

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

12 november 2015

ALGEMENE BELEIDSNOTA (*)

Sociale Zaken en Gezondheidszorg

INHOUD

1. Sociale Zaken.....	3
2. Gezondheidszorg	19

Zie:

Doc 54 **1428/ (2015/2016):**

001: Lijst van de Beleidsnota's.

002 tot 007: Beleidsnota's.

(*) Overeenkomstig artikel 111 van het Reglement.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

12 novembre 2015

NOTE DE POLITIQUE GÉNÉRALE (*)

Affaire Sociales et Soins de santé

SOMMAIRE

1. Affaire Sociales	3
2. Soins de Santé.....	19

Voir:

Doc 54 **1428/ (2015/2016):**

001: Liste des Notes de politique générale.

002 à 007: Notes de politique générale.

(*) Conformément à l'article 111 du Règlement.

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

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

I — SOCIALE ZAKEN

1. Algemene inleiding

“Onze welvaartstaat is onmisbaar voor onze manier van leven en vormt een belangrijke basis waarop onze samenleving gebouwd is.”, stelde ik vorig jaar in mijn beleidsverklaring. Die gedachte zal het leidmotief, de inspiratie blijven voor mijn beleid deze legislatuur.

Daarom blijf ik er van overtuigd dat we verder moeten hervormen, opdat het systeem ook in de toekomst verder daadwerkelijk aan de reële noden kan beantwoorden.

We hebben het voorbije jaar gewerkt, en zullen het komende jaar blijven werken op 3 assen.

Ten eerste dient de duurzaamheid van ons sociaal systeem te worden verzekerd. Een competitieve, sterke economische onderbouw is cruciaal. De regering nam belangrijke beslissingen in het kader van de tax-shift rond de verlaging van de sociale lasten. In 2016 wordt reeds een eerste, belangrijke stap gezet naar een eenvoudiger systeem met lagere lasten voor iedereen én een specifieke inspanning voor kmo's. Ook voor de social-profit wordt een stevige investering voorzien. Eén en ander verhoogt de noodzaak van een hervorming van de financiering van de sociale zekerheid.

Ten tweede moeten we er voor zorgen dat de stelsels aangepast blijven aan de noden van de huidige maatschappij. De re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers en zelfstandigen is daarin een belangrijke werf. We willen mensen kansen geven om, ondanks de beperkingen, toch nog een voor hen zinvolle activiteit uit te oefenen. Ook het stelsel van de beroepsrisico's wordt gemoderniseerd om een globale en coherente aanpak te ontwikkelen, vooral op het domein van de expertise van de beroepsrisico's, preventie en beroepsherinschakeling.

Administratieve vereenvoudiging is een transversale betrachting die noodzakelijk is om er voor te zorgen dat het systeem ten dienste staat van de maatschappij. Onder meer daarom hertekenen we ook het administratieve landschap, met een aantal fusies die van onderuit gestuurd worden.

De derde as heeft betrekking op de toegankelijkheid van het systeem. Ook hier passen de inspanningen op vlak van administratieve vereenvoudiging in. Een complex systeem is immers niet in het voordeel van de zwakkeren in de samenleving, diegenen die we wensen te beschermen. De toegang tot het systeem dient dan

I — AFFAIRE SOCIALES

1. Introduction générale

J'affirmais l'année passée dans ma déclaration de politique générale que “Notre modèle social est indissociable de notre mode de vie et constitue un des fondements de notre société.” Cette idée restera le leitmotiv, l'inspiration de ma politique au cours de cette législature.

C'est pourquoi je reste convaincue que nous devons poursuivre les réformes pour que le système puisse continuer à effectivement répondre aux besoins réels.

L'année à venir, nous travaillerons autour de 3 axes comme au cours de l'année écoulée.

Premièrement, il convient d'assurer la pérennité de notre système social. Des fondements économiques solides et compétitifs sont cruciaux. Le gouvernement a pris d'importantes décisions dans le cadre du tax-shift concernant l'abaissement des charges sociales. Dès 2016, un premier pas important sera fait vers un système plus simple avec des charges moins élevées pour tous, mais aussi un effort spécifique pour les PME. Un investissement substantiel est également prévu pour le non marchand. Ces différents éléments renforcent la nécessité de réformer le financement de la sécurité sociale.

Deuxièmement, nous devons veiller à conserver l'adéquation des systèmes avec la société actuelle. La réintégration des travailleurs salariés et indépendants en incapacité de travail est un chantier important à cet égard. Malgré les limitations, nous voulons offrir aux personnes des occasions d'exercer néanmoins une activité qui a du sens pour elles. Le système des risques professionnels sera également modernisé pour développer une approche globale et cohérente dans le domaine de l'expertise relative aux risques professionnels, de la prévention et de la réinsertion professionnelle.

