir 192 milliards de francs dans le régime des travailleurs salariés (et 38,6 milliards de francs pour le régime des travailleurs indépendants).

En outre, cette subvention d'Etat n'a pas toujours été versée dans sa totalité au cours des années précédentes. En 1991 et 1995, un montant de respectivement 21 milliards de francs et 3 milliards de francs avait été inscrit comme subvention spéciale qui n'est pas versée et qui ne peut être utilisée que dans des circonstances exceptionnelles telles que prévues par la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales (articles 3 et 5).

Le Plan global du gouvernement garantit néanmoins la stabilité de la subvention d'Etat.

En vue de compenser cette stagnation de l'emploi, d'une part, et les diverses réductions de cotisations accordées dans le cadre des différentes mesures en vue de préserver l'emploi et la compétitivité des entreprises, d'autre part, un financement alternatif de la sécurité sociale a été instauré à partir de 1994. Depuis cette date, certaines recettes fiscales provenant de la taxe sur l'énergie, de l'impôt complémentaire de crise, de la fiscalité indirecte et de l'imposition de biens mobiliers et immobiliers ont été directement affectées à la sécurité sociale. En vue d'obtenir une meilleure transparence au sujet des différentes sources de recettes du financement alternatif, un pourcentage correspondant du produit de la

1995 een overeenstemmend percentage van de opbrengst van de B.T.W. bestemd voor de alternatieve financiering.

Initieel werd de alternatieve financiering in 1996 geraamd op 84,2 miljard frank. In het conclaaf werd echter beslist om dit bedrag voor 1996 te verhogen tot 94,3 miljard frank. De bijkomende 10,1 miljard frank zijn het resultaat van volgende maatregelen :

— de roerende voorheffing wordt op 15 % gebracht;

— de invoering van een voorheffing op pensioenen.

Bijkomende bijdragenverminderingen ter vermindering van de arbeidskost zullen moeten worden gecompenseerd door bijkomende alternatieve financiering. De alternatieve financiering moet een stabiel, duurzaam en structureel karakter krijgen. Op termijn moeten omvangrijkere operaties worden doorgevoerd in het kader van een Europese harmonisering.

De Bijzondere Bijdrage voor de sociale zekerheid, ingevoerd vanaf het tweede kwartaal 1994, wordt in 1996 geraamd op 16,8 miljard frank.

Met het oog op een correcte en rechtvaardige inning van de sociale bijdragen werd in 1995 beslist om het personeelskader van de sociale inspectie van sociale voorzorg vanaf 1995 uit te breiden met 79 inspecteurs en adjunct-inspecteurs. De aanwervingen terzake zijn op dit moment volop bezig.

Dankzij deze uitbreiding verwerft de sociale inspectie weldra de slagkracht om de strijd aan te gaan tegen allerhande nieuwe vormen van sociale fraude, die te maken heeft met sociale spitstechnologie, detachering van buitenlandse werknemers, koppelbazen ... enz.

Met het oog op een correcte inning van sociale bijdragen zal de minister tevens initiatieven nemen om het begrip loon, dat onderworpen is aan bijdragen, beter te definiëren en om de veelvuldige afwijkingen die nu bestaan te ordenen en te beperken.

Om het probleem van de gedetacheerde buitenlandse werknemers aan te pakken moeten dringend initiatieven worden genomen op Europees vlak.

#### *De uitgaven*

Dankzij belangrijke besparingsinspanningen in de voorbije jaren werd de aangroei van de uitgaven beperkt.

Waar bijvoorbeeld de uitgaven in de geneeskundige verzorging in 1991 nog met bijna 14 % toenamen werd de aangroei beperkt tot 10 % in 1992, 3,5 % in 1993, 4,5 % in 1994, 5 % in 1995 en 3,5 % in 1996.

Globaal stijgen de uitgaven voor prestaties (alle sectoren) in 1995 met 4,4 %; in 1996 wordt een globale stijging voorzien van 1,4 %.

Het globaal plan van de Regering voorzagt reeds structurele maatregelen om deze uitgaven verder te beheersen voor de toekomst. Een aantal van deze

T.V.A. est affecté à partir de 1995 au financement alternatif.

Initialement, le financement alternatif a été estimé à 84,2 milliards de francs en 1996. Cependant, il a été décidé en conclave de majorer ce montant à 94,3 milliards de francs en 1996. Les 10,1 milliards de francs additionnels sont le résultat des mesures suivantes :

— le précompte mobilier est porté à 15 %;

— l'introduction d'un précompte sur les pensions.

De nouvelles réductions de cotisations en vue d'alléger le coût du travail devront être compensées par un nouveau financement alternatif. Le financement alternatif doit devenir stable, durable et structurel. A plus long terme, des opérations d'une plus grande ampleur doivent avoir lieu dans la cadre de l'harmonisation au niveau européen.

Le produit de la cotisation spéciale de sécurité sociale, instaurée depuis le deuxième trimestre de 1994, est estimé à 16,8 milliards de francs.

En vue d'une perception correcte et équitable des cotisations sociales, une extension du cadre du personnel de l'Inspection sociale du ministère de la Prévoyance sociale à partir de 1995, à savoir 79 inspecteurs et inspecteurs adjoints, a été décidée en 1995. Les engagements à cet effet sont en cours.

Ces renforts permettront à l'Inspection sociale de lutter contre diverses nouvelles formes de fraude sociale en matière d'ingénierie sociale, de détachements de travailleurs étrangers, de pourvoyeurs de main-d'œuvre, etc ...

En vue d'une perception correcte des cotisations sociales, le ministre prendra les initiatives nécessaires afin de mieux définir la notion de rémunération soumise aux cotisations et de réglementer tout en limitant les nombreuses dérogations actuelles.

La résolution du problème des travailleurs étrangers détachés exige d'urgence des initiatives au niveau européen.

#### *Les dépenses*

Des économies substantielles au cours des dernières années ont permis de limiter la croissance des dépenses.

Ainsi, alors que les dépenses en matière de soins de santé augmentaient encore de 14 % en 1991, leur accroissement à été limité à 10 % en 1992, à 3,5 % en 1993, à 4,5 % en 1994, à 5 % en 1995 et à 3,5 % en 1996.

Globalement, les dépenses liées aux prestations (tous les secteurs) augmentent de 4,4 % en 1995; en 1996, un accroissement global de 1,4 % est prévu.

Le Plan global du Gouvernement contenait déjà des mesures structurelles afin de consolider la maîtrise de ces dépenses à l'avenir. Certaines de ces



maatregelen hebben reeds in 1995 een begin van uitvoering gekregen maar de meeste zullen pas in 1996 hun volle rendement bereiken.

Zo werd aan de gezondheidszorgen vanaf 1995 een wettelijke groeinorm opgelegd van 1,5 %, buiten inflatie.

Daarenboven zullen in 1996 bijkomende maatregelen nodig zijn om het stelsel van sociale zekerheid financieel in evenwicht te brengen.

Zo heeft de Algemene Raad van het R.I.Z.I.V. het begrotingsobjectie in de verzekering voor geneeskundige verzorging voor 1996 vastgesteld op 421,3 miljard frank (algemene regeling + zelfstandigen), wat een vermindering inhoudt van het oorspronkelijk voorstel van het R.I.Z.I.V. met 13 miljard frank.

Het is van belang te onderstrepen, dat niettegenstaande van de ziekteverzekering een belangrijke inspanning wordt gevraagd inzake de beheersing van de uitgaven, de belangen van de patiënt geenszins worden aangetast.

### *Resultaat*

Rekening houdend met al deze elementen bereikt de sociale zekerheid der werknemers in 1996 een financieel evenwicht.

Zodoende beantwoordt het stelsel van de sociale zekerheid in 1996 aan de vooropgestelde begrotingsdoelstelling van het convergentieplan van de gezamenlijke overheid.

Om dit evenwicht in de toekomst te vrijwaren zullen blijvend inspanningen nodig zijn. Daarbij zal blijvend een beroep worden gedaan op de verantwoordelijkheid van alle actoren. Op die wijze kan tevens een antwoord worden gegeven op de uitdagingen van de toekomst: de vergrijzing van de bevolking en de noodzaak om de toegang tot het stelsel van de sociale zekerheid breder te maken voor bepaalde doelgroepen, waaronder de laagste inkomens en de chronische patiënten.

## IV. HET GEZONDHEIDSDOMEIN

### 1. Ziekteverzekering

#### 1.1. *Algemeen beleid*

De beheersing van de uitgaven blijft het sleutelbeerp in de actie van de Regering inzake de ziekteverzekering, en dit teneinde die essentiële tak in de schoot van de sociale bescherming te houden.

Dankzij de hervormingen die midden de jaren tachtig stapsgewijs werden ondernomen en sindsdien in een stroomversnelling zijn geraakt kon in 1993 met de vroegere tendens worden gebroken.

Die breuk werd in 1994 bevestigd: de sector van de ziekteverzekering krijgt voortaan een gematigde groei opgelegd.

mesures ont déjà été appliquées en 1995 mais la plupart d'entre elles ne produiront pleinement leurs effets qu'en 1996.

Ainsi, une norme de croissance légale de 1,5 % hors inflation a été instaurée à partir de 1995 pour les soins de santé.

Par ailleurs, des mesures complémentaires seront nécessaires en 1996 afin d'assurer l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Ainsi, le Conseil général de l'I.N.A.M.I. a fixé l'objectif budgétaire dans l'assurance soins de santé pour 1996 à 421,3 milliards de francs (régime général + indépendants), ce qui implique une diminution de la proposition d'origine de l'I.N.A.M.I. de 13 milliards de francs.

Il est important de souligner, que nonobstant l'effort important qui a été demandé à l'assurance soins de santé en matière de maîtrise des dépenses, les intérêts des patients n'ont pas été touchés.

### *Résultat*

Tenant compte de tous ces éléments, la sécurité sociale des travailleurs salariés atteint l'équilibre financier en 1996.

De cette matière le régime de sécurité sociale répond en 1996 à objectif budgétaire présupposé dans le plan de convergence du gouvernement commun.

Pour sauvegarder cet équilibre à l'avenir des efforts resteront nécessaires. Tous les acteurs devront dès lors assumer en permanence leurs responsabilités. Les défis de l'avenir pourront ainsi être relevés: le vieillissement de la population et la nécessité d'améliorer l'accès au système de sécurité sociale en faveur de certains groupes de la population tels que les personnes ne disposant que de faibles revenus et les patients chroniques.

## IV. LE DOMAINE DE LA SANTE

### 1. Assurance Maladie

#### 1.1. *Politique globale*

La maîtrise des dépenses reste l'élément clé qui guidera l'action du Gouvernement dans le domaine de l'assurance maladie pour maintenir à terme cette branche essentielle dans le giron de la protection sociale.

Les réformes entreprises graduellement depuis le milieu des années 80 et largement amplifiées depuis ont permis de rompre en 1993 avec les tendances du passé.

Rupture confirmée en 1994 qui place le secteur de l'assurance maladie dans une perspective de croissance modérée qu'il faut conserver.

In de voorgaande jaren stegen de gezondheidszorguitgaven jaarlijks met ongeveer 8 %, zodat er bijna om de 9 jaar een verdubbeling was.

Een dergelijke toename kan niet langer worden gedekt door de middelen die de economie kan vrijmaken om de uitgaven inzake medische en paramedische zorg te financieren.

Welke alternatieve financieringsbronnen men ook aanboort, de stijging van de uitgaven moet hoe dan ook worden beperkt.

Hiertoe moeten de maatregelen die de huidige meerderheid enkele jaren geleden heeft uitgevaardigd worden verdiept en de organisatie en het beheer van de gezondheidssector structureel worden hervormd.

#### 1.1.1. Sinds 1993 getroffen maatregelen inzake beheersing van de uitgaven

De beheersing van de uitgaven berust op een toenemend verantwoordelijk maken van de actoren binnen het systeem.

Dit uit zich zowel in wijzigingen aan de beheersmechanismen van de verzekering en in belangrijke veranderingen wat de financiering van de verstrekkingen betreft als in het financieel verantwoordelijk maken van de verzekeringsinstellingen.

Het is in die geest dat de wet van 15 februari 1993 tot stand kwam, waarbij onder meer de beheersstructuur van de gezondheidszorgverzekering wordt gewijzigd. Een van de essentiële elementen vormt de oprichting van de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, waar het beslissingsrecht toekomt aan alle partijen die bijdragen tot de financiering van het systeem (vertegenwoordigers van de overheid en representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties) en deelnemen aan het beheer ervan (verzekeringsinstellingen).

De Algemene raad stelt onder meer de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast en ziet toe op het financieel evenwicht van de verzekering. Hiertoe baseert hij zich onder andere op de verslagen van de Commissie voor begrotingscontrole. Het verzekeringscomité van zijn kant heeft als voornaamste taak, de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de verschillende verzekeringssectoren te evalueren en in te staan voor de arbitrages tussen die sectoren wat de verdeling van de middelen betreft.

De commissies overeenkomsten en akkoorden vormen de basis van die nieuwe structuur. Inderdaad, naast het vaststellen van specifieke enveloppes voor bepaalde sectoren, die in sommige gevallen, zoals de ambulante klinische biologie, met recuperatiemechanismen gepaard gaan, dient elke commissie de middelen te bepalen die nodig zijn voor de financiering van haar behoeften. De budgettering van de uitgaven van elke sector ging bovendien gepaard met

Dans les années antérieures, les dépenses du secteur des soins de santé progressaient à un rythme annuel proche de 8 % et doubleraient ainsi quasi tous les 9 ans.

Une telle progression est incompatible avec les ressources que l'économie est susceptible de dégager pour financer les dépenses générées par la production de soins médicaux et para-médicaux.

Quelles que soient la place et les possibilités offertes par le recours à des sources alternatives de financement, la limitation de la progression des dépenses s'impose.

Elle rend impératif l'approfondissement des mesures arrêtées depuis quelques années par la majorité actuelle et la révision structurelle des modes d'organisation et de gestion du secteur de la santé.

#### 1.1.1. Mesures adoptées depuis 1993 dans le cadre de la maîtrise des dépenses

La maîtrise des dépenses repose sur une responsabilisation croissante des acteurs engagés dans le système.

Cette responsabilisation se traduit à la fois par des modifications apportées aux mécanismes de gestion de l'assurance, par des changements notoires dans les modalités de financement des prestations et par la mise en oeuvre d'une responsabilité financière effective des organismes assureurs.

C'est dans cet esprit qu'a été conçue la loi du 15 février 1993 modifiant notamment l'architecture de gestion de l'assurance soins de santé. L'une de ses facettes essentielles réside dans la création d'un Conseil général de l'assurance soins de santé au sein duquel le pouvoir de décision est confié à toutes les parties contribuant au financement du système (représentants des autorités politiques et des organisations représentatives des travailleurs et des employeurs) ainsi qu'à sa gestion (organismes assureurs).

Le Conseil général fixe entre autres l'objectif budgétaire annuel global et veille à l'équilibre financier de l'assurance. A cet effet, il s'appuie notamment sur les rapports de la Commission de contrôle budgétaire. Quant au Comité de l'assurance, il est principalement chargé d'évaluer les objectifs budgétaires annuels partiels des différents secteurs de l'assurance et réalise les arbitrages entre ces derniers en ce qui concerne la répartition des moyens.

Les commissions de conventions et d'accords constituent le point de départ de ce nouvel édifice. En effet, à côté de la fixation d'enveloppes spécifiques à certains secteurs, parfois accompagnées, comme en biologie clinique ambulatoire, de mécanismes de récupération, chaque commission est invitée à définir les moyens nécessaires au financement de ses besoins. La budgétisation des dépenses de chaque secteur s'est en outre accompagnée de l'obligation d'in-

de verplichting om in de overeenkomsten en akkoorden correctiemechanismen op te nemen, zodat het budget dat elke sector *a priori* wordt toegekend, wordt nageleefd.

Die structuur, waarvan de efficiëntie kon worden aangetoond, vertoont echter, wat de werking betreft, een aantal zwakke punten, die de Minister van Sociale Zaken van plan is te verhelpen.

Er werd een bijkomende stap gezet in de beheersing van de uitgaven door in de organieke verzekeringswet een groeinorm voor de uitgaven op te nemen, waarmee de Algemene raad rekening dient te houden bij het vaststellen van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Die norm, die voor 1995 en 1996 1,5 % bedraagt, geldt voor alle verstrekkingen, indexaanpassingen uitgezonderd, maar ook voor de tijdelijke gevolgen van de algemene loonschalenherziening en de inhaalbeweging inzake de financiering van de ziekenhuizen en de extramurale structuren.

Dat progressief verantwoordelijk maken van de actoren werd op twee vlakken uitgebreid tot de verzekeringsinstellingen :

- het bedrag van de administratiekosten van elke verzekeringsinstelling wordt gemoduleerd op basis van haar beheersprestatie, die volgens precieze criteria wordt gemeten (cf. koninklijk besluit van 29 april 1993);

- de middelen voor de terugbetaling, door de verzekeringsinstellingen, van de gezondheidszorgverstrekkingen, zullen worden toegekend, niet enkel op basis van hun uitgaven, maar ook, en volgens een in de tijd toenemend aandeel (van 10 % in 1995-1996 tot 30 % vanaf 1999), op grond van objectieve risicofactoren die samenhangen met de kenmerken van hun leden (koninklijk besluit van 12 augustus 1994).

De sleutel voor de verdeling van het normatieve deel van de middelen onder de verzekeringsinstellingen wordt door de Koning vastgesteld op voorstel van de Algemene Raad en na advies van het Verzekeringscomité. Die verdeelsleutel berust op parameters waarvan de relevantie moet worden nagegaan door een team universitaire experts die door de Algemene raad worden aangewezen. Daar laatstgenoemden thans niet in staat zijn alle nuttige resultaten mee te delen, heeft de Algemene raad een voorlopig voorstel ingediend, dat desnoods uitsluitend zal worden toegepast voor het afsluiten van de rekeningen 1995 en de vaststelling van de voorschotten voor 1996.

De nodige besluiten voor de invoering van de financiële verantwoordelijkheid voor de verzekeringsinstellingen zullen worden aangenomen zodat ze zeker op 1 januari 1995 in werking kunnen treden.

Beheersing van de uitgaven betekent ook dat de wetgeving in heel het land op dezelfde manier wordt toegepast. De Algemene Raad heeft dan ook in zijn schoot een permanente werkgroep opgericht die systematisch moet nagaan hoe de uitgaven geografisch evolueren, zodat eventuele ongerechtvaardigde scheeftrekkingen aan het licht kunnen worden gebracht. Zoals in het verleden zal het jaarverslag van

tégrer à l'intérieur des conventions et accords des mécanismes de correction de façon à respecter les budgets affectés *a priori* à chaque secteur.

Cette architecture, dont la pertinence de la structure a pu être démontrée, présente cependant dans son fonctionnement certaines faiblesses auxquelles le Ministre des Affaires sociales compte remédier.

Un pas supplémentaire a été réalisé dans la maîtrise des dépenses par l'intégration dans la loi organique de l'assurance d'une norme de croissance des dépenses dont le Conseil général doit tenir compte pour fixer l'objectif budgétaire annuel global. Cette norme, fixée à 1,5 % pour 1995 et 1996, s'applique à l'ensemble des prestations à l'exclusion de leur indexation mais aussi des effets temporaires de la révision générale des barèmes ainsi que du rattrapage du financement des hôpitaux et des structures extra-hospitalières.

Cette responsabilité croissante des acteurs a été étendue aux organismes assureurs sur deux plans :

- le montant des frais d'administration revenant à chaque organisme assureur est modulé en fonction de ses performances de gestion évaluées à partir de critères précis (cf. arrêté royal du 29 avril 1993);

- les ressources destinées à couvrir les remboursements de prestations de santé par les organismes assureurs seront attribuées sur base non seulement de leurs dépenses mais aussi, et pour une part croissant au fil du temps (de 10 % en 1995-1996 à 30 % à partir de 1999), en fonction de facteurs objectifs de risques liés aux caractéristiques de leurs affiliés (arrêté royal du 12 août 1994).

La clé de répartition entre organismes assureurs de la partie normative des ressources est fixée par le Roi sur proposition du Conseil général et après avis du Comité de l'assurance. Elle repose sur des paramètres dont la pertinence doit être mesurée par une équipe d'experts universitaires désignée par le Conseil général. Comme ces derniers sont actuellement dans l'impossibilité de communiquer tous les résultats utiles, le Conseil général a déposé une proposition transitoire, qui s'appliquera, si nécessaire, exclusivement à la clôture des comptes 1995 ainsi qu'à la détermination des avances pour 1996.

Les arrêtés nécessaires à l'application de la responsabilité financière des organismes assureurs seront adoptés afin d'en garantir l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1995.

Enfin la maîtrise des dépenses impliquant également une application uniforme de la législation dans tout le pays, le Conseil général a installé en son sein un Groupe de travail permanent chargé de suivre de manière systématique l'évolution des dépenses au niveau géographique afin d'identifier les éventuelles distorsions injustifiées. Le rapport annuel de ce Groupe de travail, accompagné de propositions con-

die werkgroep, samen met concrete voorstellen voor het bereiken van de doelstellingen, door de Minister en het Parlement regelmatig en nauwkeurig worden onderzocht.

Ongerechtvaardigde scheeftrekkingen zullen onmiddellijk worden gecorrigeerd.

1.1.2. Maatregelen tot versterking van de mechanismen voor de uitgavenbeheersing

### 1. Begrotingsplanning

De huidige begrotingsplanning ziet er als volgt uit :

De voorstellen van de Commissies overeenkomsten en akkoorden worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, dat, na eventueel verzoek tot aanpassingen van de subsectoren, een globaal voorstel formuleert voor de Algemene Raad en de Commissie voor begrotingscontrole.

Vóór 1 juli van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar stelt de Algemene Raad de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorgverzekering vast. Hij houdt daarbij rekening zowel met het algemeen voorstel van het Verzekeringscomité als met het advies van de Commissie voor begrotingscontrole en met de opgelegde groeinorm.

Het Verzekeringscomité gaat vervolgens over tot de arbitrages tussen de sectoren en zorgt ervoor dat de som van de partiële begrotingsdoelstellingen overeenstemt met de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, waarbij het ook de beslissingen integreert van het begrotingsconclaaf dat de Regering totnogtoe in juli hield.

Al die elementen moeten de Commissies in staat stellen, met kennis van zaken overeenkomsten en akkoorden te sluiten, die vóór 30 november aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd.

Het verzekeringscomité stelt de Algemene raad vóór 1 december in kennis van de afgesloten overeenkomsten en akkoorden.

Recent is gebleken dat door het verschuiven van het begrotingsconclaaf van juli naar september, ingevolge de hervorming van het tweekamerstelsel, voornoemde planning moet worden gewijzigd.

Inderdaad, de Algemene raad zal bij het vaststellen van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling niet over voldoende elementen beschikken om de aard en de omvang van de maatregelen die de Regering aan de gezondheidszorgsector wil opleggen, te beoordelen.

Het verzekeringscomité kan niet overgaan tot de arbitrages tussen de sectoren, zolang de besparingsmaatregelen van de Regering niet bekend zijn en de specifieke Commissies kunnen de onderhandelingen pas starten als het desbetreffende financiële kader bekend is.

Het lijkt mij dan ook nodig minstens de limietdatum voor de vaststelling van de globale doelstelling naar later te verschuiven en de planning van de volgende fasen dienovereenkomstig aan te passen.

crêtes susceptibles de rencontrer ses objectifs, fera, comme par le passé, l'objet d'un examen régulier et attentif du Ministre et du Parlement.

Les distorsions non justifiées feront immédiatement l'objet de corrections.

1.1.2. Mesures de renforcement des mécanismes visant à maîtriser les dépenses

### 1. Calendrier budgétaire

Le calendrier budgétaire actuel est le suivant :

Les propositions des Commissions de conventions et d'accords sont soumises au Comité de l'assurance qui, après demande éventuelle de réajustements dans les sous-secteurs, formule une proposition globale adressée au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire.

Avant le 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédant l'exercice budgétaire, le Conseil général fixe l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé en tenant compte tant de la proposition globale du Comité de l'assurance que de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire et de la norme de croissance imposée.

Le Comité de l'assurance a ensuite pour tâche de procéder aux arbitrages entre secteurs de manière telle que la somme des objectifs budgétaires partiels corresponde à l'objectif budgétaire annuel global mais en y intégrant également les décisions issues du conclave budgétaire que le Gouvernement tenait jusqu'ici en juillet.

Tous ces éléments devaient permettre aux Commissions de négocier et conclure en connaissance de cause des conventions et accords à soumettre au Comité de l'assurance avant le 30 novembre.

Le Comité de l'assurance communique avant le 1<sup>er</sup> décembre au Conseil général les accords et conventions conclus.

Il est apparu récemment que le report du conclave budgétaire de juillet à septembre, consécutif à la réforme de bicaméralisme, rend nécessaire une modification du calendrier précité.

En effet, lors de la fixation de l'objectif annuel global, le Conseil général ne disposera pas de suffisamment d'éléments permettant d'approcher la nature et l'importance des contraintes que le Gouvernement entend imposer au secteur des soins de santé.

Le Comité de l'assurance ne peut réaliser les arbitrages entre secteurs aussi longtemps que les mesures d'économies exigées par le Gouvernement ne sont pas connues de même que les Commissions ad hoc ne peuvent entamer des négociations sans connaître les limites financières de celles-ci.

Il me paraît dès lors nécessaire de postposer à tout le moins la date limite de fixation de l'objectif global et d'aménager en conséquence le calendrier des étapes suivantes.

De Regering bevestigt bovendien haar eis om de overeenkomsten en akkoorden over een periode van twee jaar te spreiden, wat bijdraagt tot een vereenvoudiging en een grotere stabiliteit van het systeem, maar wat er ook en niet het minst voor zorgt dat met de geplande correctiemechanismen daadwerkelijk rekening wordt gehouden.

## 2. Homogenisering van de integratie van de factor « indexering »

De manier waarop de factor « indexering » wordt geïntegreerd verschilt naargelang het gaat om het vaststellen van de begrotingsdoelstellingen of om het bepalen van het prijsniveau van de verstrekkingen in het raam van de overeenkomsten en akkoorden. Dit is te wijten aan het feit dat die operaties met maanden verschil worden uitgevoerd, zodat de beschikbare gegevens intussen zijn geëvolueerd: de in juli vastgestelde begrotingsdoelstellingen gaan uit van een inflatieprognose voor het komende jaar, terwijl de tarieven van de verstrekkingen geïndexeerd worden op basis van het indexcijfer van het lopende jaar. Het resultaat van laatstgenoemde berekening kan hoger liggen dan voornoemde raming en bijgevolg oorzaak zijn van een onvermijdelijke budgettaire overschrijding.

De meeste overeenkomsten zijn op die methode gebaseerd.

Andere sectoren baseren zich, op grond van de aard van de verstrekkingen, op de voorspelbare evolutie van de spilindexen van het betrokken dienstjaar voor het berekenen van de beschikbare indexmassa (verpleegdagprijs, farmaceutische producten).

Bovendien zet het bestaan van verschillende indexen (normale index, afgevlakte index, gezondheidsindex) de deur open voor verschillende interpretaties en dus voor arbitraire benaderingen.

De problemen kunnen ten dele worden opgelost door, bij de vaststelling van de begrotingsdoelstellingen, de factor « indexering » te isoleren (doelstellingen in constante prijzen) en door op het einde van het jaar voorafgaand aan het betrokken dienstjaar, de aangewende raming te herzien op basis van de reële inflatie voor het beschouwde jaar.

Er zou dan een en dezelfde raming worden gebruikt voor het vaststellen van de begrotingsdoelstellingen en het sluiten van de overeenkomsten en de akkoorden.

Sommige verstrekkingen zijn evenwel gekoppeld aan de reële evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen tijdens het dienstjaar (verpleegdagprijzen, verblijven in R.V.T., R.O.B., ...); in dat geval zullen er altijd scheeftrekkingen zijn tussen de werkelijke uitgaven en de ramingen, aangezien de indexering van de verstrekkingen in de loop van het dienstjaar gebeurt.

Wijzigingen op korte termijn worden in dat verband niet overwogen. De omvang van dat fenomeen en de evolutie ervan in de tijd moeten evenwel worden gekwantificeerd.

En outre, le Gouvernement confirme le maintien de l'exigence d'un étalement des conventions et accords sur une période de deux ans qui contribue à une simplification et à une plus grande stabilité du système mais aussi et surtout, qui garantit la possibilité de prise en compte effective des mécanismes de correction y inclus.

## 2. Homogénéisation de l'intégration du facteur « indexation »

Le mode d'intégration du facteur « indexation » diffère selon qu'il s'agit de fixer les objectifs budgétaires ou de déterminer le niveau de prix des prestations dans le cadre des conventions et accords. Le phénomène trouve son origine dans le fait que ces opérations sont exécutées à des mois d'intervalle de sorte que l'information disponible a évolué entre-temps: les objectifs budgétaires, fixés au mois de juillet, sont contraints de s'appuyer sur une prévision d'inflation pour l'année à venir alors que les tarifs des prestations sont indexés sur base de l'évolution de l'indice des prix de l'année en cours. Le résultat de ce dernier calcul peut s'avérer supérieur à l'estimation précitée et induire dès lors un dépassement budgétaire inévitable.

La plupart des conventions s'appuient sur cette méthode.

D'autres secteurs se réfèrent, en vertu de la nature des prestations, à l'évolution prévisible des indices pivots de l'exercice considéré pour calculer la masse d'index disponible (prix de journée d'hospitalisation, produits pharmaceutiques).

En outre, l'existence de plusieurs index (indice normal, indice lissé, indice santé) laisse la porte ouverte aux interprétations et donc à l'arbitraire.

Les problèmes pourraient être en partie résolus en isolant le facteur indexation lors de la fixation des objectifs budgétaires (objectifs à prix constants) et en revoyant en fin d'année précédant l'exercice, l'estimation utilisée à la lumière de l'inflation réelle constatée au cours de l'année.

Une seule et même estimation serait alors utilisée pour déterminer les objectifs budgétaires et pour conclure les conventions et accords.

Cependant, certaines prestations sont liées à l'évolution réelle de l'indice des prix à la consommation en cours d'exercice (journées d'hospitalisation, séjours en M.R.S., M.R.P.A., ...); dans ce cas, des distorsions subsisteront toujours entre la réalité des dépenses et les estimations retenues, dès lors que l'indexation des prestations est réalisée en cours d'exercice.

Il n'est pas envisagé d'apporter des modifications à court terme sur ce plan. Il convient néanmoins de quantifier l'importance de ce phénomène et son évolution au fil du temps.

### 3. *Positieve begrotingsresultaten ten opzichte van de partiële doelstelling*

In geval van overschrijding of risico van overschrijding van de partiële begrotingsdoelstellingen voorziet de wet in correctiemechanismen.

Bepaalde commissies besloten hieruit dat begrotingsresultaten die lager uitvielen dan de vastgestelde doelstelling hun automatisch een trekkingsrecht gaven op de niet aangewende middelen.

Dit is niet alleen strijdig met de filosofie waarop de vaststelling van de doelstellingen stoelt, maar, door de structurele gevolgen ervan, zet het bovendien de beheersing van de toekomstige uitgavengroei op de helling.

In die context lijkt het nodig het begrip begrotingsdoelstelling in de wet nauwkeuriger te omschrijven.

### 4. *Consolidering van de Commissie voor begrotingscontrole*

Om efficiënt te kunnen werken, dient de Commissie voor begrotingscontrole te beschikken over een competent administratief team dat rechtstreeks werkt onder het gezag van de begrotings- en financieel adviseur.

Hiertoe zal de regering nog vóór het einde van het jaar, de nodige schikkingen treffen om de organieke personeelsformatie van het R.I.Z.I.V. in die zin te wijzigen.

### 5. *Verantwoordelijk maken van de zorgverstrekkers*

De informatiecampagnes om artsen en paramedici in kennis te stellen van de terugbetalingen door de verplichte verzekering van de verstrekkingen die zij hebben uitgevoerd en die te vergelijken met die van hun collega's met eenzelfde kwalificatie zullen worden voortgezet, evenals de werkzaamheden van de profielcommissies bij het R.I.Z.I.V.

Het toenemend verantwoordelijk maken van het medische en paramedische korps zal zich niet beperken tot een louter onderzoek van enkele statistische gegevens, maar zal voornamelijk worden verwezenlijkt via hervormingen die steunen op de resultaten van evaluatieprocedures die de regering op korte termijn wil ontwikkelen.

#### 1.1.3. *Fundamentele hervormingen op middenlange en lange termijn.*

De vertraging van de uitgavengroei is, behalve aan de in punt 1.1.1. vermelde maatregelen, te wijten aan de samenloop van een aantal specifieke maatregelen. Bij onderzoek van de opsplitsing van de uitgaven op basis van de verschillende categorieën van verstrekkingen, blijkt evenwel dat 3 sectoren met

### 3. *Résultats budgétaires positifs par rapport à l'objectif partiel*

Les dispositions légales prévoient, en cas de dépassement ou de risque de dépassement des objectifs budgétaires partiels, la mise en oeuvre de mécanismes de correction.

Certaines commissions en ont conclu que des résultats budgétaires inférieurs à l'objectif fixé leur donnaient un droit de tirage automatique sur les ressources non utilisées.

Ceci est non seulement contraire à la philosophie présidant à la fixation des objectifs budgétaires mais hypothèque en plus la maîtrise de la croissance future des dépenses de par ses effets structurels.

Il paraît nécessaire, dans ce contexte, de définir de manière plus précise dans la loi le concept d'objectif budgétaire.

### 4. *Consolidation de la Commission de contrôle budgétaire*

La Commission de contrôle budgétaire doit être en mesure de fonctionner efficacement par la mise à sa disposition d'une équipe administrative qualifiée travaillant directement sous l'autorité du Conseiller budgétaire et financier.

A cet effet, le Gouvernement prendra, avant la fin de l'année, les dispositions nécessaires pour revoir en ce sens le cadre organique de l'I.N.A.M.I.

### 5. *Responsabilisation des prestations de soins*

Les campagnes d'information destinées à porter à la connaissance du corps médical et para-médical les remboursements de l'assurance obligatoire générés par leur pratique, comparés à ceux de leur confrères de même qualification, seront poursuivies ainsi que les activités des commissions de profil au sein de l'I.N.A.M.I.

La responsabilisation croissante des acteurs médicaux et para-médicaux ne se limitera pas au seul examen de quelques données statistiques, mais s'exprimera essentiellement au travers des réformes générées par les enseignements de procédures d'évaluation que le gouvernement entend développer à bref délai.

#### 1.1.3. *Réformes fondamentales à moyen et à long terme*

Le ralentissement de la croissance des dépenses trouve son origine, outre les mesures décrites sous le point 1.1.1., dans l'addition d'une série de mesures à caractère ponctuel. Cependant l'examen de la ventilation des dépenses en fonction des différentes catégories de prestations montre que 3 secteurs doivent

bijzondere aandacht moeten worden gevolgd : de ziekenhuissector vanwege de omvang van zijn uitgaven, de sector van de farmaceutische producten en de sector van de opvang van afhankelijke personen (R.V.T., R.O.B., ...), gelet op de bijzonder grote toename van hun aantal.

Die vaststelling maakt het nodig in die sectoren, naast specifieke maatregelen, ook structurele hervormingen door te voeren, teneinde de behoeften correct te kunnen inschatten en aldus de uitgaven beter te kunnen beheersen.

Die structurele wijzigingen, die verder in deze nota worden omschreven, zullen evenwel niet zonder gevolg zijn voor de huidige beheersregels van de ziekteverzekering.

Vandaag worden de middelen toegekend aan de verschillende zorgsectoren op basis van een extrapolatie van de recente evolutie van de uitgaven voor elke categorie van verstrekkingen en voor elke categorie van titularissen, en dit per stelsel.

Die methode heeft drie grote nadelen :

- ze verwacht « behoeften » met « zorgproductie » doordat ze in werkelijkheid de productiemiddelen financiert;

- ze houdt helemaal geen rekening met de factoren die de zorgconsumptie bepalen;

- ze houdt evenmin rekening met de onderlinge afhankelijkheid van de verschillende sectoren (ambulante, intramurale, extramurale en farmaceutische sector).

Feitelijk zijn de bepalingen inzake de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen een eerste stap in de identificatie en de inaanmerkingneming van de consumptiebepalende factoren.

Er is dus een andere benadering mogelijk die moet uitmonden in een hervorming van de begrotingsconcepten, op voorwaarde dat op anonieme wijze gebruik kan worden gemaakt van de gegevens van de volgende instanties :

- de verzekeringsinstellingen, die beschikken over gedetailleerde gegevens inzake de gezondheidszorgconsumptie van hun leden, alsook over bepaalde socio-economische kenmerken ervan;

- het R.I.Z.I.V., dat beschikt over meer geaggregeerde gegevens, welke een kostbaar materiaal vormen om individueel gedrag te vergelijken met de kenmerken van referentiegroepen;

- het Ministerie van Volksgezondheid, dat, naast de structuurkenmerken van de ziekenhuizen, beschikt over de medische gegevens (Minimale klinische gegevens) per ziekenhuispathologie alsook over de verpleegkundige zorg die ermee samenhangt.

De exploitatie van al die gegevens moet het mogelijk maken een duidelijker beeld te krijgen van de factoren die de consumptie bepalen maar ook, voor eenzelfde pathologie, de verschillende zorgpraktij-

faire l'objet d'une attention particulière : celui des hôpitaux en raison de l'importance des dépenses qu'il génère, celui des produits pharmaceutiques et celui de la prise en charge des personnes dépendantes (M.R.S., M.R.P.A., ...) en raison de leur taux de croissance particulièrement élevé.

Ce constat commande que dans ces secteurs en particulier se substituent aux mesures ponctuelles des réformes structurelles ayant pour objectif une appréciation correcte des besoins allant de pair avec une meilleure maîtrise des dépenses.

Ces modifications à caractère structurel, développées dans la suite de la note, ne seront cependant pas sans incidence sur les modalités actuelles de gestion de l'assurance maladie.

Aujourd'hui, les moyens sont alloués aux différents secteurs de production de soins en se basant sur une projection dans le futur de l'évolution récente des dépenses pour chaque catégorie de prestations et par catégorie de titulaire en distinguant les régimes.

Cette méthode présente trois inconvénients majeurs :

- elle confond « besoins » et « production de soins » en finançant en réalité les moyens de production;

- elle ignore totalement les déterminants de la consommation de soins;

- elle ignore également l'interdépendance entre les différents secteurs (ambulatoire, hospitalier, extra-hospitalier et pharmaceutique).

En réalité, les dispositions relatives à la responsabilité financière des organismes assureurs constituent un premier pas dans l'identification et la prise en compte des déterminants de la consommation.

Une autre approche est dès lors possible qui doit déboucher sur une réforme des concepts budgétaires à condition de pouvoir exploiter de manière anonyme les informations détenues par :

- les organismes assureurs qui disposent de données détaillées concernant la consommation de soins de santé de leurs affiliés en même temps que de certaines de leurs caractéristiques socio-économiques;

- l'I.N.A.M.I. qui dispose de données plus agrégées constituant un matériel précieux pour confronter les comportements individuels aux caractéristiques de groupes de références;

- le Ministère de la Santé Publique qui, outre les caractéristiques de la structure des établissements hospitaliers, est en possession des données médicales (Résumé Clinique Minimum) par pathologie hospitalière ainsi que des soins infirmiers qui y sont associés.

L'exploitation de toutes ces données permettrait de mieux cerner les facteurs déterminants de la consommation mais aussi de confronter, à pathologie égale, les différentes pratiques de soins en prenant

ken te vergelijken, waarbij zowel rekening wordt gehouden met de verstrekkingen die buiten of vóór een ziekenhuisverblijf worden verricht als met die welke tijdens of na dat ziekenhuisverblijf worden uitgevoerd.

Op kortere termijn zou de huidige budgettaire indeling op basis van de discipline moeten worden aangevuld met een indelingssysteem dat in staat stelt de verstrekkingen beter te identificeren en een beter inzicht te krijgen in de gevolgen van de verschuivingen tussen de diverse zorgverstrekkingplaatsen.

De verstrekkingen zouden aldus kunnen worden opgesplitst naargelang van de volgende types van patiënten :

- ambulante patiënten;
- patiënten in ziekenhuizen;
- patiënten in verzorgingsinstellingen andere dan ziekenhuizen (R.V.T., R.O.B., P.V.T., ...)

Hiertoe heeft de Minister een universitair team ermee belast te onderzoeken hoe het bestaande statistisch materiaal maximaal kan worden benut met het oog op het herdefiniëren van de begrotingsconcepten en samen met de betrokken actoren na te gaan hoe de informatie kan worden uitgebreid en de kwaliteit ervan kan worden verbeterd.

De invoering van een performant statistisch instrument, een element van de modernisering van de sociale zekerheid, moet in staat stellen de reële zorgbehoeften te meten en er een adequaat antwoord op te vinden. Daarbij moet het mogelijk zijn de gevolgen te meten van eventuele verschuivingen van de ene sector naar de andere, *conditio sine qua non* voor de invoering van transsectorale compensatiemechanismen, in het kader waarvan overschrijdingen binnen een bepaalde begroting resulteren in de vermindering van een andere begroting.

De begrotingsdoelstellingen moeten op die nieuwe concepten steunen. Ze betekenen een radicale breuk met de invalshoek « zorgproductie », die vervangen wordt door een andere benadering, namelijk : het centraal plaatsen van de patiënt en het in aanmerking nemen van de pathologie.

## 2. De beheersing van het aanbod

De diepgaande mutaties in de omgeving waarbinnen de gezondheidssector kadert wakkeren het debat aan over de regulering of de beheersing van het medische en paramedische aanbod.

De Regering heeft zich tot doel gesteld, het aantal bedden te verminderen en de programmatienormen te herzien voor de residentiële en zorgstructuren voor chronische, afhankelijke of bejaarde patiënten.

De beheersing van het aanbod zal ook worden verwezenlijkt via nieuwe bepalingen inzake de programmatie van de zware medisch-technische diensten.

en considération les prestations effectuées tant en dehors ou avant une hospitalisation que pendant et après celle-ci.

A plus court terme, il conviendrait de compléter les actuels découpages budgétaires basés sur la discipline par des subdivisions permettant de mieux localiser les prestations et de saisir les effets de glissement entre lieux de prestations.

Ainsi les prestations pourraient être ventilées en fonction des types de patients suivants :

- patients ambulants;
- patients séjournant dans les hôpitaux;
- patients séjournant dans des institutions de soins autres que les hôpitaux (M.R.S., M.R.P.A., M.S.P., ...)

A cet effet, le Ministre a confié à une équipe universitaire la tâche d'explorer les possibilités d'exploitation du matériel statistique existant dans l'optique de cette redéfinition des concepts budgétaires et d'envisager avec les acteurs concernés une extension de l'information en même temps que l'amélioration de sa qualité.

La création d'un outil statistique performant, en tant qu'élément d'une modernisation de la Sécurité sociale, doit permettre d'approcher les besoins réels en matière de soins et d'y apporter les réponses appropriées en étant capable de mesurer les effets de glissements éventuels d'un secteur à un autre, condition *sine qua non* à l'introduction de mécanismes transsectoriels de compensation dans le cadre desquels les dépassements d'un budget déterminé seront liés à une réduction d'un autre budget.

Les objectifs budgétaires devront s'appuyer sur ces nouveaux concepts qui constituent une rupture radicale avec l'optique production de soins pour la remplacer par la mise en situation centrale du patient et de la prise en charge de la pathologie.

## 2. La maîtrise de l'offre

Les modifications profondes de l'environnement dans lequel se déploie le secteur de la santé ravivent le débat sur la régulation ou la maîtrise de l'offre médicale et paramédicale.

Le Gouvernement s'est fixé pour objectif de réduire le nombre de lits hospitaliers et de revoir les normes de programmations des structures résidentielles et de soins destinées aux patients chroniques, dépendants ou âgés.

La maîtrise de l'offre s'exprimera également au travers des dispositions qui seront prises pour fixer la programmation des services médico-techniques lourds.



Maar, in een periode van uitgavenbeheersing, wakkert het probleem van de regulering van het aanbod weer het debat aan over de beheersing van het aantal medici en paramedici.

Dit probleem vertoont talrijke aspecten.

Er moet in samenwerking met de Gemeenschappen een doeltreffende oplossing worden gevonden, waarbij het aantal verstrekkers wordt beperkt of gestabiliseerd, zonder dat formules worden gebruikt die erop neerkomen, aan het einde van de studie een vestigingsrecht in te voeren.

Dit probleem kan evenmin los worden gezien van de inhoud, de organisatie en de financiering van de universitaire opleiding.

Het roept vragen op inzake de relatieve prijzen van de diverse medische activiteiten.

Het stelt de overheid voor vragen, niet alleen omtrent de gevolgen van het aantal verstrekkers, maar ook inzake de kwaliteit van de zorg en de kostprijs van de gezondheidszorgsector, van zijn gewicht binnen de sociale zekerheid.

De Regering zal samen met de Gemeenschappen de middelen onderzoeken om na te gaan hoeveel mankracht nodig is om aan te behoeften te voldoen en kwaliteitszorg te bieden, alsook maatregelen bestuderen om het overaanbod in de betrokken beroepen in te perken.

### 3. Sociale verkiezingen

De evolutie van de medische praktijk, die hyper-specialistisch wordt, en het massaal aanwenden van de technische mogelijkheden hebben ertoe geleid dat de huisarts in een marginale positie is terechtgekomen.

Daarenboven hebben de beslissingen die de opeenvolgende regeringen de jongste jaren hebben genomen om de stijging van de uitgaven voor ziekteverzekering te beperken, spanningen en onbehagen doen ontstaan binnen de betrokken beroepen en gezorgd voor een crisis wat de vertegenwoordiging van het medische en paramedische korps betreft.

De Regering is van plan die situatie te verhelpen enerzijds door accurate informatie te geven over het gevolgde beleid, de reden ervan, de toepassingsregeling en anderzijds door snel sociale verkiezingen te organiseren.

Wat dat laatste punt betreft, zal de Regering vóór het einde van het jaar de nodige wettelijke schikkingen treffen voor het regelen van de verkiezingen, uitgaande van het model voor de sociale verkiezingen.

In een eerste fase zullen ze worden georganiseerd voor de medische beroepen en vervolgens voor de paramedische beroepen.

Ook zullen de criteria worden vastgesteld waaraan de organisaties moeten voldoen om als representatief te worden beschouwd en er wordt in overgangsmaatregelen voorzien teneinde de representativiteitscriteria daar waar nodig aan te passen.

Mais le problème de la régulation de l'offre, en cette période de maîtrise des dépenses, réactive le débat sur la maîtrise du nombre de prestataires médicaux et para-médicaux.

Cette question a de multiples facettes.

Elle devra trouver une réponse adéquate en collaboration avec les Communautés qui limite ou stabilise le nombre de prestataires en excluant des formules qui s'apparenteraient, au terme des études, à l'instauration d'un droit d'établissement.

Cette question déborde également sur le contenu, l'organisation et le financement de la formation universitaire.

Elle soulève des interrogations sur les prix relatifs des diverses activités médicales.

Elle interpelle l'autorité publique non seulement sur l'incidence du nombre de prestataires, mais aussi sur la qualité des soins et sur le coût du secteur des soins de santé, de son poids dans la sécurité sociale.

Le Gouvernement mettra à l'examen, en concertation avec les Communautés, les moyens de fixer l'étendue des ressources humaines nécessaires à la rencontre des besoins et d'une pratique de qualité et les mesures permettant de limiter la pléthore constatée dans les professions concernées.

### 3. Elections sociales

L'évolution passée de la pratique médicale très centrée sur l'hyperspécialisation et le recours massif aux possibilités techniques ont marginalisé le rôle du médecin généraliste.

Par ailleurs les décisions adoptées dans les dernières années par les Gouvernements successifs pour limiter la croissance des dépenses de l'assurance maladie ont suscité tensions et malaises au sein des diverses professions concernées et débouché sur une crise de représentation du corps médical et paramédical.

Le Gouvernement entend répondre à cette situation par une information appropriée sur la politique suivie, sa raison d'être, ses modalités d'application, d'une part, par la mise en œuvre rapide d'élections sociales, d'autre part.

Sur ce dernier point, le Gouvernement prendra les dispositions légales nécessaires avant la fin de l'année, fixant des modalités d'élection calquées sur le modèle des élections sociales.

Dans un premier temps, elles seront organisées pour les professions médicales et ensuite pour les professions para-médicales.

Elles définiront également les critères auxquels les organisations devront répondre pour être considérées comme représentatives et les solutions transitoires auxquelles il pourra être fait recours pour permettre les ajustements nécessaires aux critères de représentativité.

#### 4. Plaats van de huisartsgeneeskunde

De Regering is van plan om tijdens deze regeerperiode hervormingen door te voeren om aan de bevolking een gegarandeerde toegang te geven tot een kwalitatief hoogstaand gezondheidszorgsysteem, alsook om het beheer van de sector te moderniseren.

In het kader hiervan verdient de rol van de huisartsgeneeskunde een bijzondere aandacht.

Immers, door de evolutie die de geneeskunde de jongste 25 jaar heeft doorgemaakt is de plaats van de huisarts binnen de organisatie van de zorgproductie grondig gewijzigd.

Die belangrijke verandering — die niet per se adequaat is — ligt ten grondslag aan de crisis van de huisartsgeneeskunde.

Nochtans is iedereen het eens over de essentiële rol van de eerstelijns-geneeskunde om te allen tijde de gezondheidsproblemen van de patiënten aan te pakken, de continuïteit te verzekeren en alle fysieke, psychische en sociale aspecten in aanmerking te nemen.

Een hervorming van de huisartsgeneeskunde is dus noodzakelijk. Die moet het mogelijk maken :

- het aanbod inzake zorgproductie beter te organiseren,
- de middelen doeltreffend toe te kennen om de behoeften zo goed mogelijk te dekken,
- te zorgen voor een kwalitatief hoogstaande zorgverstrekking, wat de bevolking met recht kan eisen.

In haar verklaring heeft de Regering die aanpak bevestigd en onderstreept dat de gezondheidszorg beter moest worden georganiseerd en de huisarts geherwaardeerd, en dat er meer specialisatie moest komen in de ziekenhuissector. Dit zal met name worden gerealiseerd door de echelonnering, de veralgemening van het medisch dossier en een betere organisatie van de gegevensuitwisseling.

De hervorming waarover de Regering zal onderhandelen met de deelregeringen, inzake de hen betreffende punten, en met de actoren van het systeem, zal op de volgende punten steunen :

##### a. Echelonnering van de zorgverstrekking

De invoering van een echelonnering in de zorgproductie veronderstelt dat de functies van de zorgproducenten in de verschillende stadia van het zorgverstrekkingproces duidelijk worden gedefinieerd en afgebakend.