La simplification administrative constitue une aspiration à caractère transversal, indispensable pour veiller à ce que le système soit au service de la société. C'est notamment pour cette raison que nous redessignons aussi le paysage administratif, au travers de plusieurs fusions conduites par la base.

Le troisième axe concerne l'accessibilité du système. Les efforts en matière de simplification administrative s'inscrivent également dans ce cadre. En effet, un système complexe n'est pas favorable aux membres les plus vulnérables de la société, ceux que nous souhaitons protéger. L'accès au système doit donc être

ook laagdrempelig te zijn. In dit kader zal ik streven naar de verdere ontwikkeling van een geïntegreerd portaal – één centrale pagina voor de sociale zekerheid waar de burger gemakkelijk zijn weg in vindt, kan nagaan wat zijn eventuele rechten zijn en op een eenvoudige manier deze rechten kan uitoefenen. Iedere instelling blijft hierbij zijn volheid van bevoegdheid behouden, maar voor de burger dient alles transparant en geïntegreerd gepresenteerd te worden. We dienen in dit kader ook aandacht te hebben voor de digitale kloof. In het verlengde van deze geïntegreerde dienstverlening dient er naar gestreefd te worden dat rechten en zelfs afgeleide rechten automatisch toegekend worden.

2. De hervorming van de financiering van de sociale zekerheid

De sociale zekerheid is veranderd; verschillende federale bevoegdheden zijn overgeheveld naar de deelgebieden. De vergrijzing heeft een grote impact op bepaalde socialezekerheidssectoren. Dit leidt tot grote tekorten die controleerbaar blijven als we het socialezekerheidsstelsel duurzaam maken. Een maandelijksse financiering van de prestaties blijft noodzakelijk.

Een andere grote uitdaging is de verdeling van de financiering van de sociale zekerheid: minder uit de kosten op arbeid en meer via andere bronnen van alternatieve financiering.

2.1. Een rechtvaardige en transparante financiering

De sociale partners hebben een rapport ingediend met hun visie over de manier waarop de socialezekerheidsinkomsten na de overheveling van bepaalde uitgaven naar de deelentiteiten aangepast moeten worden. De financiering van de geneeskundige verzorging is een belangrijk element in dit rapport: de weggevallen alternatieve financiering van de geneeskundige verzorging zal opnieuw geïntegreerd moeten worden. Daarnaast moeten de verschillende alternatieve financieringskanalen vereenvoudigd worden met het oog op meer transparantie en responsabilisering.

2.2. Een financiering die minder weegt op de input uit arbeid

België is kampioen op het vlak van financiering van de sociale zekerheid voor werknemers met sociale bijdragen die onbegrensd zijn ten opzichte van het loon waarop zij geïnd worden. Dit – en ook andere elementen – zijn een belangrijke loonkostenhandicap voor België.

aisé. Dans ce cadre, je viserai donc la poursuite du développement d'un portail intégré, une page unique et centrale de la sécurité sociale où le citoyen peut se retrouver sans difficultés, où il peut vérifier quels sont ses droits éventuels et où il peut exercer ces droits d'une manière simple. Dans ce contexte, chaque institution conserve l'intégralité de ses compétences, mais tout doit être présenté de manière transparente et intégrée pour le citoyen. Dans ce cadre, nous devons également prêter attention à la fracture numérique. Dans le prolongement de ce service intégré, il faut veiller à ce que les droits et même les droits dérivés soient octroyés automatiquement.

2. La réforme du financement de la sécurité sociale

La sécurité sociale a changé; plusieurs compétences du niveau fédéral sont transférées au niveau des entités fédérées. Le vieillissement de la population a un impact lourd sur certains secteurs de la sécurité sociale ce qui amène des déficits importants, mais gérables si on rend le régime de sécurité sociale plus soutenable. Il n'en demeure pas moins que chaque mois, un financement des prestations reste essentiel.

Un défi majeur concerne également la répartition du financement de la sécurité sociale: moins sur le coût du travail et plus sur d'autres sources de financement alternatif.

2.1. Un financement responsable et transparent

Les partenaires sociaux ont remis un rapport dans lequel ils expliquent comment les recettes de la sécurité sociale doivent être adaptées suite au transfert de pans entiers de dépenses vers les entités fédérées. Le financement des soins de santé est un élément important dans ce rapport; il convient en effet de réintégrer le financement alternatif des soins de santé qui avait disparu. Ensuite, la simplification des divers canaux de financement alternatifs doit être réalisée en vue de plus de transparence et de responsabilisation.

2.2. Un financement qui pèse moins lourd sur le facteur travail

La Belgique est la championne du financement de la sécurité sociale des salariés par le biais de cotisations sociales déplaçonnées par rapport au salaire sur lequel elles sont perçues. La Belgique présente de ce fait - et à cause d'autres éléments également - un important handicap dans le coût salarial.