Aan dat samenwerkingsmodel kan concreet gestalte gegeven worden door protocols op te stellen waarin de respectieve rol van de huisarts en de specialist in de benadering en de aanpak van de gezondheidsproblemen omschreven wordt.

De concrete invoering van zo'n samenwerkingsmodel zal geleidelijk aan moeten gebeuren, in dialoog

#### 4. Place de la médecine générale

Le Gouvernement entend mener à bien au cours de cette législature des réformes qui devront contribuer à garantir à la population l'accès à un système de soins de qualité et à moderniser la gestion du secteur.

Dans le cadre de cette politique, la position de la médecine générale méritera une attention particulière.

En effet, les évolutions que la médecine a connues au cours de ce dernier quart de siècle ont modifié la place que le médecin généraliste occupait dans l'organisation de la production de soins.

Ce changement majeur — pas nécessairement adéquat — est à l'origine de la crise que traverse la médecine générale.

Or, le rôle unanimement reconnu de la médecine de première ligne apparaît essentiel pour assurer à tout moment la prise en charge des problèmes de santé des patients, pour en assumer la continuité, pour en aborder tous les aspects, physiques, psychiques et sociaux.

Une réforme de la médecine générale s'impose donc. Elle doit permettre :

- une meilleure organisation de l'offre de production de soins,
- une allocation adéquate des ressources pour couvrir au mieux les besoins,
- la rencontre impérieuse de la qualité des soins que la population est en droit d'exiger.

Dans sa déclaration, le Gouvernement a confirmé cette approche en soulignant qu'il convenait « de mieux structurer l'organisation des soins de santé, liée à une revalorisation du médecin généraliste et à une plus grande spécialisation dans le secteur des hôpitaux. Ceci sera notamment réalisé par l'échelonnement, la généralisation du dossier médical et par une meilleure organisation de la transmission réciproque d'informations ».

La réforme que le Gouvernement négociera avec les entités fédérées, pour les points qui les concerneraient, et avec les acteurs du système s'inspirera des orientations suivantes :

##### a. L'échelonnement des soins

L'introduction d'un échelonnement dans la production de soins présuppose une description et une délimitation suffisamment précise des fonctions assumées par les producteurs aux différents stades de la prise en charge des patients.

Ce modèle de collaboration pourra se traduire par l'établissement de protocoles décrivant les rôles respectifs des généralistes et des spécialistes dans l'approche et dans la prise en charge des problèmes de santé.

La concrétisation d'un tel modèle de collaboration devra se faire progressivement, reposer sur le dialo-

met de betrokken partijen en gepaard gaand met adequate stimuli.

De invoering van een protocol waarin de taken van de huisarts en van de specialist duidelijk worden gedefinieerd en afgebakend zal een eerste concrete toepassing vinden in de ontwikkeling van het dagziekenhuis.

Een dergelijke evolutie in de organisatie van het gezondheidszorgsysteem zal een bijzondere aandacht vereisen voor de zorgkwaliteit.

Dit laatste veronderstelt een doorgedreven opleiding van de artsen met aandacht voor de economische dimensie van de gezondheidszorg en een regelmatige bijscholing van het medisch korps.

Aan die kwaliteitsvereiste zal worden tegemoetgekomen door het bijhouden van een centraal medisch dossier en de uitwisseling van patiëntengegevens op de verschillende niveaus van het gezondheidszorgsysteem.

#### b. *De medische evaluatie*

De medische evaluatie vormt een van de krachtlijnen van het overheidsbeleid op het stuk van de gezondheidszorg.

Ze zal eveneens worden toegepast voor de eerste-lijngeneeskunde.

De regering is van plan een evaluatiecommissie voor de huisartsgeneeskunde op te richten (*peer review*) binnen de administratie van Volksgezondheid.

Die commissie heeft tot taak de gegevens die door de plaatselijke medische-evaluatieteams worden ingewonnen, te verzamelen en te verwerken.

De verzamelde en geanonimiseerde gegevens zullen, onder andere binnen de R.I.Z.I.V.-instanties, dienen om educatieve acties op touw te zetten teneinde het overmatig voorschrijven van technische en medische handelingen tegen te gaan.

#### c. *Toegang tot de huisartsgeneeskunde*

Er moet in een zo ruim mogelijke toegang tot de huisartsgeneeskunde worden voorzien; de huisartsgeneeskunde speelt immers een grote rol in de beoordeling van de sociale en gezondheidstoestand van de bevolking en in de eerstelijnsopvang van sociale ziekten en van de gevolgen van de ontwikkeling van nieuwe besmettingsziekten.

De noodzaak om de uitgaven van de ziekteverzekering te beheersen had onder meer tot gevolg dat het persoonlijk aandeel van de patiënt voor een bezoek aan de huisarts opgetrokken werd.

Hierbij heeft men gepoogd de minst goeie bevolkingscategorieën te sparen, onder andere door de invoering van een sociale franchise.

De regering zal zo vlug mogelijk onderzoeken of dat systeem kan worden uitgebreid, met name door een aanpassing van de nomenclatuur, zodat de financiële gevolgen worden beperkt voor de chronische

gue entre les parties concernées, bénéficier d'incitants adéquats pour en favoriser l'émergence.

L'établissement d'un protocole délimitant et spécifiant les tâches entre la médecine générale et la médecine spécialisée devrait trouver un premier terrain d'application avec le développement de l'hospitalisation de jour.

Une telle évolution dans l'organisation du système de soins réclamera qu'une attention toute particulière soit portée à la qualité des soins.

Cette dernière implique une formation poussée des médecins intégrant la dimension économique de la santé et un recyclage régulier du corps médical.

La tenue d'un dossier médical central et l'échange d'informations sur les patients pris en charge aux divers échelons du système de soins contribueront à la rencontre de cette exigence de qualité.

#### b. *L'évaluation médicale*

L'évaluation médicale constituera l'un des axes majeurs de la politique gouvernementale dans le domaine des soins de santé.

Elle s'appliquera également à la médecine de première ligne.

Le Gouvernement entend créer une commission d'évaluation de la médecine générale (*peer review*) au sein de l'administration de la santé publique.

Elle aura pour mission de rassembler et de traiter les informations collectées par les groupes locaux d'évaluation médicale.

Les informations collectées et anonymisées serviront, notamment au sein des instances de l'I.N.A.M.I., à développer une action éducative pour prévenir la surprescription d'actes techniques ou médicaux.

#### c. *Accès à la médecine générale*

Il importe de préserver et de faciliter l'accès le plus large possible à la médecine générale pour tenir compte notamment de son rôle dans l'appréhension de la situation socio-sanitaire de la population et dans la prise en charge primaire des maladies sociales et des conséquences du développement de nouvelles maladies infectieuses.

Or, la nécessité de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie a eu entre autres conséquences de relever la quote-part personnelle du patient lors d'une visite chez le médecin-traitant.

Ce relèvement a cherché à épargner les catégories les moins favorisées de la population par l'instauration notamment d'une franchise sociale.

Le gouvernement examinera rapidement la possibilité d'étendre cette approche pour protéger de leur incidence financière les patients chroniques ou les patients dont l'état réclame un recours répété et

patiënten of voor de patiënten die, gezien hun toestand, veelvuldig een beroep doen op het gezondheidszorgsysteem.

Een substantiëlere verlaging van het persoonlijk aandeel van de patiënt zal eveneens aandachtig worden onderzocht in het raam van de door de regering geplande hervormingen in de gezondheidszorg.

Anderzijds zullen, conform de regeringsbeslissingen, de inkomensvoorwaarden om van de voorkeuregeling W.I.G.W. te genieten, strikter worden omschreven.

## 5. Het ziekenhuisbeleid

Inzake het ziekenhuisbeleid voorziet het regeerakkoord in de volgende punten :

a) voor de uitgaven blijft de strikte reële groeicnorm van maximum 1,5 % gelden;

b) onverminderd de kwalitatieve evaluatie van de medische praktijkvoering, zal een strikte programmering worden uitgewerkt voor de zware medisch-technische diensten en apparaten. Die programmering moet rekening gehouden met de behoeften en de basis vormen voor het aanmoedigen van samenwerkingsakkoorden tussen ziekenhuizen. Bovendien zullen alle knelpunten en gevolgen van die akkoorden, met name tussen de openbare en de privé-sector, worden onderzocht;

c) de maatregelen vervat in de oriëntatienota voor het ziekenhuisbeleid zullen integraal worden uitgevoerd (werking van de overlegstructuur, evaluatie van de medische praktijkvoering, aanpassing van de financieringswijze van de ziekenhuizen, reconversie van de acute bedden, aanmoediging van de daghospitalisatie gekoppeld aan een vermindering van het aantal verpleegdagen, ...).

Voornoemde oriëntatienota, die de regering op 24 maart jongstleden goedkeurde, voorzagt inderdaad in de invoering van een reeks structurele maatregelen, die hierna worden samengevat.

### *De multipartite overlegstructuur*

Die oriëntatienota vond reeds een eerste toepassing in de oprichting van een multipartite overlegstructuur. Die overlegstructuur bestaat uit 8 vertegenwoordigers van het medisch korps, 8 vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, 8 vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders en 8 experts inzake ziekenhuisbeleid. Ze heeft twee essentiële taken :

1. Een gegevensnetwerk oprichten, zonder hetwelk de hervorming niet kan worden doorgevoerd;

2. Adviezen verstrekken voor alle materies die tegelijk het ministerie van Volksgezondheid en de Ziekteverzekering betreffen, teneinde tot een coherent beleid te komen.

Die nieuwe structuur vervangt de bestaande adviesorganen niet. Het gaat om een structuur die de

important au système de soins, notamment par une adaptation appropriée de la nomenclature.

Une réduction plus significative de la quote-part personnelle des patients fera également l'objet d'un examen attentif dans le cadre des réformes projetées par le gouvernement dans le domaine de la santé.

Conformément aux décisions gouvernementales, les conditions d'octroi du statut préférentiel V.I.P.O. seront rendues plus strictes.

## 5. La politique hospitalière

Dans le domaine hospitalier, l'accord de gouvernement prévoit que :

a) les dépenses continueront à être soumises à la norme stricte de croissance réelle d'un maximum de 1,5 %;

b) sans préjudice de l'évaluation qualitative de la pratique médicale, une programmation stricte des services médico-techniques et des appareils lourds sera élaborée. Cette programmation devra tenir compte des besoins et constituer la base de la promotion d'accords de coopération entre hôpitaux. De plus, toutes les difficultés et conséquences de ces accords de coopération notamment entre secteur public et privé seront examinées;

c) les mesures prévues dans la note d'orientation relative à la politique hospitalière seront exécutées intégralement (fonctionnement de la structure de concertation, évaluation de la pratique médicale, adaptation du mode de financement des hôpitaux, reconversion des lits aigus, encouragement de l'hospitalisation de jour accompagné d'une diminution du nombre de jours d'hospitalisation, ...).

Cette note d'orientation relative à la politique hospitalière, que le gouvernement a approuvée le 24 mars dernier, prévoyait en effet la mise en œuvre d'une série de mesures structurelles qu'il convient de résumer.

### *La structure de concertation multipartite*

Cette note d'orientation a connu déjà une première application par la mise en place d'une structure de concertation multipartite. Cette structure multipartite qui comprend 8 représentants du corps médical, 8 représentants des organismes assureurs et 8 représentants des gestionnaires et 8 experts en gestion hospitalière aura deux grandes missions :

1. Créer un réseau de données sans lequel la réforme ne pourra être rendue opérationnelle;

2. Donner des avis dans toutes les matières qui concernent à la fois le ministère de la Santé publique et l'Assurance Maladie en vue de mener une politique plus cohérente.

Cette nouvelle structure ne remplace pas les organes d'avis actuels. Il s'agit d'une structure qui doit

andere organen advies geeft, zodat die zo efficiënt mogelijk kunnen werken.

De regering heeft de bedoeling de taken en de bevoegdheden van die nieuwe structuur, die een grote rol zal spelen in het ziekenhuisbeleid, nauwkeuriger te omschrijven.

#### *De oprichting van een gegevensbank*

De oprichting van een gegevensbank heeft tot doel tot een beter beheer te komen van een systeem dat moet berusten op de zorgkwaliteit, de efficiëntie van de medische praktijkvoering en een gezond beheer van de instellingen.

Eens de verschillende betrokken instanties de beschikbare gegevens, namelijk de minimale klinische, verpleegkundige en financiële gegevens, hebben gevalideerd, zullen die onderling kunnen worden gelinkt en bewerkt.

De manier waarop dat net tot stand moet komen, de vorm ervan, de toegangsvoorwaarden, zullen door die nieuwe overlegstructuur worden onderzocht.

De technische structuren voor het leveren van de nodige gegevens zullen evenwel binnen het departement van Sociale zaken worden opgezet.

Die structuur moet voor het einde van het jaar effectief ingevoerd zijn.

Dankzij die gegevens zullen de ziekenhuizen in staat zijn de beschikbare middelen beter aan te wenden en zullen ze met name een betere kijk krijgen op het verband tussen de ziekteverzekeringsuitgaven en de pathologieën. Daartoe moeten de ziekenhuizen feedback krijgen over hun eigen situatie, waarbij de gegevens met nationale aggregaten worden vergeleken. Dat netwerk dient ook om gegevens te verstrekken voor het nationale volksgezondheidsbeleid, voor zover het federale bevoegdheden betreft: de vaststelling van het ziekenhuisbudget (globaal en individueel), het vaststellen van de nationale erkenningsnormen en het toekomstig beleid inzake de evaluatie van de kwaliteit van de geneeskunde.

Dat netwerk moet vervolgens ook gegevens bezorgen aan de Commissie voor begrotingscontrole van het R.I.Z.I.V., teneinde de budgetten te ramen en simulaties uit te voeren over de evolutie van de R.I.Z.I.V.-uitgaven.

Op langere termijn tenslotte moet het netwerk aan het R.I.Z.I.V. de nodige gegevens leveren voor de vaststelling van forfaits, enveloppes en de prijzen per verstrekking.

#### *De evaluatie van de medische praktijkvoering*

Eén van de belangrijkste gedeelten van de nota gaat over de evaluatie van de medische praktijkvoering.

Het begrip *peer review* is al jaren in de besluiten tot erkenning van de medisch-technische diensten opgenomen, maar wordt niet gepreciseerd. Het gaat om een complexe problematiek waarbij men ook re-

nourrir les autres organes d'avis afin que ceux-ci puissent effectuer pleinement leur travail.

L'intention du gouvernement est de mieux préciser dans la loi les missions et compétences de cette nouvelle structure qui jouera un rôle majeur dans la politique hospitalière.

#### *La création d'une banque de données*

La création d'une banque de données a pour but d'améliorer la gestion d'un système qui devra se fonder sur la qualité des soins, sur l'efficience de la pratique médicale et sur une saine gestion des institutions.

Après avoir été validées par les différentes instances concernées, les données disponibles, à savoir les résumés clinique, infirmier et financier minima, pourront être mises en liaison les unes avec les autres et traitées.

La manière dont il faut créer ce réseau, la forme, les conditions, les conditions d'accès, seront discutées au sein de cette nouvelle structure de concertation.

Mais il sera procédé à la mise en place au niveau du département des Affaires sociales des structures techniques aptes à fournir les informations nécessaires.

La mise en place de cette structure doit être effective avant la fin de l'année.

Grâce à ces données, les hôpitaux seront en mesure de mieux utiliser les ressources disponibles et, notamment, de mieux cerner les relations entre les dépenses pour l'assurance maladie et les pathologies. Pour cela, il faut donner aux hôpitaux un feed-back sur leur propre situation en comparant ces données avec des agrégats nationaux. Une autre mission de ce réseau est de fournir des données pour la politique nationale de Santé publique, pour ce qui est du ressort des compétences fédérales: la fixation du budget des hôpitaux (globalement et individuellement), la fixation des normes nationales d'agrément, et, la politique future d'évaluation de la qualité de la médecine.

Ensuite, ce réseau doit aussi fournir des données à la Commission de Contrôle budgétaire de l'I.N.A.M.I. afin d'évaluer les budgets et de faire des simulations quant à l'évolution des dépenses de l'I.N.A.M.I.

Enfin, dans une perspective à plus long terme, ce réseau devra fournir à l'I.N.A.M.I. les informations nécessaires à la fixation de forfaits, d'enveloppes et de prix par prestation.

#### *L'évaluation de la pratique médicale*

Un des volets les plus importants de la note concerne toute l'évaluation de la pratique médicale.

Depuis plusieurs années déjà, on a introduit dans les arrêtés d'agrément de services médico-techniques la notion de *peer review* sans pouvoir préciser celle-ci. Il s'agit là d'une problématique complexe à mettre en

kening moet houden met de federale structuur van onze Staat.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft men een politiek akkoord bereikt over de grote lijnen voor een beleid inzake evaluatie van de medische praktijk door gelijken. Dat politiek akkoord moet nog worden omgezet in een samenwerkingsakkoord.

Dat akkoord zou steunen op de volgende krachtlijnen :

A. Ieder ziekenhuis dient mee te werken aan de evaluatie van de medische activiteit binnen zijn diensten. Die verplichte medewerking zal een erkenningsnorm worden.

B. Wat de werking van het evaluatiesysteem betreft, zijn de bevoegdheden gespreid over verschillende niveaus en moeten dus op ieder van die niveaus structuren worden opgezet.

Alle gemeenschappen en gewesten moeten voor een bepaalde functie of discipline (bijvoorbeeld nierdialyse), eventueel uitgebreid tot andere disciplines (huisarts, experts, ...) een college van gelijken oprichten om de kwaliteit van de geneeskunde te evalueren op basis van de registratie van de gegevens die door de ziekenhuizen werden opgetekend.

De gegevensinstructies en het systeem van feedback naar de diensten zullen worden vastgesteld door een verenigd college op nationaal niveau. Dat verenigd college zal bestaan uit vertegenwoordigers van de colleges van de verschillende gemeenschappen en gewesten.

Die verenigde colleges krijgen ook tot taak een model voor de geïnformatiseerde registratie te ontwerpen op basis waarvan een nationaal rapport over de betrokken medische discipline of functie moet kunnen worden opgesteld.

Tenslotte zal op het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid een nationale commissie voor evaluatie van de medische praktijkvoering worden opgericht die twee taken te vervullen krijgt :

Eenzijds moet zij voor de verschillende verenigde colleges uniforme richtlijnen uitstippelen.

Anderzijds moet zij op basis van de verslagen van de verenigde colleges voorstellen formuleren die noodzakelijk zijn voor het federale beleid inzake programmering, erkenning en financiering. Die voorstellen zijn onder meer bedoeld voor de multipartite overlegstructuur.

#### *Financiering en concept van het ziekenhuis*

Eén van de grote doelstellingen van de ziekenhuisnota is ook de financieringsregeling en het concept van de ziekenhuizen te herzien.

Wat de herziening van de financieringsregeling betreft, vertrekt de beleidsnota van de vaststelling dat de financiering van de ziekenhuizen momenteel vooral gebaseerd is op structuur- en infrastructuurgegevens, alsook op kwantitatieve gegevens (aantal bedden, aantal verstrekkingen, ...) en dat ze nauwelijks gebaseerd is op de reële activiteit, hoewel er

œuvre qui devait aussi tenir compte de la structure fédérale de notre Etat.

Un accord politique sur les grandes lignes de la mise en œuvre d'une politique d'évaluation de la pratique médicale par les pairs s'est dégagé au sein de la Conférence Interministérielle Santé publique et doit encore être traduit en accord de coopération.

Cet accord serait basé sur les lignes directrices suivantes :

A. Chaque hôpital est tenu de participer à l'évaluation de l'activité médicale de ses services. Cette participation obligatoire sera instaurée comme norme d'agrément.

B. En ce qui concerne le fonctionnement du système d'évaluation, l'articulation des compétences engendre la mise en place de structures à plusieurs niveaux.

Chaque communauté et région créera un collège de pairs pour une certaine fonction ou discipline (par exemple la dialyse rénale), élargi éventuellement à d'autres disciplines (médecin généraliste, experts, ...) afin d'évaluer la qualité de la médecine sur la base de l'enregistrement de données établies par les hôpitaux.

Les instructions relatives à ces données et le système de feedback vers les services seront fixés par un collège réuni au niveau national; collège réuni formé de représentants des collèges de différentes communautés et régions.

Ces collèges réunis seront également chargés d'élaborer un modèle d'enregistrement informatisé devant permettre la rédaction d'un rapport national relatif à la discipline ou à la fonction médicale concernée.

Enfin, sera créée au sein du ministère des Affaires sociales et de la Santé publique une commission nationale chargée de l'évaluation de l'activité médicale qui sera chargée d'une double mission :

D'une part, elle élaborera les directives uniformes à l'intention des différents collèges réunis.

D'autre part, elle sera chargée, sur base des rapports des collèges réunis, de faire les propositions qui s'imposent en ce qui concerne la politique fédérale en matière de programmation, d'agrément et de financement, notamment à la structure de concertation multipartite.

#### *Le financement et le concept de l'hôpital*

Un des grands objectifs de la note hospitalière est aussi de revoir le mode de financement et le concept de l'hôpital.

En ce qui concerne cette révision de la politique de financement, la note politique part de la constatation que le financement des hôpitaux à l'heure actuelle est surtout un financement basé sur des éléments de structure et d'infrastructure et de données quantitatives (nombre de lits, nombre de prestations, ...) et qu'il est très peu basé sur l'activité réelle, bien que

sinds 1991 een aantal veranderingen zijn ingevoerd en men reeds gebruik maakt van de nomenclatuur om onderdeel B2 van het budget te bepalen. Sinds twee jaar gebruikt men ook de M.V.G.- en M.K.G.-gegevens om de genormaliseerde verblijfsduur vast te stellen.

In de toekomst zullen we evolueren naar een financieringssysteem bestaande uit een basisfinanciering bedoeld om de kosten te dekken die verband houden met de erkenningsnormen en met het verzekeren van de zorgkwaliteit en een ander gedeelte dat zal worden vastgesteld op basis van de activiteit en het activiteitenprofiel van het ziekenhuis.

In de politieke nota worden nog andere veranderingen aangekondigd.

In het toekomstige financieringssysteem zal meer rekening worden gehouden met de pathologieën, onder meer via het gebruik van de M.K.G.-gegevens en andere gegevens zoals leeftijd, afhankelijkheidsgraad van de patiënten, complicaties, morbiditeit, sociale status, ...

Drie studies, uitgevoerd door universitaire teams, zullen daartoe bijdragen :

- een studie over de sociale gegevens om te zien of het aangewezen is om dergelijke gegevens in de M.K.G. of de M.P.G. op te nemen of om te zien of er andere middelen zijn om rekening te houden met de sociale situatie van de patiënten;

- een specifieke studie in verband met de geriatrie om te onderzoeken welke de invloed is van de behandeling van ouderen op de financiering;

- een studie waarbij men verbanden tracht te leggen tussen kosten en pathologieën. Men spreekt immers steeds over het verband tussen uitgaven en pathologieën via de M.F.G., maar deze studie wil nog verdergaan en de reële kostprijs van de pathologieën kennen, zodat men budgetten kan vaststellen waarbij rekening wordt gehouden met die reële kosten.

Dat alles betreft de financiering van de ziekenhuizen.

Wat het erkenningsbeleid betreft, heeft de Regering vastgesteld dat de huidige erkenningsnormen onvoldoende gericht zijn op de activiteit van het ziekenhuis.

Daarom wil de Regering evolueren naar de erkenning van het ziekenhuis als geheel en aangeven welke functies dat ziekenhuis vervult.

Bijzondere aandacht zal besteed worden aan een aangepaste zorg voor kinderen. Zo moeten kinderen, ook na een chirurgische ingreep, in een dienst pediatrie kunnen worden opgevangen.

Zo zou een onderscheid worden gemaakt tussen de basisfuncties (verplicht voor alle ziekenhuizen) en de gespecialiseerde functies. De N.R.Z.V. heeft in een advies gepreciseerd dat het zou gaan om functies per leeftijdsgroep van patiënten : kinderen, volwassenen, ouderen.

Via het erkenningsbeleid wil de regering de ziekenhuizen ook aansporen om nog beter samen te

depuis 1991 certains changements aient déjà été introduits et que l'on utilise déjà la nomenclature pour fixer la partie B2 du budget. Depuis deux ans aussi, on utilise les données R.I.M. et aussi du R.C.M. pour la fixation des durées de séjours normalisées.

A l'avenir, le financement va être réorienté vers un financement où il y aura une partie de financement de base visant à couvrir les charges liées aux normes d'agrément et au respect de la qualité des soins d'une part, et, d'autre part, une partie du budget sera fixée en fonction de l'activité et du profil d'activité de l'hôpital.

D'autres changements sont annoncés dans la note politique.

Le système actuel de financement sera réorienté vers une plus grande prise en compte des pathologies, notamment par le biais de l'utilisation des R.C.M., et d'autres éléments tels : l'âge, la dépendance des patients, les complications, la morbidité, le statut social, ...

Trois études menées par des équipes universitaires y contribueront :

- une étude sur les données sociales pour voir s'il est opportun d'intégrer dans le R.C.M. ou dans le R.P.M. de telles données ou s'il y a d'autres moyens pour tenir compte de la situation sociale des patients;

- une étude traitant plus particulièrement l'aspect de la gériatrie afin d'examiner quelles sont les conséquences du traitement des personnes âgées par rapport au financement;

- une étude qui essaie de faire des liens entre coûts et pathologies. En effet on parle toujours du lien entre dépenses et pathologies par le biais du fameux R.F.M., mais celle-ci veut aller plus loin et connaître le coût réel des pathologies en vue de fixer des budgets tenant compte de ces coûts réels.

Tout ceci concerne le financement des hôpitaux.

Pour ce qui relève de la politique d'agrément, le Gouvernement a constaté que les normes d'agrément actuelles ne donnent pas assez d'importance à l'activité de l'hôpital.

C'est pourquoi le Gouvernement veut plutôt aller vers l'agrément de l'hôpital considéré comme un tout, et indiquer les différentes fonctions que cet hôpital réalise.

Une attention particulière sera accordée afin de garantir des soins adoptés pour les enfants. Ainsi, les enfants devraient avoir la possibilité d'être accueillis dans un service de pédiatrie, même après une intervention chirurgicale.

Une distinction serait faite entre les fonctions de base (obligatoires pour tous) et les fonctions spécialisées. Le C.N.E.H. a précisé dans un avis que ces fonctions de base seront des fonctions par groupe d'âge des patients : les enfants, les adultes, les personnes âgées.

Le Gouvernement veut aussi par la politique d'agrément inciter les hôpitaux à mieux collaborer

werken, ook al zijn er de laatste jaren al veel inspanningen in die zin geleverd. De regering introduceerde in de wet het nieuwe begrip « samenwerkingsverband van ziekenhuizen », precies om overlappingen te voorkomen en de behoeften van de bevolking beter te dekken.

Die samenwerkingsverbanden zijn anders van aard dan de groeperingen. Ze beperken zich tot één of meer ziekenhuisfuncties. Bovendien bepaalt de wet dat een samenwerkingsverband een specifiek budget kan krijgen. Terwijl voor de huidige ziekenhuisgroeperingen de budgetten nog vastgesteld worden voor de verschillende entiteiten van de groepering, zou het mogelijk zijn de samenwerkingsverbanden een specifiek budget te geven. Die techniek heeft als voordeel dat het samenwerkingsverband één beheerder zal hebben voor alle diensten die gemeenschappelijk gerund worden. Dat vormt het grote verschil met de groeperingen. Bovendien is het begrip « samenwerkingsverband » ook opgenomen in de wet op de ziekteverzekering en, voor het R.I.Z.I.V., zal het samenwerkingsverband erkend worden voor de betalingen in dat kader. Die wetsbepalingen moeten worden omgezet in uitvoeringsbesluiten. Daarbij zal de aandacht vooral gaan naar twee grote pijlers: de samenwerkingsverbanden kunnen alleen betrekking hebben op medisch-technische diensten en specifieke technieken en ze kunnen alleen tot stand komen tussen erkende ziekenhuizen. Andere partners komen niet in aanmerking. Die samenwerkingsverbanden krijgen een specifiek erkenningsnummer.

#### *Afbouw van het aantal bedden*

Vijfde doelstelling in het regeerplan: de ziekenhuisinfrastructuur beter afstemmen op de behoeften.

Op basis van twee jaar gebruik van de M.K.G.-gegevens heeft men kunnen vaststellen dat de verblijfsduur ingekort kan worden, niet om louter te bezuinigen, maar om het budget beter te verdelen.

Het accent werd dan ook gelegd op de prestatie van het ziekenhuis in verhouding tot de nationale gemiddelde verblijfsduur per pathologie.

Op basis van dat beleid wil de regering het aantal bedden afbouwen om het aantal in overeenstemming te brengen met de behoeften. Het begrotingsconclaaf van juli 1994 voorzag in een aanpassing van het beddenaantal, gespreid over vijf jaar.

Dankzij het gebruik van de M.K.G. beschikken we nu over gegevens waarmee we efficiënter rekening kunnen houden met de reële activiteit van de ziekenhuizen.

Terwijl de gemiddelde bezettingsgraad vroeger het enige criterium was, wordt nu rekening gehouden met het pathologieprofiel, de verblijfsduur per homogene pathologiegroep en de mate waarin de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie wordt vervangen.

In 1995 onderging het budget van de ziekenhuizen een zeer belangrijke financiële aanpassing ten beho-

encore, tout en sachant que beaucoup d'efforts ont été menés ces dernières années. Le Gouvernement a ainsi introduit dans la loi une nouvelle notion: la notion d'association d'hôpitaux, afin justement d'éviter les doubles emplois et de mieux couvrir les besoins de la population.

Ces associations sont d'une autre nature que les groupements. Elles sont limitées à une ou plusieurs fonctions hospitalières. De plus, la loi prévoit que l'on pourrait donner un budget spécifique à une association. Là où pour les groupements actuels des hôpitaux, les budgets sont fixés encore pour les différentes entités du groupement, dans l'association, il serait possible de donner un budget spécifique à celle-ci. L'avantage de cette technique est que l'association aura un gestionnaire commun pour les services qui seront gérés de manière commune entre plusieurs hôpitaux. C'est là la grande différence avec les groupements. D'ailleurs, la notion d'association a aussi été inscrite dans la loi sur l'Assurance-maladie et, pour l'I.N.A.M.I., l'association sera reconnue pour les paiements qui se font dans ce cadre. Il faut traduire en arrêtés d'exécution ces dispositions légales. Deux axes seront examinés principalement: les associations ne pourront concerner que des services médico-techniques et des techniques spécifiques, et elles ne pourront se faire qu'entre hôpitaux agréés, à l'exclusion de tout autre partenaire. Ces associations auront un numéro d'agrément spécifique.

#### *Diminution du nombre de lits*

Le cinquième objectif du plan du Gouvernement est de mieux faire correspondre l'infrastructure hospitalière aux besoins.

L'utilisation depuis deux ans du R.C.M. a permis de constater qu'une réduction des durées de séjour était possible, non pas pour réaliser une économie telle quelle, mais pour mieux répartir le budget.

L'accent a dès lors été mis sur la performance de l'hôpital par rapport aux moyennes nationales de durée de séjour par pathologie.

Sur la base alors de cette politique, le Gouvernement veut réduire le nombre de lits de façon à faire correspondre celui-ci aux besoins. Le conclave budgétaire de juillet 1994 a prévu une adaptation du nombre de lits étalée sur une période de cinq ans.

Grâce à l'utilisation du R.C.M., nous disposons à présent de données qui nous permettent de tenir compte de meilleure manière de l'activité réelle des hôpitaux.

En effet, là où précédemment, le seul critère utilisé était le taux d'occupation moyen, il est maintenant tenu compte du profil de pathologie, de la durée de séjour par groupe homogène de pathologies et du degré de substitution de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour.

C'est ainsi qu'en 1995, une adaptation financière très importante a été appliquée au budget des hôpi-



pe van 30 % van de totale impact berekend op basis van de elementen die ik zojuist heb opgesomd.

In 1996 moet er een adempauze komen in de hervormingen van het financieringssysteem. Daar zijn drie redenen voor : de ziekenhuizen moeten de kans krijgen om zich te situeren tegenover die nieuwe gegevens en tegenover de sluiting van « niet-performante » acute bedden, de budgetaanpassingen moeten weer om de drie jaar plaatsvinden en, tot slot, moeten wij onze instrumenten kunnen verfijnen, onder meer op het gebied van de pathologieën die verband houden met revalidatie en psychiatrie, de validering en de bijwerking van de M.K.G.-gegevens.

Wat de psychiatrie betreft, is het de bedoeling het gebruik van de Minimale Psychiatrische Gegevens vanaf 1 januari 1996 uit te breiden tot alle psychiatrische diensten (in een psychiatrisch ziekenhuis of een algemeen ziekenhuis).

Het gaat om 57 psychiatrische ziekenhuizen met 13 300 bedden, 15 psychiatrische ziekenhuizen met 2 700 partiële bedden en 2 270 psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen.

Om die gegevens in de instellingen te registreren, is in het budget 1996 een bedrag van 164,570 miljoen vastgelegd.

We komen nog even terug op het gebruik van de M.K.G.-gegevens in de financiering van de ziekenhuizen : de aanwending daarvan zal geleidelijk worden uitgebreid en opgedreven om in 1999 te komen tot een aanpassing van 100 % van het berekend effect.

Om de vrijwillige sluiting van bedden in de ziekenhuizen aan te moedigen, zal een premie worden toegekend, op basis van de budgettaire besparing welke die sluiting oplevert. Die premie is beperkt in de tijd en zal afnemen naarmate de sluiting in de tijd wordt gespreid.

Die premie zal worden toegekend als een ziekenhuis vóór 30 juni 1996 besluit om bedden te sluiten en als die bedden op 1 januari 1997 effectief gesloten zijn, wat zich uit in een aanpassing van de verpleegdagquota en het budget van het ziekenhuis.

Er wordt een lagere premie toegekend als de beslissing en de uitvoering ervan een jaar later plaatsvinden (dit is respectievelijk 30 juni 1997 en 1 januari 1998).

Het koninklijk besluit van 30 januari 1989 zal hoe dan ook strikt worden toegepast, wat zal leiden tot de verplichte sluiting van bedden op basis van de in 1995-1996 en 1997 geregistreerde activiteit. Die verplichte sluiting vindt dan plaats op 1 januari 1999.

De ziekenhuizen die uiterlijk op 31 december 1997 al hun bedden of een aanzienlijk deel daarvan vrijwillig hebben gesloten, ontvangen een herscholingspremie om het personeel een nieuwe functie te geven.

De ziekenhuizen krijgen bovendien net als vroeger een sluitingsvergoeding, zoals vermeld in het koninklijk besluit van 19 mei 1987 voor de sluiting van een instelling of een deel daarvan.

taux, représentant 30 % de l'effet global calculé à partir des éléments que je viens de citer.

En 1996, il faudra marquer une pose dans les réformes du système de financement afin de pouvoir permettre aux hôpitaux de se situer par rapport à ces nouvelles données et à la fermeture de lits aigus « non-performants », afin aussi de revenir au rythme trisannuel d'adaptation du budget et, enfin, afin de nous permettre d'affiner nos outils notamment en ce qui concerne les pathologies liées à la revalidation et à la psychiatrie, la validation et l'actualisation des données R.C.M.

En ce qui concerne la psychiatrie, l'intention est de généraliser l'utilisation du Résumé Psychiatrique Minimum dans tous les services de psychiatrie (situés en hôpital psychiatrique ou en hôpital général) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1996.

Cela concerne 57 hôpitaux psychiatriques comptant 13 300 lits, 15 hôpitaux psychiatriques avec 2 700 lits partiels et 2 270 lits psychiatriques dans des hôpitaux généraux.

A cet effet, un budget de 164,570 millions a été prévu dans le budget 1996 pour l'enregistrement de ces données au sein des institutions.

Pour en revenir à l'utilisation du R.C.M. dans le financement des hôpitaux, son utilisation sera étendue et intensifiée progressivement pour arriver à une adaptation de 100 % de l'effet calculé en 1999.

En vue de stimuler la fermeture volontaire de lits dans les hôpitaux, une prime sera accordée, qui sera fonction de l'économie budgétaire dégagée par cette fermeture. Cette prime sera limitée dans le temps et diminuera en fonction de l'étalement de la fermeture dans le temps.

Cette prime sera accordée si un hôpital décide de fermer des lits avant le 30 juin 1996 et si cette fermeture intervient effectivement au 1<sup>er</sup> janvier 1997, se traduisant par une adaptation du quota de journées d'hospitalisation et du budget de l'hôpital.

Une prime diminuée sera attribuée si la décision et l'exécution de fermeture sont prises un an plus tard (soit respectivement le 30 juin 1997 et le 1<sup>er</sup> janvier 1998).

Dans tous les cas, une application stricte de l'Arrêté royal du 30 janvier 1989 mènera à la fermeture obligatoire de lits sur base de l'activité enregistrée durant les années 1995-1996 et 1997. Cette fermeture obligatoire interviendra alors au 1<sup>er</sup> janvier 1999.

Pour les hôpitaux qui, pour le 31 décembre 1997 au plus tard, auront fermé volontairement la totalité ou une partie substantielle des lits, une prime de recyclage destinée à la réaffectation du personnel sera octroyée.

De plus, les hôpitaux recevront, comme par le passé, une indemnité de fermeture telle que prévue dans l'arrêté royal du 19 mai 1987 pour la fermeture d'un établissement ou d'une partie de celui-ci.

Ook voor de transfer en de verkoop van bedden zullen strikte regels worden vastgesteld.

*Het vaststellen van een forfaitair bedrag voor de honoraria*

De zesde doelstelling van de regering bestaat erin de gegevensbank ook te gebruiken in de sector van de ziekteverzekering en tot een grotere coherentie te komen tussen de financiering via het ziekenhuisbudget enerzijds en de financiering via de honoraria anderzijds.

De regering wil de technieken in verband met het vaststellen van een forfaitair bedrag voor de honoraria versterken, maar wil daarbij de nadruk leggen op de verbetering van de kwaliteit van de geneeskunde.

De regering wil geleidelijk afstappen van de kwantitatieve benadering die nog te vaak de overhand heeft en waarbij niet wordt gezocht naar de doeltreffendheid van de diagnostische en therapeutische methoden. Na de klinische biologie kunnen dus nog andere medisch-technische disciplines een partiële forfaitaire financiering krijgen die is aangepast aan de behandelde pathologieën, aan relevante structurele kenmerken en aan objectieve factoren die de opvang van die patiënten zwaarder maken. Er moeten grondige studies worden uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de reële kostprijs van dergelijke diensten.

Een dergelijke aanpak moet enerzijds leiden tot een betere integratie van de artsen in het beheer van de ziekenhuisinstellingen en anderzijds moet een geleidelijke evolutie mogelijk maken van een zware-dienstenbeleid dat ingegeven is door budgettaire overwegingen naar een programmatie- en erkenningsbeleid dat geïnspireerd is op overwegingen die de volksgezondheid beogen.

*Daghospitalisatie*

De regering heeft in de begroting 1995 al het begrip « vervanging van klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie » opgenomen.

De functie daghospitalisatie zal beter moeten worden omschreven en er zullen erkenningsnormen moeten worden vastgesteld, zodat de Gemeenschappen en Gewesten die functie kunnen erkennen. Bovendien moet een aangepaste oplossing worden gevonden voor de integratie van de financiering van die activiteit in het totale budget van het ziekenhuis.

Om de artsen warm te maken voor de daghospitalisatie, heeft de regering nog twee maatregelen in petto :

- hogere toezichtshonoraria dan bij klassieke hospitalisatie;
- herwaardering van de honoraria van de eerste-lijnsartsen die de continuïteit van de zorg verzekeren.

Des règles strictes seront prises également en matière de transfert et de vente de lits.

*Forfaitarisation des honoraires*

Le sixième but du Gouvernement est d'utiliser la banque de données aussi dans le secteur de l'Assurance-maladie, et d'avoir une plus grande cohérence entre le financement par le budget hospitalier d'une part, et, d'autre part, le financement via les honoraires.

Le Gouvernement veut renforcer les techniques de forfaitarisation des honoraires mais en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de la médecine.

La volonté du Gouvernement est de sortir progressivement de la logique quantitative qui prévaut encore trop souvent, sans recherche de l'efficacité des démarches diagnostiques et thérapeutiques. Aussi, après la biologie clinique, d'autres disciplines médico-techniques pourront faire l'objet d'un financement forfaitaire partiel modulé en fonction des pathologies traitées, de caractéristiques structurelles pertinentes et de facteurs objectifs alourdissant la prise en charge de ces patients. Des études approfondies doivent être menées afin de mieux cerner les coûts réels de tels services.

Une telle approche devrait permettre, d'une part, une meilleure intégration du corps médical dans la gestion des institutions hospitalières et, d'autre part, de passer progressivement d'une politique, en matière de services lourds, basée sur des considérations budgétaires, à une politique de programmation et d'agrément basée sur des considérations de Santé publique.

*L'hospitalisation de jour*

Le Gouvernement a déjà introduit dans le budget 1995 des hôpitaux la notion de substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour.

Il faudra mieux décrire la fonction d'hospitalisation de jour et définir des normes d'agrément pour que les Communautés et Régions puissent agréer cette fonction. Enfin, il faudra trouver les solutions adéquates pour intégrer le financement de cette activité dans le budget global de l'hôpital.

Afin de stimuler les médecins à pratiquer l'hospitalisation de jour, le Gouvernement envisage encore deux mesures :

- des honoraires de surveillance plus élevés qu'en hospitalisation classique;
- une revalorisation des honoraires des médecins de première ligne qui assumeront la continuité des soins.

### *Geldelijke middelen van de ziekenhuizen*

Tot slot wordt in de beleidsnota van de regering aandacht besteed aan de problematiek van de geldelijke middelen van de ziekenhuizen. Het is bekend dat de ziekenhuizen soms te laat worden betaald en dat de definitieve prijzen, gelet op het inhaalsysteem, soms laattijdig worden vastgesteld. Daarom heeft de regering besloten om binnen het R.I.Z.I.V. een werkgroep op te richten om dat probleem te bestuderen.

In de komende jaren zullen nog andere aspecten van het ziekenhuisbeleid worden uitgewerkt :

### *Hervorming van de ziekenhuiswet*

Wil men de ziekenhuiswet grondig hervormen, moet men ingaan op de wetenschappelijke en financiële uitdagingen waarmee de ziekenhuisgeneeskunde aan het einde van deze eeuw wordt geconfronteerd.

De ziekenhuiswet, die dateert van 1963, is reeds herhaaldelijk gewijzigd en vormt geen coherent geheel meer. Die wijzigingen kwamen vaak tot stand via procedures zoals bijzondere machten en programmawetten, hetgeen de reeds ingewikkelde tekst heeft verzaamd en vaak tot verwarring tussen organieke regels en toepassingsregels heeft geleid.

De geplande hervorming zal dus moeten leiden tot een transparantere tekst die zich tot de organieke regels beperkt en de toepassingsregels aan de uitvoerende macht overlaat.

Bovendien is die wet op bepaalde punten verouderd of moeten bepaalde aspecten ervan gewijzigd worden om de efficiëntie ervan te verhogen.

Ten slotte is die hervorming noodzakelijk om de ziekenhuisgeneesheer nauwer bij het ziekenhuisbeheer te betrekken en om de beheerder de nodige prerogatieven te laten om een gezond beheer te kunnen voeren.

### *Rechten van de patiënt*

De ziekenhuiswet bevat nauwelijks bepalingen over de rechten van de ziekenhuispatiënt, terwijl de patiënt toch een centrale plaats in de wetgeving moet innemen. Door de medische en technologische evolutie wordt de behoefte aan juridische bescherming van de patiënt bovendien steeds groter. Om in die behoefte te voorzien, zal de ziekenhuiswet worden aangevuld met een titel die specifiek gewijd is aan de rechten van de ziekenhuispatiënt.

Het gaat in het bijzonder om de volgende rechten :

— de patiënt heeft recht op toegang tot ziekenhuisvoorzieningen die aangepast zijn aan zijn toestand of zijn ziekte;

— bij zijn opname moet de patiënt duidelijk worden meegedeeld met welke instanties hij een akkoord sluit;

### *La trésorerie des hôpitaux*

Finalement, la note politique du Gouvernement a attaché beaucoup d'importance à la problématique de la trésorerie des hôpitaux. Il est connu qu'il y a un certain retard dans le paiement des hôpitaux et dans la fixation des prix définitifs, vu le système de rattrapage. C'est la raison pour laquelle le gouvernement a décidé la création au sein de l'I.N.A.M.I. d'un groupe de travail pour étudier cette problématique.

D'autres aspects de la politique hospitalière seront développés dans les années à venir :

### *La réforme de la loi sur les hôpitaux*

Une réforme significative de la loi sur les hôpitaux se doit de répondre aux défis scientifiques et financiers de la médecine hospitalière en cette fin de siècle.

Datant de 1963, la loi sur les hôpitaux a été modifiée à de très nombreuses reprises et ne constitue plus un tout cohérent. Les procédures des pouvoirs spéciaux et des lois-programmes fréquemment utilisées pour la modifier ont alourdi un texte déjà complexe et ont provoqué une confusion fréquente entre règles organiques et modalités d'application.

La réforme envisagée devra donc intégrer un nécessaire toilettage afin d'obtenir un texte plus transparent se limitant aux règles organiques et renvoyant les modalités d'application au pouvoir exécutif.

En outre, un certain nombre de ses aspects sont devenus obsolètes ou nécessitent d'être modifiés afin d'améliorer leur efficacité.

Enfin, le souci de réaliser une meilleure intégration du médecin hospitalier dans la gestion de l'hôpital et de celui du gestionnaire de garder les prérogatives nécessaires à une saine gestion rendent cette réforme indispensable.

### *Les droits du patient*

En ce qui concerne les droits du patient hospitalisé, la loi sur les hôpitaux ne contient guère de dispositions, alors que le patient doit occuper une place centrale dans la législation. En outre, l'évolution médicale et technologique requiert de plus en plus une protection juridique du patient. Pour combler cette lacune, la loi sur les hôpitaux sera complétée par un titre consacré spécifiquement aux droits du patient hospitalisé.

Il s'agit en particulier des droits suivants :

— le patient a droit à l'accès aux équipements hospitaliers adaptés à son état ou à sa maladie;

— lors de l'admission, le patient doit être clairement informé de l'identité des instances avec lesquelles il conclut un accord;

- de ziekenhuispatiënt heeft recht op een menswaardige dienstverlening;
- de ziekenhuispatiënt heeft het recht om elke handeling in verband met de diagnose of de behandeling te aanvaarden of te weigeren;
- de ziekenhuispatiënt heeft het recht op relevante informatie over zijn gezondheidstoestand. Bij het informeren van de patiënt geldt het belang van de patiënt als enig criterium. Die inlichtingen moeten de patiënt in staat stellen om zich een volledig idee te vormen van alle aspecten — medische en andere — van zijn toestand. Ze moeten hem ook in staat stellen om alleen of in samenspraak met anderen over zijn welzijn te beslissen;
- de ziekenhuispatiënt of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om vooraf op de hoogte te worden gebracht van de risico's die iedere ongewone diagnostische of therapeutische handeling kunnen hebben;
- de patiënt of zijn vertegenwoordiger moet op het moment van de opname worden ingelicht over de geldende prijzen en over zijn persoonlijke bijdrage in de kosten van zijn ziekenhuisverblijf;
- de Koning kan specifieke regels vaststellen om te bepalen welk voorschot maximum mag worden gevraagd aan een patiënt die in een kamer met één, twee of meer bedden wordt opgenomen.

#### *Economische en financiële gegevens*

Tijdens de vorige regeerperiode werd een ontwerp van wijziging opgesteld inzake de economische en financiële gegevens die worden meegedeeld aan de ondernemingsraden en de raden voor veiligheid en hygiëne. In het kader van het regeerakkoord zou dat ontwerp moeten worden hernomen om de praktijken in de ziekenhuizen, onder meer op sociaal gebied, transparanter te maken.

#### *Programmatie en erkenning van de zware diensten*

De strikte programmatie van de zware diensten, die sinds het globaal plan voor de regering een prioriteit is en in de regeringsverklaring opnieuw werd bevestigd, moet het mogelijk maken om de kosten te beheersen.

In de volgende sectoren moeten de geplande normen bijdragen tot de beperking van de desbetreffende voorzieningen :

##### 1) Dialyse

De erkenningsnormen inzake dialyse moeten worden herzien, teneinde rekening te houden met het advies van de N.R.Z.V. en het gebruik van alle methodes voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie te bevorderen, zonder dat de keuze van de arts door financiële bezwaren wordt beïnvloed. Bijgevolg zou men zich op het begrip « patiënt » moeten baseren. Ook wat de R.I.Z.I.V.-forfaits betreft, kan de door de regering gevraagde bezuiniging van

- le patient hospitalisé a droit à un service qui respecte sa dignité humaine;
- le patient hospitalisé a le droit d'accepter ou de refuser tout acte relatif au diagnostic ou au traitement;
- le patient hospitalisé a droit à des informations pertinentes concernant son état de santé. Lors de l'information du patient, l'intérêt de celui-ci constitue le seul critère. Ces informations doivent permettre au patient de se faire une idée complète de tous les aspects, médicaux et autres, de son état et de décider, seul ou en concertation avec d'autres personnes, de son bien-être;
- le patient hospitalisé ou son représentant a le droit d'être informé au préalable des risques entraînés par tout acte inhabituel relatif au diagnostic ou au traitement;
- le patient ou son représentant doit être informé, lors de l'admission, des prix en vigueur et de sa contribution personnelle dans les frais du séjour à l'hôpital;
- Le Roi peut fixer des règles spécifiques déterminant l'acompte maximum pouvant être réclamé à un patient admis dans une chambre à un, deux ou plusieurs lits.

#### *Les informations économiques et financières*

Les informations économiques et financières à destination des conseils d'entreprise et de sécurité et d'hygiène avaient fait l'objet d'un projet de modification sous la précédente législature. Dans le cadre de l'accord gouvernemental, ce projet devrait être repris en vue d'assurer une plus grande transparence des pratiques des hôpitaux en matière sociale notamment.

#### *Programmation et agrément des services lourds*

Priorité du Gouvernement depuis le Plan Global, et rappelé dans la déclaration gouvernementale, la programmation stricte de ces services doit permettre de maîtriser les coûts.

Dans les secteurs suivants, les normes d'agrément qui pourrait être retenues devraient contribuer efficacement à la limitation de ces équipements :

##### 1) La dialyse

Les normes d'agrément de la dialyse doivent être revues en vue de tenir compte de l'avis du C.N.E.H. et de favoriser l'utilisation de toutes les méthodes de traitement de l'insuffisance rénale chronique, sans que le choix du médecin ne soit influencé par des contraintes financières. C'est ainsi qu'il faudrait se baser sur la notion de patient. De même, au niveau des forfait I.N.A.M.I., l'économie demandée par le gouvernement de 500 millions de francs sur le sec-

500 miljoen frank in de dialysesector alleen gerealiseerd worden als de erkenningsnormen worden herzien.