Gemiddeld loon van de 3300 EUR / maand (2014)		
	Werkelijke bijdragepercentage (incl bijdragevermindering)	Bedrag Werkgeversbijdrage
België	23,0%	759 EUR
Frankrijk	27,7%	914 EUR
Nederland	9,2%	304 EUR
Duitsland	16,2%	535 EUR

OECD, Taxing Wages (2015)

De regering heeft een tax shift beslist waarbij de lasten van de bedrijven worden verminderd tot een faciaal tarief van 25 %. In de periode tot 2020 wordt daarvoor een budget van 2,920 miljard euro vrijgemaakt. België beantwoordt zo aan één van de aanbevelingen van de Raad van de Europese Unie met name de verschuiving van de (para)fiscale last van de arbeid naar andere bronnen van financiering.

De hervorming van het mechanisme van de bijdragevermindering voor de werkgevers van de profitsector heeft een gunstig effect op de competitiviteit van de Belgische ondernemingen. De werkgeversbijdrage is een belangrijk element in de overweging om al dan niet personeel in dienst te nemen. De hervorming beoogt enerzijds de werkgeversbijdrage te verlagen en anderzijds het huidige mechanisme van de bijdragevermindering te vereenvoudigen waardoor de werkelijk verschuldigde bijdragepercentages duidelijker kenbaar zijn voor de werkgever.

Het terugbrengen tot een nominale waarde van 25 %, en het verankeren en uitbreiden van de bijdragen die momenteel minder dan 25 % bedragen zal stapsgewijs ingevoerd worden. Bij het bepalen van de verschillende fasen wordt ten eerste de zone van de lage lonen van de bijdrageverminderingen versterkt. Zo gaat de loonkost voor jobs die minder kwalificaties vergen, naar beneden. Op niveau van de minimumlonen verminderen de werkgeversbijdragen van 17,3 % in 2015 naar 10,9 % in 2019.

Ten tweede het uitbreiden van de zone van de lage lonen van de bijdrageverminderingen naar de zone van gemiddelde lonen van de bijdrageverminderingen is ook belangrijk zodat sectoren die gevoelig zijn voor internationale concurrentie en sociale dumping kunnen genieten van de verlaging van de sociale lasten.

werkelijke werkgeversbijdrage percentages	maandelijks brutoloon						verschil – %punt
		2015	2016	2017	2018	2019	
minimum loon	1500	17,3%	13,0%	13,0%	12,6%	10,9%	-6,4%
mediaan loon	2800	25,9%	24,8%	24,8%	24,3%	23,9%	-2,0%
gemiddeld loon	3300	26,7%	25,6%	25,6%	25,0%	25,0%	-1,7%

Salaire moyen de 3300 EUR/mois (2014)		
	Cotisation patronale effective (Réduction de cotisation incl.)	Montant Cotisation patronale
Belgique	23,0%	759 EUR
France	27,7%	914 EUR
Les Pays-Bas	9,2%	304 EUR
Allemagne	16,2%	535 EUR

OECD, Taxing Wages (2015)

Le gouvernement vient aussi de décider d'un tax-shift pour diminuer les charges des entreprises à un tarif facial de 25 %. Un budget de 2,920 Mia euros a été dégagé d'ici 2020. La Belgique répond ainsi à une des recommandations du conseil de l'Union européenne à savoir le déplacement de la charge (para)fiscale pesant sur le travail vers d'autres sources de financement.

La réforme du mécanisme de réduction des charges pour les employeurs du secteur marchand a un effet favorable sur la compétitivité des entreprises belges. La cotisation patronale est un élément important à considérer lorsqu'un employeur envisage d'engager du personnel. La réforme vise, d'une part, à réduire la cotisation patronale et, d'autre part, à simplifier le mécanisme actuel de réduction des charges, ce qui offre plus de clarté à l'employeur quant aux pourcentages de cotisation qui sont dus.

La réduction à une valeur nominale de 25 % et l'ancrage et l'extension des cotisations qui s'élèvent à moins de 25 % actuellement seront introduits progressivement. Pour déterminer les différentes phases, en premier lieu, la zone des bas salaires des réductions de charges sera renforcée. Le coût salarial pour les emplois à faibles qualifications sera ainsi réduit. Au niveau des salaires minimums, les cotisations patronales seront réduites de 17,3 % en 2015 à 10,9 % en 2019.