## 2) N.M.R.

Net zoals de scanner destijds, lijkt nu ook de nucleaire magnetische resonantie geroepen om een courante techniek te worden in de acute ziekenhuizen. Er zou een werkgroep moeten worden opgericht om na te gaan of die bewering klopt. Zo ja, dan moet de geldende regelgeving worden gewijzigd. In dat geval moet een nieuwe specifieke nomenclatuur voor de louter medische handelingen worden opgesteld om overlappingsen met andere technieken te voorkomen. De rest van de exploitatie (investering en niet-medisch personeel) moet dan in het ziekenhuisbudget worden opgenomen.

## 3) Klinische biologie

Verskillende maatregelen waarmee de vorige regeringen de misbruiken in die sector probeerden in te dijken, werden systematisch voor de rechtbank aangevochten.

De wettelijke basis van de maatregelen tegen privé-laboratoria en commerciële laboratoria moet worden versterkt. Er moeten nog andere maatregelen worden genomen om verwerpelijke praktijken uit het beroep te weren (naamverandering om de wet te omzeilen, frauduleuze faillissementen, oneerlijke handelspraktijken, ...). De rechtspraak moet meewerken om dat doel te bereiken.

## 6. Psychiatrische sector

Met de belangrijke hervorming van de psychiatrie in 1990 wou de regering de institutionele psychiatrie aanpassen aan de evolutie van de kennis (wetenschap, ervaring, ...) en de gevolgen van de diagnoseverfijning.

Via de uitbouw van alternatieven voor langdurige verblijven zoals de psychiatrische verzorgingstehuizen en beschut wonen, werd de nadruk gelegd op de maatschappelijke integratie van de patiënt, onder meer door een beroep te doen op een geschikte therapeutische begeleiding.

De hervorming van 1990 had nog een tweede doel: voorkomen dat psychiatrische pathologieën van chronische aard worden.

Door overlegplatforms psychiatrische zorg op te richten wou de regering de ingezette hervorming ondersteunen via aangepast overleg tussen de verschillende actoren.

Die natuurlijke evolutie van de psychiatrie heeft zich doorgezet en de hervorming die vijf jaar geleden werd ingezet, blijft relevant. Zij gaf zelfs aanleiding tot tal van alternatieve experimenten en tal van analysestromingen waaruit blijkt dat de evolutie van institutionele psychiatrie naar de zo vroeg mogelijke

teur de la dialyse ne pourrait se réaliser que si une telle modification de la législation était envisagée.

## 2) La R.M.N.

La résonance magnétique nucléaire semble appelée, comme jadis le scanner, à devenir une technique commune dans les hôpitaux aigus. Un groupe d'experts devrait être chargé de vérifier la réalité de cette assertion qui, si elle est vraie, devrait nous mener à modifier la réglementation en vigueur. Une nouvelle nomenclature spécifique, évitant les doubles emplois avec d'autres techniques, devrait alors être mise sur pied pour ce qui est des actes médicaux purs. Le reste de l'exploitation (investissement et personnel non-médical) devra être incorporé alors dans le budget hospitalier.

## 3) La biologie clinique

Diverses mesures prises sous les gouvernements précédents pour limiter les abus dans ce secteur ont à chaque fois fait l'objet de recours devant les cours compétentes.

Les mesures prises envers les laboratoires privés et commerciaux doivent voir leur légalité renforcée. D'autres mesures doivent encore être prises en vue d'éradiquer la profession de pratiques condamnables (changement de dénomination en vue d'é luder la loi, faillites frauduleuses, pratiques commerciales déloyales, ...). La collaboration de la justice doit être assurée.

## 6. Le secteur de la psychiatrie

L'importante réforme effectuée par le gouvernement en 1990 dans le secteur de la psychiatrie visait à adapter la psychiatrie institutionnelle aux évolutions des connaissances (savoir, expériences, ...) et aux conséquences de l'affinement du diagnostic.

Ainsi, en développant des alternatives à l'hébergement de longue durée que sont les maisons de soins psychiatriques et les habitations protégées, l'accent était mis sur la finalité d'intégration du patient dans la vie sociale grâce notamment au recours à un accompagnement thérapeutique approprié.

Par ailleurs, la réforme de 1990 poursuivait également un second objectif de prévention de la chronicité des pathologies psychiatriques.

Enfin, en installant les plate-formes de soins psychiatriques, le gouvernement entendait soutenir la réforme engagée par un processus de concertation approprié des différents acteurs concernés.

Cette évolution naturelle de la psychiatrie n'a pas été démentie; de même que la pertinence de la réforme engagée il y a cinq ans. Au contraire, elle a fourni matière au développement tant d'expériences alternatives, que de courants d'analyse préconisant une poursuite de l'évolution de la psychiatrie institution-

integratie van de patiënt in een begeleide omgeving moet worden voortgezet.

Het beleid dat Sociale Zaken tijdens deze regeerperiode wil voeren, sluit aan bij die wil om de psychiatrische sector aan zijn natuurlijke evolutie aan te passen.

### *Evaluatie*

De verdere omschakeling van de psychiatrie moet onder meer kunnen steunen op een evaluatie van de resultaten van de hervorming van 1990.

Die evaluatie moet de volgende elementen aan het licht brengen : de functies per soort instelling (basisfuncties, gespecialiseerde functies), de financieringsbehoeften en de personeelsnormen, alsook de samenwerkingsmiddelen die nodig zijn om de psychiatrische verzorgingstehuizen zo goed mogelijk te integreren in het gezondheidsbeleid in het algemeen en in het ziekenhuisbeleid (intra- en extramuraal) en het geestelijke-gezondheidszorgbeleid in het bijzonder.

Tijdens de vorige regeerperiode werden reeds belangrijke verbeteringen aangebracht op basis van de resultaten die in de instellingen werden vastgesteld. Zo werd het reglement voor beschut wonen gewijzigd om de erkenning en financiering van verzorgingseenheden met drie bedden mogelijk te maken.

### *De omschakeling voortzetten*

Het is dus op basis van een evaluatie van de sector (en in samenspraak met de sector) dat de Minister van Sociale Zaken de in 1990 begonnen omschakeling wil optimaliseren.

Parallel daarmee moeten de behoeften inzake ontwikkeling, consolidatie, aanpassing en zelfs diversificatie, alsook de samenwerkingsvereisten ingepast worden in de opeenvolgende fasen van de volledige uitvoering van de maatregelen die in de oriënteringsnota inzake ziekenhuisbeleid zijn vastgesteld.

Zo moeten de erkenningsnormen (en dus de bijhorende financiering) zowel in de psychiatrische sector als in de algemene ziekenhuizen worden herzien op basis van de vereisten inzake efficiëntie, kwaliteits-evaluatie, kwaliteitsbewaking, verkorting van de verblijfsduur, therapeutische begeleiding bij sociale reïntegratie (dus samenwerking) en preventie van chronificatie van pathologieën.

Wat de evaluatie van de efficiëntie betreft, zal grondig worden onderzocht via welke criteria en mechanismen het financieringssysteem geleidelijk kan worden aangepast. Tijdens dat onderzoek zal met name gezocht worden naar betrouwbare evaluatie-instrumenten die kunnen duidelijk maken hoe de beschikbare middelen worden aangewend. In een eerste stadium zal de financiering via enveloppes en per instelling behouden blijven en aangepast worden om de psychiatrische verzorgingstehuizen in staat te

nelle vers l'intégration, le plus tôt possible, du patient dans un milieu accompagné de vie.

La politique préconisée par les Affaires sociales au cours de la présente législature s'inscrit dans cette volonté de poursuivre l'adaptation du secteur psychiatrique à son évolution naturelle.

### *Evaluation*

La poursuite de la reconversion du secteur psychiatrique doit pouvoir se construire, notamment sur la base d'une évaluation des résultats de la réforme de 1990.

Cette évaluation doit pouvoir mettre en lumière à la fois les fonctions rencontrées par chaque type d'institutions (fonctions de base, fonctions spécialisées), à la fois les besoins de financement et de normes d'encadrement qui y sont liées, à la fois les outils de collaboration nécessaires à l'optimalisation de l'intégration des institutions de soins psychiatriques dans la politique de soins de santé en général, hospitalière (*intra et extra-muros*) et de santé mentale en particulier.

Sous la précédente législature, des corrections significatives avaient déjà été apportées sur base des résultats constatés dans les institutions. Ainsi, le règlement des habitations protégées a été modifié pour permettre à des unités de soins de trois lits d'être reconnues et financées.

### *Poursuivre la reconversion*

C'est donc sur base d'une évaluation du secteur (et avec lui) que le Ministre des Affaires sociales entend optimaliser la reconversion engagée en 1990.

En parallèle, les besoins de développement, de consolidation, d'adaptation, voire de diversification ainsi que les impératifs de collaboration doivent tenir compte des étapes successives de l'exécution intégrale des mesures prévues par la note d'orientation relative à la politique hospitalière.

Ainsi, dans le secteur psychiatrique comme pour les hôpitaux généraux, il s'impose de revoir les normes d'agrément — donc de financement qui y sont liées — en fonction d'exigences d'efficacité, d'évaluation et d'assurance de qualité, de réduction des durées de séjour, d'accompagnement thérapeutique à la réinsertion sociale (donc de collaboration), de prévention de la chronification des pathologies.

Sur le plan des mécanismes d'évaluation de l'efficacité, une étude approfondie doit permettre de déterminer les critères et les processus qui alimenteront une adaptation progressive du système de financement. Cette étude portera notamment sur la recherche d'instruments d'évaluation fiables qui puissent refléter l'utilisation des ressources disponibles. Dans un premier temps, le financement par enveloppe et par institution sera maintenu et corrigé pour permettre aux institutions de soins psychiatri-

stellen hun taken voort te zetten of zelfs te diversifiëren.

Op termijn moet de financieringsregeling de psychiatrische verzorgingstehuizen aanmoedigen om zich voor de doelstellingen en taken in te zetten en daarbij rekening te houden met de aanvaarde vereisten.

Het zakgeld dat de psychiatrische patiënten gelaten wordt is veel te laag en dit wordt door allerlei evaluaties bevestigd.

De financiering van de alternatieven in de psychiatrie moet bekeken worden in functie van de toegankelijkheid van de zorgen. Meer specifiek moet in elk geval een antwoord gezocht worden op de problematiek van de te beperkte financiële draagkracht van de patiënten, zoals dit bleek bij de evaluatie van de reconversie.

### *Samenwerking*

De introductie van het begrip « samenwerkingsverband van ziekenhuizen » zou specifieke gevolgen moeten hebben voor de psychiatrie en voor de integratie van de psychiatrie in het algemene ziekenhuisbeleid.

Men kan daarbij denken aan een samenwerkingsverband van één of meer identieke ziekenhuisfuncties, net zoals het mogelijk moet zijn om te evolueren naar specifieke structuren — multifunctionele eenheden — waarvoor een wettelijke basis moet worden vastgesteld.

Wat het overleg betreft, zal de rol van de overlegplatforms geëvalueerd worden en indien nodig versterkt. Zo heeft de werking van die platforms als voorbeeld gediend voor het akkoord tussen de federale regering en de deelregeringen betreffende de ondersteuning van de oprichting van provinciale overlegplatforms voor een toxicomaniebeleid. De actoren van de overlegplatforms psychiatrie zullen daar natuurlijk vertegenwoordigd zijn.

Ten slotte wil de Minister van Sociale Zaken ook de begeleiding van psychiatrische patiënten op weg naar volledige maatschappelijke reïntegratie ondersteunen. Daartoe wil hij grondig overleg plegen met de Gemeenschappen en Gewesten op de interministeriële conferentie inzake Volksgezondheid.

### *Kwaliteitsbewaking*

Naast efficiëntie-evaluatie, en ter ondersteuning daarvan, moet binnen de psychiatrische sector nieuw overleg plaatsvinden om tot echte kwaliteitsbewaking te komen die steunt op kwaliteitsevaluatie en praktijkevaluatie door gelijken.

Op dat gebied kunnen op middellange termijn een aantal experimenten worden gepland.

qués de poursuivre leurs missions, voire de les diversifier.

En effet, le mode de financement des institutions de soins psychiatriques doit, à terme, jouer le rôle d'incitant aux efforts entrepris en vue de la réalisation des objectifs et des missions dans le respect des exigences acceptées.

L'argent de poche des patients psychiatriques est beaucoup trop bas et ceci est confirmé par plusieurs évaluations.

Le financement des formes alternatives en psychiatrie devra répondre à la question de l'accessibilité aux soins pour les patients dont il apparaît, à la lumière de l'évaluation de la reconversion du secteur, que le pouvoir d'achat est trop limité.

### *Collaboration*

L'introduction de la notion d'associations d'hôpitaux devrait avoir des incidences propres en psychiatrie comme sur l'intégration de la psychiatrie dans la politique hospitalière en général.

On peut envisager l'association d'une ou de plusieurs mêmes fonctions hospitalières comme il doit être possible de permettre une évolution vers des structures spécifiques — Unités multi-fonctionnelles — pour lesquelles une base légale doit être prévue.

En matière de concertation, le rôle des plate-formes de concertation va être évalué et — si nécessaire — consolidé. Ainsi, le fonctionnement de ces plate-formes a servi d'exemple à la mise en place de l'accord entre le pouvoir fédéral et les pouvoirs fédérés en matière de soutien à l'implantation de plate-formes provinciales de concertation dans le domaine de la politique d'alternatives aux toxicomanies. Les acteurs des plate-formes de concertation en psychiatrie y seront évidemment représentés.

Enfin, concernant le soutien aux missions d'accompagnement des patients des institutions de soins psychiatriques à la réinsertion sociale complète, le Ministre des Affaires sociales entend mener de larges consultations avec les Communautés et les Régions au sein de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

### *Assurance de qualité*

À côté, et en soutien de l'évaluation d'efficience, il convient de mettre en place, dans le secteur de la psychiatrie, une réflexion originale en vue de réunir les conditions d'une véritable assurance de qualité qui reposerait sur l'évaluation de qualité et de la pratique par les pairs.

Dans ce domaine, certaines expériences à moyen terme peuvent être envisagées.

Momenteel wordt bovendien gezocht naar procedure- en werkingsmodellen voor bepaalde specifieke functies (psychiatrische urgentiediensten, crisisopvang, ...) of voor de opvang van bepaalde patiëntengroepen (intensieve zorg voor agressievepatiënten, ...). Het gaat om een domein waar kwaliteitsbewaking samen moet gaan met het vaststellen van normen inzake werking, personeel en beheer van de middelen.

### *Patiëntenrechten*

Op het gebied van het recht is het zo dat patiënten in psychiatrische instellingen een aantal specifieke kenmerken vertonen die een geëigende aanpak vereisen. Die patiënten genieten natuurlijk algemene rechten, maar die regels moeten worden aangevuld met bepaalde waarborgen en procedures die de uitoefening van die rechten voor hen vereenvoudigen: specifieke regels voor de klachtenprocedures, begeleiding en steun van een derde, ... Wanneer het gaat om kinderen of adolescenten, moeten de rechten aan hun specifieke situatie kunnen worden aangepast.

Bijzondere aandacht zal besteed worden aan een aangepaste zorg voor kinderen. Zo moeten kinderen, ook na een chirurgische ingreep, in een dienst pediatrie kunnen worden opgevangen.

Voor psychiatrische kinderen en adolescenten moeten aangepaste regels worden vastgesteld die geïnspireerd zijn op principes zoals dejudicialisering, educatieve jeugdbescherming en jeugdzorg.

In het algemeen moet het overleg dat moet leiden tot de goedkeuring van een « Handvest van de Patiënt » het mogelijk maken om de voorwaarden tot uitoefening van de bescherming van de rechten van de « psychiatrische » patiënt, alsook de graad van bescherming, te vergroten. Het is met die doelstelling voor ogen dat de interneringsprocedure en -voorwaarden moeten worden geëvalueerd.

## **7. Specifiek geneesmiddelenbeleid**

### *Inleiding*

De farmaceutische verstrekkingen zijn één van de grootste uitgavenposten in de gezondheidszorg. De huidige tendensen in de sector van de geneesmiddelen doen vrezen dat die sector steeds meer druk zal uitoefenen op de uitgavenevoluntie in de ziekteverzekering en het financiële evenwicht in het gedrang zal brengen.

De uitgavenbeheersing in de geneesmiddelen vergt veelzijdige en in de tijd gespreide acties.

De regering wil korte-termijnmaatregelen nemen om de aangekondigde kostenlast van de farmaceutische verstrekkingen op de ziekteverzekering in

En outre, des études, actuellement en cours, visent à élaborer une série de modèles de procédures et de fonctionnement concernant certaines fonctions spécifiques (services d'urgences psychiatriques, accueil des crises, ...) ou bien encore la prise en charge de groupes de patients déterminés (soins intensifs pour patients agressifs, ...). C'est là un domaine où l'évaluation de qualité doit accompagner la définition de normes de fonctionnement, d'encadrement, de gestion des ressources.

### *Droits du patient*

En matière de droit, les patients des institutions de soins psychiatriques présentent un certain nombre de spécificités auxquelles il convient d'apporter des réponses particulières. Ces patients bénéficient bien évidemment de droits généraux mais ces règles doivent être complétées par certaines garanties et procédures leur facilitant l'exercice de ces droits: modalités spécifiques pour ce qui concerne les procédures de plainte, accompagnement et soutien par un tiers, ... Le cas de patients enfants et adolescents demande que l'on puisse adapter les droits à leur situation particulière.

Une attention particulière sera accordée afin de garantir des soins adoptés pour les enfants. Ainsi, les enfants devraient avoir la possibilité d'être accueillis dans un service de pédiatrie, même après une intervention chirurgicale.

Pour les enfants et adolescents psychiatriques, il faut prévoir des règles bien adaptées qui pourraient s'inspirer des principes de dejudicialisation, d'aide et de protection éducative de la jeunesse.

En règle générale, la réflexion qui doit aboutir à l'adoption d'une « Charte du Patient » doit pouvoir permettre d'augmenter les conditions d'exercice et le niveau de protection des droits du patient « psychiatrique ». La procédure et les conditions d'internement doivent être évaluées dans cet objectif.

## **7. Politique spécifique des médicaments**

### *Introduction*

Les prestations pharmaceutiques représentent l'une des composantes principales des dépenses de santé. Or les tendances perçues dans le domaine du médicament alimentent la crainte d'une pression croissante de ce secteur sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie et d'une menace sur l'équilibre financier.

La maîtrise des dépenses dans le domaine du médicament exige des actions à multiples dimensions et à chronologie variée.

Le Gouvernement entend mener des actions à court terme pour réduire la charge annoncée du coût des prestations pharmaceutiques sur l'assurance



1996 te verminderen. Daarnaast komt er een lange-termijnbeleid om de beheersmechanismen en de financieringsregeling van de farmaceutische sector te wijzigen.

Inzake de korte-termijnmaatregelen die de regering wenst te nemen, kunnen een aantal maatregelen die in de lange termijnvisie passen, vrij snel worden genomen.

Dat beleid beoogt een herwaardering van de geneesmiddelensector door een weloverwogen kostenbeheersing die evenwichtig gespreid is over de dure nieuwe produkten en de oude, nog steeds efficiënte geneesmiddelen.

De evaluatiecommissie zal constant streven naar een gewaarborgde kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

#### *Korte termijnmaatregelen*

1) Prijs van dure geneesmiddelen voor bepaalde ziekten

Uit analyse blijkt dat de recente uitgavensstijging voor geneesmiddelen in ruime mate te wijten is aan de prijsstijging ervan.

Zowel in de ambulante zorg als in de ziekenhuizen veroorzaakt een beperkte categorie geneesmiddelen (antibiotica, kankerbestrijdende middelen, ...) aanzienlijke uitgaven die door de sociale zekerheid worden gedragen.

Verscheidene lidstaten van de Europese Unie (Duitsland, Italië en Nederland) proberen soortgelijke evoluties in te dijken door de prijs van de geneesmiddelen te verlagen.

Men moet de prijs van de geneesmiddelen uit de duurste categorieën verlagen zonder aan de kwaliteit van de behandelingen te raken. Dat kan door aangepaste evaluatiemethodes in te voeren.

Daartoe zal de regering zo snel mogelijk met de betrokken actoren overleggen, zodat alles in het werk kan worden gesteld om de vastgestelde begrotingsoverschrijdingen te compenseren.

2) Geneesmiddelen buiten octrooi

Men zal een duidelijk onderscheid moeten maken tussen de prijzen van de farmaceutische specialiteiten die door een octrooi beschermd zijn en die waarvan het octrooi verstreken is.

De geneesmiddelen buiten octrooi vertegenwoordigen zowat 70 % van de geneesmiddelen die thans worden voorgeschreven.

Aangepaste formules voor algemene prijsverlaging moeten het mogelijk maken om de kostprijs van die specialiteiten zowel voor de patiënt als voor de ziekteverzekering te verlagen.

maladie en 1996. Parallèlement, une politique à plus long terme modifiant les mécanismes de gestion et le mode de financement du secteur du médicament sera engagée.

En ce qui concerne les actions à court terme que le Gouvernement entend mener, un certain nombre de mesures, qui s'inscrivent dans cette logique de longue période, peuvent être prises dans un délai relativement rapide.

Cette politique revalorisera le domaine des médicaments par une maîtrise éclairée des dépenses réparties harmonieusement sur les produits nouveaux coûteux et les médicaments anciens conservant leur efficacité.

Une garantie de qualité et d'accessibilité aux soins sera assurée par le travail continu de la commission d'évaluation.

#### *Actions à court terme*

1) Prix des médicaments coûteux associés à certains types de maladies

A l'analyse, il apparaît que la croissance récente des dépenses en matière de médicaments est largement imputable à l'augmentation de leur prix.

Tant en milieu ambulatoire qu'hospitalier, un nombre limité de classes de médicaments est responsable des dépenses supportées par la sécurité sociale (antibiotiques, anticancéreux ...).

Confrontés à des évolutions similaires, plusieurs Etats membres de l'Union européenne (Allemagne, Italie et Pays-Bas) ont eu pour politique de diminuer le prix des médicaments.

Une diminution des prix des médicaments répertoriés dans ces classes les plus coûteuses s'impose et sera réalisée en maintenant la qualité des traitements par le recours à des méthodes d'évaluation appropriées.

Pour ce faire, le Gouvernement mènera rapidement à bien avec les acteurs concernés une concertation en vue de mettre en œuvre les dispositions que de tels constats nécessitent pour compenser les dépassements budgétaires observés.

2) Médicaments hors brevet

Il faudra établir une distinction claire entre les prix des spécialités pharmaceutiques protégées par un brevet et ceux dont la protection a expiré.

Les médicaments hors brevet représentent quelque 70 % du volume actuel des médicaments prescrits.

Des formules appropriées de réduction de prix publics devront permettre d'alléger le coût de ces spécialités tant pour les patients que pour l'assurance maladie.

De voorschrijvende artsen en de verzekerden zullen via hun verzekeringsinstelling de nodige informatie ontvangen om de minst dure geneesmiddelen buiten octrooi voor te schrijven.

### 3) Herindeling van de farmaceutische specialiteiten

Ruw geschat kan men ervan uitgaan dat de ziekteverzekering thans bijna 1 miljard frank uitgeeft voor geneesmiddelen die verouderd zijn of waarvan de doeltreffendheid niet is bewezen. Die specialiteiten zullen bij een andere terugbetalingscategorie worden ingedeeld.

De instanties die bevoegd zijn om ter zake te beslissen, zullen worden verzocht zo vlug mogelijk de nodige maatregelen te nemen.

De regering zal ook een lange-termijnbeleid uitstippelen waarvan de effecten, volgens de huidige evaluaties, zich verschillend in de tijd zullen spreiden.

#### *Structurele maatregelen*

In overleg met alle actoren wil de regering een geneesmiddelenbeleid voeren dat op de volgende principes steunt.

De permanente evaluatie van de maatregelen inzake geneesmiddelen wordt de harde kern van dat beleid.

Die permanente evaluatie biedt niet alleen de mogelijkheid om de ondernomen acties op korte of middellange termijn bij te sturen, maar ook om vooruit te lopen op de constante evolutie in die sector.

Die evaluatie vereist een correcte inzameling van de nodige gegevens en tevens een adequate behandeling en analyse ervan.

Dat informatieproces wordt momenteel sterk ontwikkeld in de ziekenhuissector. Het grootste probleem is de gezamenlijke behandeling van de dossiers die op het Ministerie van Volksgezondheid en op het R.I.Z.I.V. worden behandeld.

In de ambulante sector daarentegen mag die gegevensverzameling, die het onder meer mogelijk maakt om het voorschrijfgedrag te analyseren, niet langer op zich laten wachten.

Alle ingezamelde gegevens worden ter beschikking gesteld van een commissie voor geneesmiddelenevaluatie (eventueel geïntegreerd in een ruimere commissie voor gezondheidszorg) die alle, bij het voorschrijven van geneesmiddelen betrokken niveaus zijn, volgens een piramidaal verloop kan bereiken.

Die commissie krijgt onder meer tot taak therapeutische consensuscriteria te bepalen voor het geneesmiddelenverbruik. Die criteria zouden dan worden verspreid in alle ziekenhuisinstellingen en in de plaatselijke groepen voor medische evaluatie in de huisartsgeneeskunde.

Pour orienter la prescription vers les médicaments hors brevet les moins onéreux, les informations nécessaires seront transmises aux médecins prescripteurs et aux titulaires de l'assurance par l'intermédiaire de leurs organismes assureurs.

### 3) Reclassement des spécialités pharmaceutiques

Actuellement, une évaluation approximative permet d'établir que près de 1 milliard de francs est dépensé par l'assurance maladie pour des médicaments obsolètes ou dont l'efficacité n'est pas prouvée. Ces spécialités seront revues quant à leur catégorie de remboursement.

Les instances habilitées à prendre ces décisions seront appelées à prendre en la matière rapidement les mesures qui s'imposent.

Le gouvernement développera également une politique à plus long terme dont les effets, selon les évaluations actuelles, pourraient s'étaler différemment dans le temps.

#### *Mesures structurelles*

En concertation avec l'ensemble des acteurs, le gouvernement entend mener une politique du médicament qui s'inspire des principes suivants.

L'évaluation permanente des actions menées dans le domaine du médicament constituera le noyau dur de cette politique.

Elle permettra non seulement d'apporter les corrections nécessaires aux actions entreprises dans le court et le moyen terme mais aussi d'anticiper sur les évolutions que traverse en permanence ce secteur.

Cette évaluation suppose à la fois une collecte correcte des informations nécessaires et des capacités adéquates de traitement et d'analyse de celles-ci.

A l'heure actuelle, ce processus d'information est fort développé dans le secteur hospitalier. Se pose essentiellement le problème du traitement conjoint des dossiers traités à la Santé publique et à l'I.N.A.M.I.

Dans le secteur ambulatoire par contre, la collecte des données permettant notamment l'analyse des profils de prescriptions ne pourra plus souffrir le moindre retard.

L'ensemble des informations collectées sera mis à la disposition d'une commission d'évaluation du médicament (éventuellement intégrée dans une commission plus large de soins de santé) pouvant, selon un processus pyramidal, toucher tous les échelons concernés par la prescription du médicament.

Cette commission aurait entre autres tâches d'établir des consensus thérapeutiques dans l'usage du médicament qui seraient diffusés dans l'ensemble des institutions hospitalières et dans les groupes locaux d'évaluation médicale en médecine générale.

Binnen het evaluatieproces zullen de criteria voor een optimaal geneesmiddelenverbruik worden herzien en regelmatig worden aangepast op basis van de prognoses in verband met de nieuwe geneesmiddelen waarvan de epidemiologische impact zal worden onderzocht en op basis van de *follow-up* opdrachten.

Om die taken te kunnen vervullen, moet een orgaan op hoog niveau worden opgericht waar problemen inzake geneesmiddelengebruik besproken kunnen worden.

Zonder de volledige verwezenlijking van dat project af te wachten, zal de regering structurele maatregelen nemen die in ruime mate moeten bijdragen tot de uitgavenbeheersing en tot het behoud van de toegang tot de farmaceutische verstrekkingen.

### 1) Aangepaste verpakking van geneesmiddelen

De verpakking van de terugbetaalde geneesmiddelen is vaak niet aangepast aan de behoeften van de behandeling die de arts voorstelt. Dat leidt tot een aanzienlijke verspilling van geneesmiddelen waarvan de kostprijs zowel door de gebruikers als door de sociale zekerheid wordt gedragen.

In overleg met de minister van Volksgezondheid moet tijdens de registratieperiode de verpakking van geneesmiddelen voor de behandeling van acute pathologieën strikt aangepast worden aan de vereiste dosering en de verwachte duur van de behandeling.

Voor de chronische aandoeningen zullen verschillende aanpassingen worden gedaan om het aantal eenheden per doos af te stemmen op de duur van de behandeling. Bijvoorbeeld :

— presentatie A 1 : aantal eenheden voor een behandeling van 7 dagen (begin van de behandeling);

— presentatie A 2 : aantal eenheden voor een behandeling van 28 dagen (middellange behandeling);

— presentatie A 3 : aantal eenheden voor een behandeling van 56 dagen (lange behandeling).

### 2) Prijs/kwantiteitovereenkomsten

De zeer hoge prijs van innoverende specialiteiten die vaak een belangrijke therapeutische doorbraak in de behandeling van een ziekte betekenen, vereist een aangepaste actie.

De uitgaven voor innoverende produkten zal men onder controle proberen te houden via prijs/kwantiteitovereenkomsten.

Op basis van die overeenkomsten zal men jaarlijkse enveloppes kunnen vaststellen op basis van eenheidsprijzen die verenigbaar zijn met de hoge investeringskosten van de fabrikant (*research en development*).

Die maatregelen zullen worden genomen na overleg met de minister van Volksgezondheid en de minister van Economische Zaken.

Au sein du processus d'évaluation, la dimension prévisionnelle concernant les nouveaux médicaments, dont l'impact en matière d'épidémiologie sera étudié, et les missions de suivi assureront la révision et l'ajustement à intervalles réguliers des critères d'utilisation optimale des médicaments.

Ces missions exigeront la création d'un lieu de haut niveau pour traiter les problèmes détectés dans l'usage des médicaments.

Sans attendre la réalisation intégrale de ce projet, le gouvernement entreprendra des actions dont les effets structurels devront contribuer largement à maîtriser les dépenses et à maintenir l'accès des patients aux prestations pharmaceutiques.

### 1) L'adéquation du conditionnement

Les conditionnements des médicaments remboursés sont souvent inappropriés aux besoins du traitement proposé par le médecin. Il en résulte un gaspillage important de médicaments dont le coût a été supporté tant par les utilisateurs que par la sécurité sociale.

En concertation avec le ministre de la Santé Publique, lors de la phase d'enregistrement, il conviendra d'adapter strictement à la posologie et à la durée présumée du traitement le conditionnement des médicaments destinés au traitement des pathologies aiguës.

Pour les pathologies chroniques, diverses adaptations seront menées pour assurer l'adéquation du nombre d'unités par boîte aux durées variées du traitement, par exemple :

— présentation N 1 : le nombre d'unités nécessaires à assurer un traitement de 7 jours (début du traitement);

— présentation N 2 : le nombre d'unités nécessaires à assurer un traitement de 28 jours (traitement à moyen terme);

— présentation N 3 : le nombre d'unités nécessaires à assurer un traitement de 56 jours (traitement à long terme).

### 2) Les contrats prix-volume

Le prix très élevé des spécialités innovantes qui constituent souvent une avancée thérapeutique importante dans le traitement des maladies exige une action appropriée.

La maîtrise des dépenses dans le domaine des produits innovants sera recherchée par la réalisation de conventions prix-volume.

Ces conventions permettront la définition d'enveloppes annuelles à des prix unitaires compatibles avec les coûts élevés des investissements du fabriquant en recherche et développement.

Ces mesures seront prises après concertation avec les ministres de la Santé publique et des Affaires économiques.

### 3) Zware en chronische pathologieën

Voor de patiënten met een zware of chronische ziekte zal worden gezocht naar een grotere toegankelijkheid van de gezondheidszorg en naar een verlichting van de zware financiële lasten die een normale sociale integratie van de patiënt in de weg staan.

Zo zou, in overleg met de artsen en verpleegkundigen, worden voorgesteld om :

- die patiëntengroepen exhaustief en precies te omschrijven,
- de terugbetalingsregeling voor de betrokken patiënten te herzien,
- de verpakking van de geneesmiddelen aan hun geval aan te passen.

### 4) Orphan drugs

De sociale zekerheid heeft een solidariteitsfonds voor zware en chronische patiënten die hun dure en efficiënte medicamenteuze behandeling niet terugbetaald krijgen. Jammer genoeg werkt dat fonds niet optimaal.

Tot die geneesmiddelen behoren :

- geneesmiddelen voor de preventie en behandeling van een zeldzame ziekte,
- geneesmiddelen die uit de handel werden genomen omdat ze ernstige neveneffecten hebben, maar waarvan achteraf nieuwe geneeskrachtige eigenschappen werden ontdekt,
- actieve stoffen waarvoor wel een octrooi bestaat, maar geen fabrikant (te lage verkoopprijs of te kleine consumptie).

Het aantal patiënten dat op die manier gepenaliseerd wordt, is groot in de Europese ruimte.

De actoren in de gezondheidszorg zouden het probleem op Europees niveau kunnen coördineren om de levenskwaliteit en de levensduur van die patiënten te verhogen.

### 5) Gegevensconsolidatie en ziekenhuisbudgetten

De ervaring leert dat de budgettisering van een verzorgingssector de zorgverstrekkers aanzet om hun patiënten binnen dat budget efficiënt te behandelen.

Binnen een ruime representatieve steekproef van Belgische ziekenhuizen loopt momenteel onderzoek naar de sociale-zekerheidsuitgaven inzake geneesmiddelen en daaruit blijkt dat de geneesmiddelenkost voor een zelfde ziekte sterk uitteendoopt.

De aard van die divergenties zal grondig worden onderzocht om te begrijpen waarom dat zo is en om vervolgens te bepalen welk budget men aan de ziekenhuizen moet toekennen om hun uitgaven binnen de perken te houden zonder te raken aan de kwaliteit van de behandeling.

### 3) Les pathologies lourdes et chroniques

Une meilleure accessibilité aux soins et un allègement de charges financières importantes, incompatibles avec une intégration sociale normale du patient, seront recherchés pour les malades atteints de maladies sévères et chroniques.

Les propositions seraient, en concertation avec le corps médical et infirmier :

- de définir d'une manière exhaustive et précise ces groupes de maladies,
- de revoir le mode de remboursement des patients concernés,
- d'adapter à leur cas le conditionnement des médicaments.

### 4) Les médicaments orphelins (orphan drugs)

La sécurité sociale a prévu un fonds de solidarité dont le fonctionnement n'est pas optimal pour les citoyens atteints d'affections sévères et chroniques dont le traitement médicamenteux efficace et coûteux n'est pas prévu dans le remboursement.

Parmi ces médicaments on retrouve :

- les médicaments utilisables dans la prévention et le traitement d'une maladie rare,
- les médicaments retirés du marché en raison d'effets indésirables graves mais qui possèdent des vertus thérapeutiques découvertes ultérieurement,
- les principes actifs brevetés mais sans acquéreurs (prix de vente trop faible ou consommation insuffisante).

L'espace européen fournit un nombre d'habitants représentant une population importante de malades pénalisés.

Une coordination européenne sous l'impulsion des acteurs de la santé pourrait être élaborée pour améliorer la qualité de vie et la longévité de ces patients.

### 5) La consolidation des données et les enveloppes hospitalières

L'expérience a montré que le concept de budgétisation d'un secteur des soins incite les prestataires à traiter efficacement leurs patients au sein de cette enveloppe.

Les études en cours sur les dépenses de la Sécurité sociale en matière de médicaments dans un large échantillonage représentatif d'hôpitaux belges montrent que pour une même maladie, les coûts en médicaments sont très différents.

La nature de ces divergences sera analysée de manière approfondie pour en comprendre les raisons et guider, dans la suite, l'enveloppe budgétaire qui serait allouée aux hôpitaux pour contenir leurs dépenses sans interférer sur la qualité du traitement.

## 6) Vereenvoudiging van de beheersstructuur

Via de vereenvoudiging van de beheersstructuur, zal het probleem van de inkorting en verlichting van de registratie- en terugbetalingsprocedures worden opgelost en zal men de hoofddoelstellingen, namelijk het afstemmen van het Belgisch beleid op dat van de andere Europese landen en het bieden van een snelle toegang tot nieuwe behandelingswijzen, bereiken.

De huidige technische structuren voor het indienen van adviezen in verband met de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten houden onvoldoende rekening met de kostencomponent voor de ziekteverzekering.

Dat is gedeeltelijk te wijten aan het feit dat de beslissing inzake prijsbepaling al een voldongen feit is op het moment dat de aanvraag wordt ingediend bij de instanties die belast zijn met de evaluatie van de terugbetalingsvoorwaarden.

De technische raad voor farmaceutische specialiteiten (R.I.Z.I.V.) zou het prijsadvies en het terugbetalingsadvies samen kunnen behandelen. In die technische raad zal zowel de industrie als de economische overheid vertegenwoordigd zijn.

Het zou goed zijn wanneer men in overleg met het Ministerie van Economische Zaken eerst de terugbetalingsvoorwaarden zou vaststellen en dan pas over de prijsbepaling zou beslissen.

Het is wenselijk de betrokken partijen (farmaceutische industrie en groothandelaars) bij de R.I.Z.I.V.-structuren, en in het bijzonder bij de overeenkomstencommissie en de technische raden, te betrekken.

## 8. Een verzorgingsbeleid dat beter is afgestemd op de behoeften van bejaarden

Net zoals de meeste westerse landen, moet ons land een belangrijke uitdaging aannemen: verzorging van goede kwaliteit aanbieden aan een steeds groter aantal zwaar of licht hulpbehoevende bejaarden, terwijl meerdere studies aantonen dat een belangrijk deel van deze bevolkingsgroep slechts over een laag inkomen beschikt.

Deze doelstelling houdt in dat het beleid inzake verzorging en allerlei bijstand voor bejaarden en hun omgeving wordt herzien in nauwe samenwerking met de Gemeenschappen, die onder andere bevoegd zijn voor gezondheid en bejaardenbeleid.

Deze doelstelling vereist ook dat wordt afgestapt van een benadering van ouderdom die te veel de nadruk legt op het medisch aspect.

De Regering heeft zich overigens ertoe verbonden initiatieven te nemen voor een betere dekking van de specifieke risico's die verband houden met de behoeften van personen.

### 1. *Thuis oud worden*

Bejaarden moeten de mogelijkheid hebben in hun vertrouwde omgeving te blijven of ze terug te vinden

## 6) La simplification des structures de gestion

Au travers de la simplification de la structure de gestion la problématique du raccourcissement et de l'allègement des procédures d'enregistrement et de remboursement, les objectifs prioritaires d'alignement de la Belgique sur les pays européens et la rapidité d'accès des patients aux thérapeutiques nouvelles seront atteints.

Les structures techniques permettant actuellement de remettre les avis en ce qui concerne le remboursement des spécialités pharmaceutiques ne tiennent pas suffisamment compte de la composante des coûts pour l'assurance maladie.

L'origine de cette carence tient en partie au fait que la décision de la fixation du prix est un fait accompli au moment où la demande est soumise aux instances chargées d'évaluer les conditions de remboursement.

Les deux avis concernant le prix et le remboursement pourraient être considérés simultanément au niveau du C.T.S.P. où l'industrie et l'autorité économique seront présentes.

Il serait judicieux qu'en concertation avec le ministère des Affaires économiques la décision de fixation du prix intervienne à l'issue du processus de fixation des conditions de remboursement.

Il est souhaitable de prévoir la participation des intervenants (industries pharmaceutiques et grossistes répartiteurs) au sein des structures de l'I.N.A.M.I., en particulier des commission de convention et des conseils techniques.

## 8. Une politique de soins mieux adaptée aux besoins des personnes âgées

Notre pays, comme la plupart des pays occidentaux, se trouve confronté à un défi majeur: assurer à un nombre croissant de personnes âgées, fortement ou légèrement dépendantes des soins de qualité et ce, plusieurs études en attestent, alors même qu'une partie importante de cette population dispose de faibles revenus.

Cet objectif implique que soient repensées en concertation étroite avec les Communautés, compétentes en matière de santé et de politique du troisième âge notamment, les politiques de soins et d'aides diverses aux personnes âgées et à leur entourage.

Cet objectif implique également que soit abandonnée une approche trop médicalisante de la vieillesse.

Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à prendre des initiatives afin d'aboutir à une meilleure couverture des risques spécifiques liés aux besoins des personnes.

### 1. *Vieillir chez soi*

Il convient de permettre aux personnes âgées de rester dans leur environnement habituel ou d'y re-

na een opname in het ziekenhuis wanneer zware en voortdurende nazorg niet nodig is.

Verschillende mogelijkheden moeten daartoe worden onderzocht :

— de uitbreiding van alternatieve vormen van verzorging (centrum voor kort verblijf, dagcentra, ...);

— het invoeren, programmeren en financieren, in overleg met de Gemeenschappen, van geïntegreerde verzorging en voorzieningen thuis.

Onderzocht zal worden onder welke strikte voorwaarden prestaties verricht door verzorgend personeel in de thuiszorg ten laste van de ziekteverzekering kunnen worden gefactureerd.

## 2. Naar een nieuwe definitie van de rol van de instellingen

2.1. Iedereen beseft wel dat het ziekenhuis uiteraard niet de plaats is waar bejaarden permanent kunnen verblijven. In zijn gespecialiseerde diensten moet het ziekenhuis twee belangrijke taken vervullen :

— l'orientation et le screening des patients âgés hospitalisés, d'une part, la revalidation et la prévention de la chronicité, d'autre part.

2.2. Het rust- en verzorgingstehuis (R.V.T.) vangt op een passende manier zwaar hulpbehoevende bejaarden op.

De huidige normen zouden niettemin kunnen herzien worden om de medische begeleiding en de controle op het afleveren van geneesmiddelen te verbeteren.

Daarenboven zal de huidige programmering van 1,7 bedden per 1 000 personen boven de 65 jaar moeten herzien worden rekening houdend met de behoeften en de beschikbare geldmiddelen, waarbij een geografisch evenwichtige spreiding in acht wordt genomen; de omzetting van sommige bedden van rustoorden voor bejaarden (R.V.B.) in R.V.T.-bedden is blijkbaar aangewezen omdat zij het mogelijk zou maken dat bejaarden met een verslechterende gezondheid niet op een brutale en vaak pijnlijke manier elders moeten worden ondergebracht.

2.3. Het rustoord voor bejaarden zou voornamelijk de nieuwe verblijfplaats moeten worden voor valide of halfvalide bejaarden die hun normaal leefmilieu moeten verlaten om sociale of persoonlijke redenen.

Voor de medische opvang van personen die zware verzorging nodig hebben zijn passende structuren en voldoende geschoold personeel vereist.

Om de uitgaven van de sector beter in toom te kunnen houden moeten verschillende vragen samen met de Gemeenschappen worden onderzocht, inzonderheid de noodzakelijke programmering van R.V.B.-bedden alsook een harmonisering van de normen van de Gemeenschappen betreffende de beroepsbekwaamheid van het personeel en van de beheerder, de boekhouding, enz.

tourner après une hospitalisation lorsqu'un suivi médical lourd et permanent ne s'impose pas.

Plusieurs voies doivent, à cet effet, être explorées :

— le développement des formes alternatives de soins (centre de court séjour, centres de jour, ...);

— la création, la programmation et le financement, en concertation avec les Communautés, de soins et de services intégrés à domicile.

La détermination des conditions auxquelles les prestations du personnel soignant dans le secteur des soins à domicile peuvent être facturées à l'I.N.A.M.I.

## 2. Vers une redéfinition du rôle des institutions

2.1. L'hôpital, chacun le reconnaîtra, n'est pas, par essence, une structure résidentielle pour personnes âgées. Il doit, dès lors, se concentrer sur deux missions essentielles dans ses services spécialisés :

— de verwijzing en de screening van bejaarde ziekenhuispatiënten, enerzijds, en revalidatie en preventie inzake chronische ziekten, anderzijds.

2.2. La maison de repos et de soins (M.R.S.) remplit, de façon adéquate, son rôle de prise en charge des personnes âgées fortement dépendantes.

Néanmoins, les normes actuelles pourraient être revues afin d'y améliorer l'encadrement médical et d'y assurer un meilleur contrôle de la distribution de médicaments.

En outre, l'actuelle programmation fixée à 1,7 lits pour 1 000 personnes de plus de 65 ans devra être revue en fonction des besoins et des budgets disponibles, et dans le respect d'une répartition géographiquement équilibrée; la requalification de certains lits M.R.P.A. (maisons de repos pour personnes âgées) en lits M.R.S. (maison de repos et de soins) semble indiquée dans la mesure où elle permettrait d'éviter les déplacements brutaux et souvent douloureux de personnes âgées dont l'état de santé se dégrade.

2.3. La maison de repos pour personnes âgées devrait principalement remplir le rôle de substitut au domicile pour des personnes âgées valides ou semi-valides, contraintes de quitter leur lieu habituel de vie pour des raisons sociales ou personnelles.

La prise en charge médicale de personnes nécessitant des soins lourds exige des structures adéquates et du personnel qualifié en suffisance.

Afin que puisse être assurée une meilleure maîtrise des dépenses du secteur, plusieurs questions devraient être abordées avec les Communautés, en particulier la nécessité d'une programmation des lits M.R.P.A. ainsi que d'une harmonisation des normes communautaires relatives aux qualifications du personnel et du gestionnaire, à la tenue d'une comptabilité, etc.

De hele problematiek van de opvang van bejaarden in instellingen buiten het ziekenhuis en de toegankelijkheid ervan (een evaluatie van het systeem tot vastlegging en controle van de prijzen is immers aangewezen) zal vóór het einde van het jaar dan ook worden voorgelegd aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

### 3. Nieuwe financieringsvoorwaarden

3.1. Een systeem van enveloppe per instelling, op grond van een case-mix, zal geleidelijk worden ingevoerd voor de R.V.B.'s en de R.V.T.'s.

3.2. De bepalingen inzake controle en sanctie in geval van duidelijk misbruik, namelijk wat betreft de evaluatie van de graad van afhankelijkheid op basis van de schaal van Katz en de gegevens over het tewerkgesteld personeel, zijn beroepsbekwaamheid en zijn daadwerkelijke aanwezigheid, moeten worden verbeterd.

Het beraad dat onder andere in het R.I.Z.I.V. werd aangevat over het begrip afhankelijkheid zelf, met inbegrip van de psychische afhankelijk, moet worden voortgezet.

## V. GEZINSBIJSLAG EN ANDERE SECTOREN

Wat gezinsbijslag betreft, zal de Regering in het kader van de modernisering van de sociale zekerheid onderzoeken hoe de kinderbijslagregeling voor werknemers nog kan worden verbeterd.

Zij zal aldus de mogelijkheid onderzoeken het huidige systeem van driemaandelijke vaststelling van de rechten, waarin het arbeidsvolume reeds niet meer in aanmerking wordt genomen, uit te breiden tot een regeling van jaarlijkse vaststelling, zodat het recht op de bijslag stabiel wordt.

Zij zal het begrip bijslagtrekkende (persoon aan wie de kinderbijslag wordt uitbetaald) opnieuw omschrijven en ervoor zorgen dat de rang van de kinderen (vastlegging van het verschuldigd bedrag van de kinderbijslag) wordt berekend door de kinderen te groeperen bij de bijslagtrekkende(n) (persoon) (personen) die de kinderen grootbrengt (grootbrengen). De wetgeving zou aldus kunnen aangepast worden aan de huidige toestand van de zogenaamde herenigde gezinnen.

De Regering zal ook aandacht besteden aan de toestand van de éénoudergezinnen en onderzoeken in welke mate de kinderbijslagregeling rekening kan houden met deze familiale toestanden.

Tenslotte zal ook de hoedanigheid van op kinderbijslag rechtgevend kind herzien worden met het oog op een volkomen gelijke behandeling voor de verschillende categorieën van kinderen (scholier, leerling, student, jongen/meisje met een leerovereen-

C'est pourquoi, avant la fin de l'année, la Conférence interministérielle santé publique sera saisie de l'ensemble de la problématique de la prise en charge des personnes âgées dans les institutions non hospitalières, et de l'accessibilité de celles-ci (une évaluation du système de fixation et de contrôle des prix des séjours s'avère, en effet, opportune).

### 3. De nouvelles modalités de financement

3.1. Un système d'enveloppe par institution, sur base d'un case-mix, sera progressivement mis en place dans les M.R.P.A. et dans les M.R.S.

3.2. Les modalités de contrôle et de sanction en cas d'abus manifeste, notamment pour ce qui concerne l'évaluation de l'état de dépendance sur base de l'échelle de Katz et les données relatives au personnel occupé, à sa qualification et à sa présence effective, doivent être améliorées.

La réflexion entamée, au sein de l'I.N.A.M.I. entre autres, sur la notion même de dépendance, en ce compris la dépendance psychique, doit être poursuivie.

## V. PRESTATIONS FAMILIALES ET AUTRES SECTEURS

En ce qui concerne les prestations familiales, le Gouvernement, dans le cadre de la modernisation de la sécurité sociale, examinera comment améliorer encore le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés.

Ainsi, il étudiera la possibilité d'étendre le système actuel de la trimestrialisation des droits, dans lequel le volume de travail n'entre déjà plus en ligne de compte, à un régime d'annualisation, de telle sorte que le droit aux prestations soit plus largement stabilisé.

Il redéfinira la notion d'allocataire (personne à qui les prestations familiales sont versées) et veillera à ce que le calcul des rangs des enfants (détermination du montant des allocations familiales dues) se fasse en groupant les enfants autour du ou des allocataires (personne(s) qui élève(nt) les enfants). Cela devrait permettre d'adapter la législation à la situation actuelle des familles dites recomposées.

Le Gouvernement analysera aussi la situation des familles monoparentales et examinera dans quelle mesure il peut être répondu à ces situations familiales particulières dans le régime des prestations familiales.

Enfin, la qualité d'enfant bénéficiaire des prestations sera elle aussi revue afin de tendre à une réelle égalité de traitement des différentes catégories d'enfants (écolier, élève, étudiant, apprenti, mémorant, demandeur d'emploi en stage d'attente) et de repren-

komst, jongen/meisje die/dat een proefschrift voorbereidt, werkzoekende met wachttijd) en om rekening te houden met de verschillende thans bestaande studiemogelijkheden.

Wat betreft de bijzondere regeling van de gewaarborgde gezinsbijslag, zal de Regering deze problematiek opnemen in het dossier « armoede », een maatschappelijk verschijnsel dat een globale oplossing vereist.

In het kader van de begroting 1996 zal de Regering de hierna volgende problemen aanpakken :

— de problematiek van het reservéfonds van de Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers. Dit fonds heeft immers thans ontoereikende middelen terwijl het voornamelijk dient voor de uitbetaling van kinderbijslag aan verschillende categorieën van rechthebbenden die nog duidelijk buiten de werknemersregeling vallen, zoals de dienstboden en de werksters. Het maakt het voor de Rijksdienst ook mogelijk sommige uitkeringen « niet-invorderbaar » te verklaren wegens verjaring of, vooral, om sociale redenen;

— nieuwe geldmiddelen voor het Fonds voor collectieve uitrustingen en diensten dat bij de Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers is ingesteld. De dotatie voor dit fonds voor de opvang van kinderen tussen 0 en 3 jaar, voor de opvang van zieke kinderen tussen 0 en 3 jaar, voor de opvang van kinderen wier ouders een atypische arbeidsovereenkomst hebben zal eind 1995 opgebruikt zijn, net als de dotatie voor de diensten van gezinshulp en bejaardenhulp. Nieuwe geldmiddelen voor dit fonds moeten dus niet enkel in het kader van het interprofessioneel akkoord gevonden worden.

Dit akkoord is immers vooral toegespitst op de opvang buiten de school, namelijk de opvang van de kinderen van 3 tot 12 jaar buiten de schooltijd ('s morgens, 's avonds, woensdag namiddag, schoolvakantie) en in een veel mindere mate op de opvang van kinderen van 0 tot 3 jaar, terwijl uit voormelde opdrachten van het fonds duidelijk blijkt dat de toelagen voor initiatieven van een heel ander type bestemd zijn;

— het aanvullen van de reserves van de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie om het vakantiegeld voor werklieden in 1996, dienstjaar 1996, te kunnen uitbetalen;

— de lagere ontvangsten van sociale bijdragen die de Rijksdienst voor sociale zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten worden gestort, wegens de toename, door de Gewesten, van de categorieën gesubsidieerde contractuelen voor wie enkel de bijdrage inzake loonmatiging verschuldigd is.

dre de diverses formes d'études existant à l'heure actuelle.

Pour ce qui est du régime particulier des prestations familiales garanties, le gouvernement intégrera cette problématique dans le cadre du dossier « pauvreté », une solution globale devant être apportée à ce phénomène de société.

Dans le cadre du Budget 1996, le Gouvernement s'attachera à résoudre les problèmes suivants :

— la problématique du fonds de réserves de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés. En effet, ce fonds se trouve aujourd'hui sans ressources alors qu'il assure, principalement, le paiement de prestations familiales pour diverses catégories d'attributaires qui échappent encore clairement au régime des travailleurs salariés, tels les domestiques et femmes à journée. Il permet aussi à l'Office de déclarer certaines prestations « irrécouvrables » par suite de prescription ou, surtout, pour des raisons sociales;

— le refinancement du fonds d'équipements et de services collectifs institué auprès de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés. La dotation de ce fonds pour l'accueil des enfants de 0 à 3 ans, pour la garde d'enfants malades de 0 à 3 ans, pour la garde d'enfants dont les parents ont un contrat de travail atypique sera épuisée fin de l'année 1995, de même que la dotation pour les services d'aides familiales et d'aides seniors. Ce n'est donc pas aux seuls termes de l'accord interprofessionnel qu'il y a lieu d'assurer le refinancement de ce fonds.

En effet, cet accord vise principalement l'accueil extra scolaire, soit l'accueil des enfants de 3 à 12 ans en dehors des heures scolaires (matin, soir, mercredi après-midi, vacances scolaires) et, très subsidiairement, l'accueil des enfants de 0 à 3 ans, alors qu'il ressort clairement des missions du fonds, reprises ci-dessus, que les subsides concernent des initiatives d'un tout autre type;

— la reconstitution des réserves de l'Office des vacances annuelles en vue de permettre le paiement des pécules de vacances des ouvriers en 1996, exercice de vacances 1996;

— la diminution des recettes de cotisations sociales versées à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales du fait de l'augmentation, par les régions, des catégories de contractuels subventionnés pour lesquels seules la cotisation de modération salariale est due.



## VI. DE EUROPESE DIMENSIE

*Belgische sociale zekerheid en sociaal Europa*

Voormelde beschouwingen over de uitdagingen wegens het integraal behoud van het Belgisch stelsel van sociale bescherming in een context van in toom gehouden stijging van de sociale uitgaven, van integrale compensatie voor de verlaging van de indirecte arbeidskosten als uitvoering van het meerjarenplan voor werkgelegenheid en van verruiming van de grondslag voor de financiering van de sociale zekerheid, vinden een specifieke politieke weerklank in het kader van de verdere Europese integratie.

Het financieel evenwicht van de sociale rekeningen is in 1996 weliswaar een dwingende doelstelling van het convergentieplan en één van de voorwaarden voor de toetreding van België tot de E.M.U., maar het is daarenboven ook een onderdeel van het sociaal beleid.

De regering heeft als ambitie en de Minister van Sociale Zaken is vast van plan de sociale zekerheid aan de passen aan de nieuwe sociaal-economische, sociaal-demografische en technologische gegevens en de basisdoelstellingen van een toekomstgericht sociaal beleid vast te leggen.

Deze vooruitzichten en deze ambities zijn beide opgenomen in de tekst van het regeerakkoord omdat iedereen beseft dat economische en sociale aspecten thans nauw met elkaar verbonden zijn, dat de economische en monetaire opties van de regering noodzakelijkerwijze moeten samengaan met een sociaal beleid gericht op het toekomstgericht behoud van verworvenheden, dat als enige de belangrijke veranderingen van de samenleving kan opvangen en het hoofd kan bieden aan de uitdagingen eigen aan de opbouw van een duurzaam sociaal-economisch ontwikkelingsmodel waarin economische groei gepaard gaat met vooruitgang op sociaal gebied en voor het leefmilieu.

Tegenover het evenwicht dat de federale regering in het sociaal, economisch en monetair beleid nastreeft, staat evenwel de onvermijdelijke vaststelling dat op Europees niveau het tempo voor de opbouw van de Economische en Monetaire Unie afsteekt tegen de belemmeringen en beperkingen bij het zoeken naar convergentie op sociaal gebied en wat het leefmilieu betreft, binnen de Gemeenschap.

De verbintenis voor een duurzame ontwikkeling is nochtans het principe waarop de Europese Unie berust. En zowel de Commissie als de Raad, het Parlement en de lidstaten van de Gemeenschap hebben met het Verdrag van Maastricht opnieuw hun vast voornemen bevestigd al het nodige te zullen doen om de hindernissen voor een sociaal Europa uit de weg te ruimen.

## VI. LA DIMENSION EUROPEENNE

*Sécurité sociale belge et Europe sociale*

Ce qui vient d'être dit des défis posés par le maintien intégral du système belge de protection sociale dans un contexte de maîtrise de la croissance des dépenses sociales, de compensation intégrale de la baisse des coûts indirects du travail en exécution du plan pluriannuel pour l'emploi et d'élargissement de la base de financement de la sécurité sociale trouve une résonance politique spécifique dans le cadre de l'approfondissement de l'intégration européenne.

En effet, si l'équilibre financier des comptes sociaux, en 1996, représente un objectif impératif du plan de convergence et l'une des conditions à l'adhésion de la Belgique à l'U.E.M., il n'en constitue pas pour autant un objectif de politique sociale.

L'ambition du gouvernement et la volonté du Ministre des Affaires sociales sont d'adapter la sécurité sociale aux nouvelles données socio-économiques, socio-démographiques et technologiques et de dessiner les objectifs fondamentaux d'une politique sociale axée sur l'avenir.

Si ces perspectives et cette ambition sont toutes deux réunies dans le texte de l'accord de gouvernement, c'est que nul n'ignore plus aujourd'hui que les considérations économiques et sociales sont inextricablement liées, que les choix économiques et monétaires posés par le gouvernement doivent nécessairement s'accompagner d'une politique sociale de maintien des acquis et de leur modernisation, seule capable d'anticiper les changements majeurs de la société et de répondre aux défis inhérents à la construction d'un modèle socio-économique de développement durable où la croissance économique s'allie au progrès social et environnemental.

A l'équilibre des politiques sociales, économiques et monétaires recherché par le gouvernement fédéral répond, il faut bien le constater, un constat de déséquilibre, au plan européen, entre d'une part le rythme insufflé à la construction de l'Union Economique et Monétaire et d'autre part, les freins et les limites mises à l'élaboration commune d'une convergence communautaire dans le domaine social et environnemental.

Pourtant, le contrat pour un développement durable constitue le principe fondateur de l'Union européenne. Et la Commission, et le Conseil, et le Parlement et les Etats Membres de la Communauté ont réaffirmé, par le Traité de Maastricht, leur ferme volonté de mobiliser tous les moyens nécessaires pour sortir l'Europe sociale des blocages mis à sa mise en œuvre.

Het Protocol n° 14 over het sociaal beleid, bijgevoegd bij het Verdrag betreffende de Europese Unie, drukt duidelijk de ontevredenheid van de elf ondertekende lidstaten uit alsook de politieke vastberadenheid dat zij « *zich tot doel stellen de bevordering van de werkgelegenheid, de gestage verbetering van de levensomstandigheden en de arbeidsvoorwaarden, een adequate sociale bescherming, de sociale dialoog, de ontwikkeling van de menselijke hulpbronnen om een duurzaam hoog werkgelegenheidsniveau mogelijk te maken en de bestrijding van uitsluiting* », kortom de versteviging van de sociale en economische samenhang.

De regering beseft dat het verschil in opbouw van de E.M.U. en van de sociale Unie het slagen van haar nationaal beleid daadwerkelijk kan bemoeilijken en wil dus, samen met het voortzetten van haar strategie tot economische en monetaire convergentie, een stuwende kracht zijn om de ontwikkeling van een sociaal Europa te versnellen.

#### *Alternatieve en compenserende financiering voor de sociale zekerheid*

Reeds bij het opmaken van de begroting 1995 had de regering zich ertoe verbonden het financieel evenwicht van de sociale zekerheid (volgens de E.S.E.R.-normen) te verstevigen door de financieringsbasis ervan te verruimen en een alternatieve financiering te bevestigen, door de nodige voorwaarden trachten bijeen te brengen voor een Europese harmonisering op sociaal, fiscaal gebied en wat het leefmilieu betreft.

De wil die de regering toen heeft laten blijken om mede te werken aan een gemeenschappelijke grondslag voor de lidstaten van de Unie op sociaal, fiscaal gebied en wat het leefmilieu betreft, was ook ingegeven door de nationale behoefte aan een verdere en duurzame alternatieve financiering van de sociale zekerheid en compenserende financiering van de maatregelen tot verlichting van de produktiekosten om het financieel evenwicht van het systeem te bereiken.

Tijdens de huidige legislatuur wil de regering haar inspanningen voortzetten op het Europees politiek niveau opdat de Raad een richtlijn zou goedkeuren over een CO<sub>2</sub>/Energiebelasting waarvan de opbrengst zou kunnen dienen voor de alternatieve financiering van de sociale zekerheid in het kader van een compenserende financiering voor het uitwerken van een beleid tot ondersteuning van de groei, van het concurrentievermogen en van de werkgelegenheid, zoals het door de Raad van Essen werd uitgesteld.

#### *Een Europa met een sociale dimensie*

Het engagement van België voor de Europese integratie, inzonderheid zijn toetreding tot de E.M.U., moet gepaard gaan met het aanleggen van een ge-

Le Protocole n° 14 sur la politique sociale annexé au Traité sur l'Union européenne exprime clairement l'insatisfaction des onze Etats Membres signataires et leur résolution politique à atteindre les « *objectifs de promotion de l'emploi, l'amélioration des conditions de vie et de travail, une protection sociale adéquate, le dialogue social, le développement des ressources humaines permettant un niveau d'emploi élevé et durable et la lutte contre les exclusions* »; bref de renforcer la cohésion sociale et économique.

Conscient des freins réels que l'écart entre la construction de l'U.E.M. et de l'Union sociale peut mettre à la réussite de ses politiques nationales, le gouvernement, concomitamment à la poursuite de sa stratégie de convergence économique et monétaire, entend jouer un rôle moteur dans l'accélération du développement de l'Europe sociale.

#### *Financement alternatif et compensatoire à la sécurité sociale*

Dès l'élaboration du budget 1995, le gouvernement avait pris l'engagement de conforter le constat d'équilibre financier de la sécurité sociale (en termes S.E.C.) par l'élargissement de sa base de financement et la consolidation de son financement alternatif en cherchant à réunir les conditions d'une avancée vers une harmonisation sociale, fiscale et environnementale européenne.

La volonté manifestée alors par le gouvernement de prendre part à la définition d'un socle commun aux Etats Membres de l'Union dans les domaines social, fiscal et environnemental répondait aussi à l'impératif national de poursuivre et de consolider le financement alternatif de la sécurité sociale et le financement compensatoire des mesures d'allègement des coûts de production en vue d'atteindre l'équilibre financier du système.

Au cours de la présente législature, le gouvernement entend intensifier ses efforts au plan politique européen pour permettre l'adoption par le Conseil d'une directive concernant une taxe CO<sub>2</sub>/Energie dont le produit pourrait être affecté au financement alternatif à la sécurité sociale dans le cadre d'un financement compensatoire à la mise en oeuvre des politiques de soutien de la croissance, de la compétitivité et de l'emploi telles que définies par le Conseil d'Essen.

#### *Une Europe à dimension sociale*

L'engagement de la Belgique en faveur de l'intégration européenne, en particulier son adhésion à l'U.E.M., doit aller de pair avec la réalisation d'un

meenschappelijke basis voor de lidstaten van de Unie op sociaal, fiscaal gebied en wat het leefmilieu betreft.

De definitie die de tekst van de Regeringsverklaring van 28 juni 1995 aan dit begrip van gemeenschappelijke basis geeft, namelijk een « harmonisering naar boven van de sociale voorzieningen », stemt overeen met de wil van de Commissie en is bedoeld als antwoord op de vrees die de burgers vaak uitdrukken dat « het integratieproces zou kunnen leiden tot een gelijkschakeling naar beneden van de sociale normen ».

In tegenstelling met deze vrees, bevestigt de federale regering haar volledige instemming met het Groenboek en het Witboek over het Europees sociaal beleid, namelijk dat dit beleid niet mag berusten op het principe van sociale achteruitgang enkel ten voordele van het herstel van de economische competitiviteit maar dat de doelstellingen van economische groei en van sociale vooruitgang daarentegen moeten samengaan.

Wanneer de regering van het sociale Europa één van de prioriteiten van de nationale legislatuur maakt, heeft zij de totstandkoming van een Unie met een sociale en democratische dimensie op het oog. Voor België betekent de keuze van dergelijk model van sociale ontwikkeling de concrete uitwerking van de slotverklaring van de Wereldtop van Kopenhagen tijdens dewelke de principes voor de evaluatie van de sociale gevolgen van het beleid gericht op structurele aanpassingen en het wegwerken de armoede kracht werden bijgezet.

Een Europa dat er niet zou in slagen verschijnen zoals versnippering van de maatschappij, bestaansonzekerheid, uitsluiting en armoede structureel te beperken zou thans zijn burgers en de hele wereldbevolking een negatieve balans moeten voorleggen.

#### *Vorbereitung van de I.G.C. van 1996*

De Europese institutionele agenda biedt een unieke kans. De Intergouvernementele Conferentie van 1996 waarin het Verdrag van Maastricht voorziet wordt van doorslaggevend belang wil men de versnelde totstandkoming van het sociale Europa opnemen in de verdragen waarop de Europese Unie berust.

De regering heeft dan ook nu reeds in de Minister-raad een beleidsnota goedgekeurd, ter voorbereiding van de I.G.C., die het Parlement zal worden voorgelegd. Zij is het uitgangspunt voor de discussie over de onderwerpen en opvattingen die op de agenda van de I.G.C. zullen komen.

De regering herhaalt daarin aldus haar verbintenis voor een strategie tot harmonisering naar boven van de sociale normen.

Deze verbintenis verklaart de keuze van de regering de Commissie door en door te steunen, die wenst dat het sociaal beleid op één enkele juridische basis

socle commun au sein des Etats Membres de l'Union en matière sociale, fiscale et environnementale.

La définition que le texte de la Déclaration gouvernementale du 28 juin 1995 apporte à cette notion de socle commun, à savoir une « harmonisation à la hausse des dispositions sociales » entre en correspondance avec la volonté manifestée par la Commission et vise à répondre aux craintes souvent exprimées par les citoyens que « le processus d'intégration pourrait aboutir à un nivellement par le bas des normes sociales ».

A l'opposé de ces appréhensions, le gouvernement fédéral réaffirme son accord intégral avec le Livre vert et le Livre blanc sur la politique sociale européenne, à savoir qu'elle ne peut reposer sur le principe d'un recul social au profit d'une restauration de la seule compétitivité économique mais qu'au contraire, il s'agit de combiner les objectifs de croissance économique et de progrès social.

C'est vers l'objectif de la réalisation d'une Union à dimension sociale et démocratique qu'il convient de situer l'action du gouvernement en faisant de l'Europe sociale l'une des priorités de la législature nationale. Pour la Belgique, choisir un tel modèle de développement social, c'est mettre en œuvre concrètement la déclaration finale du Sommet mondial de Copenhague où les principes d'évaluation des effets sociaux des politiques d'ajustement structurel et d'éradication de la pauvreté ont été fermement affirmés.

Aujourd'hui, une Europe qui ne réussirait pas à réduire structurellement les phénomènes de fragmentation du corps social, de précarisation, d'exclusion et de pauvreté présenterait aux yeux de ses citoyens et du Monde un bilan d'échec du grand marché.

#### *La préparation de la C.I.G. de 1996*

L'agenda institutionnel européen présente une réelle opportunité à saisir. La Conférence Intergouvernementale de 1996, prévue par le Traité de Maastricht, sera décisive si l'on veut inscrire l'approfondissement accéléré de l'Union sociale dans les traités qui fondent l'Union européenne.

C'est la raison pour laquelle, le gouvernement a d'ores et déjà adopté en Conseil des Ministres une note de politique préparatoire à la C.I.G. qui sera soumise au Parlement. Elle constitue un cadre de référence adéquat pour la discussion des sujets et des idées qui seront portées à l'ordre du jour de la C.I.G.

Ainsi, le gouvernement y réaffirme son engagement en faveur d'une stratégie d'harmonisation à la hausse des normes sociales.

Cet engagement explique le choix du gouvernement de soutenir intégralement la position de la Commission qui souhaite que la politique sociale

zou berusten. Met andere woorden, dat het opnemen van het Protocol en van het Akkoord over het sociaal beleid in de basisteksten van de Gemeenschap de nodige juridische grondslag zou zijn om een Europese sociale ruimte uit te werken.

De Europese sociale ontwikkeling laten berusten op één enkele juridische basis betekent voor België dat het proces van besluitvorming op grond van het meerderheidsbeginsel van de Gemeenschap zou uitgebreid worden tot het sociaal beleid en het beleid inzake het leefmilieu.

Dit zou ook de strategie van geleidelijke convergentie die België voorstaat helpen rechtvaardigen, door aan te tonen dat de Britse uitzondering die bij het Verdrag betreffende de Unie werd bekrachtigd slechts een onvermijdelijke stap was naar de Europese opbouw en voor het behoud van alle verworvenheden op het niveau van de Gemeenschap, eerder dan een structurele uitzondering die de Gemeenschap en haar verworvenheden verzwakt alsook de inspanningen die het land heeft geleverd om de doelstellingen van het convergentieplan te kunnen bereiken.

#### *De voorwaarden voor sociale convergentie voorbereiden*

Dergelijke strategie houdt in dat gezamenlijke doelstellingen worden bepaald op het niveau van de Gemeenschap met het oog op de convergentie van het beleid inzake sociale bescherming en dat de nationale sociale zekerheids- (of beschermings-) stelsels zouden evolueren overeenkomstig de algemene doelstellingen van de Unie.

Voor het departement van Sociale Zaken heeft het voorzitterschap van deze informele Raad de kans geboden luister bij te zetten aan jarenlange interne werkzaamheden in verband met de evaluatie van de sociale gevolgen van het economisch beleid tot structurele aanpassing, enerzijds, en met de voorbereiding van de voorwaarden voor een geleidelijke convergentie van het Europees sociaal beleid, anderzijds.

Sociale Zaken zal dit werk in de huidige legislatuur voortzetten en de bilaterale en multilaterale uitwisselingen waarop het berust, opvoeren. Daarbij zullen de permanente uitwisselingen tussen het Belgisch departement van Sociale Zaken en het Directoraat-generaal « Sociale Zaken » van de Commissie de voorkeur krijgen net als de openhartige discussies met de sociale gesprekspartners.

Het voorbereiden van de voorwaarden voor sociale convergentie moet immers niet gezien worden als een alleenstaande actie, maar moet deel uitmaken van een ruimer geheel van integratie op economisch, sociaal vlak en wat het leefmilieu betreft, en ter voorkoming van uitsluiting.

Op laatstgenoemd gebied, dat voor iedereen een sterk symbolische waarde heeft, wil België concrete acties voeren op het Europees niveau. Een groep eminente deskundigen, samengesteld door de Commissie, zal zijn werkzaamheden eerlang aanvatten.

repose sur un encadrement juridique unique. Autrement dit, que l'insertion du Protocole et de l'Accord sur la politique sociale dans les textes fondateurs de la Communauté soit la base juridique nécessaire à la réalisation d'un espace social européen.

Faire reposer le développement social européen sur un seul encadrement juridique s'accompagne pour la Belgique d'une extension aux politiques sociales et environnementales du processus de décision communautaire par vote majoritaire.

Cela contribuerait également à légitimer la stratégie de convergence progressive défendue par la Belgique, en montrant que l'exception britannique entérinée par le Traité sur l'Union européenne ne constituait qu'une étape obligée de la construction européenne et de la préservation de la totalité des acquis communautaires plutôt qu'une exception structurelle fragilisant la Communauté et ses acquis ainsi que les efforts consentis par le pays en vue de satisfaire aux objectifs du plan de convergence.

#### *Préparer les conditions d'une convergence sociale*

Une telle stratégie suppose la définition au niveau communautaire d'objectifs communs permettant de faire converger les politiques de protection sociale et vise à faire progresser les systèmes nationaux de sécurité (ou de protection) sociale en conformité avec les objectifs généraux de l'Union.

Pour le département des Affaires sociales, la présidence de ce Conseil informel a été l'occasion de valoriser un travail interne entrepris depuis plusieurs années visant d'une part à évaluer les effets sociaux des politiques économiques d'ajustement structurel, d'autre part à préparer les conditions d'une convergence progressive des politiques sociales européennes.

Sous la présente législature, les Affaires sociales poursuivront cette réflexion et intensifieront les différents contacts bilatéraux et multilatéraux sur lesquels elle repose. Parmi ceux-ci, les échanges permanents entre les Affaires sociales belges et la Direction Générale « Affaires sociales » de la Commission seront privilégiés de même que les discussions ouvertes avec les interlocuteurs de la concertation sociale.

En effet, préparer les conditions d'une convergence sociale ne doit pas être envisagée comme une démarche isolée, mais doit s'inscrire dans une perspective plus large d'intégration économique, sociale et environnementale, et de prévention de l'exclusion.

Dans ce dernier domaine, qui revêt une symbolique forte aux yeux de tous, le département des Affaires sociales entend apporter des contributions concrètes sur la scène européenne. Un groupe d'experts de haut niveau, réuni par la Commission, doit débu-

Het departement van Sociale Zaken heeft er bij de Commissie speciaal op aangedrongen dat de Gewesten en de Gemeenschappen op een passende manier zouden worden geraadpleegd en/of bij de werkzaamheden worden betrokken.

Eveneens op Europees niveau, wil de Minister van Sociale Zaken verder bijdragen tot het interministerieel proces met eerbied voor de eigen bevoegdheden van iedereen, om aan de institutionele verankering van de Unie van Gewesten een nieuwe impuls te geven.

De nationale denkoefening van de auteurs van het Algemeen Verslag over de Armoede moet als model dienen op Europees vlak, namelijk voor de dialoog tussen de politieke overheid (van federaal niveau tot op het plaatselijk niveau) en de burgermaatschappij (van de traditionele partners bij de sociale dialoog tot het verenigingsleven).

Op dit gebied vormen de werkzaamheden van de Commissie over het recht op een menswaardig bestaansminimum voor alle burgers van de Unie een stevige basis voor concrete vormen van uitwerking van een snelle convergentie.

Het departement van Sociale Zaken wil ook de actie voortzetten die in de vorige legislatuur werd aangevat, namelijk het dichter bij elkaar brengen van het beleid inzake sociale bescherming tussen de landen die handelsbetrekkingen onderhouden.

Bilaterale akkoorden over de sociale bescherming van grensarbeiders moeten talrijker worden. België wil eveneens meewerken aan de lopende werkzaamheden in verband met de problematiek van de detachering van werknemers.

De verbintenis die België heeft aangegaan om de sociale aspecten en het leefmilieu te beschermen in de handelsbetrekkingen van de lidstaten van de Unie met hun internationale partners zal des te meer gegrond zijn en weerklank vinden wanneer zij zou berusten op het voorbeeld van een economische en monetaire ruimte die steunt op een harmonisering naar boven van de stelsels voor de sociale bescherming van de werknemers.

Sociale Zaken herhaalt wel zijn verbintenis in deze richting te willen werken maar eist tegelijkertijd op een zeer concrete en krachtige manier dat de maatregelen in de strijd tegen de sociale fraude snel op elkaar zouden worden afgestemd.

Dit is een voorbeeld van gebied waarop men de gevolgen van het vrij verkeer van personen, goederen en kapitaal nog niet onder controle heeft en waarop de achterstand die het sociaal Europa heeft opgelopen nadelig kan zijn voor het zoeken naar een duurzaam financieel evenwicht van de Belgische sociale zekerheid en bijgevolg de nationale strategie voor de toetreding tot de E.M.U kan tegenwerken en een hinderpaal kan zijn voor het verruimingsmodel van de Unie, dat moet berusten op een dwingende doch geleidelijke aanvaarding van het beleid tot sociale en economische convergentie.

ter prochainement ses travaux. Les Affaires sociales belges ont particulièrement insisté auprès de la Commission pour que, sous une forme appropriée, les Régions et Communautés soient consultées et/ou impliquées.

Le Ministre des Affaires sociales entend poursuivre, au plan européen également, sa contribution au processus interministériel dans le respect des compétences propres de chacun; et ce, dans le but d'insuffler un soutien nouveau à la consolidation institutionnelle de l'Union des Régions.

La réflexion nationale élaborée par les acteurs du Rapport général sur la Pauvreté doit inspirer la démarche européenne, notamment, pour ce qui est du dialogue entre le pouvoir politique (du fédéral au local) et la société civile (des partenaires traditionnels du dialogue social au monde des associations).

Dans cette matière, les travaux de la Commission relatifs au droit pour tous les citoyens de l'Union à un minimum digne de moyens d'existence constituent une base solide sur laquelle rechercher des modalités concrètes de convergence rapide.

Le département des Affaires sociales entend également poursuivre l'action entamée sous l'ancienne législature concernant le rapprochement des législations de protection sociale entre pays liés par leurs relations commerciales.

Les accords bilatéraux portant sur la protection sociale des travailleurs frontaliers doivent être multipliés. De même, la Belgique entend apporter sa contribution aux travaux en cours relatifs à la problématique du détachement des travailleurs.

En effet, l'engagement de la Belgique à défendre la clause sociale et environnementale dans les relations commerciales des Etats Membres de l'Union avec leurs partenaires internationaux bénéficiera d'une légitimité et d'un écho d'autant plus important qu'il s'appuierait sur l'exemple d'un espace économique et monétaire régulé par une harmonisation à la hausse des systèmes de protection sociale des travailleurs.

Si les Affaires sociales réaffirment leur engagement à oeuvrer dans cette perspective, il faut néanmoins préciser que cette action s'accompagne d'une revendication extrêmement concrète et ferme relative au rapprochement rapide des mesures visant à éradiquer la fraude sociale.

C'est là un domaine exemplatif où les conséquences de la libre circulation des personnes, des biens et des valeurs sont encore mal maîtrisées et où le retard pris par l'Europe sociale peut nuire à la recherche d'un équilibre financier durable de la sécurité sociale belge, et en conséquence handicaper la stratégie nationale d'adhésion à l'U.E.M. ainsi que le modèle d'élargissement de l'Union qui doit reposer sur une acceptation impérative certes, mais progressive, des politiques de convergence sociale et économique.

Tenslotte, en als logisch gevolg hiervan, moeten de politieke kans geboden door het bijeenroepen van de I.G.C. in 1996 en de vrijwillige verbintenis van België de geleidelijke convergentie van het sociale-beschermingsbeleid in de Unie na te streven de Europese sociale dialoog kracht kunnen bijzetten. Ook hier kan België een sterke en originele dynamiek op gang brengen door te proberen de basisbeginselen van het Gemeenschapshandvest van de sociale grondrechten van de werkenden te laten opnemen in de toekomstige enige juridische grondslag van het sociaal Europa.

Enfin, et en corollaire, l'opportunité politique que représente la convocation en 1996 de la C.I.G. ainsi que l'engagement volontaire de la Belgique en faveur de la convergence progressive des politiques de protection sociale dans l'Union doivent permettre de consolider la légitimité du dialogue social européen. Là encore, la Belgique peut insuffler une dynamique forte et originale en tentant de faire inscrire les principes fondateurs de la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs à l'intérieur même du futur encadrement juridique unique de l'Europe sociale.

### III. — BELEIDSNOTA VAN DE STAATSSECRETARIS VOOR MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE EN LEEFMILIEU

#### HOOFDSTUK I

#### HET GEHANDICAPTENBELEID

##### 1. INLEIDING

Het doel van het stelsel van de tegemoetkomingen aan gehandicapten is dubbel : enerzijds de vervanging van het inkomen van de gehandicapte persoon die niet in staat is, wegens zijn of haar handicap, een voldoende inkomen te verwerven, anderzijds een aanvulling van dit inkomen indien de gehandicapte een verminderde zelfredzaamheid vertoont.

De inkomensvervangende tegemoetkoming is ingesteld om de gehandicapte persoon, die door zijn handicap (vanaf zijn geboorte of op latere leeftijd) zelf niet in staat is om zich een inkomen te verschaffen, bestaanszekerheid te bieden. Het is dan ook logisch dat deze tegemoetkoming minstens eenzelfde bedrag omvat als het bestaansminimum. De inkomensvervangende tegemoetkoming dekt dus het "verlies aan arbeidsinkomen".

De integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden dekken kosten die de gehandicapte persoon moet dragen om zich te integreren in de maatschappij.

Het gehandicaptenbeleid mag evenwel niet enkel begrepen worden in het kader van voormelde tegemoetkomingen, het moet gesitueerd worden in een ruimer geheel. Zo kan een positief tewerkstellingsbeleid ten aanzien van de gehandicapten, zowel in de privé als in de publieke sector, bijvoorbeeld vermijden dat een gehandicapte een beroep moet doen op het residuaire stelsel van de tegemoetkomingen aan gehandicapten. Het eigenhandig verwerven van een (arbeids)inkomen draagt trouwens in meer dan aanzienlijke mate bij tot de integratie van de gehandicapte in de maatschappij, wat een primaire bekwamen is van het stelsel.

##### 2. EVOLUTIE VAN HET STELSEL

De jongste jaren is de activiteit van de Dienst tegemoetkomingen aan gehandicapten aanzienlijk toegenomen.

Enkele cijfers volstaan om deze evolutie aan te tonen.

Aldus, tijdens de periode 1984-1994 :

- is het aantal aanvragen met 70 % gestegen;
- is het aantal gerechtigden op een tegemoetkoming gestegen van 96.661 naar 196.968, met andere woorden een toename met 104 %;
- zijn de uitgaven voor de tegemoetkomingen met 129 % toegenomen : van 15,1 miljard in 1984 naar 34,7 miljard in 1994.

### III. — NOTE DE POLITIQUE DU SECRETARIE D'ETAT A L'INTEGRATION SOCIALE ET A L'ENVIRONNEMENT

#### CHAPITRE I

#### LA POLITIQUE DES HANDICAPES

##### 1. INTRODUCTION

Le but du régime des allocations aux handicapés est double : d'une part, le remplacement du revenu de la personne handicapée qui, en raison de son handicap, n'est pas en mesure de se procurer un revenu suffisant et, d'autre part, l'octroi d'un complément à ce revenu lorsque l'autonomie du handicapé est réduite.

L'allocation de remplacement de revenus doit apporter une sécurité d'existence à la personne handicapée qui, en raison de son handicap (depuis la naissance ou à un âge plus avancé) n'est pas elle-même en mesure de se procurer un revenu. Il est dès lors logique que cette allocation soit au moins d'un montant égal à celui du minimum de moyens d'existence. L'allocation de remplacement de revenus couvre donc la "perte du revenu du travail".

L'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées couvrent des frais que la personne handicapée doit supporter afin de s'intégrer dans la société.

La politique des handicapés, dans le secteur privé comme dans le secteur public, ne se limite cependant pas à ces allocations; elle doit s'apprécier dans un contexte plus large. Ainsi, une politique d'emploi positive à l'égard des handicapés peut éviter qu'un handicapé fasse appel au régime résiduaire des allocations aux handicapés. Le fait de se procurer personnellement un revenu (du travail) contribue par ailleurs dans une très large mesure à l'intégration sociale des handicapés, ce qui constitue un des objectifs primaires du régime.

##### 2. EVOLUTION DU REGIME

L'activité du service des allocations aux Handicapés s'est fortement développée ces dernières années.

Quelques chiffres suffisent pour se faire une idée de cette évolution.

Ainsi, au cours de la période 1984-1994 :

- le nombre de demandes a augmenté de 70 %;
- le nombre de bénéficiaires d'une allocation est passé de 96.661 à 196.968, ce qui représente un accroissement de 104 %;
- les dépenses en matière d'allocations ont augmenté de 129 % : de 15,1 milliards en 1984 à 34,7 milliards en 1994.

Wat het zeer recente verleden betreft, is het aantal aanvragen (eerste aanvragen en herzieningen) in 1994 met 12,5 % gestegen : 6.925 per maand in 1993 en 7.787 in 1994. Deze trend zet zich nog versterkt door in 1995 : 8.586 aanvragen gemiddeld in de eerste 6 maanden.

Het aantal beslissingen lag in 1994 25,3 % hoger dan in 1993 (114.672 tgv. 91.528). Dit hoge aantal is onder meer te wijten aan een versterkte doorvoering van de inhaaloperatie.

Hierdoor is ook het aantal rechthebbenden op een tegemoetkoming gestegen : van 186.406 in 1993 naar 192.469 in 1994 (jaargemiddelden); einde juni 1995 bedroeg dit aantal reeds 198.783.

De uitgaven van de tegemoetkomingen blijven evenwel binnen de perken : van 33,8 miljard F in 1993, over 34,7 miljard F in 1994 naar een budget van 36,9 miljard F in 1995. Dit laatste jaar omvat evenwel een extra-budgettaire last t.b.v. één miljard F ten gevolge van de opheffing van de spreiding van de betaling der achterstallen.

### 3. MEDISCHE CRITERIA

Een van de essentiële grondvesten van het stelsel van tegemoetkomingen aan gehandicapten is de medische beoordeling. De Staatssecretaris hecht dan ook bijzonder veel belang aan het vlot en goed verloop van het medisch onderzoek.

Hij volgt met grote aandacht een aan de gang zijnde studie over de medische criteria. Deze studie wordt uitgevoerd door twee ambtenaren en is een voortzetting en concretisering van een onderzoek van twee universiteitsprofessoren; de voltooiing ervan moet leiden tot een optimalisering van de huidige beoordelingsmethode. Het betreft hier een bijzonder complexe materie die met de nodige zorg dient verwezenlijkt te worden.

### 4. VERBETERING VAN DE PROCEDURES

De bekommernis van de Staatssecretaris bestaat erin het charter van de sociaal verzekerde en het charter van de gebruiker van de openbare diensten indachtig na te gaan hoe de administratieve procedures verder kunnen worden verbeterd.

Deze vraag zal onderzocht worden, zowel vanuit het standpunt van de burger die een beroep doet op de administratie om zijn rechten te laten gelden, als vanuit het standpunt van de administratie, die over de nodige inlichtingen moet beschikken om de rechten van de burger te bepalen.

De Staatssecretaris zal, in overleg met zijn collega's, onder meer de mogelijkheid laten onderzoeken om alle aanvragen inzake tegemoetkomingen of inzake andere sociale of fiscale voordelen voor gehandicapten te laten richten tot één enkel orgaan, met name de gemeente die alsdan de aanvraag moet doorsturen. Daarnaast wenst de Staatssecretaris

En ce qui concerne le passé très récent, le nombre de demandes (premières demandes et révisions) a augmenté de 12,5 % en 1994 : 6.925 par mois en 1993 et 7.787 en 1994. Cette tendance s'accroît encore en 1995 : 8.586 demandes en moyenne au cours des 6 premiers mois.

En 1994, le nombre de décisions était de 25,3 % supérieur à celui de 1993 (114.672 contre 91.528). Ce nombre élevé résulte entre autres de l'accélération de l'opération de rattrapage relative au traitement des dossiers.

Le nombre de bénéficiaires d'une allocation a dès lors également augmenté : de 186.406 en 1993 à 192.469 en 1994 (moyennes annuelles); fin juin 1995, il s'élevait déjà à 198.783.

Toutefois, les dépenses liées aux allocations sont restées sous contrôle : de 33,8 milliards de F en 1993, en passant à 34,7 milliards de F en 1994 pour atteindre un budget de 36,9 milliards de F en 1995. Le budget de cette dernière année inclut néanmoins une charge extra budgétaire d'un montant d'un milliard de F en raison de la suppression du paiement étalé des arriérés.

### 3. CRITERES MEDICAUX

Un des fondements essentiels du régime des allocations aux handicapés est l'évaluation médicale. Le Secrétaire d'Etat accorde dès lors une attention particulière au bon déroulement de l'expertise médicale.

Il suit attentivement l'étude en cours au sujet des critères médicaux. Cette étude est réalisée par deux fonctionnaires en vue de concrétiser une étude effectuée par deux professeurs d'université; l'achèvement de cette étude doit permettre d'optimiser l'actuelle méthode d'évaluation. Il s'agit d'une matière particulièrement complexe qui requiert tout le soin voulu.

### 4. AMELIORATION DES PROCEDURES

En ayant la charte de l'assuré social et la charte de l'utilisateur des services publics à l'esprit, le souci du Secrétaire d'Etat est de rechercher la manière dont les procédures administratives peuvent encore être améliorées.

Cette question sera examinée tant du point de vue du citoyen qui fait appel à l'administration pour faire valoir ses droits, que sous l'angle de l'administration qui doit être en possession des informations nécessaires en vue d'établir les droits du citoyen.

Après concertation avec ses collègues, le Secrétaire d'Etat fera entre autres examiner la possibilité d'adresser toutes les demandes d'allocations ou d'autres avantages sociaux ou fiscaux pour handicapés à une seule instance, à savoir la commune, qui doit alors transmettre la demande. Par ailleurs, le Secrétaire d'Etat souhaite faire examiner la possibi-



ook te laten onderzoeken hoe het aantal documenten dat een aanvrager dient in te vullen, kan beperkt worden, door zoveel mogelijk een beroep te doen op instellingen die reeds over de gewenste informatie beschikken. In dit verband is de rol van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid vanzelfsprekend zeer belangrijk.

Wat de leesbaarheid van de gebruikte formulieren betreft, zal de Staatssecretaris erop toezien dat de inspanningen voor meer doorzichtige en gemakkelijker te begrijpen administratieve teksten worden voortgezet. De bestaande samenwerking met het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding hieromtrent zal verder gezet worden.

## 5. ONDERZOEKSTERMIJNEN

Eén van de prioriteiten van de Staatssecretaris blijft natuurlijk een zo kort mogelijke termijn voor het onderzoeken van de dossiers. Aldus is het de dwingende bedoeling de gemiddelde onderzoekstermijn in 1996 (voor alle tegemoetkomingen samen) te behouden op minder dan 6 maanden.

Het onderzoek van een dossier omvat het medisch onderzoek en het onderzoek naar het inkomen. Voor laatstgenoemd onderzoek moet vaak informatie worden ingewonnen bij andere besturen en instellingen, en soms ook bij de gehandicapte zelf. Vandaar dat er altijd een onderzoekstermijn van enkele maanden zal blijven bestaan. De Nationale Hoge Raad voor Gehandicapten beschouwt een onderzoekstermijn van 6 maand overigens als aanvaardbaar. Daarbovenop zal beoogd worden om de verschillen inzake de afhandelingstermijnen tussen de dossiers onderling zo klein mogelijk te houden. Speciale aandacht zal geschonken worden aan het verder wegwerken van het verschil in behandelingstermijn voor de nederlandsstalige en de franstalige dossiers.

Om dit doel te bereiken zal een optimale organisatie van het werk worden betracht. De nadruk zal gelegd worden op een verdere kwalitatieve verbetering van de administratieve procedures, wat een hoger rendement moet opleveren. Ook zullen de informatiesprocedures permanent getoetst blijven aan nieuwe evoluties en inzichten. Dit alles moet uiteindelijk leiden tot een sneller onderzoek van de dossiers.

De "6 maanden"-doelstelling kan vanzelfsprekend slechts behouden worden indien het huidige aantal personeelsleden wordt behouden. De omzetting van de 80 contractuele betrekkingen in statutaire betrekkingen, een omzetting die in 1995 werd aangevat, zal in 1996 derhalve worden verdergezet.

Ten slotte is het kort houden van de onderzoekstermijn ook van belang omwille van de budgettaire impact van de wet van 25 juli 1994. Deze wet beoogt een snelle afwerking van de dossiers en kent verwijlrenten toe aan de gerechtigde bij laattijdige inbetalingstelling. De Staatssecretaris staat erop dat het doel van deze wet strikt wordt geëerbiedigd, met andere woorden dat elk dossier in beginsel binnen

lité de réduire le nombre de documents que doit remplir un demandeur, en faisant appel autant que possible aux institutions qui disposent déjà des informations souhaitées. A cet égard, le rôle de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale est évidemment très important.

En ce qui concerne la lisibilité des formulaires utilisés, le Secrétaire d'Etat veillera à ce que les efforts en vue de rendre les textes administratifs plus clairs et plus compréhensibles soient poursuivis. La collaboration actuelle avec le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme sera prolongée sur ce point.

## 5. DELAIS D'INSTRUCTION

Une des priorités du Secrétaire d'Etat reste naturellement le souci d'un délai d'instruction des dossiers aussi court que possible. Ainsi, il s'agit impérativement de maintenir en 1996 le délai d'instruction moyen (toutes allocations confondues) en dessous de 6 mois.

L'instruction d'un dossier comprend un examen médical et une enquête sur les revenus. Pour celle-ci, des informations doivent souvent être demandées auprès d'autres administrations ou institutions, et parfois même au handicapé lui-même. Dès lors, un délai d'instruction de quelques mois est inévitable. Le Conseil supérieur national des handicapés estime qu'un délai d'instruction de 6 mois est acceptable. Par ailleurs, les différences en ce qui concerne les délais d'instruction entre dossiers seront réduites au maximum. Une attention particulière sera ainsi accordée à la poursuite de l'effort en vue d'éliminer la différence entre les délais d'instruction des dossiers néerlandophones et francophones.

Pour atteindre cet objectif, une organisation optimale du travail doit être recherchée. L'accent sera mis sur la poursuite de l'amélioration qualitative des procédures administratives, laquelle doit déboucher sur un accroissement de la productivité. Les procédures informatiques seront aussi évaluées en permanence face aux nouvelles évolutions et approches. En définitive, il doit en résulter un traitement accéléré des dossiers.

L'objectif des "6 mois" ne peut naturellement être atteint que si l'effectif actuel du personnel est maintenu. Par conséquent, la conversion des 80 emplois contractuels en emplois statutaires, entamée en 1995, sera poursuivie en 1996.

Enfin, le raccourcissement des délais d'instruction importe également en raison de l'impact budgétaire de la loi du 25 juillet 1994. Cette loi a pour but d'accélérer le traitement des dossiers et prévoit le paiement d'intérêts de retard au bénéficiaire en cas de mise en paiement tardive. Le Secrétaire d'Etat souhaite que l'objectif de cette loi soit strictement respecté, en d'autres termes que pour tout dossier,

een termijn van zes maanden een beslissing zal kennen.

## 6. DE MEDISCHE DIENSTEN

De decentralisering van de medische dienst zal geleidelijk worden verdergezet. Naast de vier reeds operationele regionale centra (Antwerpen, Luik, Namen en Charleroi) ligt het in de bedoeling van de Staatssecretaris om gefaseerd bijkomende centra te openen.

Zo werd in 1995 begonnen met de uitvoering van de werkzaamheden voor een bijkomend centrum te Brugge en te Gent. Deze centra zullen binnenkort operationeel zijn. In Brussel zal in de nabije toekomst zowel een nederlands als een franstalig centrum geopend worden. De Staatssecretaris wenst daarnaast in 1996 nog twee nieuwe centra te openen, met name een in Hasselt en een in Bergen.

De Staatssecretaris is immers van mening dat deze decentralisatie van de medische dienst van essentieel belang is : zij zorgt voor een hogere productiviteit (een meer doeltreffende organisatie), brengt de administratie dicht bij de burger en waarborgt voor iedereen de toegang tot een passende onthaalstructuur, dicht bij zijn woonplaats.

De aanwerving in 1993 en 1994 van 25 inspecteurs-geneesheren zorgde ervoor dat de achterstand in de dossiers (vooral inzake de nederlandstalige medische bundels) stilaan wegebt. Deze structurele versterking laat vooral een betere omkadering van de medische dienst toe, wat op haar beurt een waarborg voor eenvormigheid en correcte toepassing van de medische criteria moet opleveren.

## 7. BETALING VAN DE TEGEMOETKOMINGEN

Voor de basisallocatie "33.06 — Uitbetaling van de tegemoetkomingen aan gehandicapten" wordt een krediet van 36.917,8 miljoen F voorgesteld. Dit voorstel houdt rekening met de nieuwe hypothesen inzake inflatie. Het houdt een vermindering van het in 1995 beschikbaar krediet in, aangezien dit namelijk 36.990,8 miljoen F bedraagt, begrotingsruiter inbegrepen.

Dit krediet houdt rekening met de verwerkingscapaciteit van de administratie, met de evolutie van het aantal rechthebbenden, met het gemiddeld bedrag van de tegemoetkomingen en met de financiële gevolgen van de maatregelen die in juli 1993 van kracht werden. Ook werd de weerslag verrekend van de wet van 25 juli 1994 tot wijziging van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten met het oog op een snellere afwerking van de dossiers : hierdoor moeten voortaan intresten worden betaald voor alle beslissingen waarvan de termijn tussen de ingangsdatum van een

une décision soit en principe prise dans un délai de six mois.

## 6. LES SERVICES MEDICAUX

La décentralisation du service médical sera poursuivie progressivement. Outre les quatre centres régionaux déjà opérationnels (Anvers, Liège, Namur et Charleroi), le Secrétaire d'Etat a l'intention d'ouvrir des centres supplémentaires d'une manière échelonnée.

Ainsi, les travaux ont commencé en 1995 pour un centre supplémentaire à Bruges et à Gand. Ces centres seront opérationnels sous peu. A Bruxelles, tant un centre francophone qu'un centre néerlandophone seront ouverts dans un avenir proche. Le Secrétaire d'Etat souhaite en outre encore ouvrir deux nouveaux centres en 1996, un à Hasselt et un à Mons.

Le Secrétaire d'Etat accorde en effet une importance fondamentale à cette décentralisation du service médical : elle accroît la productivité (organisation plus efficace), rapproche l'administration du citoyen et garantit à tous l'accès à une structure d'accueil appropriée, proche du domicile.

Le recrutement de 25 inspecteurs-médecins en 1993 et 1994 a permis de résorber progressivement le retard dans le traitement des dossiers (principalement des dossiers médicaux néerlandophones). Cependant, ce renfort structurel permet un meilleur encadrement du service médical, lequel doit à son tour garantir une application correcte et uniforme des critères médicaux.

## 7. PAIEMENT DES ALLOCATIONS

Pour l'allocation de base "33.06 — Paiement des allocations aux handicapés" un crédit de 36.917,8 millions de F est proposé. Cette proposition tient compte des nouvelles hypothèses en matière d'inflation. Elle implique une diminution du crédit disponible pour 1995, puisque celui-ci s'élève à 36.990,8 millions de F, cavalier budgétaire compris.

Ce crédit tient compte de la capacité de traitement de l'administration, de l'évolution du nombre de bénéficiaires, du montant moyen des allocations et des incidences financières des mesures devenues applicables en juillet 1993. Il a également été tenu compte de l'impact de la loi du 25 juillet 1994 modifiant la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés en vue d'accélérer le traitement des dossiers : celle-ci prévoit dorénavant le paiement d'intérêts pour toutes les décisions dont le délai entre la prise de cours d'une allocation octroyée sur demande et le premier jour du mois au cours duquel le premier

op aanvraag toegekende tegemoetkoming en de eerste dag van de maand waarin de eerste betaling van het maandelijks bedrag van die tegemoetkoming wordt verricht, hoger is dan 180 werkdagen.

De vermindering van het budget 1996 tegenover het voorgaande jaar is mede het gevolg van de opheffing sinds 1 januari 1995 van de maatregel tot spreiding van de uitbetaling van de achterstallen, wat een extra-budgettaire last ten bedrage van 1 miljard F voor het budget 1995 tot gevolg heeft gehad.

#### **8. DE OPERATIE "VERNIEUWING VAN PARKEERKAARTEN"**

In 1991 werd de bevoegdheid voor het afleveren van parkeerkaarten aan gehandicapten, enerzijds, en verminderskaarten op het openbaar vervoer, anderzijds, aan de Dienst der tegemoetkomingen aan gehandicapten overgedragen. De geldigheidsduur van de vroegere (door het Rijksfonds voor Sociale Reclasseering afgeleverde) parkeerkaarten werd toen reglementair beperkt tot 31 december 1996. Een toevloed van aanvragen om hernieuwing van parkeerkaarten wordt bijgevolg verwacht. Om deze toevloed in goede banen te kunnen leiden, heeft de Dienst een werkplan opgesteld tot spreiding van de aanvragen. De Staatssecretaris zal erover waken dat het nodige aantal bijkomende personeelsleden en de noodzakelijke werkingsmiddelen ter beschikking van de dienst worden gesteld.

Te noteren is dat een gelijkaardige, maar in omvang beperktere, operatie in 1998 dient doorgevoerd te worden voor de vernieuwing van de Nationale Verminderskaarten op het Gemeenschappelijk vervoer (visueel gehandicapten).