Deuxièmement, l'extension de la zone des bas salaires des réductions de cotisations à la zone des salaires moyens des réductions de cotisations est également importante, de sorte que les secteurs qui sont sensibles à la concurrence internationale et au dumping social puissent bénéficier de l'abaissement des charges sociales.

taux effectif de cotisations patronales	salaire mensuel brut						différence: points de %
		2015	2016	2017	2018	2019	
salaire minimum		17,3%	13,0%	13,0%	12,6%	10,9%	-6,4%
salaire médian	1500	25,9%	24,8%	24,8%	24,3%	23,9%	-2,0%
salaire moyen	2800	26,7%	25,6%	25,6%	25,0%	25,0%	-1,7%

De social profitsector heeft een Maribeltewerkstelling en een eigen systeem van vermindering van werkgeversbijdragen. De hervorming voor deze sector vrijwaart enerzijds de 25.000 banen die gecreëerd zijn dankzij de fiscale en de sociale Maribel en voorziet anderzijds een investering in nieuwe Maribeltewerkstelling en een versterking van de korting op de werkgeversbijdragen voor de lage lonen. Een bijzondere enveloppe gaat ook naar de ziekenhuizen.

3. De hervorming van de preventie en van de re-integratie.

3.1. Binnen het stelsel “arbeidsongeschiktheid”

In 2014 zijn er 58.000 nieuwe mensen in de invaliditeit terechtgekomen. Nog nooit was de nieuwe instroom in de invaliditeit zo hoog. De stijging van de instroom in de invaliditeit tegenover 2013 was 7,4 %. De jaren daarvoor lag het aantal nieuwe personen in de invaliditeit gemiddeld 5 à 6 % hoger dan het jaar tevoren.

Twee soorten aandoeningen zijn goed voor twee derde van de nieuwe instroom in de invaliditeit: enerzijds de mentale aandoeningen, anderzijds de musculoskeletale aandoeningen. Dit zijn nochtans twee soorten aandoeningen die in veel gevallen niet hoeven te leiden tot een stopzetting van de beroepsactiviteit. Integendeel, dit zijn twee soorten aandoeningen waar het hebben van werk een positieve bijdrage tot het genezingsproces kan leveren.

In 2015 is er gewerkt aan het ontwerpen van een goed re-integratietraject voor arbeidsongeschikte werknemers die een uitkering van het ziekenfonds ontvangen.

Hierover is breed overleg met de actoren, de uitvoerders en de sociale partners. De verkregen concepten worden momenteel in regelgeving gegoten. De spilfiguren van de re-integratietrajecten voor de algemene regeling zijn de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, de arbeidsgeneesheer van de werkgever en de regionale arbeidsdiensten. Samen met de minister van Werk zijn hiertoe een concept en ontwerp teksten uitgewerkt. Deze worden nu afgetoetst met de sociale partners en met het terrein.

We hebben er alle vertrouwen in dat 2016 het jaar wordt waarin er voor het eerst in de privésector volop met re-integratieplannen wordt gewerkt. Het is voorts de bedoeling dat in 2016 er, in nauw overleg met de minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie, re-integratie-trajecten

Le secteur à profit social dispose d'un emploi Maribel et d'un système propre de réduction des charges patronales. La réforme pour ce secteur garantit, d'une part, les 25.000 emplois qui ont été créés grâce au Maribel social et fiscal et prévoit, d'autre part, un investissement dans un nouvel emploi Maribel et un renforcement de la réduction sur les cotisations patronales pour les bas salaires. Une enveloppe spéciale sera aussi attribuée aux hôpitaux.

3. La réforme de la prévention et de la réinsertion

3.1. Au sein du régime “incapacité de travail”

En 2014, 58.000 nouvelles personnes se sont retrouvées en situation d'invalidité. L'afflux n'y avait encore jamais été aussi élevé. La hausse de l'afflux dans l'invalidité par rapport à 2013 était de 7,4 %. Les années précédentes, le nombre de nouvelles personnes invalides excédait en moyenne de 5 à 6 % celui de l'année précédente.

Deux types d'affections représentent deux tiers du nouvel afflux dans l'invalidité: d'une part, les maladies mentales et, d'autre part, les maladies musculosquelettiques. Il s'agit pourtant de deux types d'affections qui, dans de nombreux cas, ne doivent pas nécessairement donner lieu à un arrêt de l'activité professionnelle. Au contraire, il s'agit de deux types d'affections où l'exercice d'un emploi peut contribuer positivement au processus de guérison.

En 2015, nous avons travaillé à l'élaboration d'un bon trajet de réintégration pour les travailleurs en incapacité de travail qui reçoivent une indemnité de la mutualité.

Une vaste concertation à ce sujet a été menée avec les acteurs, les exécutants et les partenaires sociaux. Les concepts dégagés sont actuellement transposés en réglementation. Les personnes clés des trajets de réintégration pour le régime général sont le médecin-conseil de la mutualité, le médecin du travail de l'employeur, et les services régionaux pour l'emploi. Des textes légaux à cet effet ont été élaborés conjointement avec le ministre de l'Emploi. Ces textes sont maintenant évalués avec les partenaires sociaux et le terrain.

Nous sommes convaincus que 2016 sera la première année où le secteur privé utilise pleinement des plans de réintégration. Par ailleurs, l'objectif est qu'en 2016, des trajets de réintégration puissent être introduits pour les indépendants en incapacité de travail, en étroite concertation avec le ministre des Classes moyennes,

voor arbeidsongeschikte zelfstandigen kunnen worden ingevoerd.

Eveneens in 2016 zal het Nationaal College voor Sociale verzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid geïnstalleerd worden. Het College zal zich in eerste instantie buigen over drie kwesties. Ten eerste zullen de leden van het College een consensus trachten te smeden rond een aantal testen en evaluaties die over de verschillende sectoren heen toegepast kunnen worden. Daarnaast zal het College een aantal schalen vergelijken opdat de evaluatiecriteria in de verschillende sectoren gelijk kunnen lopen. Ten derde zal er nagedacht worden over de manier waarop multidisciplinaire input kan worden gegeven om de toekomstige mate van arbeidsgeschiktheid te meten. De werkzaamheden van het college moeten bijdragen tot een consistentere evaluatie van de arbeidsongeschiktheid.

Op die manier zullen de inspanningen van het College helpen om in de medische gemeenschap het idee ingang te doen vinden dat werk niet alleen risico's voor de gezondheid kan meebrengen, maar omgekeerd ook belangrijke gunstige effecten voor iemands gezondheidstoestand kan betekenen. Dit nieuwe orgaan kan op deze manier uiteindelijk een belangrijke bijdrage leveren aan het welslagen van de re-integratieplannen.

Tot slot wordt er verwacht dat het RIZIV, het Fonds voor arbeidsongevallen (FAO) en het Fonds voor beroepsziekten (FBZ), elk vanuit hun eigen bevoegdheden, zullen bijdragen aan een succesvolle integratie van het preventiebeleid in de algemene bedrijfs- of organisatiecultuur.

3.2. *Binnen het stelsel "beroepsrisico's"*

In 2015 heeft het Fonds voor arbeidsongevallen de reglementaire bepalingen gewijzigd die nodig zijn om binnen risicovolle bedrijven een beter onderzoek te kunnen uitvoeren. We rekenen erop om in 2016 burn-out en psychosociale aandoeningen als werkgerelateerde ziekte te erkennen zodat het FBZ preventieve maatregelen kan nemen. De FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, het RIZIV en het FBZ hebben daarover een lastenboek opgesteld.

In de sector van de arbeidsongevallen lopen de besprekingen in een technische werkgroep die nog een aantal aspecten dient te onderzoeken, voordat het koninklijk besluit betreffende de beroepsherinschakeling van slachtoffers van arbeidsongevallen kan worden aangenomen. We hopen in 2016 alle werkzaamheden rond dit koninklijk besluit af te ronden.

des Indépendants, des PME, de l'Agriculture, et de l'Intégration sociale.

En 2016 également, le Collège national de médecine d'assurance sociale en matière d'incapacité de travail sera installé. Le Collège examinera en premier lieu trois questions. Premièrement, les membres du Collège tenteront de dégager un consensus concernant un certain nombre de tests et d'évaluations qui peuvent être appliqués dans différents secteurs. Par ailleurs, le Collège comparera un certain nombre d'échelles pour que les critères d'évaluation dans les différents secteurs puissent correspondre. Troisièmement, une réflexion sera menée sur la manière dont l'input multidisciplinaire peut être donné pour mesurer l'ampleur future de la capacité de travail. Les travaux du college devront contribuer à une évaluation plus consistante de la capacité de travail.

De cette manière les efforts du Collège pourront contribuer à propager au sein de la communauté médicale l'idée selon laquelle le travail non seulement peut comporter des risques pour la santé, mais qu'il peut aussi, à l'inverse, impliquer des effets favorables importants pour l'état de santé d'une personne. Ce nouvel organe pourra ainsi, en définitive, contribuer largement à la réussite des plans de réintégration.

Enfin, l'INAMI, le Fonds des accidents du travail (FAT) et le Fonds des maladies professionnelles (FMP) devraient contribuer, chacun sur la base de leurs propres compétences, à une intégration réussie de la politique de prévention dans la culture générale d'entreprise ou d'organisation.

3.2. *Au sein du régime "risques professionnels"*

En 2015, pour le Fonds des accidents du travail, les modifications législatives nécessaires à un meilleur sondage des entreprises avec un risque aggravé ont été exécutées. Nous comptons en 2016 inscrire le burnout et les charges psychosociales comme maladie liée au travail afin de permettre au FMP d'entreprendre des actions préventives. Dans ce cadre, un cahier de charges a été lancé par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, l'INAMI et le FMP.

Dans le secteur des accidents du travail, les discussions sont en cours au sein de groupe de travail technique qui doit encore examiner plusieurs aspects avant que l'arrêté royal relatif à la réinsertion professionnelle de victimes d'accidents du travail puisse être adopté. Nous espérons clôturer en 2016 tous les travaux concernant cet arrêté royal.