#### **9. INFORMATIE**

Het verzamelen van statistische gegevens over gehandicapten blijft een van de prioritaire doelstellingen van de Staatssecretaris. Deze gegevens moeten toelaten de doeltreffendheid van het handicaptenbeleid na te gaan. Dankzij deze gegevens kunnen ook boordtabellen ontwikkeld worden, is een strikte budgettaire opvolging mogelijk en kunnen budgettaire simulaties en vergelijkende studies gemaakt worden.

Het jaarverslag 1994 van de Algemene Directie der Uitkeringen aan Gehandicapten bevat interessante informatie; men vindt er de meest typerende gegevens in verband met de tegemoetkomingen aan gehandicapten in terug. Het jaarverslag is tevens een bron van interessante informatie over het reilen en zeilen van het bestuur en een kostbaar werkinstrument voor al wie het handicaptenbeleid mede-bepaalt of daarvoor belangstelling heeft.

Complementair aan het vorige ligt ook de informatieverstrekking naar de gehandicapte personen toe de Staatssecretaris nauw aan het hart. Een Handigids blijft beschikbaar voor de bevolking en zal wor-

paiement de la mensualité de cette allocation a lieu, dépasse 180 jours ouvrables.

La réduction du budget 1996 par rapport à l'année précédente résulte également de la suppression au 1er janvier 1995 de la mesure d'étalement du paiement des arriérés dont la charge extra budgétaire pour le budget 1995 était d'1 milliard de F.

#### **8. L'OPERATION "RENOUVELLEMENT DES CARTES DE STATIONNEMENT"**

En 1991, la compétence pour la délivrance des cartes de stationnement aux handicapés, d'une part, et des cartes de réduction pour les transports en commun, d'autre part, a été transférée au Service allocations aux handicapés. La durée de validité des cartes de stationnement précédentes (délivrées par le Fonds national de Reclassement social) a été à ce moment réglementairement limitée au 31 décembre 1996. Un afflux de demandes de renouvellement de cartes de stationnement est dès lors prévisible. Afin d'y faire face, le service a élaboré un plan de travail pour l'étalement des demandes. Le Secrétaire d'Etat veillera à ce que le personnel supplémentaire nécessaire soit mis à la disposition du service, ainsi que les moyens de fonctionnement indispensables.

Il est à signaler qu'une opération similaire mais d'une plus faible ampleur devra avoir lieu en 1998 lors du renouvellement des Cartes nationales de Réduction pour les Transports en Commun (handicapés visuels).

#### **9. INFORMATION**

La collecte d'informations statistiques au sujet des handicapés demeure un des objectifs prioritaires du Secrétaire d'Etat. Ces données doivent permettre d'apprécier l'efficacité de la politique en faveur des handicapés. Ces données permettent également la mise au point de tableaux de bord, elles assurent un suivi budgétaire strict et constituent la base pour des simulations budgétaires et des études comparatives.

Le rapport annuel 1994 de la Direction générale des Prestations aux Handicapés contient des informations intéressantes; il reprend les données les plus caractéristiques au sujet des allocations aux handicapés. Le rapport annuel est également une source intéressante d'informations relatives au fonctionnement de l'administration et il constitue un précieux instrument de travail pour toute personne participant à l'élaboration de la politique en faveur des handicapés ou intéressée par celle-ci.

En complément de ce qui précède, le Secrétaire d'Etat accorde aussi une grande importance à la communication d'informations aux personnes handicapées. Un Guide de la personne handicapée est

den bijgewerkt. De dienst der tegemoetkomingen zal eveneens instaan voor de opmaak van enkele vernieuwde informatiefolders omtrent de tegemoetkomingen aan gehandicapten.

Het bestuur zal ook verder blijven deelnemen aan verschillende beurzen en manifestaties om meer bekendheid te geven aan de rechten van de gehandicapte personen. Het aantal zitdagen in de provincies van de maatschappelijke assistenten wordt verder opgetrokken. Op deze gemeentelijke zitdagen staan de maatschappelijke assistenten van het departement ter beschikking van de bevolking. Hierdoor komt het bestuur dicht bij de burger te staan. Met dezelfde bedoeling werd Handitel opgericht : een automatisch antwoordsysteem waar de burger 24 uur op 24, 7 dagen op 7, algemene of persoonlijke informatie (telefonisch) kan opvragen.

**10. HANDHAVING VAN DE KOOPKRACHT**

De regeringsverklaring voorziet dat de levensstandaard van personen, uitsluitend afhankelijk van de laagste sociale uitkeringen zal gewaarborgd worden, indien mogelijk verbeterd. De Staatssecretaris zal er nauwlettend op toezien dat deze bepaling zijn gelding krijgt ten aanzien van de gehandicapten. In dezelfde optiek zal de Staatssecretaris laten nagaan in welke mate initiatieven kunnen genomen worden inzake de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden opdat de groeiende groep van zorgbehoevende bejaarden financieel ondersteund kan worden in haar zorgafhankelijkheid.

**11. BESLUIT**

Tot besluit stelt de Staatssecretaris dat hij tijdens het dienstjaar verder de weg zal volgen van een strikt beheer van het stelsel der tegemoetkomingen aan gehandicapten, dit ten voordele van de doeltreffendheid van het stelsel. Deze weg zal zowel gelden voor de interne (t.a.v. de administratie) als de externe werking, waarbij de grootste aandacht zal gaan naar de sociale doelstellingen die aan de basis liggen van het stelsel.

**HOOFDSTUK II**

**DE MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE**

**I. — UITVOERING VAN HET ALGEMEEN  
VERSLAG OVER DE ARMOEDE**

De uitvoering van het Algemeen Verslag Armoede wordt in het regeerakkoord omschreven als een essentiële opdracht. De Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie wenst dan ook conform het regeerakkoord van de bestrijding van de armoede in

toujours disponible et sera mis à jour. Le Service allocations aux handicapés rédigera également quelques nouveaux dépliants concernant les allocations aux handicapés.

L'administration continuera aussi de participer à diverses bourses et manifestations afin de mieux faire connaître les droits des personnes handicapées. Le nombre de permanences en province des assistants sociaux sera encore augmenté. Lors de ces permanences communales, les assistants sociaux du département sont à la disposition de la population. L'administration se rapproche ainsi du citoyen. Handitel a été créé dans le même ordre d'idées : un répondeur automatique permettant au citoyen de demander (par téléphone) des informations générales ou personnelles, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

**10. MAINTIEN DU POUVOIR D'ACHAT**

La déclaration gouvernementale prévoit que le niveau de vie des personnes exclusivement tributaires des prestations sociales les moins élevées sera préservé, voire amélioré. Le Secrétaire d'Etat veillera à ce que cette disposition soit appliquée en faveur des handicapés. De même, le Secrétaire d'Etat fera examiner dans quelle mesure des initiatives peuvent être prises au sujet de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées afin que le groupe sans cesse croissant des personnes âgées nécessitant des soins puisse être soutenu financièrement dans la dépendance qui est la sienne en matière de soins.

**11. CONCLUSION**

En conclusion, le Secrétaire d'Etat affirme qu'au cours de l'exercice, il poursuivra la gestion stricte du régime des allocations aux handicapés, afin de préserver l'efficacité du régime. Cette option vaudra tant pour le fonctionnement interne (à l'égard de l'administration) qu'externe, tout en accordant la plus grande attention aux objectifs sociaux qui constituent le fondement du régime.

**CHAPITRE II**

**L'INTEGRATION SOCIALE**

**I. — EXECUTION DU RAPPORT  
GENERAL SUR LA PAUVRETE**

L'Accord de Gouvernement décrit l'exécution du Rapport général sur la pauvreté comme une mission essentielle. Le Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale se propose dès lors d'appliquer ledit Accord et d'élever ainsi la lutte contre la pauvreté en général et

het algemeen en van de uitvoering van het Algemeen Verslag Armoede in het bijzonder een beleidsprioriteit te maken.

Voor de uitvoering van de aanbevelingen van het Algemeen Verslag Armoede zal intensief in de Interministeriële Conferentie worden gewerkt. Deze zal in dialoog moeten treden met de organisaties die de belangen van de armen behartigen en met het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding.

a) Preventief armoedebeleid : de sociale zekerheid veilig stellen en werken aan werk.

Zoals het regeerakkoord terecht aangeeft, vormt de sociale zekerheid nog steeds de beste dam tegen de armoede. In vergelijking met andere Europese landen heeft België een laag armoedecijfer, in de periode '88-'92 blijft 6 % van de bevolking arm (gemeten met de strenge E.G.-armoedenorm), 17,6 % blijft bestaansonzeker (gemeten met de C.S.B.-norm). Dat België relatief gezien weinig armoede en bestaansonzekerheid kent, heeft te maken met ons Sociaal Zekerheidsstelsel : niet minder dan 1 gezin op 3 blijft uit armoede en bestaansonzekerheid dankzij de Sociale Zekerheid.

De aanpassing van de sociale zekerheid aan de nieuwe uitdagingen met het behoud van haar initiële doelstellingen, nl. het verzekeren van werknemers en hun families tegen de risico's van het leven, werkloosheid, ongeval en ziekte, invaliditeit en ouderdom, blijft vanuit een preventief beleid ter bestrijding van de armoede cruciaal.

Een tweede essentiële hefboom om de armoede te bestrijden is het creëren van werk. Armen vragen immers in de eerste plaats werk, geen vervangingsinkomen. Werk impliceert niet alleen geld maar ook status, maatschappelijk nut en eigenwaarde. Werkloosheid is een cruciale risicofactor voor armoede en bestaansonzekerheid. Een baan biedt de beste garantie tegen armoede en voor bestaanszekerheid. Het terugdringen van de werkloosheid en het creëren van jobs o.a. door de bestaande arbeid te herverdelen, moeten prioritaire beleidsopties blijven.

b) Armoede is meer dan een inkomensprobleem

Daarnaast zijn specifieke maatregelen nodig om de bestaande armoede te bestrijden. Armoede die niet louter als een financieel probleem kan worden beschouwd, maar moet gedefinieerd worden in de zin zoals Professor Vranken dat doet in zijn Jaarboeken Armoede :

“Armoede is een netwerk van achterstellingen. Dit netwerk strekt zich uit over meerdere gebieden van het individuele en het collectieve bestaan van de

la concrétisation du Rapport général en particulier, au rang de priorités.

L'exécution du Rapport général sur la pauvreté requiert aussi la participation active de la Commission interministérielle. Celle-ci devra entamer un dialogue avec les associations qui luttent contre la pauvreté et avec le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.

a) Politique de prévention de la pauvreté : assurer l'avenir de la sécurité sociale et lutter contre le chômage.

Comme le signale, à juste titre, l'Accord de Gouvernement, la sécurité sociale est et restera la ligne de défense la plus efficace pour prévenir la pauvreté. Par comparaison avec les autres pays européens, la Belgique compte assez peu de pauvres : pendant la période '88-'92, 6 % de la population vivaient dans la pauvreté (selon la sévère norme européenne), 17,6 % vivaient dans l'insécurité d'existence (selon la norme CSB). Si la Belgique a opposé une aussi vive résistance à la progression de la pauvreté et de l'insécurité d'existence, c'est grâce à son système de sécurité sociale qui met une famille sur trois à l'abri de ces deux fléaux.

L'adaptation de la sécurité sociale aux nouveaux défis, tout en maintenant ses objectifs initiaux qui sont l'assurance des travailleurs et de leurs familles contre des risques essentiels comme le chômage, la maladie et les accidents, l'invalidité et la vieillesse, est cruciale dans la perspective de la prévention et de la lutte contre la pauvreté.

La lutte contre le chômage constitue un second levier important dans la lutte contre la pauvreté. En fait, ce que les pauvres veulent vraiment, ce n'est pas un revenu de remplacement mais un emploi. N'oublions pas que le travail n'est pas seulement associé à l'argent, à un revenu, il confère aussi au pauvre la respectabilité sociale, un sentiment d'être utile, il lui apporte le respect de soi. Le chômage est un facteur de risques essentiel dans l'optique de la pauvreté et de l'insécurité d'existence. Avoir un emploi est le meilleur rempart que l'on puisse dresser contre la pauvreté et l'insécurité d'existence. Refouler le chômage et créer des emplois (notamment par la redistribution du travail existant) doivent rester des priorités pour le pouvoir politique.

b) La pauvreté n'est pas seulement un problème de revenus.

Toute politique efficace de lutte contre la pauvreté suppose aussi la prise d'une série de mesures spécifiques. La pauvreté n'est pas seulement un problème de revenus, elle doit être définie comme le fait le Prof. Vranken dans ses “Jaarboeken Armoede” :

“La pauvreté est un vaste réseau d'exclusions qui s'exprime par une participation différentielle dans plusieurs domaines de la vie individuelle et collective

armen, maar wortelt hoofdzakelijk in een marginale positie ten aanzien van het productieproces. Het gevolg is dat armen dermate van de rest van de samenleving gescheiden worden, dat ze uitgesloten geraken van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen".<sup>(1)</sup>

Het Algemeen Verslag Armoede, dat samen met de armen werd opgesteld, bewijst de degelijkheid van deze definitie. De veelvuldige getuigenissen doorheen het verslag illustreren vaak pijnlijk dat armen inderdaad achtergesteld worden op de diverse domeinen van het maatschappelijk leven. Die meervoudige maatschappelijke achterstelling komt aan bod in vier hoofdstukken die samengevat kunnen worden als welzijn (gezin, welzijn en gezondheid), werken (arbeid en sociale bescherming), wonen (huisvesting) en weten (onderwijs en cultuur).

Armoede heeft veel verschijningsvormen. Achterstelling op diverse domeinen is echter het gemeenschappelijke kenmerk van een erg verscheiden groep van mensen die arm wordt genoemd. Sommige mensen komen in armoede terecht wegens langdurige werkloosheid of ziekte, wegens overconsumptie- en afbetalingsmoeilijkheden, wegens persoonlijke problemen die ze niet te boven komen.

Generatie-armen moeten in de onderste armoedelaag worden gezocht. Voor hen is armoede niet alleen een netwerk van uitsluitingen, het is een web dat hen teneerdrukt. Generatie-armen hebben hun hele leven de onoverbrugbaarheid aan den lijve ondervonden tussen de algemeen geproclameerde maatschappelijke wenselijkheden en de in het beste geval beperkte middelen waarover ze beschikken om die doelstellingen te bereiken. Dat heeft dikwijls traumatische gevolgen, waardoor mensen zich in sociaal isolement terugtrekken en nog weinig vertrouwen hebben in hun medemens, ook al zit die in een verwante situatie. Sommigen hebben daaruit het bestaan afgeleid van een "cultuur van de armoede".<sup>(2)</sup>

c) Armoedebestrijding is een opdracht van de federale overheid, de Gemeenschappen, de Gewesten, en de lokale besturen.

Rekening houdend met deze definitie en gegeven de federale Staatsstructuur is armoedebestrijding de facto een opdracht van zowel de Gemeenschappen, de Gewesten, als van de federale overheid zelf.

<sup>(1)</sup> Vranken, J. Geldof, D., Jaarboek Armoede en Sociale uitsluiting 1991, Acco, Leuven/Amersfoort, 1992, p. 19

<sup>(2)</sup> Vranken, J. Geldof, D., Van Menxel, G., Jaarboek Armoede en sociale Uitsluiting, 1994, Acco, Leuven/Amersfoort, 1994, p. 26

des pauvres. Cette tenuité de la participation se traduit par une marginalité par rapport aux processus de production. Cette marginalisation a comme conséquence que les pauvres sont à l'écart de la société et ce dans une mesure telle qu'ils sont exclus des modes de vie généralement acceptés dans et par la société. Ils ne pourront surmonter ces obstacles par leurs propres moyens".<sup>(1)</sup>

Le Rapport général sur la pauvreté, réalisé avec les pauvres, prouve le bien-fondé de cette définition. Les nombreux témoignages qu'il propose illustrent les privations multiples que subissent les pauvres dans différents domaines de la vie sociale. Ce phénomène de privations multiples est précisé dans quatre chapitres qui peuvent être résumés comme suit : bien vivre (famille, bien-être et santé), travailler (emploi et sécurité sociale), habiter (logement) et savoir (enseignement et culture).

La pauvreté est une réalité qui présente de nombreux visages. Même si le groupe hétérogène qualifié de pauvres n'avait qu'une caractéristique commune, ce serait celle de subir des exclusions multiples. D'aucuns font l'apprentissage de la pauvreté à la suite du chômage de longue durée ou d'une maladie; d'autres doivent incriminer un comportement de surconsommation et donc de surendettement ou des problèmes personnels qu'ils ne parviennent pas à surmonter.

Les personnes privées d'insertion sociale depuis des générations constituent le noyau dur de la pauvreté : les plus pauvres parmi les pauvres. Ils ne sont pas seulement victimes de toute une gamme d'exclusions, ils sont pris dans un engrenage qui les étouffe petit à petit. Toute leur vie, ils ont fait la douloureuse expérience du profond fossé qui sépare les acquis sociaux généralement acceptés et les moyens — modestes dans le meilleur des cas — dont ils disposent pour les conquérir. Les conséquences d'une telle exclusion sont souvent traumatisantes. Ses victimes se retranchent dans l'isolement social le plus total et perdent confiance dans leurs semblables, même si ces derniers éprouvent des difficultés analogues aux leurs. Certains en ont déduit qu'il existe une "culture de la pauvreté".<sup>(2)</sup>

c) La lutte contre la pauvreté est une mission de l'autorité fédérale, des Communautés, des Régions et des responsables locaux.

Compte tenu de la définition qui précède et de la structure fédérale de l'Etat, il ne fait aucun doute que la lutte contre la pauvreté concerne tant l'Etat fédéral que les Communautés et les Régions.

<sup>(1)</sup> Vranken, J., Geldof, D., Jaarboek Armoede en sociale uitsluiting 1991, Acco, Leuven/Amersfoort, 1992, p. 19

<sup>(2)</sup> Vranken, J. Geldof, D., Van Menxel, G. Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting, 1994, Acco, Leuven/Amersfoort, 1994, p. 26

Vandaar ook dat het regeerakkoord bijzondere aandacht schenkt aan de werkzaamheden binnen de Interministeriële Conferentie voor Maatschappelijke Integratie.

d) De uitwerking van een concreet actie-programma

Het regeerakkoord zegt duidelijk dat tegen het einde van 1995 een concreet actieprogramma inzake de bestrijding van armoede moet voorliggen. Een eerste cruciale beleidsopdracht voor het najaar bestaat er derhalve in de vele aanbevelingen waarvan sommige zeer concreet zijn uitgewerkt en andere eerder intentieverklaringen inhouden, om te zetten in concrete voorstellen. Een opdracht waarvoor op de Administratie Volksgezondheid en Leefmilieu, dienst Maatschappelijk Welzijn, 2 bestuurssecretarissen werden aangeworven. Zij zijn ermee belast de voorstellen uit het armoedeverlag op hun merites te bekijken en concrete maatregelen voor te bereiden die aan de Interministeriële Conferentie zullen worden voorgelegd.

Naast maatregelen die een belangrijke financiële implicatie hebben, kunnen er tal van beslissingen getroffen worden waarvoor de armen vragende partij zijn en die weinig of geen budgettaire inspanning vragen maar die tegemoet komen aan de fundamentele wens van de armen om respectvol en op een gelijkwaardige basis behandeld te worden. Solidair zijn met de armen betekent op de eerste plaats respect voor hen hebben. Dit is de kern van het idee van een partnerschap tussen armen, hulpverleners en beleid.

Er moet voor gezorgd worden dat de sociale basisrechten die sinds 1994 in de Grondwet werden ingeschreven, ook realiteit worden voor de armen en bestaansonzekereren in onze maatschappij. Recht op arbeid, recht op gezondheidszorg, recht op huisvesting, ... moeten nu geconcretiseerd worden in wetten en concrete maatregelen.

Conform het regeerakkoord, wordt hierbij o.a. gedacht aan :

### **1. De invoering van het begrip "rechthebbende" in plaats van "cliënt"**

Het woord "cliënt" of "hulpvrager" wordt door de armen als bijzonder stigmatiserend ervaren. Bovendien is dit woordgebruik fundamenteel in tegenstelling met het idee van een partnerschap tussen armen, hulpverleners en beleid. Het recht op maatschappelijke dienstverlening is een universeel recht. Wie noodgedwongen beroep doet op het O.C.M.W. mag zich dan ook "rechthebbende" noemen.

Onderzoek toont aan dat mensen die zwak staan er veelal niet of minder in slagen de hen toegekende rechten af te dwingen. Ook op dat vlak moeten er instrumenten aangereikt worden door het verster-

C'est la raison pour laquelle l'Accord de Gouvernement accorde une importance particulière aux activités de la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale.

d) La mise au point d'un programme d'action concret.

L'Accord de Gouvernement stipule expressément qu'un programme d'action concret de lutte contre la pauvreté devra être élaboré pour la fin de 1995. Traduire les nombreuses recommandations — certaines très concrètes, d'autres plutôt des déclarations d'intention — en propositions concrètes, voilà une première priorité politique à concrétiser en automne. L'Administration de l'Aide sociale du Ministère de la Santé publique et de l'Environnement a recruté 2 secrétaires d'administration à cet effet. Ils seront chargés d'évaluer les propositions du Rapport général et de préparer des mesures concrètes à soumettre à la Conférence interministérielle.

Outre les mesures qui ont des implications financières importantes, il est également possible de prendre de nombreuses décisions, pour lesquelles les pauvres sont demandeurs, qui ne demandent pas ou peu d'effort budgétaire et qui rencontrent le souhait fondamental des pauvres d'être traités avec respect et sur une base égalitaire. Etre solidaire avec les pauvres signifie en premier lieu avoir du respect à leur égard. C'est l'idée centrale d'un partenariat entre les pauvres, les instances d'aide et l'autorité.

Il y a lieu de veiller à ce que les droits de base qui sont inscrits dans la Constitution depuis 1994 deviennent également une réalité pour les pauvres et les personnes en situation précaire dans notre société. Le droit au travail, le droit aux soins de santé, le droit au logement, ... doivent être concrétisés par des lois et des mesures concrètes.

Conformément à l'Accord gouvernemental, on songe notamment à :

### **1. Substituer le statut "d'ayant-droit" à celui de "client"**

Les pauvres se sentent particulièrement stigmatisés par des mots comme "client" ou "demandeur d'aide". En outre l'emploi de ce vocabulaire est en contradiction fondamentale avec l'idée d'un partenariat entre les pauvres, les instances d'aide et l'autorité. Le droit à l'aide sociale est un droit universel. Aussi, la personne qui est obligée de faire appel au C.P.A.S. peut revendiquer à juste titre le statut d'"ayant-droit".

Il ressort d'enquêtes que les personnes qui se trouvent dans une situation précaire ne réussissent généralement pas ou moins à faire valoir leurs droits. Sur ce plan également, il y a lieu de mettre en place des

ken van de O.C.M.W.'s en het ondersteunen en stimuleren van de zelforganisatie van mensen.

## 2. Een betere toegankelijkheid tot en betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor de armen

Onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en armoede<sup>(3)</sup> toont aan dat de sociale ongelijkheid zich ook doorzet in dood, ziekte en het gebruik van de gezondheidszorgen. Armen sterven vroeger en lopen hogere gezondheidsrisico's. Bij lagere sociaal-economische groepen komen gemiddeld meer chronische longontstekingen, hartaandoeningen, suikerziekten, rugklachten en reumatische aandoeningen voor. Deze aandoeningen treffen de betrokkenen bovendien in ernstiger mate, vaak door slechte arbeids- en woonomstandigheden.

Armen doen ook minder beroep op gezondheidszorgen. In het Algemeen Verslag getuigen de armen dat gezondheidszorgen voor hen vaak onbetaalbaar zijn. Na het betalen van de huur en het voorzien in eten en kleding is het inkomen meestal op.

Een recente bevraging bij de Belgische huisartsen, toonde aan dat bijna de helft geconfronteerd wordt met een toenemend aantal patiënten dat de raadpleging niet kan betalen of uitstel van betaling vraagt.

Het bestaande systeem van sociale franchise ligt voor de armen blijkbaar nog te hoog. Maatregelen dienen getroffen om het remgeld voor de lagere inkomensgroepen te verminderen.

Er zal onderzocht worden of het WIGW-voorkeurstatuut kan uitgebreid worden tot alle bestaansminimumtrekkers of al wie aanvullende financiële steun van het O.C.M.W. geniet.

## 3. Versterking van de rol van het O.C.M.W. bij de huisvesting van lage inkomensgroepen

Recht op wonen blijft vaak dode letter voor de armen. Lage inkomens geven gemiddeld één kwart van hun inkomen uit aan wonen. Gemiddeld stegen de woonkosten met 46 % bovenop de algemene levensduurte.

Een hervorming van de bestaande huurwet om grotere woonzekerheid te bieden aan de armen, is dan ook prioritair.

Uithuiszetting is het ergste wat een gezin kan overkomen. Alles moet in het werk gesteld worden om dit te voorkomen. Zo zou elke vraag tot uithuiszetting ingeleid bij het vredegerecht, onmiddellijk kunnen gesignaleerd worden aan het O.C.M.W., zo-

instruments en renforçant le C.P.A.S. et en soutenant et stimulant les organisations représentatives des pauvres.

## 2. Faciliter l'accès des pauvres aux soins de santé et ce notamment sur le plan financier

Des enquêtes sur la relation entre la santé et la pauvreté<sup>(3)</sup> font apparaître que l'inégalité sociale se poursuit également devant la mort, la maladie et les soins de santé. Les pauvres meurent plus jeunes et leur santé est plus menacée. On constate qu'en moyenne, les affections pulmonaires chroniques, les pathologies cardiaques, le diabète, les problèmes de dos et les affections rhumatismales sont plus répandues dans les couches socio-économiques défavorisées. De plus, ces maladies se manifestent dans des formes plus sévères, souvent à cause des mauvaises conditions de travail et de logement.

Les pauvres ont moins souvent recours aux soins de santé. Dans le Rapport général sur la pauvreté, les pauvres témoignent de l'inaccessibilité financière fréquente des soins de santé. Une fois le loyer, la nourriture et les vêtements payés, il ne reste plus grand-chose à consacrer aux soins de santé.

Une enquête récente réalisée auprès des généralistes belges a fait apparaître que pratiquement la moitié des médecins ont de plus en plus de patients qui sont incapables de payer leur consultation ou qui demandent un délai de paiement.

La franchise sociale est visiblement encore trop élevée pour les pauvres. Il y a lieu de prendre des mesures en vue de réduire le ticket modérateur pour les groupes de population à bas revenus.

On va approfondir la possibilité d'étendre le statut préférentiel-VIPO à tous les bénéficiaires du minimum ou à toute personne qui bénéficie d'une aide financière complémentaire du C.P.A.S.

## 3. Renforcer le rôle du C.P.A.S. dans le logement des groupes à bas revenus

Le droit au logement reste souvent lettre morte pour les pauvres. Les personnes à bas revenus consacrent souvent un quart de leurs revenus au logement. Les frais de logement ont augmenté en moyenne de 46 % nonobstant l'augmentation du coût de la vie.

Aussi, une adaptation de la loi existante sur les loyers est prioritaire en vue de garantir une plus grande sécurité de logement aux pauvres.

L'expulsion est la pire des choses qui puissent arriver à une famille. Tout doit être mis en œuvre afin de l'éviter : aussi, chaque demande d'expulsion qui arrive sur le bureau du juge de paix, devrait être signalée immédiatement au C.P.A.S. qui peut alors

<sup>(3)</sup> Raes, V., Kerkhofs, E., Louckx, F. (red), Sociale ongelijkheden in gezondheid, Steunpunt 'Samenleving en Gezondheid', Brussel, VUBPRESS 1993, p.176.

<sup>(3)</sup> Raes, V., Kerkhofs, E., Louckx, F. (red), Sociale ongelijkheden in gezondheid, Steunpunt 'Samenleving en Gezondheid', Brussel, VUBPRESS 1993, p.176.



dat er eventueel nog kan bemiddeld worden of uitgekoken worden naar een alternatieve opvang voor het getroffen gezin.

Het grootste deel van de uithuiszettingen wordt uitgesproken bij verstekvonnissen die onmiddellijk uitvoerbaar verklaard worden. Dit zou enkel mogen toegelaten worden als er geen beroep of verzet wordt aangetekend. Hierdoor krijgen O.C.M.W.'s en sociale verhuurkantoren extra tijd om te bemiddelen en een oplossing te zoeken. Tenslotte zal ook de rol van gerechtsdeurwaarders bij huisuitzettingen kunnen worden herbekeken.

Sommige O.C.M.W.'s weigeren installatiepremies toe te kennen aan daklozen. Dit is onaanvaardbaar. Deze installatietoelage, destijds voorzien bij het afschaffen van de wet op de landloperij, moet verruimd worden tot alle mensen die uit hun huis werden gedreven of thuisloos zijn (uiteraard na onderzoek van de bestaansmiddelen).

Veel armen zien een woning aan hun neus voorbij gaan omdat het O.C.M.W. er te lang over doet om een waarborg toe te kennen. Bovendien zijn er tussen de O.C.M.W.'s grote verschillen in het toekennen van financiële steun. Hier moet grotere rechtsgelijkheid komen.

Wat de opeising van leegstaande woningen betreft, deze wet blijft momenteel dode letter omwille van de al te omslachtige procedure. Het is duidelijk dat opeising enkel kan kaderen in een totaal lokaal huisvestingsbeleid (eigenaars aansporen tot renovatie om zo krotbelasting te vermijden, langlopende huurcontracten met sociale verhuurkantoren, woon/werkprojecten, progressieve leegstandbelasting en bij manifeste onwil : opeising). Voor de huisvesting van daklozen, zou er ook kunnen gezocht worden naar synergieën met de Regie der Gebouwen.

#### **4. Verder zetten van het beleid betreffende het vermijden en het regelen van overmatige schulden, evenals de gevolgen ervan inzake gerechtskosten**

Het bestaansminimum bedraagt momenteel 20.103 F voor een alleenstaande en 26.805 F voor een gezin of een alleenstaande met kinderlast. Het Armoederapport stelt onomwonden : teveel om van te sterven, te weinig om van te leven.

Momenteel is het bestaansminimum niet vrijgesteld voor beslag in geval van onderhoudstoelagen. Dit is onredelijk en tast het bestaansminimum als laatste vangnet aan. Niettemin mag een aanpassing van de bestaande wetgeving niet leiden tot een vrijgeleide voor onderhoudsplichtigen die hun alimentatieplicht willen ontlopen. Een waarborgfonds voor

encore tenter une médiation ou chercher une formule alternative d'accueil de la famille touchée par l'expulsion.

La majeure partie des expulsions sont décidées par jugements par défaut immédiatement exécutoires. Les jugements ne devraient plus être exécutoires que si aucun appel n'a été interjeté ou qu'aucune opposition n'a été formulée. De cette manière les C.P.A.S. et les Bureaux de logement sociaux disposeraient d'un peu plus de temps pour effectuer des médiations et trouver des solutions. En conclusion, le rôle des huissiers de justice lors des expulsions pourrait être revu.

Certains C.P.A.S. refusent d'octroyer des primes d'installation aux sans-abris. Ceci est inadmissible. Cette prime d'installation, qui a été prévue à l'époque dans le cadre de la suppression de la loi sur le vagabondage, doit être élargie à toutes les personnes qui ont été expulsées de leur domicile ou qui sont sans abri ( après enquête sur les revenus bien entendu).

De nombreux pauvres voient une habitation leur passer sous le nez parce que le C.P.A.S. tarde trop à octroyer une garantie locative. En outre, on observe de grandes différences entre les C.P.A.S. au niveau de l'octroi de l'aide financière. Il y a lieu d'instaurer une uniformité juridique en la matière.

A l'heure actuelle, la loi sur le droit de réquisition d'immeubles abandonnés reste lettre morte eu égard à la lourdeur de la procédure. Il est clair que la réquisition d'immeubles n'est réalisable que dans le cadre d'une politique de logement totalement locale (inciter les propriétaires à rénover en vue d'éviter une taxe sur les taudis, conclure des contrats de location de longue durée avec des bureaux de logements sociaux, élaborer des projets de logement/travail, taxation progressive sur les immeubles abandonnés et en cas de mauvaise volonté manifeste : réquisition). En ce qui concerne l'hébergement des sans abri, on pourrait aussi rechercher des synergies avec la Régie des Bâtiments.

#### **4. Poursuivre la politique permettant de lutter contre le surendettement et d'atténuer ses conséquences en matière de frais de justice**

A l'heure actuelle, le minimum de moyens d'existence s'élève à 20.103F pour une personne isolée et à 26.805 F pour une famille ou pour une personne isolée avec enfants à charge. Le Rapport sur la pauvreté déclare sans détours : trop pour mourir, trop peu pour vivre.

Actuellement, le "minimum de moyens d'existence", est susceptible de faire l'objet d'une saisie dans le cas des pensions alimentaires. Ce n'est pas raisonnable et porte atteinte au minimex comme dernier filet de sécurité. Une adaptation de la législation existante ne peut cependant donner un sauf-conduit à tous ceux qui voudraient échapper à leurs obligations ali-

alimentatie-uitkeringen zou hier soelaas kunnen bieden.

Daarnaast zijn de niet-beslagbare minima vrij laag. Op dit moment kunnen alle maandinkomsten boven de 39.500 F volledig in beslag genomen worden, de inkomensschijf tussen 32.700 F en 39.500 F kan men voor 2/5 in beslag nemen, de inkomensschijf tussen 30.500 en 32.700 voor 1/5 (bedragen 01.01.95). Ook dit is voor aanpassing vatbaar.

Nog tijdens de vorige legislatuur werd het wetsvoorstel betreffende het burgerlijk uitstel van betaling en de gerechtelijke kwijting van schulden in de Kamer gestemd. Op de ideeën, vervat in dit voorstel, dient zeker verder gewerkt te worden.

Nog in dit kader kan er verder werk gemaakt worden van de evolutie naar een positieve kredietcentrale en een verdere responsabilisering van de kredietverstrekkers.

##### **5. Opname in de samenlevingskontrakten van de versterking en de verspreiding van de eerstelijnsrechtsbijstand, in overleg met de O.C.M.W.'s, de balies en de bestaande instellingen**

In dit kader moet de erkenning en subsidiëring van de O.C.M.W.-rechtshulpcentra ernstig onderzocht worden. Bovendien moeten deze centra maximaal toegankelijk zijn voor de armen. Ze moeten er terecht kunnen voor informatie, advies, doorverwijzing, praktische hulp, maar ook voor bemiddeling, onderhandeling of hulp bij het bekomen van procesbijstand.

In dit kader dient het systeem van de pro-deo-advocaat geëvalueerd te worden.

In de voor hen vaak moeilijk toegankelijke wereld van het gerecht zou het voor de armen een goede zaak zijn indien een systeem van "vertrouwens-persoon" zou kunnen ingevoerd worden. Deze rol kan ook door de belangenverenigingen van de allerarmsten opgenomen worden.

De organisaties van de armen moeten hiervoor de nodige middelen en mensen krijgen.

Het taalgebruik in wetten, akten en procedures moet absoluut vereenvoudigd en toegankelijk gemaakt worden. Dit is een prioritaire opdracht voor het Centrum voor Gelijke Kansen. De vereenvoudiging van het ambtelijk taalgebruik zou trouwens een doelstelling moeten zijn van alle administraties en openbare diensten. Er is nog veel werk op het vlak van de informatie van de burger over hun rechten en de manier waarop ze die kunnen uitoefenen. Een actief informatiebeleid, dicht bij de mensen, is nodig.

mentaires. Un Fonds de garantie pour des allocations alimentaires pourrait constituer un soulagement en la matière.

De plus, les minima insaisissables sont trop bas. A l'heure actuelle, tous les revenus mensuels supérieurs à 39.500F peuvent être saisis dans leur totalité, la tranche de 32.700F à 39.500F à raison de 2/5, la tranche de 30.500F à 32.700F à raison de 1/5 (montants au 1/1/95). Ce mécanisme est également susceptible d'adaptation.

La proposition de loi relative au sursis civil de paiement et à l'acquittement civil de dettes a été votée à la Chambre au cours de la législature précédente. Il y a certainement lieu de poursuivre les idées contenues dans cette proposition.

Dans ce cadre également, on peut encourager l'évolution vers une centrale de crédit positive et une plus grande responsabilisation des organismes de crédit.

##### **5. Inscription dans les contrats avec le citoyen, du renforcement et de la généralisation de l'assistance juridique de première ligne, en concertation avec les C.P.A.S., les barreaux et les institutions existantes**

Dans ce cadre, la reconnaissance et la subvention des centres d'aide juridique des C.P.A.S. doivent être examinés en profondeur. En outre, ces centres doivent être accessibles au maximum pour les pauvres. Ceux-ci doivent pouvoir y obtenir des informations, des avis, être orientés vers d'autres possibilités, obtenir une aide pratique. Ils doivent également pouvoir bénéficier d'une médiation, d'une négociation ou d'aide au niveau de l'assistance juridique en cas de procès.

Il y a lieu dans ce cadre d'évaluer le recours aux avocats pro-déo.

La désignation de "personnes de confiance" serait une bonne chose pour les pauvres qui sont complètement perdus dans cet univers souvent difficile d'accès judiciaire qui leur est inconnu. Ce rôle peut également être assumé par les associations de défense d'intérêts des plus pauvres.

A cet effet, les associations représentatives des pauvres devraient pouvoir disposer de plus de moyens et d'effectifs.

Le langage utilisé dans les lois, les actes et les procédures doit être simplifié et être accessible. C'est une mission prioritaire pour le Centre d'Égalité de Chances. La simplification du langage devrait d'ailleurs être un but de toutes les administrations et services publics. Il y a encore beaucoup à faire sur le plan de l'information du citoyen au sujet de ses droits et de la manière dont il peut les exercer. Une politique d'information active, proche des citoyens est nécessaire.

## 6. Plaatsing van kinderen

Het Algemeen Verslag over de Armoede begint met een hoofdstuk over het gezin : "Wat ik zelf niet gekend heb in mijn jeugd, dat wil ik aan mijn kinderen geven : liefde, genegenheid, warmte. Ik leef voor mijn gezin... Er is geen rust vooraleer het gezin terug volledig is".

Het plaatsen van hun kinderen is voor de armen een erg traumatische ervaring. Het betekent voor hen een fundamentele aantasting van hun recht op een gelukkig gezinsleven. Vaak hebben armen zelf een plaatsingsverleden achter de rug en willen ze dit tot elke prijs vermijden voor hun kinderen.

Maatregelen zullen genomen worden opdat plaatsing enkel zou gebeuren op grond van duidelijk aanwijsbare crisissituaties en als alle andere mogelijkheden volledig zijn uitgeput.

Principieel mag armoede op zich geen reden zijn tot plaatsing.

Gezinnen hebben recht op duidelijke informatie over alle stappen van de procedure tot plaatsing en wat er op volgt. Daarbij moeten ook de plichten van de plaatsende instanties steeds verduidelijkt worden.

Inzake de toepassing van de recente wet op de verlatenverklaring (1987) blijken arme gezinnen vaak buiten spel te staan in de procedure.

Deze wet zal geëvalueerd en bijgestuurd worden.

## 7. Ondersteuning van de armenorganisaties

De organisaties die de armen vertegenwoordigen moeten maximaal betrokken worden bij de opmaak van het armoedebeleid. Het is in dit kader evident dat de armenorganisaties daartoe voldoende mensen en middelen krijgen. Tot op vandaag functioneren tal van vrijwilligers in de beleidsvoorbereidende werkgroepen, vertegenwoordigers van de armenorganisaties die voor het bijwonen van vergaderingen vrijaf van hun normale werkzaamheden dienen te nemen. In de mate dat het de regering ernst is met een permanente betrokkenheid van de armen bij het beleid, dient ook binnen de organisaties een permanentie te kunnen worden opgebouwd.

## II. — BIJ DE UITVOERING VAN HET VERSLAG OVER DE ARMOEDE ZIJN DE O.C.M.W.'S UITERAARD ONZE BEVOORRECHTE PARTNER

In 1996 bestaan de O.C.M.W.'s 20 jaar. Maatschappelijke veranderingen die zich in de loop van die twee decennia aandienen, zoals de vergrijzing van de bevolking, evoluties in de samenlevingsvormen met meer echtscheidingen en meer alleenstaanden, de economische crisis met grote werkloosheid tot gevolg, de toename van het aantal asielzoekers plaatsten O.C.M.W.'s voor gigantische uitdagingen.

## 6. Placement d'enfants

Le Rapport Général sur la Pauvreté commence par un chapitre consacré à la famille : "Ce que je n'ai pas connu dans mon enfance, voilà ce que je veux donner à mes enfants : de l'amour, de la tendresse, de la chaleur. Je vis pour ma famille... Je n'aurai pas de repos avant que ma famille ne soit reconstituée".

Le placement d'enfants est une expérience traumatisante pour les pauvres. Cela porte fondamentalement atteinte à leur droit à mener une vie de famille heureuse. Souvent, les pauvres ont été placés eux-mêmes et ils veulent éviter cela à leurs enfants à tout prix .

Des mesures seront prises afin que l'on ne procède au placement que dans des situations de crise manifestes et après avoir épuisé toutes les autres possibilités.

Le principe est que la pauvreté en elle-même ne peut pas être une raison de placement.

Les familles ont le droit d'être clairement informées de toutes les étapes de la procédure de placement et de ses suites. Les obligations des instances chargées du placement doivent à tous moments être explicitées.

Pour ce qui concerne l'application de la loi récente sur la déclaration d'abandon (1987) il semble que les familles pauvres soient souvent exclues de la procédure. Cette loi sera évaluée et adaptée.

## 7. Soutien aux associations de pauvres

Les associations qui représentent les pauvres doivent être associées au maximum à l'élaboration de la politique sur la pauvreté. Il est évident dans ce cadre que les associations de pauvres doivent pouvoir disposer de suffisamment de moyens et d'effectifs. A ce jour, de nombreux bénévoles participent aux activités des groupes de travail; ce sont des représentants des associations de pauvres qui doivent prendre congé pour remplir cette mission. Si le Gouvernement a vraiment l'intention de donner la parole aux pauvres et compte donc sur une participation permanente des associations qui les représentent, il faut que les organisations concernées puissent disposer d'une permanence.

## II. — LES C.P.A.S. SONT DE TOUTE EVIDENCE NOTRE PARTENAIRE PRIVILEGIE DANS L'EXECUTION DU RAPPORT GENERAL SUR LA PAUVRETE

En 1996 les C.P.A.S. seront présents depuis 20 ans dans notre paysage social. Les changements sociaux qui sont survenus au cours de ces deux décennies (vieillesse de la population, évolution des structures de la vie privée avec davantage de divorces et d'isolés, la crise économique et son principal corollaire le chômage, le grand nombre de demandeurs d'asile) constituent autant de paris à tenir pour les

De wet van 8 juli 1976 waarmee het recht op maatschappelijke dienstverlening wettelijk werd gewaarborgd en voorzien werd in de uitbouw van de O.C.M.W.'s die tot doel hebben de maatschappelijke dienstverlening te verzekeren, kan terecht beschouwd worden als één van de sluitstukken van de verzorgingsstaat.

Artikel 1 van de organieke wet van 8 juli 1976 bepaalt dat elke persoon recht heeft op maatschappelijke dienstverlening. Deze heeft tot doel eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. O.C.M.W.'s werden opgericht met de opdracht deze dienstverlening te garanderen. Precies hierin verschillen O.C.M.W.'s van private voorzieningen. O.C.M.W.'s waarborgen het recht op maatschappelijke dienstverlening, een recht dat wettelijk is vastgelegd en kan afgedwongen worden voor de rechtbank.

Van de dienstverlening van de O.C.M.W.'s in het kader van de armoedebestrijding zijn de uitkeringen inzake sociale bijstand (bestaansminimum en financiële steun) het meest bekend. O.C.M.W.'s bieden daarenboven nog veel andere vormen van diensten en hulpverlening aan zoals huisvesting, opleidings- en tewerkstellingsinitiatieven, budgetbegeleiding, psycho-sociale begeleiding, ...

Dat éénieder in dit land bij het lokale O.C.M.W. terecht kan is vaak nog te weinig bekend, zeker bij die groepen die er het meest nood aan hebben. In overleg met de armenorganisaties moeten formules worden gevonden om de bestaande dienstverlening vanuit O.C.M.W.'s te verbeteren en beter aan te passen aan de noden van de doelgroep. In dit verband moet, zoals de armen vragen, de inschakeling van ervaringsdeskundigen, die een nauwe band hebben met de leefwereld en de cultuur van de armen, in de hulpverlening nader onderzocht worden.

De re-integratie van bestaansminimumgerechtigden in de samenleving, het vinden van passend werk voor veelal laaggeschoolde mensen, het vinden van betaalbare degelijke huisvesting voor daklozen, zeker in steden, het vermijden dat jongeren in de hulpverlening ingenesteld geraken vraagt van O.C.M.W.'s vandaag hoe langer hoe meer creativiteit. Tegenover de steeds groeiende opdrachten stonden verhoudingsgewijs niet steeds voldoende middelen, zeker niet in de steden die zelf met budgettaire problemen kampen. Tal van O.C.M.W.'s slagen er via originele projecten en nieuwe methodieken toch in om resultaten te boeken. Dat is echter te weinig bekend, zelfs bij andere O.C.M.W.'s en zeker als die in een ander Gewest liggen. De ervaring die in Vlaanderen in het kader van het Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen sinds 1991 werd opgedaan bij de diverse O.C.M.W.'s, kan daarbij inspirerend werken.

C.P.A.S. La loi du 8 juillet 1976 garantissant légalement le droit à l'aide sociale et créant les C.P.A.S. qui sont chargés d'assurer cette aide sociale peut, à juste titre, être considérée comme l'une des clés de voûte de l'Etat-providence.

L'article 1<sup>er</sup> de la loi organique du 8 juillet 1976 prévoit que toute personne a droit à l'aide sociale afin de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine. Les C.P.A.S. ont été créés dans le but de garantir cette aide. Et c'est précisément en cela que les C.P.A.S. se distinguent des associations privées. Les C.P.A.S. garantissent le droit à l'aide sociale, un droit inscrit dans la loi, exigible devant les tribunaux.

Si nous considérons l'aide sociale des C.P.A.S. dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, les allocations comme le minimex et l'aide financière complémentaire sont les formes d'aide les plus connues. Mais les C.P.A.S. accordent encore bien d'autres formes d'aide, notamment en matière de logement, d'initiatives de formation et de mise au travail, de guidance budgétaire, d'accompagnement psycho-social, ...

L'accessibilité généralisée des C.P.A.S. n'est pas encore suffisamment connue, et ce principalement parmi les groupes les plus tributaires de l'aide des C.P.A.S. En collaboration avec les organisations représentatives des pauvres, il faudra trouver des formules permettant d'améliorer l'aide accordée par les C.P.A.S., de mieux l'adapter aux besoins du groupe cible. Dans ce contexte et conformément aux revendications des pauvres eux-mêmes, il faudra examiner la possibilité d'intégrer dans les structures des C.P.A.S., l'apport de personnes qui ont vécu elles-mêmes la pauvreté, et qui connaissent la mentalité, la culture, l'univers des pauvres.

La réinsertion sociale des bénéficiaires du minimex, la mise au travail de personnes le plus souvent mal formées et mal préparées au monde du travail, la mise à disposition d'un logement décent et payable, surtout dans les villes, la lutte contre le danger d'enlèvement des jeunes dans les circuits de l'aide sociale, tout cela contraint les C.P.A.S. à faire preuve d'une créativité grandissante. Face à cette tâche de plus en plus vaste et complexe, les C.P.A.S. n'ont pas bénéficié en même temps d'un accroissement proportionnel de leurs moyens, surtout dans les villes confrontées elles-mêmes à de graves problèmes financiers. Et pourtant, de nombreux C.P.A.S. parviennent à faire du bon travail, grâce à des projets innovateurs et à des méthodes parfois révolutionnaires, ce que le monde extérieur ignore souvent (même les autres C.P.A.S. ne sont pas toujours au courant, surtout s'ils sont situés dans une autre Région). L'expérience acquise en Flandre depuis 1991, dans le cadre du Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen peut servir d'exemple à ce sujet.

In het kader van 20 jaar O.C.M.W.'s wil de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie precies voor de uitwisseling van informatie over, vorming rond en het opzetten van specifieke methodieken en op re-integratie gerichte projecten, een bijkomende ondersteuning verschaffen aan de O.C.M.W.'s en de "afdelingen Maatschappelijk Welzijn" van de drie Gewestelijke koepels van de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten.

De Staatssecretaris wenst het 20-jarig bestaan van de O.C.M.W.'s met passende aandacht te vieren.

Vermits de O.C.M.W.'s een belangrijke rol spelen bij de bestrijding van armoede en maatschappelijke problemen, wenst de Staatssecretaris de slagkracht van de O.C.M.W.'s te vergroten. In dit verband wordt o.a. gedacht aan volgende maatregelen :

**1. Het invoeren van interne voorschotten-systemen in de sociale administraties zodat O.C.M.W.'s niet langer verplicht worden voorschotten op sociale zekerheidsuitkeringen te betalen**

Het behoort tot de opdrachten van het O.C.M.W. om iedereen bij te staan bij het uitoefenen van zijn rechten op sociale zekerheidsuitkeringen. De wet op de O.C.M.W.'s bepaalt dat het O.C.M.W. voorschotten op sociale zekerheidsuitkeringen kan toestaan indien betrokkene over geen andere inkomsten beschikt om aan zijn behoeften te voldoen.

Op basis van een enquête bij de O.C.M.W.'s werd vastgesteld dat de verleende voorschotten op 10 jaar tijd ('81-'93) spectaculair zijn gestegen zowel in aantal (van 15.000 naar 33.400), als in uitgekeerde bedragen (300 miljoen in '81 naar 783 miljoen in '93).

De meeste problemen stellen zich in de sector van de kinderbijlagen en vooral bij de werkloosheidsuitkeringen (stijging met 374 %).

Uiteraard zorgt dit voor thesaurieproblemen bij de O.C.M.W.'s die al deze voorschotten pas met veel vertraging kunnen recupereren.

Deze voorschottenregeling moet dan ook dringend geëvalueerd en, in de maat van het mogelijke, bijgestuurd worden, in overleg met de betrokken administraties.

**2. De evaluatie van de terugvorderingsregels van de O.C.M.W.'s met het oog op meer billijkheid en een grotere efficiëntie**

Inzake de terugvordering van bestaansminimum en individuele hulpverlening legt het K.B. 244 O.C.M.W.'s in een aantal gevallen de verplichting op om terug te vorderen.

Het K.B. van 09.05.84 bepaalt een aantal regels en voorwaarden voor deze terugvordering. De O.C.M.W.'s kunnen hier steeds van afwijken om billijkheidsredenen of wanneer de te maken kosten niet opwegen tegen de opbrengsten.