Daarnaast werken we samen met de minister belast met Ambtenarenzaken aan prioritaire maatregelen om te komen tot een harmonisering tussen de publieke en private sector voor wat betreft de aanvragen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen. Zo rekenen we er onder andere op de actiemiddelen van het FAO voor het controleren van ongerechtvaardigde weigeringsbeslissingen in de publieke sector uit te breiden.

4. De hervorming van de bijzondere stelsels en statuten binnen de sociale zekerheid

Het moderniseren van de arbeidsmarkt impliceert het herzien van bepaalde sociale statuten. Zowel de werkgevers als de werknemers zijn vragende partij voor meer flexibiliteit. Bepaalde socialezekerheidsstelsels voor beperktere werknemersgroepen moeten aangepast worden aan de nieuwe realiteit.

4.1. Horeca

In uitvoering van het regeerakkoord heeft deze regering een aantal begeleidende maatregelen uitgewerkt. Specifiek wat mijn bevoegdheidsterrein betreft, gaat het in de eerste plaats over de flexi-jobs.

De flexi-job is een nieuw, eenvoudig statuut dat openstaat voor iedereen die minstens 4/5 werkt. Dit is geen mini-job zoals deze in Duitsland bestaat, er worden immers volledige sociale rechten toegekend op basis van het verkregen flexiloon.

In het kader van de flexi-job wordt een nieuw loonbegrip geïntroduceerd: het flexiloon. Het flexiloon wordt in onderling overleg tussen de werkgever en de werknemer afgesproken – de werknemer krijgt deze vergoeding integraal, terwijl de werkgevers slechts 25 % werkgeversbijdrage betaalt. De werknemer weet bijgevolg op voorhand exact hoeveel hij gaat verdienen, de werkgever weet op voorhand hoeveel hem dat zal kosten.

4.2. Vrijwilligerswerk

Dit jaar bestaat de vrijwilligerswet 10 jaar. Naar aanleiding van deze verjaardag lijkt een evaluatie en bijsturing van de huidige reglementering opportuun. Hierbij willen we nagaan of de huidige regelgeving wel volstaat en of deze verfijnd dient te worden. Deze evaluatie zal gebeuren in nauw overleg met de Hoge Raad voor Vrijwilligers en onder andere rekening houden met de enquête die de Koning Boudewijnstichting op het vrijwilligerswerk in België uitvoerde. Daarnaast

A côté de cela, nous travaillons avec le ministre chargé de la Fonction publique sur les mesures prioritaires d'harmonisation entre le secteur public et privé en ce qui concerne les demandes en maladies professionnelles et accidents du travail. Entre autres, nous comptons élargir les moyens d'action du FAT pour le contrôle des décisions de refus injustifiés dans le secteur public.

4. La réforme de systèmes et statuts particuliers de sécurité sociale

La modernisation du marché du travail implique que certains statuts sociaux soient revus; tant les employeurs que les travailleurs sont demandeurs de plus de flexibilité. Certains régimes de sécurité sociale, qui concernent des groupes plus restreints de travailleurs salariés, doivent être adaptés aux nouvelles réalités.

4.1. Horeca

En exécution de l'accord de gouvernement, ce gouvernement a élaboré un certain nombre de mesures d'accompagnement. En ce qui concerne spécifiquement mon domaine de compétence, il s'agit en premier lieu des flexi-jobs.

Le flexi-job est un statut nouveau et simple qui est accessible à toute personne qui travaille au moins à 4/5. Il ne s'agit pas d'un mini-job tel qu'il existe en Allemagne. En effet, des droits sociaux complets sont octroyés sur la base du flexi-salaire obtenu.

Une nouvelle notion salariale est introduite dans le cadre du flexi-job: le flexi-salaire. Le flexi-salaire est convenu de commun accord entre l'employeur et le travailleur salarié. Le travailleur reçoit l'intégralité de cette rémunération, alors que l'employeur paie seulement 25 % de cotisation patronale. Par conséquent, le travailleur sait d'avance exactement combien il gagnera et l'employeur sait d'avance combien cela lui coûtera.

4.2. Travail des volontaires

Cette année, la loi relative aux volontaires aura 10 ans. A l'occasion de cet anniversaire, une évaluation et une adaptation de la réglementation actuelle semblent opportunes. Dans ce cadre, nous voulons vérifier si cette réglementation actuelle est suffisante et si elle doit être affinée. Cette évaluation aura lieu en étroite concertation avec le Conseil supérieur des volontaires et tiendra compte, entre autres, de l'enquête que la Fondation Roi Baudouin a menée sur le volontariat en Belgique. En

wensen we ook een oplossing uit te werken voor de activiteiten die in bepaalde sectoren plaatsvinden onder het statuut van vrijwilligerswerk terwijl er een beperkte vergoeding toegekend wordt die verder gaat dan een onkostenvergoeding – deze activiteiten worden ook wel eens “semiagorale tewerkstelling” genoemd.