Dans le cadre du 20ème anniversaire des C.P.A.S. et dans un but d'information, de formation et de mise au point de méthodes et de projets spécifiquement axés sur la réinsertion, le Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale se propose d'accorder un soutien complémentaire aux C.P.A.S. et aux "sections C.P.A.S." des trois antennes régionales de l'Union des Villes et Communes belges.

Le Secrétaire d'Etat tient à accorder à cet anniversaire toute l'attention requise.

Etant donné le rôle essentiel dévolu aux C.P.A.S., le Secrétaire d'Etat se propose d'accroître leurs moyens d'action. Il songe notamment aux mesures suivantes :

**1. Organiser dans toutes les administrations sociales un système interne d'avances, ce qui dispenserait les C.P.A.S. de payer des avances sur les prestations de sécurité sociale**

Il est du devoir des C.P.A.S. d'aider les citoyens à exercer leurs droits aux prestations de sécurité sociale. La loi sur les C.P.A.S. stipule que les C.P.A.S. peuvent accorder des avances sur les prestations de sécurité sociale si l'intéressé ne dispose d'aucun autre revenu pour subvenir à ses besoins.

Une enquête réalisée auprès des C.P.A.S. a mis en lumière une augmentation spectaculaire des avances accordées de 1981 à 1993, en ce qui concerne tant le nombre (de 15.000 à 33.400) que les montants (de 300 millions en '81 à 783 millions en '93).

Les problèmes se posent surtout dans le domaine des prestations familiales et des allocations de chômage (augmentation de 374 %).

Ces avances posent de plus en plus de problèmes de trésorerie aux C.P.A.S. qui ne peuvent les récupérer qu'après de longs délais.

Ce système d'avances doit par conséquent être évalué dans la mesure du possible, adapté en concertation avec les administrations concernées.

**2. Evaluer les modalités de recouvrement appliquées par les C.P.A.S. en vue d'une plus grande équité et efficacité**

En ce qui concerne le recouvrement du minimex et de l'aide individuelle, l'AR 244 contraint les C.P.A.S. à tenter de recouvrer le minimex et l'aide individuelle dans un certain nombre de cas.

L'AR du 9.5.'84 détermine une série de règles et de conditions au sujet de ce recouvrement. Les C.P.A.S. ont toujours la possibilité de renoncer au recouvrement pour des motifs d'équité ou lorsque les sommes qui pourront être récupérées ne sont pas suffisamment importantes pour compenser les coûts de la récupération.

De wet laat dus toe dat de terugvordering kan verschillen van O.C.M.W. tot O.C.M.W. Dit komt echter onbillijk over bij de onderhoudsplichtigen die, afhankelijk van waar de onderhoudsgerechtigde is opgenomen, meer of minder aan het O.C.M.W. moeten terugbetalen.

Vooraf inzake het terugvorderen van plaatsingskosten in rustoorden bestaan grote verschillen.

Een evaluatie terzake dringt zich dan ook op, met het oog op meer billijkheid en meer rechtsgelijkheid.

### **3. Het evalueren en aanpassen van de wet van 12.01.1993 houdende een urgentieprogramma voor een meer solidaire samenleving voor wat betreft de urgentiecontracten**

Op basis van een enquête bij O.C.M.W.'s in Vlaanderen, Wallonië en Brussel over de werking van de integratiecontracten ingevoerd bij de wet van 12.01.93, formuleerde het Directiecomité van de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten een aantal knelpunten en voorstellen ter verbetering van de werking ervan :

- het probleem van de informatie aan de rechtshouders van het bestaansminimum, m.a.w. het bereiken van de doelgroep;

- de financiële aanmoediging van het ministerie ten gunste van deeltijdse tewerkstelling en deeltijdse vorming (70 % van het BM) stuit op het probleem van de beperking in de tijd (max. 6 maanden). Het merendeel van de vormingen is langer. Het financieel voordeel zou dan ook moeten gelden voor de ganse duur van de vorming;

- het uitbreiden van de waaier van vormingen voor de doelgroep;

- er dringt zich een oplossing op voor de éenoudergezinnen met kinderlast. Gratis kinderopvang voor alleenstaande ouders met een vormingscontract moet in overweging genomen worden (eventueel via het Fonds voor Collectieve Uitrustingen en Diensten);

- tevens moeten voordelen van openbaar vervoer in overweging genomen worden voor personen met een vormings- of tewerkstellingscontract;

- het zou aangewezen zijn sommige bepalingen van het K.B. te versoepelen (o.a. de maandelijkse evaluatie).

In dit opzicht zal de wet houdende een urgentieprogramma voor een meer solidaire samenleving integraal geëvalueerd worden en waar nodig bijgesteld, met dien verstande dat de principes van meer solidariteit en de gerichtheid op re-integratie in de samenleving van daklozen en B.M.-gerechtigden niet op de helling zullen worden gezet.

Les échelles de recouvrement diffèrent donc d'un C.P.A.S. à l'autre parce que la loi le permet. Cet état des choses est cependant ressenti comme injuste par les débiteurs d'aliments qui peuvent être amenés à rembourser des montants très différents selon le C.P.A.S. secourant.

Des grandes différences existent surtout dans le domaine du recouvrement des frais de placement dans les maisons de repos.

Une évaluation est donc indispensable afin de garantir une plus grande équité et égalité en droit.

### **3. Evaluer et adapter la loi du 12 janvier 1993 contenant un programme d'urgence pour une société plus solidaire, en ce qui concerne les contrats d'intégration**

Au départ d'une enquête auprès des C.P.A.S. flamands, wallons et bruxellois portant sur les contrats d'intégration introduits par la loi du 12 janvier 1993, le Comité directeur de l'Union des Villes et Communes de Belgique a identifié une série de difficultés et formulé des propositions en vue d'améliorer le fonctionnement des contrats visés :

- le problème de l'information des ayants droit au minimex; comment atteindre le public-cible;

- l'encouragement financier du Ministère en faveur du travail et de la formation à temps partiel (70 % du minimex) se heurte au problème de la limitation dans le temps (max. 6 mois). La plupart des formations sont plus longues. Il serait recommandé de prévoir la possibilité d'étendre l'avantage financier à toute la durée de la formation;

- l'extension de l'éventail de formations pour le groupe-cible;

- la nécessité de trouver une solution pour les familles monoparentales. Il faudrait envisager la gratuité de la garde d'enfant pour le parent isolé avec un contrat de formation. Cette solution pourrait être couverte par le Fonds des équipements et des services collectifs;

- la prise en considération de la possibilité de tarifs préférentiels dans les transports en commun pour les personnes avec un contrat de formation ou de mise au travail;

- l'assouplissement de certaines dispositions de l'AR (notamment l'évaluation mensuelle du contrat).

Dans cette optique, la loi contenant un programme d'urgence pour une société plus solidaire devra être évaluée intégralement et adaptée le cas échéant, étant entendu que les principes de solidarité accrue et de focalisation sur l'intégration sociale des sans-abri et des minimexés ne pourront être remis en cause.

**4. Het verder openstellen van tewerkstellingsprogramma's en de maatregelen voorzien in het kader van de bestrijding van de werkloosheid voor B.M.-gerechtigden, genieters van financiële steun en tewerkgestelden in toepassing van art. 60 § 7 van de organieke wet**

De regering nam de afgelopen jaren tal van maatregelen die tot doel hebben de werkloosheid te verminderen. Men mikte daarbij vooral op uitkeringsgerechtigde volledig werklozen.

Daarnaast zijn er echter veel werklozen die niet uitkeringsgerechtigd zijn of slechts recht hebben op een gedeeltelijke uitkering.

Deze mensen zijn aangewezen op O.C.M.W.-hulpverlening in de vorm van volledig of aanvullend bestaansminimum of individuele O.C.M.W.-steun.

Er werden in het verleden al heel wat inspanningen geleverd om de diverse tewerkstellingsinitiatieven ook toegankelijk te maken voor B.M.-gerechtigden. Toch blijven er nog hiaten. Deze hiaten dienen opgevuld te worden zodat alle genieters van het B.M. en van individuele O.C.M.W.-steun hierop kunnen inspelen. Hetzelfde geldt voor de personen die tewerkgesteld zijn in toepassing van art. 60 § 7 van de O.C.M.W.-wet en die men momenteel niet als werkzoekende beschouwt omdat ze verbonden zijn door een tewerkstellingsovereenkomst.

**5. Het versnellen van de procedure i.v.m. toekenning van voorschotten op onderhoudsgeld en het optrekken van de bedragen**

Het beheer van de wet op de voorschotten op onderhoudsgelden is een zware dobber, zowel voor de O.C.M.W.'s als voor de Administratie; verbeteringen moeten worden uitgevoerd en uitbetalingen zouden moeten worden vereenvoudigd en versneld :

— het grootste probleem bestaat erin dat voor de niet-invorderbare, door de Staat gesubsidieerde bedragen, het boekjaar meer dan een jaar later wordt afgesloten. De personen die betrokken zijn bij de voorschotten op onderhoudsgelden, zowel de onderhoudsgerechtigden als de onderhoudsplichtigen, zijn kansarmen en het O.C.M.W. heeft geen enkele hoop op terugvordering (ongeveer 10 % zoals voor het bestaansminimum). Als er wordt teruggevorderd moet dit snel gebeuren en hoeft er geen jaar meer overheen te gaan.

Uit de statistieken blijkt dat het gemiddeld maandbedrag der onderhoudsgelden van begunstigten van voorschotten meer dan 4.000 BEF per maand bedraagt (in januari 1995 bedroeg het 4.143 BEF). In Brussel bedraagt het gemiddelde onderhoudsgeld zelfs 4.700 BEF per maand. Er zou dan ook moeten worden overwogen om de bovengrens van het voorschot op te trekken tot 5.000 BEF.

**4. Rendre les programmes de promotion de l'emploi et les mesures prises pour lutter contre le chômage accessibles aux bénéficiaires du minimex, aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux personnes mises au travail dans le cadre de l'art. 60 par. 7 de la loi organique**

Le Gouvernement a pris, au cours des dernières années, une série de mesures destinées à endiguer le chômage. Elles avaient comme public-cible les chômeurs complets indemnisés.

Or, de nombreuses personnes sans emploi ne sont pas des chômeurs indemnisés ou ne touchent qu'une allocation de chômage partielle.

Ces personnes deviennent tributaires de l'aide du C.P.A.S. et touchent un minimex complet ou partiel, ou encore une aide sociale individuelle.

Par le passé, des efforts considérables ont été consentis pour que les bénéficiaires du minimex puissent rejoindre le public-cible de ces mesures. Et pourtant, des lacunes subsistent. Elles doivent être comblées pour que tous les ayants droit du minimex et de l'aide sociale individuelle puissent entrer en ligne de compte pour bénéficier des mesures visées. Il devrait en être de même pour les personnes mises au travail dans le cadre de l'art. 60 par. 7 de la loi sur les C.P.A.S. qui ne sont actuellement pas considérées comme demandeurs d'emploi parce qu'elles ont conclu un contrat de travail.

**5. Accélérer la procédure relative aux avances sur les pensions alimentaires et augmenter les montants**

La gestion de la loi sur les avances sur les pensions alimentaires est très lourde, tant pour les C.P.A.S. que pour l'Administration et devrait être simplifiée et accélérée au niveau des corrections et des paiements :

— le problème majeur consiste en un décalage dans le temps aboutissant à une clôture d'année comptable, au niveau des irrécouvrables subventionnés par l'Etat, plus d'un an après. La population visée par les avances sur pensions alimentaires, tant le créancier que le débiteur d'aliments, est défavorisée et ne permet pas d'espérer une récupération ( $\pm 10\%$  comme pour le minimex). Si une récupération doit avoir lieu, celle-ci sera rapide et ne doit pas attendre un an.

Comme les statistiques le démontrent, le montant mensuel moyen de la pension alimentaire des bénéficiaires d'avances est supérieur à 4.000 F par mois (en janvier 1995 : 4143 F). A Bruxelles, la pension moyenne est même de 4.700 F par mois. Il y aurait donc lieu d'envisager d'augmenter le plafond maximal de l'avance et de le porter à 5.000 F.

**6. Het verduidelijken, vereenvoudigen en afstemmen op de organieke O.C.M.W.-wet van de wet van 02.04.65 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de O.C.M.W.'s**

Op dit moment is het voor vele O.C.M.W.-practici niet altijd even duidelijk welk O.C.M.W. bevoegd is om de nodige steun toe te kennen. De wet van 02.04.65 is vrij cryptisch in haar bewoordingen en wordt doorkruist door de O.C.M.W.-wet die ook nog eens bepalingen betreffende de bevoegdheid van het O.C.M.W. bevat.

Er is dus nood aan een wetgevend initiatief om de regels inzake de bevoegdheid en de tenlasteneming van de O.C.M.W.-steun te verduidelijken en te vereenvoudigen.

De wet van 02.04.65 en de O.C.M.W.-wet dienen terzake op elkaar afgestemd te worden.

**6. Préciser et simplifier la loi du 2/4/1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les C.P.A.S. et la mettre en concordance avec la loi organique des C.P.A.S.**

A l'heure actuelle, il n'est pas toujours facile d'identifier le C.P.A.S. secourant. La loi du 2/4/1965 est rédigée en termes peu précis et empiète même parfois sur le terrain de la loi organique qui, quant à elle, comprend en outre des dispositions régissant la compétence des C.P.A.S.

Une initiative devrait être prise sur le plan législatif afin de préciser et de simplifier les règles fixant la prise en charge des secours accordés par les C.P.A.S., de même que la compétence des centres.

Il faudrait mettre en concordance la loi du 2/4/1965 et la loi organique des C.P.A.S.



## BIJLAGE 1

## GEGEVENS OVER HET BESTAANSMINIMUM

## Bestaansminimum

OCMW's staan in voor de uitbetaling van het bestaansminimum en aanvullende financiële steun. Het recht op bestaansminimum werd ingesteld door de wet van 7 augustus 1974 (en het KB van 30 oktober 1974).

Toen onderscheidde de wet 3 categorieën : alleenstaanden, gezinshoofden en samenwonenden. Sinds 1 januari '88 werd een nieuwe categorie erkend, de alleenstaanden met kinderlast, de éénoudergezinnen dus. Het bestaansminimum voor een alleenstaande bleek volslagen ontoereikend voor een alleenstaande ouder met kinderen. Het bedrag toegekend aan éénoudergezinnen werd geleidelijk opgetrokken. Sinds '92 ontvangen éénoudergezinnen het gezinsbedrag.

Sinds '76 is het aantal bestaansminimumgerechtigden constant gestegen, van 9.432 in februari '76 naar 68.985 in januari '95 (toestand gekend op basis van registratiegegevens op 11 augustus 1995).

Een algemenere bekendheid van het recht op bestaansminimum, de uitbreiding van het aantal potentiële rechthebbers (bv. door de verlaging van de meerderjarigheid vanaf '91), het optrekken van de bedragen waardoor meer mensen met een zeer laag inkomen in aanmerking kwamen en de economische crisis (o.a. de hoge werkloosheid) zijn daarvoor de belangrijkste redenen.

Momenteel bedraagt het bestaansminimum 20.103 fr. voor een alleenstaande en 26.805 fr. voor een gezin en voor een alleenstaande met kinderlast. Op basis van onderzoek <sup>(1)</sup> is gebleken dat van de mensen die uitsluitend van het bestaansminimum moeten leven meer dan 1 op 3 ruim 40 % van zijn of haar inkomen spendeert aan huurkosten, 1 BM-trekker op 4 ziet een kwart van zijn budget opgeslokt door energiekosten, 16 % geeft gemiddeld één vierde van zijn inkomen uit aan vaste gezondheidskosten, 9 % van de mannen houdt na de betaling van onderhoudsgeld slechts 1/3 van zijn BM over om van te leven, 8 % van de BM-trekkers moet de helft van het inkomen spenderen aan afbetaling van schulden, 5 % besteedt meer dan één vierde aan de studiekosten van de kinderen. Over de hoogte van het bestaansminimum zelf, zegt het armoederapport onomwonden : teveel om van te sterven, te weinig om van te leven.

<sup>(1)</sup> Dehaes, V., Leven van de bijstand. Een onderzoek naar de persistentie van armoede in Vlaanderen, Brussel, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudien van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, CBGS-monografie 1994/1, 1994, geciteerd in KBS, ATD-vierde wereld en VBSG, afdeling maatschappelijk welzijn, Algemeen Verslag Armoede, Brussel, 1994, p. 82

## ANNEXE 1

## DONNEES CONCERNANT LE MINIMEX

## Le Minimex

Les C.P.A.S. sont chargés du paiement du minimex et de l'aide financière complémentaire. Le droit au minimex a été institué par la loi du 7 août 1974 (et par l'A.R. du 30 octobre 1974). A l'époque, la loi distinguait trois catégories : les isolés, les chefs de famille et les cohabitants.

Depuis le 1er janvier 1988, une nouvelle catégorie a été reconnue, celle des isolés avec enfants à charge, la famille monoparentale donc. Le minimex au taux isolé s'était, en effet, révélé totalement insuffisant pour une personne seule avec des enfants. Le montant accordé aux familles monoparentales a été majoré progressivement pour atteindre le taux "famille" à partir de 1992.

Le nombre de bénéficiaires du minimex est en augmentation constante depuis '76, il est passé de 9.432 en février '76 à 68.985 en janvier '95 (situation selon les données d'enregistrement du 11 août 1995).

La généralisation de la connaissance du droit au minimex, l'extension du nombre d'ayants droit potentiels (notamment par l'abaissement de l'âge de la majorité en '91), le relèvement des montants ce qui fait que davantage de personnes à très bas revenu entrent en considération et la crise économique (notamment taux de chômage élevé) en sont les causes principales.

Actuellement, le minimex atteint 20.103 F pour un isolé et 26.805 F pour une famille ou un isolé avec des enfants à charge. Sur la base des études réalisées <sup>(1)</sup> il s'est avéré que parmi les personnes tributaires exclusivement du minimex, plus du tiers consacrent plus de 40 % du revenu au loyer, 1 sur 4 doit affecter un quart du minimex au paiement des frais énergétiques, 16 % dépensent en moyenne un quart de leur revenu à la couverture des soins de santé. 9 % des hommes ne disposent plus que du tiers du minimex après le paiement d'une pension alimentaire, 8 % des minimexés doivent consacrer la moitié de leur minimex au remboursement de dettes, 5 % affectent plus d'un quart de leur minimex aux frais d'études des enfants. Quant aux montants du minimex, le Rapport sur la pauvreté n'hésite pas une seconde : trop pour mourir et pas assez pour vivre.

<sup>(1)</sup> Dehaes, V., Leven van de bijstand. Een onderzoek naar de persistentie van armoede in Vlaanderen, Brussel, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudien van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, CBGS-monografie 1994/1, 1994, geciteerd in KBS, ATD-vierde wereld en VBSG, afdeling maatschappelijk welzijn, Algemeen Verslag Armoede, Brussel, 1994, p. 82

Volgende bedragen worden aan de verschillende categorieën uitgekeerd (op 1 december 1994) :

	Jaar- bedragen (in BEF)	Maand- bedragen (in BEF)
— samenwonende echtgenoten .....	321.654	26.805
— iemand die enkel samenwoont, met ofwel een minderjarig ongetrouwd kind ten laste, ofwel met meerdere kinderen onder wie ten minste één ongehuwde minderjarige ten laste .....	321.654	26.805
— alleenstaanden .....	241.240	20.103
— alle anderen die met een of meer personen samenwonen .....	160.827	13.402

Wanneer begunstigden over enige vorm van inkomsten beschikken, moeten deze in aanmerking worden genomen, behalve in wettelijk bepaalde uitzonderingen. In dat geval wordt dus een differentieel bestaansminimum toegekend. Vanaf 1 juni 1995 wordt bij de berekening van de bestaansmiddelen van een aanvrager van het bestaansminimum geen rekening meer gehouden met uitkeringen in het kader van de plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen (PWA's) naar rata van maximaal 6.750 BEF per maand zoals voor de werklozen.

De federale regering geeft de OCMW's een toelage van ten minste 50 % van het uitgekeerde bedrag. De rest komt ten laste van het OCMW en dus onrechtstreeks van de gemeente.

OCMW's die een groter aantal bestaansminimumtrekkers ten laste hebben, krijgen ook meer subsidies. Deze maatregel werd ingevoerd door de wet die een urgentieprogramma bevat voor een meer solidaire samenleving en komt voornamelijk voor in de grote steden waar uitsluiting het vaakst voorkomt. Zo wordt de toelage op 60 % van het bestaansminimumbedrag gebracht wanneer het OCMW tijdens het voorlaatste jaar maandelijks gemiddeld ten minste 500 gerechtigden had en op 65 % wanneer het recht aan minstens 1000 begunstigden werd toegekend.

Deze bovengrens wordt met minstens 5 % tegenover het voorgaande jaar opgetrokken wanneer een centrum, met ingang van 1994, deze voor het eerst overschrijdt.

Het urgentieprogramma voor een meer solidaire samenleving heeft bovendien een aantal andere subsidieverhogingen ingevoerd :

- 100 % voor maximaal één jaar voor het bestaansminimum uitgekeerd aan een dakloze die voor het eerst wordt ingeschreven in het bevolkingsregister van de gemeente;
- 100 % wanneer het OCMW is opgetreden als werkgever tegenover een bestaansminimumtrekker die een werkperiode moet rechtvaardigen welke hem in staat moet stellen de sociale uitkeringen volledig te genieten (werkloosheid, ziekteverzekering);
- 70 % gedurende ten hoogste 6 maanden wanneer een rechthebbende onder bepaalde voorwaarden een opleiding volgt (minimaal 10 u/week) of tewerkgesteld is ter uitvoering van een contract voor sociale integratie;
- 100 % van het aanvullende bestaansminimum (de zgn. installatiepremie of dertiende maand) uitgekeerd aan

Les montants fixés pour les catégories respectives sont les suivants (montants au 1<sup>er</sup> décembre 1994) :

	Montant annuel (en BEF)	Montant mensuel (en BEF)
— pour les conjoints vivant sous le même toit : .....	321.654	26.805
— pour une personne qui cohabite uniquement, soit avec un enfant mineur non marié qui est à sa charge, soit avec plusieurs enfants, parmi lesquels au moins un enfant mineur non marié qui est à sa charge .....	321.654	26.805
— pour une personne isolée .....	241.240	20.103
— pour toute autre personne cohabitante avec une ou plusieurs personnes .....	160.827	13.402

Lorsque les personnes disposent de certaines ressources, celles-ci doivent, sauf exceptions légales et réglementaires, être prises en considération. Un minimex différentiel est par conséquent accordé. A dater du 1<sup>er</sup> juin 1995, lors du calcul des ressources d'un demandeur du minimex, il n'est pas tenu compte des allocations perçues en raison d'activités effectuées dans le cadre des agences locales pour l'emploi (A.L.E.) à raison de 6.750 F par mois au maximum comme pour les chômeurs.

L'Etat fédéral accorde aux C.P.A.S. une subvention égale au minimum à 50 % du montant octroyé. Le reste est à charge du C.P.A.S. et indirectement à charge de la commune.

Les C.P.A.S. qui disposent de subventions majorées sont les C.P.A.S. qui ont un nombre plus important de minimexés à leur charge. Cette mesure a été introduite par la loi contenant un programme d'urgence pour une société plus solidaire. Cette mesure concerne le plus souvent les grandes entités urbaines où se concentrent les phénomènes d'exclusion. La subvention est ainsi portée à 60 % du montant du minimex lorsque les C.P.A.S. ont en moyenne mensuelle de la pénultième année au moins cinq cents bénéficiaires et à 65 % lorsque le droit a été octroyé à au moins 1.000 bénéficiaires.

Ce seuil est également conditionné à une augmentation d'au moins 5 % par rapport à l'année antérieure lorsqu'à partir de 1994, un centre dépasse pour la première fois ces seuils.

Le programme d'urgence pour une société plus solidaire a également introduit d'autres majorations de subventions, à savoir :

- 100 % pendant un an maximum pour le minimex accordé à un sans-abri qui est inscrit pour la première fois au registre de la population de la commune;
- 100 % lorsque le C.P.A.S. a agi en qualité d'employeur à l'égard d'un minimexé devant justifier d'une période de travail en vue de lui permettre à terme d'obtenir le bénéfice complet des allocations sociales (chômage, assurance maladie);
- 70 % pendant maximum six mois lorsqu'un minimexé poursuit dans certaines conditions une formation (minimum 10 h/semaine) ou une mise au travail en exécution d'un contrat d'intégration sociale;
- 100 % du minimex complémentaire (dit prime d'installation ou treizième mois) accordé aux sans-abri qui quit-

de daklozen die een inrichting, waar zij verplicht verblijven krachtens een gerechtelijke of administratieve beslissing, ofwel een instelling erkend door de overheid die bevoegd is voor het opvangen van noodlijdenden en voor het tijdelijk verlenen van onderdak en begeleiding, definitief verlaten hebben;

### 1. Het profiel van bestaansminimumgerechtigden : steeds meer, steeds jonger en steeds meer vrouwen en alleenstaanden

#### 1.1. Aantal

Het aantal rechthebbenden op het bestaansminimum is in januari 1995 gestegen tot 68.985 personen (toestand gekend op 11 juli '95). Dit cijfer is gebaseerd op een raming van het aantal rechthebbenden in 47 OCMW's. Sinds enkele jaren neemt het aantal rechthebbenden op bestaansminimum in de 3 Gewesten toe.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal rechthebbenden per Gewest vanaf 1990.

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	België
1/1990 .....	21.518	21.735	6.226	49.479
1/1991 .....	21.900	23.174	6.685	51.759
1/1992 .....	21.643	24.782	7.449	53.874
1/1993 .....	22.128	26.088	7.878	56.094
1/1994 .....	24.427	28.950	9.200	62.577
1/1995 .....	26.542	32.186	10.257	68.985

Het aantal rechthebbenden op het bestaansminimum is in 1995 met 11 % gestegen in vergelijking met 1994. Indien deze tendens zich doorzet, kan het aantal rechthebbenden in '96 geraamd worden op 76.000. Het geregistreerde aantal BM-gerechtigden geeft enkel het aantal rechthebbenden weer. Het aantal personen dat van het bestaansminimum moet leven ligt, rekening houdend met de gezinstoestand beduidend hoger. Rekening houdend met de toegekende gezinsbedragen en met het aantal alleenstaanden met kinderlast, raamt de dienst Maatschappelijk Welzijn van de Administratie van Volksgezondheid en Leefmilieu, het aantal personen dat in België van het BM moet leven op 108.059.

#### 1.2. Rechthebbenden per categorie

Opgedeeld naar categorie en per Gewest kan vastgesteld worden dat alleenstaanden meer dan de helft van de gerechtigden op het bestaansminimum uitmaken.

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	België
Categorie 1 Gezin .....	6,8 %	6,2 %	9,2 %	6,9 %
Categorie 2 Alleenst. + kinderen ...	17,4 %	21,4 %	14,5 %	18,7 %
Categorie 3 Alleenstaande .....	54,8 %	47,4 %	60,0 %	52,3 %
Categorie 4 Samenwonnende ...	21 %	25 %	16,3 %	22,1 %

Toestand op 27 juli 1995.

tent définitivement soit un établissement de quelque nature que ce soit où ils résident obligatoirement en raison d'une décision judiciaire ou administrative, soit une institution agréée par l'autorité compétente pour accueillir des personnes en détresse et leur assurer temporairement le logement et la guidance.

### 1. Le profil des bénéficiaires du minimex : de plus en plus nombreux, de plus en plus jeunes, de plus en plus de femmes et d'isolés

#### 1.1. Nombre

Le nombre de bénéficiaires du minimex est passé à 68.985 en janvier 1995 (situation répertoriée au 11 juillet '95). Ce chiffre est basé sur une évaluation du nombre d'ayants droit dans 47 C.P.A.S. Leur nombre augmente depuis plusieurs années, et ce, dans les trois Régions.

Le tableau ci-après donne un aperçu du nombre d'ayants droit par Région à partir de 1990.

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique
1/1990 .....	21.518	21.735	6.226	49.479
1/1991 .....	21.900	23.174	6.685	51.759
1/1992 .....	21.643	24.782	7.449	53.874
1/1993 .....	22.128	26.088	7.878	56.094
1/1994 .....	24.427	28.950	9.200	62.577
1/1995 .....	26.542	32.186	10.257	68.985

Le nombre de bénéficiaires du minimex a augmenté de 11 % en 1995, par comparaison avec 1994. Si cette tendance se poursuit, on peut estimer que le nombre de bénéficiaires atteindra 76.000 en 1996. Le nombre de minimexés enregistrés ne donne qu'une idée du nombre d'ayants droit. Le nombre de personnes qui doivent effectivement vivre du minimex est sensiblement plus élevé, compte tenu de la situation familiale des intéressés. Sur la base du nombre de minimex liquidés au taux "famille" et du nombre d'isolés avec enfants à charge, l'Administration de l'Aide sociale du Ministère de la Santé publique et de l'Environnement estime que 108.059 personnes vivent du minimex en Belgique.

#### 1.2. Ayants droit par catégorie

Répartis en catégories et par Région, nous constatons que les isolés représentent plus de la moitié des bénéficiaires du minimex.

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique
Catégorie 1 Famille .....	6,8 %	6,2 %	9,2 %	6,9 %
Catégorie 2 Isolé + enfants .....	17,4 %	21,4 %	14,5 %	18,7 %
Catégorie 3 Isolé .....	54,8 %	47,4 %	60,0 %	52,3 %
Catégorie 4 Cohabitant	21 %	25 %	16,3 %	22,1 %

Situation au 27 juillet 1995.

In vergelijking met '90 groeit deze categorie ook het sterkst aan, wat wijst op het toenemend uiteenvallen van gezinnen.

	cat. 1	cat. 2	cat. 3	cat. 4
1990 .....	6,9 %	20,4 %	48,0 %	24,7 %
1991 .....	6,6 %	20,0 %	48,4 %	25,0 %
1992 .....	7,0 %	20,2 %	48,5 %	24,3 %
1993 .....	7,0 %	19,8 %	49,4 %	23,9 %
1994 .....	6,9 %	19,2 %	51,0 %	22,9 %
1995 .....	6,9 %	18,7 %	52,3 %	22,0 %

1.3. *Rechthebbenden per geslacht*

Het bestaansminimumcliënteel bestaat voor 55,0 % uit vrouwen. Enkel in Brussel genieten verhoudingsgewijs meer mannen van het bestaansminimum zoals blijkt uit onderstaande tabel.

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Mannen .....	37,8 %	43,3 %	18,9 %
Vrouwen .....	40,2 %	46,9 %	12,9 %

Toestand op 27 juli 1995.

Het merendeel van de mannen die bestaansminimum genieten zijn alleenstaand (62,5 %). Ongeveer 1/3 van de vrouwelijke populatie rechthebbenden op het bestaansminimum bestaat uit alleenstaande vrouwen met kinderlast.

1.4. *Rechthebbenden naar leeftijd*

De verdeling volgens leeftijd van het aantal rechthebbenden op het bestaansminimum wordt weergegeven in onderstaande tabel.

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	België
< 17 .....	0,2 %	0,5 %	0,1 %	0,3 %
18-20 .....	10,1 %	13,9 %	8,6 %	11,6 %
21-24 .....	9,9 %	15,0 %	13,9 %	12,9 %
25-29 .....	9,4 %	11,8 %	14,1 %	11,2 %
30-34 .....	9,3 %	11,2 %	11,5 %	10,5 %
35-39 .....	10,1 %	11,6 %	10,9 %	10,9 %
40-44 .....	10,8 %	11,1 %	9,4 %	10,7 %
45-49 .....	10,2 %	9,8 %	9,2 %	9,9 %
50-54 .....	9,4 %	5,9 %	7,6 %	7,5 %
55-59 .....	10,0 %	5,4 %	7,5 %	7,5 %
60-64 .....	5,0 %	2,4 %	4,4 %	3,7 %
65+ .....	5,6 %	1,4 %	2,8 %	3,3 %

Toestand op 27 juli 1995.

Nagenoeg de helft van de genietters van het bestaansminimum is jonger dan 35. Indien we de opdeling naar leeftijd en geslacht maken, dan wordt vastgesteld dat mannelijke bestaansminimumgerechtigden zich vooral situeren in de leeftijdscategorie 18-30, terwijl vrouwen zich meer in de categorie 30-50 bevinden.

1.5. *Rechthebbenden per nationaliteit*

Op basis van de vigerende wetgeving inzake bestaansminimum is het logisch dat de overgrote meerderheid van het aantal rechthebbenden de Belgische nationaliteit bezit, nl. 88 %. De niet-Belgen waaraan BM wordt uitgekeerd zijn sommige EG-onderdanen en erkende politieke vluchtelingen.

Par comparaison avec '90 cette catégorie connaît aussi la plus forte augmentation, ce qui prouve la désintégration croissante des familles.

	cat. 1	cat. 2	cat. 3	cat. 4
1990 .....	6,9 %	20,4 %	48,0 %	24,7 %
1991 .....	6,6 %	20,0 %	48,4 %	25,0 %
1992 .....	7,0 %	20,2 %	48,5 %	24,3 %
1993 .....	7,0 %	19,8 %	49,4 %	23,9 %
1994 .....	6,9 %	19,2 %	51,0 %	22,9 %
1995 .....	6,9 %	18,7 %	52,3 %	22,0 %

1.3. *Ayants droit par sexe*

Plus de 55,0 % des bénéficiaires du minimex sont des femmes, sauf à Bruxelles où le pourcentage d'hommes est plus élevé que celui des femmes, comme le confirme le tableau ci-après.

	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Hommes .....	37,8 %	43,3 %	18,9 %
Femmes .....	40,2 %	46,9 %	12,9 %

Situation au 27 juillet 1995.

La majorité des hommes qui touchent le minimex sont des isolés (62,5 %). Environ 1/3 des bénéficiaires féminins sont des femmes seules avec des enfants à charge.

1.4. *Ayants droits en fonction de l'âge*

La répartition selon l'âge est reprise dans le tableau suivant.

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique
< 17 .....	0,2 %	0,5 %	0,1 %	0,3 %
18-20 .....	10,1 %	13,9 %	8,6 %	11,6 %
21-24 .....	9,9 %	15,0 %	13,9 %	12,9 %
25-29 .....	9,4 %	11,8 %	14,1 %	11,2 %
30-34 .....	9,3 %	11,2 %	11,5 %	10,5 %
35-39 .....	10,1 %	11,6 %	10,9 %	10,9 %
40-44 .....	10,8 %	11,1 %	9,4 %	10,7 %
45-49 .....	10,2 %	9,8 %	9,2 %	9,9 %
50-54 .....	9,4 %	5,9 %	7,6 %	7,5 %
55-59 .....	10,0 %	5,4 %	7,5 %	7,5 %
60-64 .....	5,0 %	2,4 %	4,4 %	3,7 %
65+ .....	5,6 %	1,4 %	2,8 %	3,3 %

Situation au 27 juillet 1995.

Environ la moitié des minimexés a moins de 35 ans. La répartition selon l'âge et le sexe démontre que les hommes se situent surtout dans la catégorie des 18-30 ans et les femmes dans la catégorie des 30-50 ans.

1.5. *Les ayants droit par nationalité*

Sur la base de la législation en vigueur, il est logique que l'immense majorité des bénéficiaires du minimex, à savoir 88 %, soit belge. Les non-Belges touchant le minimex sont des ressortissants de la CEE et des réfugiés politiques reconnus.

### 1.6. Aantal rechthebbenden op bestaansminimum t.o.v. het bevolkingsaantal

In ons land genieten 6 mensen op 1.000 bestaansminimum. In Wallonië bedraagt dit aantal 9,0 per duizend, in Brussel loopt dit op tot 10, terwijl Vlaanderen slechts 4 BM-genietters per 1.000 inwoners telt.

Over een langere periode bekeken is vooral de toename in Brussel en in mindere mate in Wallonië opvallend. In Vlaanderen blijft het aantal BM-gerechtigden t.o.v. de totale populatie nagenoeg constant.

Tabel : Evolutie van het aantal BM-genietters t.o.v. de totale populatie uitgedrukt in 0/00

	1991	1992	1993	1994	1995
Vlaanderen .....	3,8	3,7	3,8	4,2	4,2
Wallonië .....	7,1	7,6	7,9	8,7	8,9
Brussel .....	7,0	7,8	8,3	9,7	10,7
België .....	5,2	5,4	5,6	6,2	6,4

Bron : Administratie Volksgezondheid en Leefmilieu

### 1.7. Relatief aantal BM-genietters in de steden

Splitsen we het aantal rechthebbenden op BM verder uit tot op het gemeentelijk vlak, dan valt op dat vooral de steden verhoudingsgewijs meer BM-genietters onder hun bevolking kennen. Waalse steden en de Brusselse gemeenten scoren daarbij beduidend hoger dan Vlaamse.

Luik telt 24,21 BM-genietters op 1.000 inwoners, Bergen 21,84, Verviers 21,56, tegen Antwerpen 11,80, Gent 14,70 en Oostende 15,27. Van de 19 Brusselse gemeenten hebben er 7 meer dan 500 BM-gerechtigden, relatief gezien is het aandeel BM-gerechtigden het hoogst in St-Gillis 24,19 en Etterbeek 19,83 (tabel in bijlage).

## 2. Oorzaken van de toename van het aantal bestaansminimumgerechtigden sinds 1990

Het aantal rechthebbenden op het bestaansminimum is tot 1990 nagenoeg constant gebleven op circa 50.000. Sinds 1991 is het aantal beginnen toenemen om vanaf 1993 eerder spectaculair te stijgen.

In opdracht van de voormalige Minister voor Maatschappelijke Integratie, Santkin, verrichtte de afdeling maatschappelijk wezijn van de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten een onderzoek terzake. Het onderzoek is gebaseerd op een grondige analyse van de motieven voor het aanvragen van bestaansminimum in de periode van 15 oktober 1994 tot 15 november 1994, dit aan de hand van een enquête in 361 OCMW's. In totaal werden 5.620 aanvragen verwerkt, wat een erg nauwkeurig beeld oplevert van de redenen voor het aanvragen van bestaansminimum in 1994. Om de oorzaken van de stijging te kunnen onderzoeken werd een representatief staal geanalyseerd van de dossiers ingediend tussen 15 oktober 1990 en 15 november 1990.

Uit de analyse van de gegevens over 1994 blijkt dat de voornaamste oorzaken voor het aanvragen van het bestaansminimum zijn (in dalende volgorde) :

- echtscheiding;

### 1.6. Nombre de bénéficiaires du minimex par rapport à la population globale

Dans l'ensemble de notre pays, 6 personnes sur 1.000 sont des bénéficiaires du minimex. En Wallonie, le nombre atteint 9,0 pour mille, à Bruxelles 10 pour mille, en Flandre 4 pour 1.000 habitants.

Si nous examinons la situation sur une plus longue période, nous remarquons surtout l'augmentation du nombre de minimexés à Bruxelles et, dans une moindre mesure, en Wallonie. En Flandre, le nombre de minimexés par rapport à la population globale est resté pratiquement inchangé.

Tableau : Evolution du nombre de bénéficiaires du minimex par rapport à la population globale, exprimé en 0/00

	1991	1992	1993	1994	1995
Flandre .....	3,8	3,7	3,8	4,2	4,2
Wallonie .....	7,1	7,6	7,9	8,7	8,9
Bruxelles .....	7,0	7,8	8,3	9,7	10,7
Belgique .....	5,2	5,4	5,6	6,2	6,4

Source : Ministère de la Santé publique et de l'Environnement.

### 1.7. Nombre relatif de bénéficiaires du minimex dans les villes

Si l'on analyse la répartition géographique jusqu'au niveau communal, nous constatons que le nombre de minimexés est relativement plus élevé dans les villes (pourcentage par rapport à la population globale). Cette tendance est encore plus marquée en Wallonie et à Bruxelles.

Liège compte 24,21 minimexés sur 1.000 habitants, Mons 21,84, Verviers 21,56, contre Anvers 11,80, Gand 14,70 et Ostende 15,27. Parmi les 19 communes bruxelloises, 7 comptent plus de 500 minimexés; d'un point de vue relatif, les minimexés sont les plus nombreux à St-Gilles 24,19 et Etterbeek 19,83 (tableau en annexe).

## 2. Causes de l'augmentation du nombre de minimexés depuis 1990

Le nombre de bénéficiaires du minimex est resté pratiquement constant jusqu'en 1990 - environ 50.000; l'augmentation s'est amorcée en 1991 pour culminer à partir de 1993.

A la demande du précédent Ministre de l'Intégration sociale, Jacques SANTKIN, la section C.P.A.S. de l'Union des Villes et Communes belges a consacré une étude à cette matière. Elle est basée sur une analyse approfondie des motifs sous-jacents des demandes de minimex pendant la période du 15 octobre 1994 au 15 novembre 1994, sur la base d'une enquête réalisée dans 361 C.P.A.S. Au total, 5.620 demandes ont été traitées, ce qui donne une image précise des raisons qui ont poussé les personnes concernées à demander le minimex en 1994. Un échantillon représentatif des dossiers introduits entre le 15 octobre 1990 et le 15 novembre 1990 a été analysé afin d'identifier les raisons précises de cette augmentation.

L'analyse des données de 1994 indique que les principales causes qui justifient une demande de minimex sont par ordre d'importance :

- la séparation du couple;

- de afwezigheid van een inkomen bij gebrek aan arbeidstraditie;
- het opzeggen of verliezen van een baan en geen recht hebben op werkloosheidsuitkering;
- voorschotten op sociale uitkeringen;
- sanctiemaatregelen op het gebied van de werkloosheid.

Deze analyse leverde in 1990 volgend resultaat op :

- voorschotten op sociale uitkeringen;
- de afwezigheid van een inkomen bij gebrek aan arbeidstraditie;
- echtscheiding;
- het opzeggen of verliezen van een baan en geen recht hebben op werkloosheidsuitkering;
- geen recht hebben op een sociale uitkering.

De vijf voornaamste factoren die hebben bijgedragen tot de toename van het aantal bestaansminimumaanvragen tussen 1990 en 1994 zijn (in afnemende orde) :

- sanctiemaatregelen op het gebied van de werkloosheid;
- ontoereikende werkloosheidsuitkering;
- studenten;
- het alleen gaan wonen;
- echtscheiding.

BIJLAGE

**Gemeenten met meer dan 500 bestaansminimum-trekkers januari 1995**

O.C.M.W.	Begunstigden	Aantal inwoners	Aantal per 1000 inwoners
Antwerpen .....	5.416	459.072	11,80
Mechelen .....	796	75.718	10,51
Anderlecht .....	903	87.920	10,27
Brussel .....	1.905	135.681	14,04
Etterbeek .....	768	38.727	19,83
Elsene .....	1.086	72.309	15,02
Molenbeek .....	886	69.406	12,77
St.-Gillis .....	1.032	42.663	24,19
Schaerbeek .....	1.250	102.599	12,18
Leuven .....	865	87.665	9,87
Brugge .....	858	116.273	7,38
Oostende .....	1.051	68.850	15,27
Gent .....	3.343	227.483	14,70
Charleroi .....	2.923	206.491	14,16
Mons .....	2.024	92.666	21,84
La Louvière .....	983	76.879	12,79
Tournai .....	851	68.086	12,50
Liège .....	4.658	192.393	24,21
Seraing .....	1.014	61.408	16,51
Verviers .....	1.163	53.940	21,56
Namur .....	1.454	105.014	13,85

- l'absence de revenu faute de tradition de travail;
- l'abandon ou la perte d'un emploi et le non droit à une allocation de chômage;
- les avances sur allocations sociales;
- les sanctions en matière de chômage.

Lors de l'analyse réalisée en 1990 les principales causes étaient :

- les avances sur allocations sociales;
- l'absence de revenu faute de tradition du travail;
- les séparations de couples;
- l'abandon ou la perte d'un emploi et le non-droit à une allocation de chômage;
- le non-droit à une allocation sociale.

Les cinq principaux facteurs ayant engendré une augmentation du nombre de demandes de minimex entre 1990 et 1994 sont par ordre d'importance :

- les sanctions en matière de chômage;
- l'insuffisance d'indemnité de chômage;
- les étudiants;
- le départ de la maison familiale;
- la séparation du couple.

ANNEXE

C.P.A.S.	Bénéficiaires	Nombre habitants	Nombre par 1000 habitants
Antwerpen .....	5.416	459.072	11,80
Mechelen .....	796	75.718	10,51
Anderlecht .....	903	87.920	10,27
Bruxelles .....	1.905	135.681	14,04
Etterbeek .....	768	38.727	19,83
Ixelles .....	1.086	72.309	15,02
Molenbeek .....	886	69.406	12,77
St.-Gilles .....	1.032	42.663	24,19
Schaerbeek .....	1.250	102.599	12,18
Leuven .....	865	87.665	9,87
Brugge .....	858	116.273	7,38
Oostende .....	1.051	68.850	15,27
Gent .....	3.343	227.483	14,70
Charleroi .....	2.923	206.491	14,16
Mons .....	2.024	92.666	21,84
La Louvière .....	983	76.879	12,79
Tournai .....	851	68.086	12,50
Liège .....	4.658	192.393	24,21
Seraing .....	1.014	61.408	16,51
Verviers .....	1.163	53.940	21,56
Namur .....	1.454	105.014	13,85

## BIJLAGE 2

GEGEVENS OVER DE  
INTEGRATIECONTRACTEN

## Contract met de burger

— aantal afgesloten integratiecontracten (– 25 jarigen)  
per jaar sinds de aanvang van de wet

	< 18	18-20	21-24	TOTAAL
10/93 .....	5	201	182	388
01/94 .....	22	532	420	974
01/95 .....	8	514	302	824

— percentage bestaansminimumtrekkers met een inte-  
gratiecontract (per leeftijdscategorie)

	< 18	18-20	21-24	TOTAAL
10/93 .....	2,6 %	3,2 %	2,8 %	8,6 %
01/94 .....	11,8 %	7,6 %	5,8 %	25,2 %
01/95 .....	3,6 %	6,7 %	3,5 %	13,8 %

— aantal verhoogde tussenkomsten in toepassing van  
art. 60 § 7 (tewerkstelling) van de wet

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAAL
01/90 .....	120	606	538	331	1 595
01/91 .....	123	581	564	342	1 610
01/92 .....	117	514	518	281	1 430
01/93 .....	127	572	611	366	1 676
01/94 .....	192	715	842	473	2 222
01/95 .....	170	662	800	469	2 101

— aantal verhoogde tussenkomsten in toepassing van  
de wet voor opleiding

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAAL
01/92 .....	24	126	168	40	358
01/93 .....	21	174	193	51	439
01/94 .....	44	156	251	76	527
01/95 .....	46	176	337	81	640

— evolutie van het aantal installatiepremies uitge-  
keerd aan daklozen

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAAL
09/93 .....	1	3	36	1	41
10/93 .....	—	—	35	—	35
01/94 .....	—	5	36	4	45
01/95 .....	1	10	60	5	76

— evolutie van het aantal daklozen dat een jaar lang  
een tegen 100 % gesubsidieerd bestaansminimum heeft  
genoten

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAAL
10/93 .....	5	9	110	19	143
01/94 .....	5	8	128	26	167
01/95 .....	6	16	192	30	244

## ANNEXE 2

DONNEES CONCERNANT LES  
CONTRATS D'INTEGRATION

## Contrat avec le citoyen

— nombre de contrats d'intégration conclus (– 25 ans)  
par année depuis l'entrée en vigueur de la loi

	< 18	18-20	21-24	TOTAL
10/93 .....	5	201	182	388
01/94 .....	22	532	420	974
01/95 .....	8	514	302	824

— pourcentage par catégorie d'âge des bénéficiaires du  
minimex possédant un contrat d'intégration

	< 18	18-20	21-24	TOTAL
10/93 .....	2,6 %	3,2 %	2,8 %	8,6 %
01/94 .....	11,8 %	7,6 %	5,8 %	25,2 %
01/95 .....	3,6 %	6,7 %	3,5 %	13,8 %

— nombre d'interventions majorées en application de  
l'art. 60 § 7 de la loi (mise au travail)

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAL
01/90 .....	120	606	538	331	1 595
01/91 .....	123	581	564	342	1 610
01/92 .....	117	514	518	281	1 430
01/93 .....	127	572	611	366	1 676
01/94 .....	192	715	842	473	2 222
01/95 .....	170	662	800	469	2 101

— nombre d'interventions majorées pour permettre  
aux intéressés de suivre une formation depuis l'entrée en  
vigueur de la loi

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAL
01/92 .....	24	126	168	40	358
01/93 .....	21	174	193	51	439
01/94 .....	44	156	251	76	527
01/95 .....	46	176	337	81	640

— évolution du nombre des primes d'installation accor-  
dées aux sans-abri

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAL
09/93 .....	1	3	36	1	41
10/93 .....	—	—	35	—	35
01/94 .....	—	5	36	4	45
01/95 .....	1	10	60	5	76

— évolution du nombre de sans-abri ayant bénéficié  
pendant une durée d'un an d'un minimex subventionné à  
100 %

	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4	TOTAL
10/93 .....	5	9	110	19	143
01/94 .....	5	8	128	26	167
01/95 .....	6	16	192	30	244

— aantal verhoogde tussenkomsten voor de steden  
60 %, 65 %

O.C.M.W.	60 %	65 %	TOTAAL
vanaf 10/92.....	19	0	19
vanaf 10/93.....	13	6	19
vanaf 01/94.....	14	7	21
vanaf 01/95.....	13	8	21

— nombre d'interventions majorées dans les villes  
(60 %, 65 %)

C.P.A.S.	60 %	65 %	TOTAL
à partir de 10/92 .	19	0	19
à partir de 10/93 .	13	6	19
à partir de 01/94 .	14	7	21
à partir de 01/95 .	13	8	21



## BIJLAGE 3

**GEGEVENS OVER  
ALIMENTATIEVOORSCHOTTEN**

VOORSCHOTTEN OP ONDERHOUDSGELDEN

INLEIDING

• *Wetten en verordeningen :*

— Wet van 8 mei 1989 tot wijziging van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wat het verlenen van voorschotten op en het invorderen van onderhoudsgelden betreft;

— Koninklijk besluit van 22 augustus 1989 betreffende de voorschotten op en invordering van onderhoudsgelden verschuldigd aan kinderen;

— Koninklijk besluit van 22 augustus 1989 tot regeling van de Staatstussenkomst inzake voorschotten op en invordering van onderhoudsgelden;

— Koninklijk besluit van 14 augustus 1989 tot uitvoering van artikel 68*bis*, § 4, van de organieke wet van 8 juli 1976 (hoogste bedrag van het voorschot);

— Koninklijk besluit van 14 augustus 1989 tot vaststelling van het bedrag van het voorschot op de Staatstussenkomst inzake voorschotten op onderhoudsgelden.

Het recht op voorschotten op onderhoudsgelden van OCMW's werd ingevoerd in de context van de armoedebestrijding als oplossing voor het probleem van het onbetaald gebleven onderhoudsgeld voor kinderen. Wanneer de eigen middelen van het kind, samen met die van de niet-onderhoudsplichtige vader of moeder, een bepaald bedrag niet overschrijden (dit bedrag is geïndexeerd en bedroeg op 1 januari 1995 405.432 BEF, of 33.786 BEF per maand), moet het recht van het kind worden erkend, waarbij alle andere voorwaarden om er aanspraak op te kunnen maken tegelijk dienen vervuld te zijn. De voorschotten worden toegekend vanaf de datum van aanvraag en hebben geen terugwerkende kracht.

Het verlenen en invorderen van voorschotten op onderhoudsgelden door het OCMW is een van de dubbele taken die aan de OCMW's is toegewezen in het raam van de wet van 8 mei 1989 tot wijziging van de organieke wet van 8 juli 1976 op de OCMW's.

De eerste taak bestaat in het uitkeren van het voorschot aan de (meestal éénouder-) gezinnen, die dergelijke betalingen broodnodig hebben omdat ze een te laag inkomen hebben.

De tweede taak, die nauw verbonden is met de eerste, is de invordering door het OCMW van alle termijnen van onderhoudsgelden waarvoor voorschotten werden verleend. Het gaat hier om steun aan degenen die onvoldoende middelen hebben om zich adequate rechtshulp te verschaffen bij de procedures ter verkrijging van nog verschuldigde onderhoudsgelden. De hulp bestaat er bijgevolg in het volledige onderhoudsgeld voor de onderhoudsgerechtigde te verkrijgen.

De voorwaarden voor toekenning zijn beperkend opgesomd in de wet (artikel 68*bis* van de wet van 8 juli 1976). Aan al deze voorwaarden dient te worden voldaan; ze hebben betrekking op de verblijfplaats in België van het kind, de leeftijd (minderjarige of meerderjarige die kinderbijslag geniet), onvoldoende bestaansmiddelen (zie boven),

## ANNEXE 3

**DONNEES CONCERNANT LES AVANCES SUR  
PENSIONS ALIMENTAIRES**

AVANCES SUR LES PENSIONS ALIMENTAIRES  
EN FAVEUR DES ENFANTS

INTRODUCTION

• *Base légale et réglementaire :*

— Loi du 8 mai 1989 modifiant la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux centres publics d'aide sociale en ce qui concerne l'octroi d'avances sur pensions alimentaires et le recouvrement de ces pensions;

— Arrêté royal du 22 août 1989 relatif aux avances sur pensions alimentaires dues aux enfants et au recouvrement de ces pensions;

— Arrêté royal du 22 août 1989 réglant l'intervention de l'Etat en matière d'avances sur pensions alimentaires;

— Arrêté royal du 14 août 1989 pris en exécution de l'article 68*bis*, § 4, de la loi du 8 juillet 1976 (montant maximal de l'avance);

— Arrêté royal du 14 août 1989 déterminant le montant de l'avance sur la subvention de l'Etat en matière d'avances sur pensions alimentaires.

Le droit aux avances sur pensions alimentaires par le C.P.A.S. a été instauré dans le cadre de la lutte contre la pauvreté en vue de trouver une solution aux pensions alimentaires dues aux enfants et impayées. Lorsque les ressources propres de l'enfant cumulées avec celles du père ou de la mère non débiteur de la pension alimentaire ne dépassent pas un certain plafond (indexé et porté au 1<sup>er</sup> janvier 1995 à 405.432 F, soit 33.786 F par mois), le droit de l'enfant doit être reconnu, toutes les autres conditions pour y prétendre devant cumulativement être remplies. Les avances sont accordées à dater de la demande, sans effet rétroactif.

L'octroi d'avances sur pensions alimentaires et le recouvrement de ces pensions par le C.P.A.S. constitue une double mission dévolue aux C.P.A.S. dans le cadre de la loi du 8 mai 1989 modifiant la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux C.P.A.S.

La première mission consiste en l'octroi de l'avance aux familles (monoparentales le plus souvent) pour lesquelles le paiement de cette pension est essentiel vu leur insuffisance de ressources.

La seconde mission liée à la première est le recouvrement par le C.P.A.S. de l'intégralité des termes de pensions alimentaires ayant fait l'objet d'avances. Il s'agit de l'aide apportée dans le cadre de l'accès à la justice des plus démunis pour lesquels la difficulté et le coût des procédures constituent un obstacle à la récupération de créances alimentaires. L'aide consiste par conséquent à récupérer la totalité de la pension alimentaire au profit du créancier d'aliments.

— Les conditions d'octroi sont limitativement énumérées par la loi (article 68*bis* de la loi du 8 juillet 1976). Elles doivent être toutes remplies et concernent la résidence en Belgique de l'enfant, l'âge (mineur ou majeur bénéficiant d'allocations familiales), l'insuffisance de ressources (voir supra), l'existence d'un titre exécutoire (définitif ou provi-

het bestaan van een (definitieve of voorlopige) uitvoerbare titel die recht geeft op onderhoudsgeld en het niet uitbetalen van het onderhoudsgeld gedurende ten minste twee termijnen.

Terwijl vroeger de onderhoudsplichtige in België moest verblijven, werd deze eis afgeschaft door de wet van 29 december 1990 houdende sociale bepalingen (in werking getreden op 1 januari 1991): de onderhoudsplichtige mag zich zowel in België als in het buitenland "bevinden"; zijn adres hoeft niet meer bekend te zijn.

Deze wijziging werd doorgevoerd om die onderhoudsge-rechtigden niet te benadelen die nog grotere moeite onder-vonden bij het verkrijgen van het onderhoudsgeld omdat zij het adres van de onderhoudsplichtige niet kenden. Het zou sociaal nog ongepast zijn mocht hun het recht op voorschotten worden geweigerd op grond van het feit dat dit element niet bekend is.

Aanvankelijk bedroeg het maximumbedrag van het voorschot 2.000 BEF per maand en per kind; dit is thans opgetrokken tot 4.000 BEF. Destijds schommelde het gemiddelde onderhoudsgeld voor deze voorschottrekkers tus-sen 3.300 en 3.800 BEF per maand.

Omstreeks die tijd werd ook de inkomensgrens, stoelend op het bestaansminimum voor echtgenoten onder hetzelfde dak ( $\pm$  24.000 BEF per maand), opgetrokken tot 360.000 BEF per jaar (geïndexeerd), zijnde 33.786 BEF per maand voor 1995. Al te veel nietonderhoudsplichtige ouders, zelf nochtans sociale-steuntrekkers met een laag inkomen, zagen hun kind(eren) uitgesloten van het voor-deel van de voorschotten waarop bijvoorbeeld een werkloos gezinshoofd wel aanspraak kan maken.

Wat het invorderen van het volledige onderhoudsgeld betreft, moet het OCMW binnen de vijf werkdagen volgend op de beslissing tot toekenning de onderhoudsplichtige in gebreke stellen om zijn verplichtingen tegenover het OCMW na te komen.

Enkel betalingen aan het OCMW zijn bevrijdend ver-mits de onderhoudsgerechtigde al zijn rechten en burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot de termijnen waarvoor voorschotten werden gedaan, aan het OCMW heeft afgestaan.

De onderhoudsplichtige die eventueel zelf onvoldoende bestaansmiddelen zou hebben, werd echter ook beschermd, in die zin dat het OCMW geen terugvorderingen mag eisen indien zijn bestaansmiddelen kleiner zijn dan of gelijk aan het bestaansminimum waarop hij recht heeft of zou heb-ben, naargelang van de categorie waarin hij valt. Bovendien mag geen enkele terugvordering tot gevolg hebben dat hij alleen nog over een bedrag beschikt dat lager ligt dan het bestaansminimum.

Deze regeling wijkt dus af van artikel 1412 van het gerechtelijk wetboek, dat het mogelijk maakt tot zelfs de laatste frank van het onderhoudsgeld te vorderen.

Een OCMW dat er niet is in geslaagd de termijnvoor-schotten op onderhoudsgelden, toegekend vanaf één jaar na elke toekenningstermijn, terug te vorderen, ontvangt van de federale Staat een tegemoetkoming van 90 % op de als niet invorderbaar beschouwde termijnen, d.w.z. ten hoogst 90 % van 4.000 BEF per maand en per kind.

soire) ouvrant le droit à une pension alimentaire, ainsi que le non paiement de ladite pension pendant deux termes au moins.

Si auparavant, la condition de résidence en Belgique du débiteur d'aliments était requise, depuis la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1991, cette condition a été supprimée: le débiteur d'aliments peut "se trouver" de fait en Belgique ou à l'étranger, son adresse ne doit même plus être connue.

Cette modification a été introduite pour ne pas défavoriser les créanciers d'aliments pour lesquels la récupération de leurs pensions alimentaires était encore plus aléatoire et hypothétique vu l'ignorance de l'adresse du débiteur d'aliments. Leur refuser le droit aux avances, au motif de l'ignorance de cet élément, était socialement inadéquat.

Si au départ de la loi, le montant maximal de l'avance était de 2.000 F par mois et par enfant, il a été porté à 4.000 F. En effet, à l'époque, la pension alimentaire moyenne se situait, pour ces bénéficiaires d'avances, entre 3.300 F et 3.800 F par mois.

C'est également à la même époque que le plafond maxi-mal de ressources qui était pris sur la base du taux de minimex conjoints vivant sous le même toit ( $\pm$  24.000 F par mois) a été porté à 360.000 F par an indexés, soit en 1995: à 33.786 F par mois. Trop de parents non débiteurs de la pension alimentaire et pourtant allocataires sociaux à faible revenu voyaient leur(s) enfant(s) exclu(s) du bénéfice des avances dont notamment des chômeurs au taux chef de ménage.

Au niveau de la récupération de la pension alimentaire totale, le C.P.A.S. doit, dans les cinq jours ouvrables qui suivent la décision d'octroi mettre le débiteur d'aliments en demeure d'exécuter ses obligations auprès du C.P.A.S.

Seuls les paiements opérés auprès du C.P.A.S. sont libératoires; le créancier d'aliments ayant cédé au C.P.A.S. tous ses droits et actions civiles relatives aux termes ayant fait l'objet d'avances.

Toutefois, le débiteur d'aliments qui lui-même se trou-verait en état de précarité de moyens d'existence a été protégé dans la mesure où le C.P.A.S. ne peut exercer de récupération à son égard s'il dispose de ressources inférieures ou égales au montant du minimum de moyens d'exis-tence auquel il a ou aurait droit suivant la catégorie dont il relève. De même aucun recouvrement ne peut avoir pour effet de ne lui laisser qu'un montant de ressources qui serait inférieur au minimum de moyens d'existence.

Il s'agit donc d'une règle dérogatoire à l'article 1412 du Code judiciaire qui permet, quant à lui, de saisir jusqu'au dernier franc en matière de pensions alimentaires.

Le C.P.A.S. quant à lui, lorsqu'il n'a pu récupérer les termes d'avances sur pensions alimentaires octroyés à da-ter d'un an après chaque terme d'octroi, perçoit de l'Etat fédéral une subvention de 90 % sur ces termes qualifiés d'irré récupérables, soit au maximum 90 % de 4.000 F par mois et par enfant.

25/07/95

## VOORSCHOTTEN OP ONDERHOUDSGELDEN

## AANTAL OCMW's DAT DE WET TOEPAST

1989 = 99 (16,8 %)  
 1990 = 195 (33,1 %)  
 1991 = 346 (58,7 %)  
 1992 = 386 (65,5 %)  
 1993 = 401 (68,1 %)  
 1994 = 413 (70,1 %)  
 1995 = 383 (65 %) tot juli 95

In 1994 pasten 70 % van de OCMW's de wet op de voorschotten toe (1995 is nog onvolledig). Dit cijfer lijkt zich nu wat te stabiliseren na een trage start en een geleidelijke toename.

Tussen 1993 en 1994 zijn nog 3 % van de OCMW's tot het systeem toegetreden.

## AANTAL BEGUNSTIGDEN

	Brussels Gewest	Franstalig lands-gedeelte	Nederlands-talig lands-gedeelte	Algemeen totaal
12/89 .....	14 (3,3 %)	161 (61,5 %)	87 (33,2 %)	262
01/90 .....	16 (5,0 %)	183 (56,7 %)	124 (38,3 %)	323
01/91 .....	28 (3,6 %)	359 (46,2 %)	390 (50,2 %)	777
01/92 .....	93 (5,0 %)	790 (42,6 %)	972 (52,4 %)	1 855
01/93 .....	101 (4,2 %)	1 009 (41,5 %)	1 320 (54,3 %)	2 430
01/94 .....	95 (3,4 %)	1 161 (41,6 %)	1 532 (55 %)	2 788
01/95 .....	126 (4 %)	1 321 (41,6 %)	1 726 (54,4 %)	3 173
onvolledig				

Aanvankelijk (1989 en 1990) werd de wet het best in Wallonië opgevolgd : in 1989 61,5 % in het Waals Gewest, tegenover 33,2 % in het Vlaams Gewest. Intussen heeft het Vlaams Gewest het Waals Gewest ruimschoots ingehaald : 55 % tegenover 41,6 % in 1994.

Sinds 1992 is het aantal begunstigden sterk toegenomen. Het feit dat onderhoudsplichtigen vanaf 1991 niet langer in België hoefden te verblijven (d.w.z. dat hun adres niet meer bekend hoefde te zijn, ongeacht of zij zich in België of in het buitenland bevinden) heeft hier ongetwijfeld toe bijgedragen. Ook het optrekken van de inkomensgrens is van invloed geweest.

Het aantal begunstigden gaat nog steeds de hoogte in : met 13,8 % tussen 1994 en 1995.

25/07/95

## AVANCES SUR PENSIONS ALIMENTAIRES

## NOMBRE DE C.P.A.S. QUI APPLIQUENT LA LOI

1989 = 99 (16,8 %)  
 1990 = 195 (33,1 %)  
 1991 = 346 (58,7 %)  
 1992 = 386 (65,5 %)  
 1993 = 401 (68,1 %)  
 1994 = 413 (70,1 %)  
 1995 = 383 (65 %) est basé sur l'encodage jusque juillet 95

95

En 1994, 70 % des C.P.A.S. appliquent la loi sur les avances (1995 est incomplet). Ce chiffre tend à se stabiliser après un démarrage lent de la loi, puis une augmentation progressive.

De 1993 à 1994, il y a encore 3 % de C.P.A.S. qui sont rentrés dans le système.

## NOMBRE DE BENEFICIAIRES

	Région Bruxelles	Région franco-phone	Région néerlandophone	Total général
12/89 .....	14 (3,3 %)	161 (61,5 %)	87 (33,2 %)	262
01/90 .....	16 (5,0 %)	183 (56,7 %)	124 (38,3 %)	323
01/91 .....	28 (3,6 %)	359 (46,2 %)	390 (50,2 %)	777
01/92 .....	93 (5,0 %)	790 (42,6 %)	972 (52,4 %)	1 855
01/93 .....	101 (4,2 %)	1 009 (41,5 %)	1 320 (54,3 %)	2 430
01/94 .....	95 (3,4 %)	1 161 (41,6 %)	1 532 (55 %)	2 788
01/95 .....	126 (4 %)	1 321 (41,6 %)	1 726 (54,4 %)	3 173
incomplet				

Initialement, la mise en application de la loi s'est réalisée de façon plus importante en région wallonne (1989 et 1990) : 61,5 % en Région wallonne en 1989 contre 33,2 % en Région flamande. Ensuite, la proportion d'application en Région flamande a dépassé la Wallonie : 55 % en 1994 contre 41,6 %.

L'augmentation des bénéficiaires a été très significative à partir de 1992. La suppression de la résidence en Belgique du débiteur d'aliments, à dater de 1991 (au sens où son adresse ne doit même plus être connue, qu'il se trouve en Belgique ou à l'étranger), a dû y contribuer pour une bonne part. L'augmentation du plafond maximal de ressources a également dû contribuer à cette augmentation.

Le nombre de bénéficiaires est toujours en croissance : de 1994 à 1995 : 13,8 %.

TEGEMOETKOMINGEN VAN DE STAAT  
NAARGELANG VAN DE BESLISSINGEN TOT  
HET TOEKENNEN VAN VOORSCHOTTEN  
OP ONDERHOUDSGELDEN

1989 = 923.318	
1990 = 8.165.903	
1991 = 40.470.463	
1992 = 68.847.000	} 23/06/95
1993 = 83.885.200	
1994 = 105.786.600	
1995 = 83.908.700	} = tot juli 95

Dit bedrag vertegenwoordigt 90 % van de door de OCMW's uitgekeerde voorschotten, ervan uitgaande dat niets kan worden ingevorderd.

De gegevens voor 1995 (bijgewerkt tot juli) bevatten reeds vele beslissingen voor 12 termijnen, dus tot het einde van het jaar. Men mag dus niet denken dat er voor de laatste maanden van het jaar nog een proportionele stijging zou zijn; men zou dan immers op 143.843.400 BEF uitkomen!

De toename zou ongeveer 16 % bedragen.

INVORDERINGEN VAN VOORSCHOTTEN  
DOOR DE OCMW's

1989 = 311.108 BEF
1990 = 1.617.939 BEF
1991 = 5.474.021 BEF
1992 = 7.951.915 BEF
1993 = 7.771.664 BEF
1994 = 4.369.484 BEF
1995 = 642.213 BEF

TE BETALEN EN  
REEDS BETAALDE BATIGE SALDO'S

1989 = 45.398		
betaald	BRUSSEL =	0
	FRANST. =	44.178
	NEDERL. =	1.220
	TOTAAL =	45.398
1990 = 2.111.226 (raming)		
betaald -	BRUSSEL =	69.861
	FRANST. =	1.066.511
	NEDERL. =	855.389
	TOTAAL =	1.991.761
1991 = 17.908.273 (raming)		
betaald -	BRUSSEL =	342.730
	FRANST. =	6.892.140
	NEDERL. =	10.034.005
	TOTAAL =	17.268.875

SUBVENTIONS DE L'ETAT DUES  
EN FONCTION DES DECISIONS  
D'OCTROI D'AVANCES  
SUR PENSIONS ALIMENTAIRES

1989 = 923.318	
1990 = 8.165.903	
1991 = 40.470.463	
1992 = 68.847.000	} 23/06/95
1993 = 83.885.200	
1994 = 105.786.600	
1995 = 83.908.700	} = basé sur l'encodage jusque juillet 95

Ce montant représente 90 % des avances consenties par les C.P.A.S. si l'on considère qu'aucune récupération ne peut être effectuée.

Les données pour 1995 encodées jusqu'à juillet contiennent déjà beaucoup de décisions prises pour 12 termes, donc jusqu'à la fin de l'année. Il ne faut donc pas penser que pour les derniers mois de l'année l'augmentation va encore être en proportion auquel cas on arriverait à 143.843.400 F!

L'augmentation devrait être de l'ordre de 16 %.

RECUPERATIONS D'AVANCES  
PAR LES C.P.A.S.

1989 = 311.108 F
1990 = 1.617.939 F
1991 = 5.474.021 F
1992 = 7.951.915 F
1993 = 7.771.664 F
1994 = 4.369.484 F
1995 = 642.213 F

SOLDES POSITIFS A PAYER ET  
DEJA PAYES

1989 = 45.398		
déjà payé -	BRUX. =	0
	FRANC. =	44.178
	NEERL. =	1.220
	TOTAL =	45.398
1990 = 2.111.226 estimé		
déjà payé -	BRUX. =	69.861
	FRANC. =	1.066.511
	NEERL. =	855.389
	TOTAL =	1.991.761
1991 = 17.908.273 estimé		
déjà payé -	BRUX. =	342.730
	FRANC. =	6.892.140
	NEERL. =	10.034.005
	TOTAL =	17.268.875

1992 = 16.401.697 (raming)	
betaald -	BRUSSEL = 275.129
	FRANST. = 5.114.860
	NEDERLT. = 7.047.507
	<hr/>
	TOTAAL = 12.437.496

1993 = 19.547.143 (raming)	
betaald	BRUSSEL = 0
	FRANST. = 7.951.223
	NEDERL. = 10.483.983
	<hr/>
	TOTAAL = 18.435.206

De uit te betalen batige saldo's staan in verhouding tot de tegemoetkomingen verschuldigd op de niet invorderbare bedragen tegen 90 % van het bedrag der voorschotten, verminderd met de door het Rijk aan de OCMW's betaalde voorschotten overeenkomstig artikel 1 van het K.B. van 14 augustus 1989.

Bij de aanvang van de toepassing van de wet hadden de OCMW's weinig begunstigen en dus een overschot aan voorschotten op de tegemoetkoming van de Staat; dit verklaart meteen waarom zij slechts een zo klein positief saldo te vereffenen hebben.

#### GEMIDDELD ONDERHOUDSGELD

	Brussels Gewest	Waals Gewest	Vlaams Gewest	Rijk
1989 .....	3 704,79	3 066,52	2 957,46	3 064,41
1990 .....	3 616,69	3 178,26	2 861,52	3 078,38
1991 .....	4 398,82	3 316,70	3 707,55	3 551,87
1992 .....	4 334,83	3 655,20	4 092,19	3 918,25
1993 .....	4 280,14	3 657,17	3 994,78	3 866,35
1994 .....	4 187,79	3 759,70	3 973,60	3 891,82
1995 .....	4 700,71	4 136,34	4 107,00	4 142,79

De gemiddelde onderhoudsgelden zijn ongetwijfeld niet erg hoog in vergelijking met het gemiddelde onderhoudsgeld dat in het algemeen in België wordt uitgekeerd. Het gaat om éenoudergezinnen die zich in een bestaansonzekere toestand bevinden, net zoals dat voor de onderhoudsplichtige het geval kan zijn.

Het is duidelijk dat het wel degelijk zin had het plafond van het voorschot van 2.000 tot 4.000 BEF per maand en per kind op te trekken.

De hoogste onderhoudsgelden worden nog steeds in Brussel uitbetaald.

Toen de wet pas van kracht was, kwamen de laagste onderhoudsgelden waarop voorschotten werden geïnd in het Vlaams Gewest voor : 2.957 en 2.861 BEF tegen 3.066 en 3.178 BEF in Wallonië.

Vanaf 1991 slaat die toestand echter om : de begunstigen in het Vlaams Gewest genieten van dan af gemiddeld hogere onderhoudsgelden dan die in het Waals Gewest : 4.092 tegenover 3.655 BEF in 1992.

In 1995 wordt gelijkheid bereikt : 4.136 BEF in het Waals Gewest en 4.107 BEF in Vlaanderen. Hierbij dient te worden aangestipt dat de bovengrens van het voorschot wordt overschreden.

Dit is tevens te wijten aan het feit dat het onderhoudsgeld wordt geïndexeerd terwijl dat niet het geval is met het maximumbedrag van het voorschot, te weten 4.000 BEF.

1992 = 16.401.697 estimé	
déjà payé -	BRUX. = 275.129
	FRANC. = 5.114.860
	NEERL. = 7.047.507
	<hr/>
	TOTAL = 12.437.496

1993 = 19.547.143 estimé	
déjà payé -	BRUX. = 0
	FRANC. = 7.951.223
	NEERL. = 10.483.983
	<hr/>
	TOTAL = 18.435.206

Les soldes positifs à payer sont fonction des subventions dues sur les irrécouvrables à 90 % du montant des avances, déduction faite des avances sur la subvention de l'Etat payées aux C.P.A.S. au terme de l'article 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 14 août 1989.

Au début de l'application de la loi, les C.P.A.S. avaient peu de bénéficiaires et donc trop d'avances sur la subvention de l'Etat, ce qui explique le peu de solde positif à leur liquider.

#### PENSION ALIMENTAIRE MOYENNE

	Région Bruxelles	Région wallonne	Région Flandre	Pays
1989 .....	3 704,79	3 066,52	2 957,46	3 064,41
1990 .....	3 616,69	3 178,26	2 861,52	3 078,38
1991 .....	4 398,82	3 316,70	3 707,55	3 551,87
1992 .....	4 334,83	3 655,20	4 092,19	3 918,25
1993 .....	4 280,14	3 657,17	3 994,78	3 866,35
1994 .....	4 187,79	3 759,70	3 973,60	3 891,82
1995 .....	4 700,71	4 136,34	4 107,00	4 142,79

Les pensions alimentaires moyennes ne sont certes pas fort élevées par rapport à la pension alimentaire moyenne en Belgique en général. Il s'agit de familles monoparentales en état de précarité tout comme le débiteur d'aliments peut également l'être.

On remarque qu'il était bien adéquat de porter le plafond de l'avance à 4.000 F par mois et par enfant au lieu de 2.000 F.

Les pensions alimentaires les plus élevées sont toujours à Bruxelles.

Lors de la mise en application de la loi, les pensions alimentaires les plus faibles faisant l'objet d'avances se situaient en Région flamande : de 2.957 F et 2.861 F contre 3.066 F et 3.178 F en Wallonie.

A partir de 1991, la tendance s'inverse : les bénéficiaires de la Région flamande disposent de pensions alimentaires plus élevées en moyenne qu'en Wallonie : 4.092 F contre 3.655 F en 1992.

En 1995, il y a équivalence : 4.136 F en Région Wallonne et 4.107 F en Région flamande. Le constat est que le plafond maximal de l'avance est dépassé.

Ceci doit être dû aussi au fait que les pensions alimentaires sont indexées, alors que le montant maximal de l'avance, de 4.000 F, ne l'est pas.

WEIGERINGEN

	Brussels Gewest	Waals Gewest	Vlaams Gewest	Rijk
code 1 .....	8	342	276	626
code 2 .....	0	9	10	19
code 3 .....	0	2	9	11
code 4 .....	0	2	2	4
code 5 .....	0	10	24	34
Totaal .....	8	365	321	694

Code 1 : aan een van de voorwaarden voor toekenning is niet voldaan

Code 2 : een van de voorwaarden voor toekenning is niet langer aanwezig

Code 3 : het kind doet zelf afstand

Code 4 : vrijstelling van de onderhoudsplichtige gedurende vier opeenvolgende termijnen

Code 5 : opzettelijk onjuiste of onvolledige aangifte

INTREKKINGEN

	Brussels Gewest	Waals Gewest	Vlaams Gewest	Rijk
code 1 .....	12	180	162	354
code 2 .....	139	995	1 250	2 384
code 3 .....	8	96	95	199
code 4 .....	19	258	148	425
code 5 .....	8	54	81	143
Totaal .....	186	1 583	1 736	3 505

Code 1 : aan een van de voorwaarden voor toekenning is niet voldaan

Code 2 : een van de voorwaarden voor toekenning is niet langer aanwezig

Code 3 : het kind doet zelf afstand

Code 4 : vrijstelling van de onderhoudsplichtige gedurende vier opeenvolgende termijnen

Code 5 : opzettelijk onjuiste of onvolledige aangifte

LES REFUS

	Région Bruxelles	Région wallonne	Région Flandre	Pays
code 1 .....	8	342	276	626
code 2 .....	0	9	10	19
code 3 .....	0	2	9	11
code 4 .....	0	2	2	4
code 5 .....	0	10	24	34
Total .....	8	365	321	694

Code 1 : une des conditions d'octroi n'est pas remplie.

Code 2 : cessation d'une des conditions d'octroi.

Code 3 : renonciation faite par l'enfant.

Code 4 : acquittement du débiteur d'aliments pendant quatre termes consécutifs.

Code 5 : déclaration volontairement inexacte ou incomplète.

LES RETRAITS

	Région Bruxelles	Région wallonne	Région Flandre	Pays
code 1 .....	12	180	162	354
code 2 .....	139	995	1 250	2 384
code 3 .....	8	96	95	199
code 4 .....	19	258	148	425
code 5 .....	8	54	81	143
Total .....	186	1 583	1 736	3 505

Code 1 : une des conditions d'octroi n'est pas remplie.

Code 2 : cessation d'une des conditions d'octroi.

Code 3 : renonciation faite par l'enfant.

Code 4 : acquittement du débiteur d'aliments pendant quatre termes consécutifs.

Code 5 : déclaration volontairement inexacte ou incomplète.

## HOOGTE VAN DE BESTAANSMIDDELEN

## MONTANT DES RESSOURCES

	Bestaansmiddelen — Montant des ressources	Brussel — Bruxelles	Wallonië — Wallonie	Vlaanderen — Flandres	Rijk — Pays	Totaal — Total
1989	1) = 0 2) < 133 044 3) tussen / entre 133 044 en / et 226 174 4) > 226 174 en / et < plafond / au plafond	9 0 4 1	39 16 86 20	13 2 47 25	61(23,3 %) 18 (6,9 %) 137(52,3 %) 46 (17,5 %)	262
1990	1) = 0 2) < 135 707 3) tussen / entre 135 707 en / et 244 273 4) > 244 273 en / et < plafond / au plafond	9 0 5 2	41 20 108 14	25 8 69 22	23,2 % 28(8,7 %) 182(56,3 %) 38(11,8 %)	323
1991	1) = 0 2) < 144 009 3) tussen / entre 144 009 en / et 273 616 4) > 273 616 en / et < 367 200	16 0 11 1	89 28 156 86	95 20 142 133	200(25,7 %) 48(6,2 %) 309(39,8 %) 220(28,3 %)	777
1992	1) = 0 2) < 149 829 3) tussen / entre 149 829 en / et 299 657 4) > 299 657 en / et < 382 035	20 0 31 42	157 43 276 314	190 28 277 477	367(19,8 %) 71 (3,8 %) 584(31,5 %) 833(44,9 %)	1855
1993	1) = 0 2) < 152 827 3) tussen / entre 152 827 en / et 305 653 4) > 305 653 en / et < 389 676	18 2 37 44	222 46 308 433	244 62 323 691	484(19,9 %) 110(4,5 %) 668(27,5 %) 1168(48,1 %)	2430
1994	1) = 0 2) < 155 881 3) tussen / entre 155 881 en / et 311 762 4) > 311 762 en / et < 397 476	17 3 28 47	247 45 310 559	263 68 335 866	527(18,9 %) 116(4,2 %) 673(24,1 %) 1472(52,8 %)	2788
1995	1) = 0 2) < 160 827 3) tussen / entre 160 827 en / et 321 654 4) > 321 654 en / et < 405 432	25 2 29 70	258 73 391 599	314 88 374 950	597(18,8 %) 163(5,1 %) 794(25,0 %) 1619(51,1 %)	3173

(1) 0 = geen bestaansmiddelen

(2) bestaansmiddelen kleiner dan bestaansminimum voor samenwonenden

(3) bestaansmiddelen tussen bestaansminimum voor samenwonenden en bestaansminimum voor alleenstaande met één kind ten laste

(4) bestaansmiddelen tussen bestaansminimum voor alleenstaande met één kind ten laste en de inkomensgrens vastgesteld voor voorschotten op onderhoudsgelden

Daar waar bij het van kracht worden van de wet bleek dat veruit de meeste begunstigten van voorschotten op onderhoudsgelden bestaansmiddelen hadden die gelegen waren tussen het bestaansminimum voor samenwonenden en dat voor alleenstaanden met één kind ten laste (3) komt er later een grote toename van begunstigten met bestaansmiddelen tussen het bestaansminimum voor alleenstaande met één kind ten laste en de inkomensgrens die wordt gebruikt voor de voorschotten op onderhoudsgelden (4). Sedert 1994 maakt meer dan de helft van de begunstigten deel uit van deze categorie. Er wordt ook opgemerkt dat zowat 20 % van de begunstigten geen bestaansmiddelen hebben.

(1) 0 = absence de ressources.

(2) ressources inférieures au taux minimex cohabitant.

(3) ressources comprises entre le taux minimex cohabitant et le taux minimex isolé avec enfant à charge.

(4) ressources comprises entre le taux minimex isolé avec enfant à charge et le plafond de ressources fixé en matière d'avances sur pensions alimentaires.

Si lors de l'entrée en vigueur de la loi, il apparaissait que la partie la plus importante des bénéficiaires d'avances sur pensions alimentaires disposaient de ressources comprises entre le taux minimex cohabitant et le taux minimex isolé avec enfant à charge (3), on constate ensuite une augmentation importante des bénéficiaires ayant des ressources comprises entre le taux isolé avec enfant à charge et le plafond de ressources pris en considération pour les avances sur pensions alimentaires (4). Cette catégorie représente à elle seule plus de 50 % des bénéficiaires depuis 1994. Il est également à noter que près de 20 % des bénéficiaires ne disposent d'aucune ressource.

## HOOFDSTUK III

## HET VLUCHTELINGENBELEID

## 1. Opdracht en wetgeving

De bestuursafdeling van het Maatschappelijk Welzijn staat in voor de organisatie van de centrale asielopvang in het Klein Kasteeltje (beslissing Ministerraad van 12 november 1986) en te Florennes (Ministerraad 18 december 1992), via het Rode Kruis (RK-conventie en jaarlijks KB), via andere organisaties (jaarlijks KB voor noodopvang) en voor de financiële lasten van de decentrale opvang van asielzoekers en vluchtelingen via de OCMW's (wet 2/4/65).

## 2. Beschrijving huidige toestand en statistieken

## 2.1. De vraag : instroom van asielzoekers en de duur van de asielpcedure

Uit de tabel en grafiek van het CGVS (Commissariaat-generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen) in bijlage 1 blijkt dat het aantal asielaanvragen daalt sinds september 1993. De instroom bedroeg voor de jongste maanden tussen 800 en 900 per maand (*pro memoria* : piekmaand in juni 1993 : 3.058 aanvragen).

Bijkomend is er de verkorting van de procedure die voor een stuk de achterstand in de dossiers heeft weggewerkt. Dit inlopen van de achterstand heeft zich de jongste maanden niet kunnen verder zetten. Er lijkt zelfs opnieuw een stagnatie op het niveau van het CGVS. Zie grafiek CGVS in bijlage 2. Vooral de dossierachterstand in de gegrondheidsfase blijft groot.

## 2.2. Het aanbod : het onthaalnetwerk en de budgetten

Het vluchtelingenonthaal gebeurt heden grosso modo in vier (niet geïntegreerde) systemen (zie flow chart in bijlage 3).

## 2.2.1. Onthaalcentra beheerd door Volksgezondheid :

Het departement beheert twee eigen centra waar de eerstelijnsopvang gebeurt : Klein Kasteeltje (capaciteit 500) en het centrum te Florennes (theoretische capaciteit als noodcentrum was 200, een reëel leefbare capaciteit 150).

2.2.2. In geval van nood heeft het Klein Kasteeltje de mogelijkheid om beroep te doen op andere organisaties (KB 7 april 1995) die tegen de vergoeding van een bestaansminimum opvangplaatsen organiseren. Binnen dit programma werken twee centra voor AMA's (Alleenkomende Minderjarige Asielzoekers) met een totale capaciteit van 28 bedden (totaal budget : 30 mio).

2.2.3. De centra van het Rode Kruis : de conventie tussen departement en RK voorziet in de organisatie van 1.860 opvangplaatsen. De huidige reëel in gebruik zijnde capaciteit is 1.184 (415 Franstalig, 769 Nederlandstalig). Volledigheidshalve moet vermeld dat er nog een reservecapaciteit is van 200 te Haine-Saint-Pierre en 90 te Lint (zie bijlage 4).

De 2 gesloten centra aan de luchthaven T127 Melsbroek (capaciteit 100) en T127bis Steenokkerzeel (capaciteit 192)

## CHAPITRE III

## LES REFUGIES

## 1. Mission et législation

L'administration de l'aide sociale est responsable de l'accueil central de demandeurs d'asile au Petit Château (décision Conseil des Ministres du 12 novembre 1986) et à Florennes (Conseil des Ministres du 18 décembre 1992), via la Croix-Rouge (Convention CR et AR annuel), via d'autres organisations (AR annuel accueil de crise); elle prend en charge les frais découlant de l'accueil décentralisé de demandeurs d'asile et de réfugiés via les C.P.A.S. (loi 2/4/1965).

## 2. Description de la situation annuelle et statistiques

## 2.1. La demande : nouvelles demandes d'asile et durée de la procédure

Le tableau et le graphique du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides repris en annexe 1, révèlent que le nombre de demandes est en baisse depuis septembre 1993. Au cours des derniers mois, 800 à 900 nouvelles demandes d'asile par mois ont été enregistrées (*pour mémoire* : mois de pointe juin 1993 : 3.058 demandes).

Il faut y ajouter le raccourcissement de la procédure qui a permis de rattraper une partie du retard encouru dans le traitement des dossiers. Ce mouvement de rattrapage n'a cependant pas été poursuivi au cours des derniers mois, une stagnation s'étant installée au niveau du CGRA (voir graphique en annexe 2). Le retard reste surtout important dans la phase de l'examen du bien-fondé de la demande.

## 2.2. L'offre : le réseau d'accueil et les budgets

L'accueil des réfugiés comprend actuellement grosso modo quatre systèmes (non-intégrés) (voir flow chart en annexe 3).

## 2.2.1. Centres d'accueil gérés par la Santé publique

Le département gère deux centres d'accueil chargés de l'accueil de première ligne : le Petit Château (capacité 500) et le centre de Florennes (capacité théorique comme centre d'accueil de crise 200, la capacité viable réelle atteignant 150).

2.2.2. En cas d'urgence, le Petit Château a la possibilité de faire appel à d'autres organisations (AR 7 avril 1995) qui organisent des places d'accueil contre paiement d'un minimex). Deux centres accueillent des enfants réfugiés non-accompagnés dans le cadre de ce programme; leur capacité totale atteint 28 lits (budget total 30 millions).

2.2.3. Les centres de la Croix-Rouge : la convention entre le département et la Croix-Rouge prévoit l'organisation de 1860 places d'accueil. La capacité réellement utilisée est actuellement de 1.184 (415 en Région francophone, 769 en Région néerlandophone). Pour être complets, mentionnons la capacité de réserve de 200 places à Haine-St-Pierre et de 90 à Lint (voir annexe 4).

Les deux centres fermés à l'aéroport T127 à Melsbroek (capacité 100) et T127bis à Steenokkerzeel (capacité 192)



vallen nu volledig ten laste van het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

2.2.4. De OCMW's (wet van 2 april 1965 en Ministerieel besluit van 30 januari 1995 tot uitvoering van art. 11, § 2 van de wet van 2/4/65).

Tot op heden is er nog steeds vrijheid van vestiging voor de asielzoekers. Dit stelde twee grote problemen : primo de onoverzichtelijke en niet billijk verdeelde spreiding van de asielzoekers en secundo de terughoudendheid, soms weigering, van gemeenten en OCMW's om asielzoekers in te schrijven en/of te steunen.

Hierin zal nu verandering komen door een wetsaanpassing (vreemdelingenwet en OCMW-wet) die een volledige toepassing van wacht register en spreidingsplan zullen toelaten (goedgekeurd in de Ministerraad dd. 28/7/95).

### 3. Analyse van evoluties en determinerende factoren

3.1. De vermindering van influx en de verkorting van de procedure heeft zich in eerste instantie gemanifesteerd in de onthaalcentra. Sinds september 1993 is het tekort aan opvangplaatsen verdwenen en geleidelijk is er een overaanbod gegroeid in de centra. Dit leidde tot de sluiting van drie RK-centra. De globale bezetting schommelt rond 60 %. Dat betekent dat gedurende het jongste jaar bijna voortdurend ongeveer 700 à 800 bedden vrij waren. Dit is de instroom van ongeveer één maand.

3.2. Het dalend aantal asielaanvragen weerspiegelde zich niet onmiddellijk ter hoogte van de OCMW's. De stijging bleef daar aanhouden, vermoedelijk door de vele oudere dossiers die door het CGVS terzijde gelaten werden ten voordele van de snelle afhandeling van nieuwe dossiers.

Enkele grote agglomeraties tonen ingevolge toepassing van art. 57, § 2 van de wet van 8/7/76 een dalend aantal asioldossiers in de OCMW's. Andere zijn nog in stijgende lijn, vooral Brussel, al weigert de stad sinds 1 februari 1995 systematisch de hulp aan nieuwe aanvragers.

Tegen de toepassing van art. 57, § 2 en de weigering van steun door de OCMW's werden heel wat gerechtelijke procedures opgestart bij de Arbeidsrechtbank. Luik alleen spreekt van een 500-tal hangende zaken; Brussel vermeldt een hondertal ingeleide zaken sinds 1 februari 1995. De heersende rechtspraak beschouwt een bevelschrift om het grondgebied te verlaten niet als definitief indien er een annulatieberoep is bij de Raad van State. Dit kan tot gevolg hebben dat de vastgestelde kentering in de statistiek nog moet gerelativeerd worden. Een wetswijziging moet hierin duidelijkheid brengen.

Er wordt ook terugbetaling gedaan voor nog 11 andere categorieën buiten de asielzoekers. Einde 1994 betrof dit ongeveer 6.700 dossiers in 10 categorieën : erkende vluchtelingen, staatlozen, illegalen, vreemdelingen op doorreis, ... Deze groep steeg licht in voorgaande jaren (4.327 in januari 92, 4.811 in januari 93); er was een belangrijke toename begin 1994 (6.363 in januari 1994).

sont dorénavant totalement à charge du Ministre de l'Intérieur.

2.2.4. Les C.P.A.S. : loi du 2 avril 1965 et arrêté ministériel du 30 janvier 1995 en exécution de l'art. 11 par. 2 de la loi du 2/4/1965.

Les demandeurs d'asile disposent toujours de la liberté d'établissement, ce qui posait deux problèmes importants : primo une répartition confuse et inéquitable des demandeurs d'asile; secundo la réticence, voire même le refus des communes et des C.P.A.S. d'inscrire les demandeurs d'asile et/ou de leur accorder une aide.

Cette situation va changer à l'avenir suite à une modification de la loi (loi sur les étrangers et loi sur les C.P.A.S.) qui permettra une application complète du registre d'attente et du plan de répartition (approuvé au Conseil des Ministres du 28/7/1995).

### 3. Analyse des évolutions et facteurs déterminants

3.1. Les conséquences de la baisse du nombre de nouvelles demandes d'asile et du raccourcissement de la procédure se sont manifestées en premier lieu dans les centres d'accueil. Depuis septembre 1993, aucune pénurie n'a plus été signalée en matière d'accueil; l'offre dépasse même la demande, ce qui a amené la fermeture de trois centres de la CR. L'occupation globale varie autour de 60 %, ce qui signifie qu'au cours de l'année écoulée quelque 700 à 800 lits sont restés en permanence inoccupés (cela correspond environ au nombre mensuel de nouvelles demandes).

3.2. Les C.P.A.S. n'ont pas ressenti immédiatement les répercussions de la baisse du nombre de nouvelles demandes. Il faut incriminer pour cela les nombreux "vieux" dossiers mis à l'écart par le CGRA au profit du traitement rapide de nouveaux dossiers.

Dans quelques grandes agglomérations, le nombre de dossiers de demandeurs d'asile traités par les C.P.A.S. est en baisse suite à l'application de l'article 57 § 2 de la loi du 8/7/1976. Mais d'autres C.P.A.S., surtout à Bruxelles — même si cette ville refuse systématiquement toute aide aux nouveaux demandeurs d'asile depuis le 1<sup>er</sup> février 1995 — continuent à enregistrer une augmentation du nombre de dossiers.

De nombreuses procédures judiciaires ont été introduites auprès des tribunaux du travail contre l'application de l'article 57 § 2 et contre le refus de l'aide des C.P.A.S. Rien qu'à Liège quelque 500 affaires sont pendantes depuis le 1<sup>er</sup> février 1995 alors que l'on en compte une centaine à Bruxelles. La jurisprudence dominante consiste à ne pas considérer comme définitif un ordre de quitter le pays qui fait l'objet d'un recours en annulation devant le Conseil d'Etat. Cela explique la nécessité de relativiser le renversement des tendances qui ressort des statistiques. Une modification de la loi doit clarifier la situation.

Le budget prévoit aussi le remboursement des frais exposés par 11 autres catégories de personnes, outre les demandeurs d'asile. Fin 1994, il y avait ainsi 6.700 dossiers couvrant 10 catégories : réfugiés reconnus; apatrides, illégaux, étrangers en transit, ... Ce groupe a légèrement augmenté au cours des dernières années (4.327 en janvier 1992, 4.811 en janvier 1993); un accroissement considérable s'est manifesté début 1994 (6.363 en janvier 1994).

#### 4. Reorganisatie van de opvang van asielzoekers

Overeenkomstig het regeerakkoord zal er naar gestreefd worden het onthaal van asielzoekers op een sociaal en maatschappelijk verantwoorde wijze te organiseren.

Door de vorige regering werd een wettelijk initiatief genomen teneinde asielzoekers harmonieuzer over het grondgebied te spreiden.

Asielzoekers wordt sinds de toepassing van dit KB (4 juli 1995) een verplichte plaats van inschrijving aangegeven, alwaar zij ook verplicht zijn steun van het OCMW te vragen, ook indien hun werkelijke verblijfplaats elders is. Dit KB regelt een verplichte plaats van inschrijving, maar legt geen verplichte woonplaats op.

Momenteel genieten 52 % van de asielzoekers steun van het OCMW.

Het regeerakkoord stipuleert inzake opvang dat asielzoekers bij voorrang dienen opgevangen te worden in onthaalcentra, die door de federale overheid worden georganiseerd, wat een hertekening van de rol van die onthaalcentra veronderstelt.

De aanwijzing van een verplichte woonplaats in deze centra en het voorzien in bestaansmiddelen via deze centra moet wettelijk worden voorzien.

In een voorontwerp van wet tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, dat werd goedgekeurd op de Ministerraad van 28 juli '95, is o.a. voorzien dat de Minister van Binnenlandse Zaken of de Dienst Vreemdelingenzaken de mogelijkheid krijgen om een verplichte verblijfplaats op te leggen aan welbepaalde categorieën asielzoekers, waarbij de betrokken vreemdeling zal verplicht kunnen worden om te gaan wonen op een welbepaalde plaats, die hem wordt aangewezen (bv. een onthaalcentrum).

In deze filosofie zullen ontvankelijk verklaarde asielzoekers via deze regionale centra doorstromen naar de gemeenten volgens de regels van het spreidingsplan. Hier moeten OCMW's hun rol onverkort opnemen. Op dit niveau kunnen zij, indien gewenst, beroep doen op NGO's voor de praktische organisatie. Alle schikkingen zullen getroffen worden opdat het spreidingsplan operationeel zal zijn vanaf 1 januari 1996.

Vanuit de onthaalcentra zou ook de voorbereiding en begeleiding in een repatriëringsprogramma van definitief uitgeprocedeerde asielzoekers moeten worden voorzien.

Dergelijk "verplicht onthaal" in centra voorkomt dat asielzoekers met een kort tijdsperspectief in België beroep zouden doen op lokale OCMW's. Het geeft ook de mogelijkheid om in de centra alle nodige medische en sociale screening en begeleiding te bieden. OCMW's kunnen door onvoldoende know how, tolken, gespecialiseerd personeel deze omkadering niet bieden.

Het argument dat opvang in centra duurder is dan via OCMW's, is misleidend omdat bij deze laatste vaak geen rekening wordt gehouden met supplementaire medische en administratieve kosten en met langere termijn-effecten (langere procedure, verdwijnen in illegaliteit, moeizamere repatriëring, grote druk op humanitaire regularisering).

#### 4. Réorganisation de l'accueil des demandeurs d'asile

Conformément à l'Accord de Gouvernement, le but poursuivi consiste à organiser l'accueil des demandeurs d'asile selon des modalités justifiées et acceptables du point de vue social.

Le Gouvernement précédent a pris une initiative législative afin de répartir les demandeurs d'asile de manière plus harmonieuse sur l'ensemble du territoire.

L'A.R. du 4 juillet 1995 prévoit un lieu d'inscription obligatoire; le C.P.A.S. de cette commune sera compétent pour l'aide sociale, quelle que soit la résidence effective. L'A.R. visé introduit l'inscription obligatoire mais n'impose pas le lieu de résidence.

A l'heure actuelle, 52 % des demandeurs d'asile bénéficient d'une aide du C.P.A.S.

L'Accord de Gouvernement stipule que les demandeurs d'asile doivent être accueillis par priorité dans les centres d'accueil organisés par les autorités fédérales, ce qui suppose une redéfinition du rôle de ces centres.

La désignation de ces centres comme lieu de résidence obligatoire et l'octroi de ressources via ces mêmes centres est une matière à régler par le législateur.

Un avant-projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, approuvé au Conseil des Ministres du 28 juillet 1995, prévoit notamment que le Ministre de l'Intérieur ou l'Office des étrangers doivent avoir la possibilité d'imposer un lieu de résidence à certaines catégories de demandeurs d'asile, en ce sens que les étrangers visés pourront être contraints de s'établir en un endroit déterminé (p.ex. un centre d'accueil).

Selon la philosophie de ce texte législatif, les demandeurs d'asile dont la demande a été acceptée seront répartis entre les communes, via les centres d'accueil, selon les règles du plan de répartition. Les C.P.A.S. devront alors assumer pleinement le rôle qui leur est imparti. Ils pourront éventuellement avoir recours aux ONG pour ce qui est de l'organisation pratique de l'accueil. Toutes les dispositions seront dès lors prises afin que le plan de répartition soit appliqué dès le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

Les centres d'accueil devraient également participer à la préparation et à l'accompagnement des demandeurs d'asile dont la demande a définitivement été refusée, dans le contexte du programme de rapatriement.

Cette forme "d'accueil obligatoire" dans les centres empêcherait que les demandeurs d'asile dont les perspectives de séjour dans notre pays sont limitées dans le temps, ne s'adressent aux C.P.A.S. locaux. Le système permettrait également de mettre en place dans les centres toutes les formes de surveillance et d'accompagnement sur le plan médical et social. Les C.P.A.S. n'ont pas les moyens de fournir cet encadrement par manque de savoir-faire, d'interprètes et de personnel spécialisé.

L'argument selon lequel l'accueil est plus coûteux dans les centres que via les C.P.A.S. prête à confusion parce qu'il ne tient souvent pas compte des frais médicaux et administratifs supplémentaires et des effets à long terme (procédure plus longue, disparition dans l'illégalité, rapatriement difficile, pression importante sur la régularisation humanitaire).

Bovendien zouden in dergelijke gestructureerde opvang de misbruiken die andere mensen maken van deze zwakke groep (zwartwerk, verhuur van ongezonde woningen, prostitutie, ...) kunnen voorkomen worden.

Gegeven dat asielzoekers die in een onthaalcentrum verblijven geen steun ontvangen van het OCMW, moet de nieuwe reglementering op termijn leiden tot een ontlasting van de OCMW's inzake de te behandelen dossiers en tot een daling van het budget voor de terugbetaling van steun aan OCMW's.

In het licht van de nieuwe reglementering zal ook de bestaande conventie met het Rode Kruis worden geëvalueerd en aangepast.