4.3. Een erkenning voor de mantelzorgers

Gegeven de stijgende vraag naar zorg moeten mensen die geconfronteerd worden met een verminderde autonomie goed bijgestaan worden om zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te blijven. De druk mag niet naar de mantelzorgers verschuiven; hun rechten moeten worden gevrijwaard. Die mantelzorgers hebben een wezenlijke rol te spelen; 75 % van de ouderen wil - zelfs ingeval van ziekte of verzwakking - zo lang mogelijk thuis verzorgd worden.

Het is belangrijk dat hierbij onderzocht wordt, in samenwerking met de regio's en de gemeenten, welke initiatieven het beste aansluiten bij de noden van de mantelzorgers.

De eerste stap hiernaartoe is een erkenning van de mantelzorgers, een groep mensen die een sleutelrol spelen in de informele zorg.

4.4. De overzeese sociale zekerheid

Het stelsel voor overzeese sociale zekerheid aangeboden door de Dienst voor de Bijzondere Socialezekerheidsstelsels (DIBISS) biedt een uitgebreide sociale bescherming voor mensen die werken en wonen in een land waar er geen of onvoldoende sociale zekerheid bestaat. Het stelsel dateert echter al van 1963 en is dringend aan herziening toe.

Deze herziening moet er toe leiden dat het overzeese sociale zekerheidsstelsel financieel duurzaam wordt. We willen meer in bijzonder dat voor alle verzekerde risico's (pensioenen, gezondheidszorg,...) die in het nieuwe stelsel zullen worden gedekt een premie aangerekend wordt, die garandeert dat alle toekomstige uitgaven met de premie zullen gedekt zijn.

4.5. De sociale zekerheid van de zeevarenden

Een ander bijzonder en zeer specifiek stelsel van sociale zekerheid is dat van de zeevarenden. In verschillende rapporten merkt het Rekenhof problemen op met de organisatie, de infrastructuur, de informatica, het personeel en de werking van de beheersorganen van de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden.

outre, nous souhaitons aussi élaborer une solution pour les activités qui ont lieu dans certains secteurs sous le statut du volontariat alors qu'une indemnité limitée est octroyée, qui va plus loin que l'indemnité de frais. Ces activités sont parfois qualifiées d'“emploi semi-agoral”.

4.3. Une reconnaissance pour l'aidant-proche

Etant donné la demande croissante de soins, les personnes confrontées à une autonomie réduite doivent être bien assistées pour pouvoir rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial. La pression ne doit pas être déplacée sur les aidants proches; leurs droits doivent être garantis. Ces aidants proches ont un rôle essentiel à jouer; 75 % des personnes âgées veulent – même en cas de maladie ou d'affaiblissement – être soignées le plus longtemps possible à la maison.

A cet égard, il est important d'examiner en collaboration avec les Régions et les communes quelles initiatives correspondent le mieux aux besoins des aidants proches.

La première étape en ce sens est la reconnaissance des aidants proches, ce groupe de personnes qui jouent un rôle-clé dans les soins informels.

4.4. La sécurité sociale d'outre-mer

Le régime de la sécurité sociale d'outre-mer offert par l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS) offre une vaste protection sociale pour les personnes qui travaillent et habitent dans un pays où la sécurité sociale est insuffisante ou inexistante. Le régime date néanmoins de 1963 et a besoin d'être révisé d'urgence.

Cette révision doit permettre de rendre régime de la sécurité sociale d'outre-mer financièrement durable. Nous voulons plus particulièrement qu'une prime soit comptabilisée pour tous les risques assurés (pensions, soins de santé...) qui seront couverts dans le nouveau régime; cette prime garantira que toutes les futures dépenses seront couvertes.

4.5. La sécurité sociale des marins

Le régime des marins est un autre régime particulier et très spécifique de la sécurité sociale. Dans différents rapports, la Cour des comptes souligne des problèmes concernant l'organisation, l'infrastructure, l'informatique, le personnel et le fonctionnement des organes de gestion de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins.

In lijn met het regeerakkoord bekijken we op welke wijze de financiële leefbaarheid en het verouderd wettelijk kader van het sociaalzekerheidsstelsel aangepast kan worden.

5. De koopkracht van de werknemers en de begunstigden

Er werden reeds maatregelen genomen om het nettoloon voor de bescheiden inkomens te verhogen. Deze zullen voortgezet worden. Bovendien worden de door de sociale partners voorgestelde welvaartsaanpassingen uitgevoerd.