Het regeerakkoord voorziet daarnaast dat het spreidingsplan strikt zal worden toegepast, met het doel een evenwichtige verdeling over de gemeenten mogelijk te maken en de gemeenten, die hun deel in de opvang van asielzoekers hebben geleverd, vrij te stellen van verplichte inschrijving.

In uitvoering van het Koninklijk Besluit van 6 april '95 tot vaststelling van de criteria voor een harmonieuze verdeling van de asielzoekers, werden bij MB van 8/8/95 de gemeenten vastgelegd die tot eind '95 vrijgesteld zijn als verplichte plaats van inschrijving.

#### **5. Oplossen van de knelpunten inzake de steunverlening aan asielzoekers door OCMW's**

De steunverlening door OCMW's aan asielzoekers wordt geregeld door de wet van 2 april '65 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, en art. 57 van de wet van 8 juli '76 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Vooraf inzake de toepassing van de regels inzake het steunverlenend centrum na de invoering van het wachtregister en het spreidingsplan en de toepassing van art. 57, § 2 van de wet van 8 juli '76, bestaan zowel tussen OCMW's onderling, tussen OCMW's en de federale overheid en tussen OCMW's en arbeidsrechtbanken interpretatieverschillen.

Zowel in het belang van de asielzoekers zelf als in het belang van de OCMW's, is het noodzakelijk dat er duidelijke richtlijnen komen die toelaten de reglementering éénvoudig te interpreteren.

Overeenkomstig het vigerend artikel 57, § 2 van de organieke wet van 8 juli '76 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt aan de maatschappelijke dienstverlening een einde gemaakt vanaf de datum van de uitvoering van het bevel om het grondgebied te verlaten en ten laatste vanaf de datum van het verstrijken van de termijn van het definitief bevel om het grondgebied te verlaten.

Het precieze tijdstip waarop een "definitief bevel om het grondgebied te verlaten" van kracht wordt, geeft aanleiding tot meningsverschillen tussen OCMW's en arbeidsrechtbanken.

Middels een door de Ministerraad op 12 mei ll. goedgekeurd voorontwerp van wet wordt artikel 57, § 2 verduidelijkt in de zin dat een bevel definitief is indien er geen opschortend beroep meer tegen werd ingesteld.

De plus, un tel accueil structuré permettrait d'éviter les abus dont sont victimes ce groupe vulnérable (travail au noir, location de logements insalubres, prostitution,...).

Etant donné que les demandeurs d'asile qui sont accueillis dans un centre d'accueil ne touchent pas d'aide du C.P.A.S., cette nouvelle réglementation mènera, à terme, à un allègement de la tâche des C.P.A.S. quant au nombre de dossiers à traiter et de là, à une diminution du budget du remboursement de l'aide accordée par les C.P.A.S.

La convention existante avec la Croix-Rouge devra également être évaluée et adaptée, à la lumière de la nouvelle réglementation.

L'Accord de Gouvernement prévoit, en outre, une application stricte du plan de répartition afin de permettre une répartition équilibrée des charges entre les communes et de dispenser de l'inscription obligatoire les communes qui ont rempli leur mission en matière d'accueil des demandeurs d'asile.

L'A.M. du 8/8/1995 a désigné les communes dispensées de l'inscription obligatoire jusque fin 1995, en exécution de l'AR du 6 avril 1995 fixant les critères d'une répartition harmonieuse des demandeurs d'asile.

#### **5. Résoudre les difficultés dans le domaine de l'aide accordée aux demandeurs d'asile par les C.P.A.S.**

L'aide accordée par les C.P.A.S. aux demandeurs d'asile est réglée par la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les C.P.A.S., ainsi que par l'article 57 de la loi du 8 juillet 1976 relative aux centres publics d'aide sociale.

Après l'introduction d'un registre d'attente et l'application de l'art. 57 §2 de la loi du 8/7/1976, des différences d'interprétation se sont manifestées entre les C.P.A.S. d'une part, et entre les C.P.A.S. et les autorités fédérales ou les tribunaux du travail, d'autre part.

Des directives claires et précises permettant une application univoque de la réglementation sont importantes tant pour les demandeurs d'asile eux-mêmes que pour les C.P.A.S.

Conformément à l'article 57 §2 de la loi organique du 8/7/1976 relative aux centres public d'aide sociale, l'aide sociale prend fin à dater de l'exécution de l'ordre de quitter le territoire et, au plus tard, au jour de l'expiration du délai de l'ordre définitif de quitter le territoire.

La date de prise de cours d'un "ordre définitif de quitter le territoire" donne lieu à des divergences de vues entre les C.P.A.S. et les tribunaux du travail.

Un avant-projet de loi approuvé par le Conseil des Ministres du 12 mai dernier précise l'article 57 §2, en ce sens qu'un ordre de quitter le territoire est définitif à partir du moment où il ne fait plus l'objet d'un recours suspensif.

ASIELAANVRAGERS GEREgistREERD DOOR DE DIENST VREEMDELINGENZAKEN. —  
 DEMANDES D'ASILE ENREGISTREES PAR L'OFFICE DES ETRANGERS

	ZVT	INT	TOT	GH	IND	ZRE	WAN	TR	R	PAK	(ex)YU	RWA	DZ	(ex)SU	BG
02.12.88	587	3 921	4 508	1 143	483	458	106	347	69	265	322	6	15	2	4
01.12.89	1 062	7 119	8 181	1 524	565	840	209	1 054	229	564	442	9	17	3	25
01.12.90	784	12 090	12 874	1 535	1 031	1 120	539	1 672	1 751	815	469	22	26	44	319
01.12.91	519	14 832	15 351	1 460	1 268	2 017	771	1 082	2 391	906	1 149	46	62	168	409
01.12.92	752	16 895	17 647	934	1 093	3 749	570	854	3 463	715	1 927	65	56	165	502
% 1992	4,26%	95,74%	100%	5,29%	6,19%	21,24%	3,23%	4,84%	19,62%	4,05%	10,92%	8,64%	0,33%	0,94%	2,84%
1.93	103	1 713	1 816	152	164	377	45	78	186	112	171	4	2	23	34
2.93	125	1 723	1 848	105	192	389	40	87	266	83	153	8	3	15	46
3.93	82	2 199	2 281	111	361	387	87	103	283	139	158	8	9	22	93
4.93	56	2 257	2 313	84	376	357	67	73	416	110	236	5	4	35	133
5.93	59	2 359	2 418	88	383	308	58	97	545	121	281	4	4	37	104
6.93	98	2 960	3 058	77	371	376	54	70	805	127	340	4	4	39	197
7.93	103	2 621	2 724	74	346	386	86	83	685	134	138	4	4	26	204
8.93	172	2 787	2 959	97	408	407	112	48	761	131	36	7	13	26	181
9.93	88	2 520	2 608	91	134	358	133	75	607	106	182	8	16	89	155
10.93	73	1 962	2 035	49	147	252	95	55	335	62	309	3	53	123	149
11.93	63	1 348	1 411	31	120	198	52	50	166	73	159	4	43	87	52
12.93	85	1 327	1 412	38	109	223	60	48	102	83	113	4	50	106	42
01.12.93	1 107	25 776	26 883	997	3 111	4 018	889	867	5 157	1 281	2 276	63	205	628	1 390
% 1993	4,12%	95,88%	100%	3,71%	11,57%	14,95%	3,31%	3,23%	19,18%	4,77%	8,47%	5,69%	0,80%	2,34%	5,17%
1.94	78	1 110	1 188	32	158	186	37	36	108	68	137	6	40	116	56
2.94	99	1 065	1 164	26	180	136	34	34	84	59	162	3	45	132	62
3.94	74	1 377	1 451	37	285	139	45	49	146	75	214	12	29	62	45
4.94	109	1 213	1 322	31	193	161	26	26	156	83	224	80	38	48	48
5.94	59	951	1 010	30	27	130	27	42	87	65	132	102	23	48	37
6.94	102	923	1 025	21	7	154	19	34	88	48	159	78	26	57	67
7.94	101	944	1 045	27	10	161	27	31	104	44	145	89	30	55	46
8.94	102	1 179	1 281	21	8	171	47	73	159	58	171	80	22	38	78
9.94	144	1 168	1 312	17	14	210	48	62	105	39	178	103	40	108	47
10.94	82	1 171	1 253	10	6	183	35	68	87	35	242	57	42	87	60
11.94	84	1 008	1 092	7	7	146	47	65	54	26	243	28	36	78	42
12.94	140	1 057	1 197	14	9	186	34	81	66	23	203	29	50	90	17
01.12.94	1 174	13 166	14 340	273	904	1 963	426	601	1 244	623	2 210	667	421	919	605
% 1994	8,19%	91,81%	100%	1,90%	6,30%	13,69%	2,97%	4,19%	8,68%	4,34%	15,41%	56,81%	3,20%	6,41%	4,22%
1.95	88	884	972	15	8	131	17	57	49	27	179	30	42	65	31
2.95	89	932	1 021	7	14	109	16	65	104	21	175	28	32	89	37
3.95	85	1 028	1 113	14	13	96	22	60	128	52	236	12	30	102	44
4.95	98	791	889	12	12	59	18	53	64	35	166	23	29	92	32
5.95	78	812	890	10	13	62	21	35	84	23	185	28	30	92	31
6.95	48	756	804	5	8	56	10	53	42	34	205	23	20	116	18
01.06.95	486	5 203	5 689	63	68	513	104	323	471	192	1 146	144	183	556	193
% 1995	8,54%	91,46%	100%	1,11%	1,20%	9,02%	1,83%	5,68%	8,28%	3,37%	20,14%	2,53%	3,22%	9,77%	3,39%

IVT : Aanvragen ingediend aan de grens (Zaventem). — *Demandes introduites à la frontière (Zaventem).*

INT : Aanvragen ingediend in het binnenland (Dienst Vreemdelingenzaken, Commissariaat-generaal of elders). — *Demandes introduites à l'intérieur (Office des Etrangers, Commissariat général ou ailleurs).*

GH : Aanvragen ingediend door Ghanezen. — *Demandes introduites par des Ghanéens.*

IND : Aanvragen ingediend door Indiërs. — *Demandes introduites par des Indiens.*

ZRE : Aanvragen ingediend door Zairezen. — *Demandes introduites par des Zaïrois.*

TR : Aanvragen ingediend door Turken. — *Demandes introduites par des Turcs.*

R : Aanvragen ingediend door Roemenen. — *Demandes introduites par des Roumains.*

WAN : Aanvragen ingediend door Nigerianen. — *Demandes introduites par des Nigériens.*

PAK : Aanvragen ingediend door Pakistanen. — *Demandes introduites par des Pakistanais.*

(ex)YU : Aanvragen ingediend door (ex) Joegoslaven. — *Demandes introduites par des (ex) Yougoslaves.*

RWA : Aanvragen ingediend door Rwandezen. — *Demandes introduites par des Rwandais.*

DZ : Aanvragen ingediend door Algerijnen. — *Demandes introduites par des Algériens.*

(ex)SU : Aanvragen ingediend door (ex) Sovjetburgers. — *Demandes introduites par des (ex) Soviétiques.*

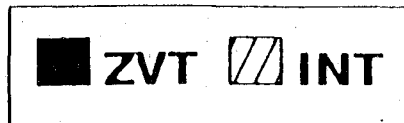
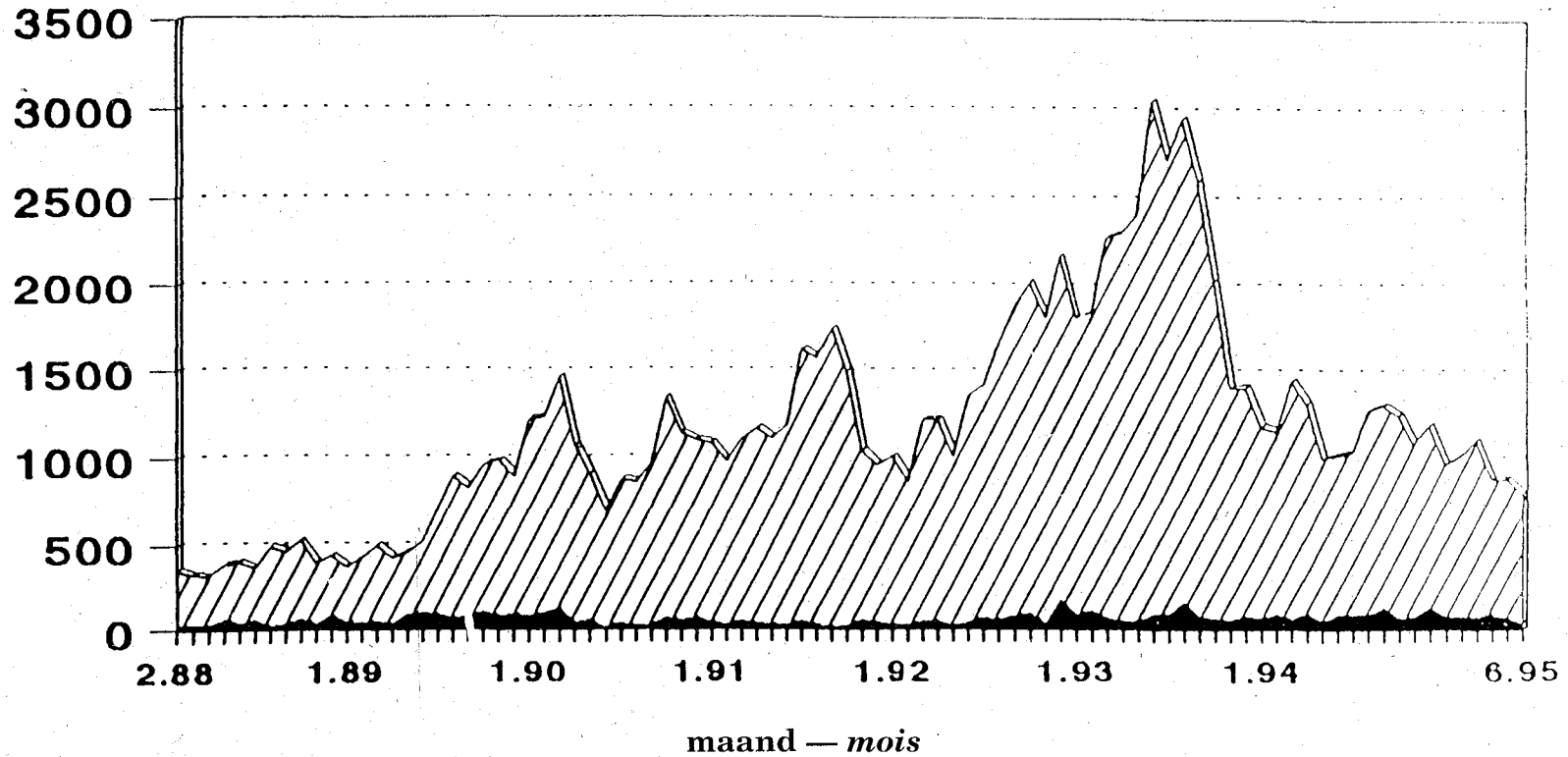
BG : Aanvragen ingediend door Bulgaren. — *Demandes introduites par des Bulgares.*

• Asielaanvragen geregistreerd door het Commissariaat-generaal. — *Demandes d'asile enregistrées par le Commissariat général.*

EVOLUTIE PER MAAND VAN DE ASIELAANVRAGEN

EVOLUTION PAR MOIS DES DEMANDES D'ASILE

aantal — nombre



ZVT : Aanvragen geregistreerd aan de grens (Zaventem). — Demandes introduites à la frontière (Zaventem).  
INT : Aanvragen geregistreerd in het binnenland (Dienst Vreemdelingenzaken, Commissariaat-generaal of elders). — Demandes introduites à l'intérieur (l'Office des Etrangers, Commissariat général ou ailleurs).

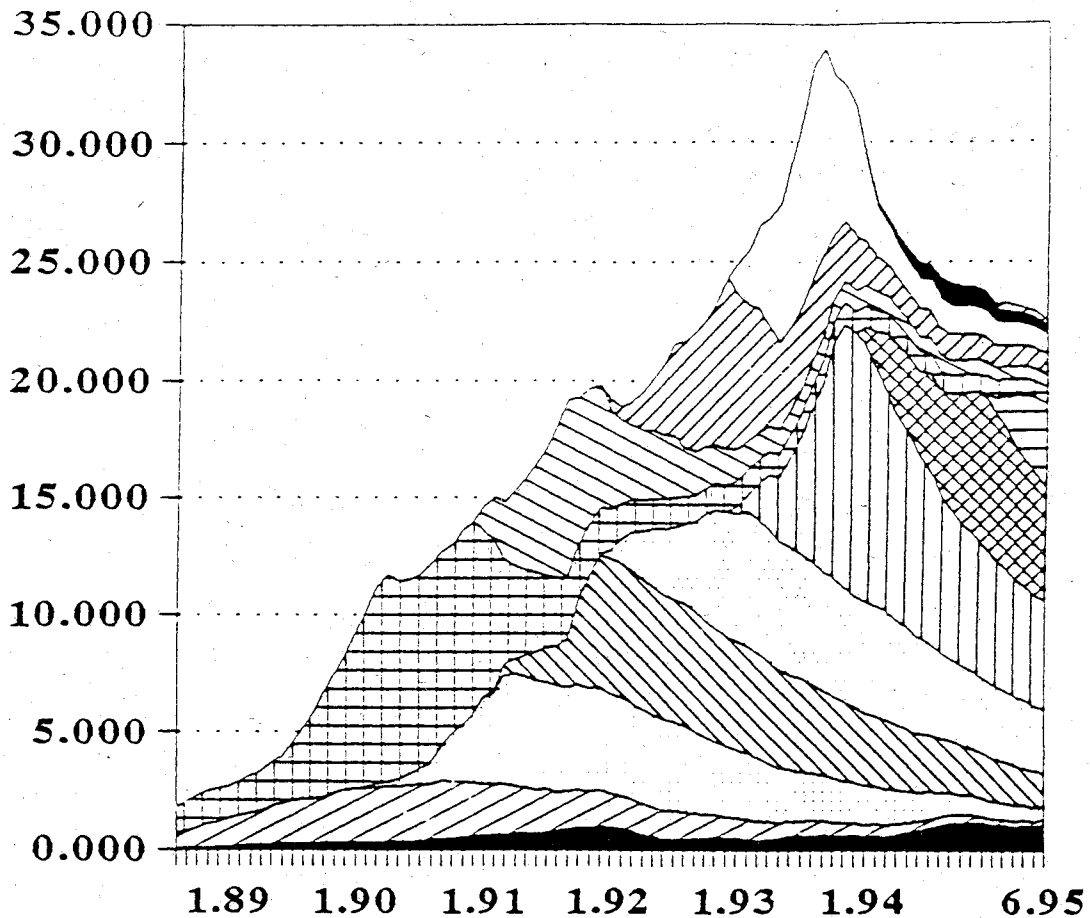
BIJLAGE — ANNEXE 2

**EVOLUTIE PER MAAND VAN DE GLOBALE ACHTERSTAND  
D.V. + C.G. + C.**

**EVOLUTION PAR MOIS DE L'ARRIERE GLOBAL  
O.E. + C.G. + C.**

Asielaanvragen

Demandes d'asile



MAAND			
■ C	▨ CG 88+89	□ CG 90	▧ CG 91
□ CG 92	▩ CG 93	▤ CG 94	▥ CG 95
▦ DV 88+89+90	▧ DV 91	▨ DV 92	□ DV 93
■ DV 94	▩ DV 95		

MOIS			
■ C	▨ CG 88+89	▩ CG 90	▧ CG 91
□ CG 92	▩ CG 93	▤ CG 94	▥ CG 95
▦ OE 88+89+90	▧ OE 91	▨ OE 92	□ OE 93
■ OE 94	▩ OE 95		

Asielaanvragen ingediend in het aangeduide jaar en waarover in de aangeduide maand nog geen definitieve beslissing werd genomen.

Demandes d'asile introduites dans l'année indiquée et pour lesquelles, au mois indiqué, une décision définitive n'a pas encore été prise.

C : Achterstand bij de Vaste Beroepscommissie.

C : Arriéré à la Commission permanente de recours.

CG : Ontvankelijke aanvragen waarvoor het Commissariaat-generaal nog geen beslissing heeft genomen of dringende verzoeken tot heronderzoek waarvoor nog geen advies werd gegeven.

CG : Demandes recevables sur lesquelles le Commissariat général n'a pas encore pris de décision ou demandes urgentes de réexamen pour lesquelles un avis n'a pas encore été donné.

DV : Asielaanvragen die nog geen voorwerp hebben uitgemakt van een (eerste) ontvankelijkheidsbeslissing door de DV of ongunstige adviezen van het Commissariaat-generaal niet gevolgd door een Bijlage 26ter.

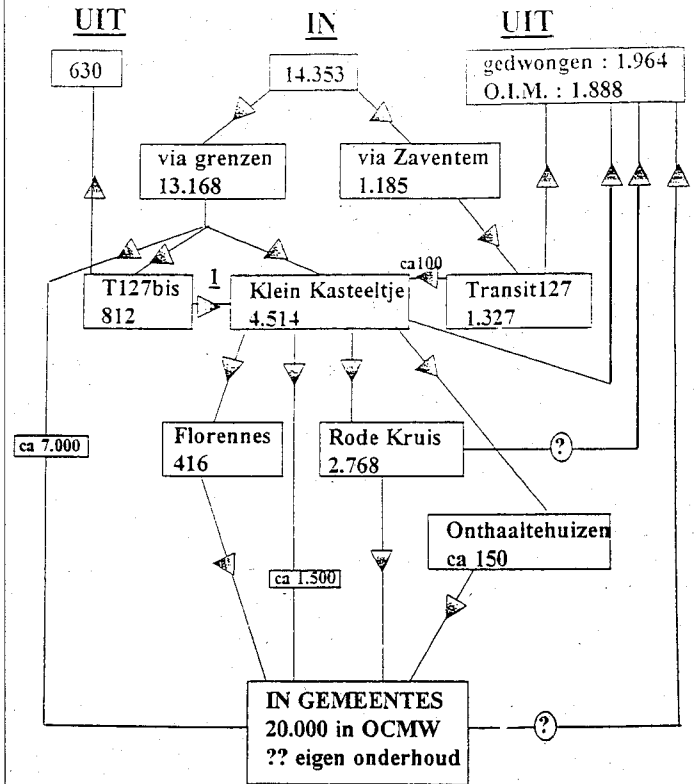
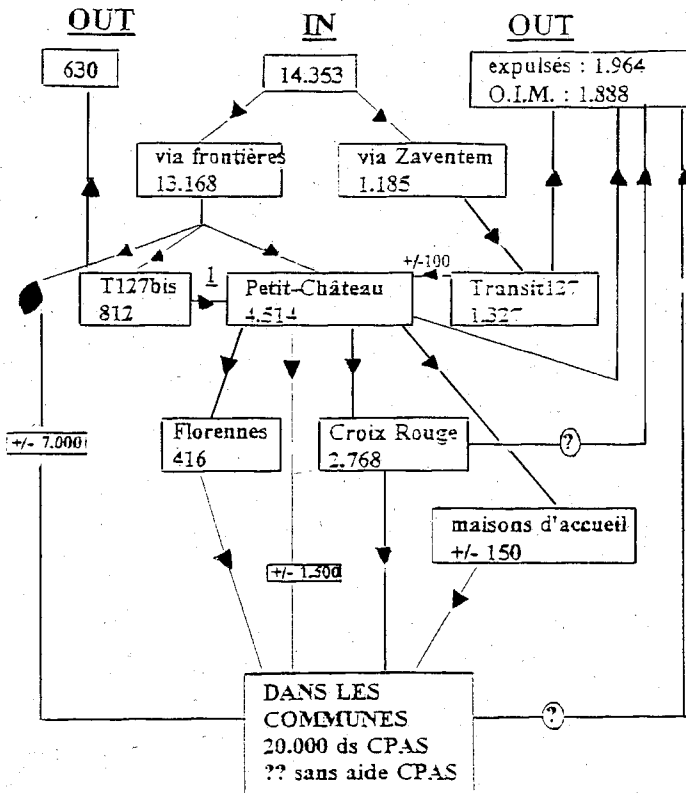
OE : Demandes d'asile qui n'ont pas fait l'objet d'une (première) décision sur la recevabilité par l'OE ou avis défavorable rendus par le Commissariat général non suivis d'une Annexe 26ter.

BIJLAGE 3

Flow Chart

ANNEXE 3

Organigramme du flux des réfugiés



## BIJLAGE 4

## ANNEXE 4

Tabel : Onthaalcentra voor asielzoekers en capaciteit

Tableau : Centres d'accueil pour demandeurs d'asile et la capacité

Organisator (met actuele capaciteit) <i>Organisateur (avec capacité actuelle)</i>	Centrum <i>Centre</i>	Reële capaciteit juli 1995 <i>Capacité réelle juillet 1995</i>	Theoretische capaciteit juli 1995 <i>Capacité théorique juillet 1995</i>	Capaciteit januari 1996 <i>Capacité janvier 1996</i>
Volksgezondheid. — <i>Santé publique</i> (650)	Klein Kasteeltje. — <i>Petit-Château</i> .....	500	500	500
	Florennes .....	150	150	150
Rode Kruis (769)	Deinze .....	55	55	55
	Lanaken .....	180	180	180
	Overpelt .....	104	104	104
	Brugge. — <i>Bruges</i> .....	60	60	60
	Lint .....	60	150	60
	Menen. — <i>Menin</i> .....	70	70	70
	Avelgem .....	100	180	0
	Witsele .....	40	40	0
Oostende. — <i>Ostende</i> .....		100	100	0
Croix Rouge (415)	Hastière .....	75	75	75
	Waulsort .....	80	80	80
	Yvoir .....	200	200	200
Totaal RK + CR. — <i>Total RK + CR</i> (1184)	Foyer Selah (Bruxelles) .....	60	60	60
	Haine-Saint-Pierre .....	0	200	0
Privé (29)	San Damiano Ronse *. — <i>San Damiano Renaix</i> * ..	21	21	21
	L'escale Bruxelles * .....	8	8	8
Binnenlandse Zaken. — <i>Ministère de l'Intérieur</i> (292)	T127-Melsbroek .....	100	100	100
	T127bis Steenokkerzeel .....	192	192	192
Totaal : 2 155		2 155	2 525	1 915

\* Het voorbestaan van deze centra is twijfelachtig.



## HOOFSTUK IV

## LEEFMILIEU

## 1. Situering

Het beleid van de regering inzake leefmilieu is van cruciaal belang voor duurzame ontwikkeling. Duurzame ontwikkeling die wordt omschreven als een ontwikkelingsvorm die tegemoet komt aan de huidige behoeften zonder de mogelijkheden van de volgende generaties te schaden. Het streven naar duurzame ontwikkeling heeft de realisatie van een leefbare en een kwaliteitsvolle samenleving tot doel. Dit streven vergt een geïntegreerde aanpak, waarbij op een evenwichtige manier rekening wordt gehouden met economische, sociale en ecologische aspecten. Het concept van duurzame ontwikkeling wordt dan ook terecht het solidariteitsconcept in tijd en ruimte genoemd.

Overeenkomstig de engagementen die o.a. door België werden aangegaan in het raam van de V.N.-Conferentie inzake Milieu en Ontwikkeling (Rio de Janeiro, 1992) wordt daarbij uitgegaan van Agenda 21, het actieprogramma voor de 21ste eeuw. De implementatie van Agenda 21 is erop gericht de structurele verandering die ook België moet doormaken te erkennen en te sturen. Als lid van de V.N.-Commissie inzake Duurzame Ontwikkeling draagt België immers een bijzondere verantwoordelijkheid terzake.

## 2. Beleidsprioriteiten

## 2.1. Algemene aandachtspunten

Het beleid moet zich prioritair richten op zowel een verticale (internationaal, federaal, gewest) als een horizontale integratie (interdepartementeel, intersectorieel) van milieuoverwegingen, waarbij een permanent evenwicht tussen economische en sociale ontwikkeling (productie, consumptie en tewerkstelling) en eerbied voor het milieu wordt nagestreefd. Dit betekent dat het milieubeleid rechtstreeks moet ingrijpen in de sociale en economische dimensie van onze samenleving.

Het moet duidelijk zijn dat het integreren van milieuoverwegingen in de besluitvorming gericht is op het behoud en beheer van hulpbronnen ten behoeve van de duurzame ontwikkeling. De concrete operationalisering van het beleid vergt dan ook een afstemming op de beschikbare milieugebruiksruimte. De milieugebruiksruimte wordt omschreven als de totale hoeveelheid energie, metalen, mineralen, hout, landbouwgewassen, grond en allerlei milieufuncties die op een duurzame manier kan gebruikt of verbruikt worden. Naast dit draagvlak van de biosfeer voor de levering van essentiële hulpbronnen maakt ook de opvangcapaciteit van allerlei vormen van verontreiniging (broeikaseneffect, enz.) en aantasting (biodiversiteit, enz.) er deel van uit. De toepassing van diverse instrumenten (milieubalansen, stofstroomanalyses, indicatoren van duurzame ontwikkeling, enz.) moet informatie verstrekken ten behoeve van het leefmilieubeleid.

Het voornemen om te komen tot een **federaal plan inzake duurzame ontwikkeling** sluit hier nauw bij aan. Aan de ministerraad zal worden voorgesteld om onder de politieke verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris voor Leefmilieu een Interdepartementale Commissie voor het Federaal Plan inzake Duurzame Ontwikkeling deze opdracht te laten begeleiden. De uitwerking van een federaal plan inzake duurzame ontwikkeling moet steunen op

## CHAPITRE IV

## L'ENVIRONNEMENT

## 1. Situation de la politique de l'environnement

La politique de l'environnement menée par le gouvernement revêt une importance cruciale pour un développement durable, défini comme un mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. Les efforts déployés en vue d'un développement durable visent à réaliser une société viable et de qualité. Ils requièrent une approche intégrée qui tienne compte d'une manière équilibrée des aspects économiques, sociaux et écologiques. C'est pourquoi le concept de développement durable mérite à juste titre l'appellation de concept de solidarité dans le temps et dans l'espace.

Conformément aux engagements pris par la Belgique, entre autres, à la Conférence des Nations unies sur l'Environnement et le Développement (Rio de Janeiro, 1992), le point de départ est l'Agenda 21, le programme d'action du 21<sup>e</sup> siècle, dont l'application vise à reconnaître et guider les changements structurels que la Belgique devra, elle aussi, traverser. Membre de la Commission des Nations unies pour le Développement durable, la Belgique est en effet investie d'une responsabilité particulière dans ce domaine.

## 2. Priorités politiques

## 2.1. Questions prioritaires générales

La politique doit viser prioritairement une approche tant verticale (internationale, fédérale, régionale) qu'horizontale (interdépartementale, intersectorielle) des considérations environnementales, dans la recherche d'un équilibre permanent entre le développement économique et social (production, consommation et emploi) et le respect de l'environnement. Ce qui implique une intervention directe de la politique de l'environnement sur la dimension sociale et économique de notre société.

Les questions prioritaires générales indiquées plus haut ont d'ores et déjà mis en évidence que l'intégration des dimensions écologiques dans la prise de décision vise à maintenir et à gérer les ressources au profit du développement durable. Aussi, la politique doit-elle être plus en harmonie avec l'espace environnemental usuel disponible. L'espace écologique usuel se définit par la quantité totale en énergie, métaux, minéraux, bois, céréales, terres et fonctions écologiques diverses pouvant être utilisée et consommée de manière durable. Outre cette capacité de charge de la biosphère pour la fourniture de ressources essentielles, la capacité d'absorption de toutes sortes de formes de pollution (effet de serre, etc.) et d'atteintes à l'environnement (biodiversité, etc.) en est un élément. L'application des instruments divers (les écobilans, les analyses de flux de produits, les indicateurs de développement durable, etc.) devrait donner de l'information pour la politique sur l'environnement.

Le projet de **plan fédéral de développement durable** s'inscrit étroitement dans ce cadre. Il sera proposé au Conseil des ministres qu'une Commission interdépartementale pour le plan fédéral de développement durable encadre cette mission sous la responsabilité du Secrétaire d'État à l'Environnement. L'élaboration d'un plan fédéral de développement durable doit s'appuyer sur des données

wetenschappelijk betrouwbare gegevens : de Minister voor Wetenschapsbeleid, belast met de wetenschappelijke aspecten van duurzame ontwikkeling, zal een belangrijke rol spelen bij de voorbereiding van de werkzaamheden van de Interdepartementale Commissie. Het spreekt vanzelf dat dit initiatief de betrokkenheid van de verschillende departementen impliceert en overleg met de Gewesten vergt. Dit opzet houdt ook het Belgisch antwoord in op het 5<sup>de</sup> Milieu-actieprogramma van de Europese Unie "Op weg naar duurzame ontwikkeling", dat in 1993 werd goedgekeurd. In dat programma wordt speciale aandacht besteed aan vijf doelgroepen : industrie, energie, verkeer en vervoer, landbouw, toerisme.

Dit geeft meteen de nood aan informatie t.b.v. de besluitvorming. Zowel op wetenschappelijk als op statistisch vlak wordt een grote inspanning verwacht van de betrokken instanties. Voor wat betreft 'indicatoren van duurzame ontwikkeling' blijft België het voortouw nemen inzake de voorbereidingen van de Commissie voor Duurzame Ontwikkeling. Zo wordt begin '96 opnieuw een internationale workshop georganiseerd waarbij de wijze waarop de politieke besluitvorming moet gebeuren centraal zal staan. Het is de bedoeling om de maatschappelijke actoren te betrekken bij deze problematiek door de organisatie van een studiedag in het najaar van 1995. Een van de aandachtspunten is de mogelijkheid te onderzoeken om de duurzaamheidsdimensie te integreren in de economische rekeningen.

Het beleid op het vlak van duurzame ontwikkeling is onmogelijk, indien het parlement, de maatschappelijke actoren en de bevolking niet worden geïnformeerd en betrokken bij het beleid. Er moet worden gestimuleerd dat de verschillende kanalen van informatie (workshops, publicaties, nieuwsbrieven, studiedagen, enz.) hiervoor worden aangewend.

Ook zal op initiatief van de Staatssecretaris voor Leefmilieu in samenspraak met de Staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking, aan de Ministerraad worden voorgesteld om de werking van de **Nationale Raad voor Duurzame Ontwikkeling** als adviesorgaan te verbeteren. Zowel de logistieke middelen als het menselijke potentieel moeten worden versterkt. De maatschappelijke actoren zullen hun rol ten volle kunnen spelen in de versterkte Nationale Raad voor Duurzame Ontwikkeling. In uitvoering van het K.B. van 12 oktober 1993 tot oprichting van een Nationale Raad voor Duurzame Ontwikkeling werd voor 1996 reeds het budget voorzien op de begroting van leefmilieu voor de organisatie van de tweejaarlijkse conferentie inzake de rechten van de toekomstige generaties.

Het moet echter duidelijk zijn dat het beleid zowel voor wat betreft de partiële bevoegdheden inzake leefmilieu als voor wat de algehele bevoegdheden inzake duurzame ontwikkeling betreft, in de eerste plaats moet worden voorbereid door de noodzakelijk te betrekken administraties en diensten. Hiertoe zal onder andere bij de administratie leefmilieu een afgewogen allocatie van mensen en middelen zowel op internationaal als op nationaal vlak moeten gebeuren. De toegenomen bevraging van de federale administratie leefmilieu vergt, zoals in het regeerakkoord wordt vermeld, een verheldering van de opdrachten en daar waar nodig een versterking van de verschillende betrokken diensten. Betreffende de financiële verplichtingen bij het nakomen van internationale verplichtingen spreekt het vanzelf dat de verantwoordelijkheid zowel op het federale als op het gewestelijke vlak ligt.

scientifiques fiables : le Ministre de la Politique scientifique, chargé des aspects scientifiques du développement durable, jouera un rôle important dans la préparation des travaux de la Commission interdépartementale. Il va de soi que cette initiative suppose la collaboration de tous les départements concernés et requiert un dialogue avec les Régions. Ce projet est en rapport avec la réponse belge au 5<sup>ème</sup> Programme d'action environnementale de l'Union Européenne "Vers un développement durable", qui a été approuvé en 1993. Ce programme met l'accent sur cinq groupes cibles : l'industrie, l'énergie, le transport et le trafic, l'agriculture, le tourisme.

Cela indique en même temps le besoin d'information en vue de la prise des décisions. Sur les plans tant scientifique que statistique, des efforts importants sont attendus de la part des instances concernées. S'agissant des 'indicateurs de développement durable', la Belgique continuera d'initier les préparatifs de la Commission de Développement Durable. Ainsi, un nouvel atelier international sera organisé au début 1996 autour du thème des modalités de la prise de décision politique. L'objectif est d'impliquer les acteurs sociaux dans cette problématique par l'organisation d'une journée d'étude à l'automne 95. L'une des questions prioritaires est d'intégrer la dimension de durabilité dans les bilans économiques.

La politique du développement durable serait impossible si le parlement, les acteurs sociaux et la population ne sont pas informés et ne participaient pas à la politique. L'utilisation des différents canaux d'information (ateliers, publications, nouvelles, journées d'étude, etc.) doit être stimulée.

A l'initiative du Secrétaire d'État à l'Environnement et après concertation avec le Secrétaire d'État à la Coopération au Développement, il sera proposé au Conseil des ministres d'améliorer le fonctionnement du **Conseil National pour le Développement Durable** en tant qu'organe d'avis, en renforçant ses moyens logistiques et d'action.

De cette manière, les acteurs sociaux pourront remplir pleinement leur rôle au sein de la structure renforcée du Conseil national pour le développement durable. En exécution de l'A.R. du 12 octobre 1993 créant un Conseil National du Développement Durable, les moyens financiers ont d'ores et déjà été inscrits pour 1996 au budget de l'environnement en vue de l'organisation de la conférence bisannuelle sur les droits des générations futures.

Toutefois, il doit être clair que la politique tant en ce qui concerne les compétences partielles en matière d'environnement que les compétences générales en matière de développement durable sera préparée avant tout par les administrations concernées. Une allocation pondérée en hommes et en moyens devra avoir lieu, entre autres dans l'administration de l'Environnement, à l'échelon national et international. L'appel accru à l'administration fédérale de l'environnement requiert, comme le souligne l'accord de gouvernement, une clarification — et le cas échéant un renforcement — des missions des divers services impliqués. S'agissant des engagements financiers lors du respect des obligations internationales, il va de soi que la responsabilité se situera tant sur le plan fédéral que régional.

De reeds bestaande samenwerking en coördinatie in het kader van het samenwerkingsakkoord van 5 april 1995 tussen de Federale Staat, het Vlaamse Gewest, het Waalse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest inzake het internationaal milieubeleid zal dan ook onverminderd worden voortgezet.

Het Coördinatiecomité Internationaal Milieubeleid biedt namelijk de mogelijkheid om de inspanningen beter af te stemmen op de internationale verplichtingen en omgekeerd.

## 2.2. Specifieke aandachtspunten

Het voeren van een actief milieugericht produktbeleid ter aanmoediging van duurzame **produktie en consumptiewijzen**, zoals in het regeerakkoord wordt vermeld, is een eerste prioriteit: een ontwerp van federale kaderwet inzake produktnormen zal aan het parlement worden voorgelegd. De inzet van diverse instrumenten en procedures om te komen tot een coherent produktbeleid zullen daarbij prioritaire aandacht krijgen. Verder zal ter uitvoering van de Wet van 14 juli 1994 inzake de oprichting van een Comité voor het toekennen van de Europese Milieukeur een K.B. worden uitgewerkt betreffende de samenstelling, de organisatie en de werkingswijze van het desbetreffende Comité.

Een van de andere belangrijke pijlers van het leefmilieubeleid betreft de **gevaarlijke stoffen**. Het moet hierbij duidelijk zijn dat stofstroomanalyses in de toekomst van belang zullen zijn voor het te ontwikkelen beleid.

België zal op het internationaal vlak actief deelnemen aan de onderhandeling en een wereldverdrag ter reglementering van de internationale handel in milieugevaarlijke chemische produkten, door aan het Milieuprogramma van de V.N. aan te bieden om de eerste vergadering van de onderhandelingsgroep van dit verdrag te organiseren.

Op het nationale vlak zullen "gevaarlijke stoffen" worden opgenomen in de reeds vermelde kaderwet inzake produktnormen. In dit kader zal de toepassing van het K.B. van 23 juni 1995 dat o.a. de retributies regelt die verschuldigd zijn voor het in de handel brengen van stoffen die gevaarlijk kunnen zijn voor de mens of voor zijn leefmilieu worden gestimuleerd. Dit betekent dat ook hier het principe van de vervuiler betaalt wordt geïmplementeerd in het beleid.

De internationale erkenning van **het recht van de mens op een gezond leefmilieu**, zoals ingeschreven in de Belgische grondwet, zal op het internationale forum worden gebracht. Er zal een initiatief worden genomen om te komen tot een internationaal verdrag voor de erkenning van het recht van de mens op een gezond leefmilieu in al zijn dimensies (informatie, rechtsbescherming, participatie, enz.). Daar op de V.N.-conferentie inzake milieu en ontwikkeling is gebleken dat het vooralsnog onmogelijk is om hierover een wereldwijde consensus te bereiken, zal in eerste instantie worden geopteerd voor Europese fora (E.U., E.C.E., Raad van Europa). De herziening van het Verdrag op de Europese Unie biedt een mogelijkheid om in 1996 een dergelijk initiatief te nemen. De Belgische bevolking zal duidelijk worden geïnformeerd omtrent deze initiatieven.

De bescherming van **het mariene milieu** betreft een belangrijke bevoegdheid inzake het leefmilieubeleid op federaal vlak. Ter uitvoering van het UNO-Zeerechtverdrag (1982) en het OSPARCOMverdrag (1992) zal de federale wetgeving op de bescherming van het mariene milieu wor-

La coopération existante et la coordination dans le cadre de l'accord de coopération du 5 avril 1995 entre l'État fédéral, la Région flamande, la Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale sur la politique internationale de l'environnement seront continuées sans diminution.

Le Comité de coordination de la politique internationale d'environnement offre en effet la possibilité de mieux harmoniser les efforts avec les obligations internationales et vice versa.

## 2.2. Questions prioritaires spécifiques

Une politique environnementale active en faveur de **modes de production et de consommation** durables, telle qu'elle figure dans l'accord de gouvernement, est une première priorité: un projet de loi-cadre fédérale sur les normes de produits sera déposé au Parlement. L'utilité et les restrictions d'instruments et de procédures diverses pour une politique cohérente en matière de produits seront prioritaires à cet égard. Par ailleurs, en exécution de la Loi du 14 juillet 1994 sur la création d'un Comité pour l'octroi d'un label écologique européen, un A.R. sera élaboré sur la composition, l'organisation et les modalités de fonctionnement de ce Comité.

Un autre aspect important de la politique de l'environnement est celui des **produits dangereux**. Il doit être clair à cet égard que les analyses de flux de produits détermineront la future politique.

Sur le plan international, la Belgique participera activement à la négociation et une convention mondiale réglementant le commerce international des produits chimiques dangereux pour l'environnement, en offrant au Programme des Nations unies pour l'environnement d'organiser la première assemblée du groupe de négociation de cette convention.

Sur le plan national, les "substances dangereuses" seront inscrites dans la loi-cadre précitée sur les normes de produits. Dans ce cadre l'application de l'A.R. du 23 juin 1995 régissant entre autres les rétributions dues pour la mise sur le marché de substances pouvant être dangereuses pour l'homme ou son environnement sera stimulé. Cela veut dire que le principe du "pollueur payeur" est implanté dans la politique.

La reconnaissance internationale du **droit de l'être humain à un environnement sain**, inscrite dans la constitution belge, sera mis sur le forum international. Une initiative sera prise pour parvenir à un traité international de reconnaissance du droit de l'être humain à un environnement sain dans toutes ses dimensions (information, accès aux moyens de recours, participation, etc.). La conférence des Nations unies sur l'environnement et le développement ayant révélé la quasi-impossibilité de dégager un consensus universel sur ce point, l'on optera avant tout pour des forums européens (U.E., C.E.E., Conseil de l'Europe). La révision du Traité de l'Union européenne offre la possibilité de prendre une telle initiative en 1996. La population belge sera clairement informée sur ces initiatives.

La protection du **milieu marin** est une compétence importante de la politique fédérale de l'environnement. En exécution de la Convention des Nations unies sur le droit de la mer (1982) et du traité OSPARCOM (1992), la législation fédérale sur la protection du milieu marin sera actua-

den geactualiseerd. Aansluitend bij de federale bevoegdheid zal de federale regering ernaar streven om in samenwerking met het Vlaamse Gewest een geïntegreerd beheer van de kustzone tot stand te brengen.

Inzake de bescherming van *de atmosfeer* zal de federale regering waken over de uitvoering van de internationale verdragen en conventies. Op korte termijn zullen de maatregelen van het reeds bestaande plan inzake de beperking van de uitstoot van broeikas gassen, dat voorbereid werd samen met de Gewesten, verder worden geconcretiseerd. Op middellange termijn zal de opdracht om te komen tot een meer uitgewerkt rapport en plan inzake de vermindering van de broeikasgassen onderdeel uitmaken van het federaal plan voor duurzame ontwikkeling.

Zoals in het regeerakkoord reeds aangegeven is het beleid gericht op de integratie van milieuoverwegingen in andere beleidsdomeinen. Meer in het bijzonder moet binnen deze context rekening worden gehouden met *Hoofdstuk 10 Gedachten over een nieuw ontwikkelingsmodel voor de Gemeenschap* van het Witboek van de Europese Commissie. Met name de structurele banden tussen *milieu en werkgelegenheid* moeten binnen het kader van een nieuw model voor duurzame ontwikkeling worden versterkt. Er zal worden nagegaan wat de mogelijke impulsen zijn om de vermelde doelstelling te bereiken. Ook hier moet het publieke forum van een studiedag de mogelijkheid bieden om in eigen land de maatschappelijke actoren te betrekken bij het debat. Eind '96 zullen de nieuwe mogelijke impulsen trouwens op een Europese workshop worden voorgesteld.

Teneinde zelf een voorbeeld te stellen zal in de administratie en overheidsdiensten een systeem van *integrale milieuzorg* gericht op duurzaamheid worden ingevoerd. De eerste fase zal erin bestaan om bij de diensten van de secretaris-generaal van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu een milieucoördinator aan te stellen. Vertrekkende van een pilootproject in het gebouw van de Administratie Leefmilieu zal een systeem van integrale milieuzorg opgestart worden voor het hele Ministerie tegen einde '97. De aansluitende tweede fase zal erin bestaan de opgedane kennis en know-how aan te bieden aan de andere Ministeries. Ook daar zal een milieucoördinator per Ministerie moeten worden aangesteld.

### 3. Besluit

In het kader van duurzame ontwikkeling kan het milieubeleid van de komende jaren samenvattend worden geschetst aan de hand van een uitspraak uit 1992 van de Canadees Maurice Strong, zowel Secretaris-Generaal van de Stockholm-conferentie in 1972, als de Rio-conferentie in 1992: "De Stockholm-conferentie had tot doel de milieu-problematiek op de internationale agenda te plaatsen, de Rio-conferentie heeft tot doel de bekommernissen om het milieu te verschuiven naar het centrum van de politiek en de besluitvorming op economisch en sectorieel niveau." Dit is de uitdaging waar het federale milieubeleid voorstaat in de komende jaren. In het regeerakkoord werd dit voorne-men reeds samengevat als 'de verticale en horizontale integratie van het milieubeleid'.

lisée. S'appuyant sur ses compétences fédérales, le gouvernement fédéral s'efforcera de réaliser en collaboration avec la Région flamande une gestion intégrée de la zone côtière.

En matière de protection de *l'atmosphère*, le gouvernement fédéral veillera à la mise en oeuvre des traités internationaux. A court terme, les mesures de réduction des émissions de gaz à effet de serre contenues dans le plan qu'il a préparé avec les Régions seront concrétisées. A moyen terme, la mission d'élaborer un rapport et un plan de réduction des gaz à effet de serre fera partie intégrante du plan fédéral pour un développement durable.

Comme indiqué dans la déclaration gouvernementale, la politique est amenée à tenir compte des considérations environnementales dans la politique des autres domaines. Plus particulièrement, il faut tenir compte dans ce contexte du *Chapitre 10* du Livre blanc de la Commission Européenne "Réflexions sur un modèle nouveau de développement pour la Communauté". Les liens structurels entre *l'environnement et l'emploi*, notamment, doivent être renforcés dans le cadre d'un modèle nouveau de développement durable. On étudiera les impulsions qu'il est possible de donner pour atteindre l'objectif précité. Ici aussi le forum public d'une journée d'étude doit permettre d'impliquer dans notre propre pays les acteurs sociaux dans le débat. Fin 96, les nouvelles impulsions possibles seront du reste présentées lors d'un atelier européen.

Afin de montrer l'exemple, *un système intégré de gestion de l'environnement* sera instauré dans les administrations et services publics. La première phase consistera à désigner au sein des services du secrétariat général du ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement un coordinateur de l'environnement. Partant d'un projet pilote dans le bâtiment de l'administration de l'Environnement, un système intégré de préoccupation de l'environnement dirigé vers la durabilité sera lancé pour tout le ministère vers la fin 97. Il sera suivi d'une seconde phase qui mettra les connaissances et la technologie acquises à la disposition des autres ministères. Un coordinateur de l'environnement devra aussi être désigné dans chaque département.

### 3. Conclusion

Dans le cadre du développement durable, la politique de l'environnement de l'avenir peut se résumer par les mots que prononçait en 1992 le Canadien Maurice Strong, Secrétaire général de la Conférence de Stockholm en 1972 et de la Conférence de Rio en 1992: "La Conférence de Stockholm avait pour objectif d'inscrire la problématique de l'environnement à l'ordre du jour international; la Conférence de Rio vise à déplacer les préoccupations de l'environnement vers le terrain de la politique et la prise de décision au niveau économique et sectoriel". Tel est le défi qui attend la politique fédérale de l'environnement dans les années à venir. L'accord de gouvernement a déjà résumé cette intention comme l'"intégration verticale et horizontale de la politique de l'environnement".

**4. Specifieke materies**4.1. *D.B.I.S.*

Zie beleidsnota van de Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken.

4.2. *Mathematisch model — Noordzee*

Zie beleidsnota van de Minister van Wetenschapsbeleid.

4.3. *N.I.O.O.O.*

Zie beleidsnota van de Minister van Ambtenarenzaken.

**4. Matières spécifiques**4.1. *S.P.R.I.*

Voir note de politique du Vice-Premier Ministre et le Ministre de l'Intérieur.

4.2. *Modèle mathématique mer du nord*

Voir note de politique du Ministre de la Politique scientifique.

4.3. *I.N.I.G.*

Voir note de politique du Ministre de la Fonction publique.