5.1. Een hoger nettoloon voor de werknemers

Dankzij de administratieve vereenvoudiging van sommige loonvoordelen, zoals maaltijd- en ecocheques, kan de werknemer deze optimaal gebruiken. Door een efficiënter en elektronisch systeem zal het probleem van cheques die verloren gaan of waarvan de geldigheidsduur verstreken is, worden aangepakt.

Met het elektronisch maken van de verschillende cheques wordt een succesvol en evenwichtig systeem opgezet waar werknemers, werkgevers, handelaars en de Staat baat bij hebben.

Het parlement heeft de invoering van de elektronische ecocheques mogelijk gemaakt. Het dematerialiseren van de ecocheque betekent een globale administratieve vereenvoudiging ten belope van 41 miljoen euro. De totale administratieve lasten van het systeem kunnen dankzij de elektronische ecocheque met 87 % dalen.

Vanaf 1 januari 2016 kunnen de werkgevers instappen in een systeem van elektronische ecocheques. Daarbij krijgt de werknemer een elektronische chipkaart die vergelijkbaar is met een klassieke bankkaart en die de betaling bij de handelaars via de bestaande betaalterminals mogelijk maakt. De elektronische ecocheques kunnen op dezelfde chipkaart als deze van de elektronische maaltijdcheques worden opgeladen om te vermijden dat het aantal chipkaarten verhoogd.

Nog op 1 januari 2016 wordt de nominale waarde van de (elektronische) maaltijdcheque verhoogd met 1 euro (van 7 naar 8 euro).

Conformément à l'accord de gouvernement, nous examinons de quelle manière la viabilité financière et le cadre légal dépassé du régime de sécurité sociale peuvent être adaptés.

5. Le pouvoir d'achat des travailleurs et des allocataires sociaux

Pour les revenus plus modestes, diverses mesures ont déjà été prises et seront poursuivies pour augmenter le salaire poche; tout comme la mise en œuvre des adaptations au bien-être telles que les partenaires sociaux les ont proposées.

5.1. L'augmentation du salaire poche des travailleurs

Grâce à la simplification administrative de certains avantages salariaux comme les chèques repas et les écochèques, le travailleur pourra les utiliser de manière optimale. Un système électronique plus efficace permettra de lutter contre le problème des chèques perdus ou dont la durée de validité a expiré.

Le format électronique qui sera donné aux différents chèques permettra de mettre en place un système efficace et équilibré dont les travailleurs, les commerçants et l'État tireront un bénéfice.

Le parlement a rendu possible l'introduction des écochèques électroniques. La dématérialisation des écochèques implique une simplification administrative globale à hauteur de 41 millions d'euros. Les charges administratives totales du système peuvent baisser de 87 % grâce aux écochèques électroniques.

A partir du 1er janvier 2016, les employeurs pourront adopter un système d'écochèques électroniques. Dans ce cadre, le travailleur recevra une carte à puce électronique comparable à une carte bancaire classique qui permet le paiement chez les commerçants en utilisant les terminaux de paiement existants. Les écochèques électroniques peuvent être chargés sur la même carte à puce que celle des chèques-repas électroniques pour éviter d'augmenter le nombre de cartes à puce.

A la même date du 1er janvier 2016, la valeur nominale des chèques-repas (électroniques) sera augmentée de 1 euro (de 7 à 8 euros).

5.2. De coördinatie en het opvolgen van de uitvoering van de welvaartsenveloppe

Op 11 oktober 2005 werd het Generatiepact door de regering voorgesteld aan het Parlement. Tien jaar na de invoering mogen we stellen dat het Generatiepact een koerswijziging betekende voor het sociaal beleid in België. Door het invoeren van een structureel mechanisme worden de sociale uitkeringen aangepast aan de algemene welvaartsevolutie.

In de loop van 2016 wordt de grootte van de beschikbare welvaartsenveloppe 2017-2018 berekend voor de werknemers-, zelfstandigen en bijstandsregeling. Het Federaal Planbureau ziet toe op de berekening van de raming van de beschikbare financiële enveloppe voor de welvaartsaanpassing.

Bij de verdeling van de welvaartsenveloppe 2015-2016 zijn de sociale minima in 2015 reeds een eerste maal verhoogd met 2 %. Daarenboven heeft de regering recent 50 miljoen euro vrijgemaakt voor een bijkomende verhoging van de leeflonen, de inkomensgarantie voor ouderen en voor de laagste pensioenen. Bij de verdeling van de toekomstige welvaartsenveloppen zal aan de sociale partners gevraagd worden rekening te houden met de kloof die nog moet gedicht worden om de sociale minima op te trekken tot de Europese armoedegrens.

Wij zien erop toe dat alle stappen worden genomen zodat uiterlijk begin 2017 alle nodige reglementaire initiatieven kunnen worden genomen.

6. De reorganisatie van onze instellingen van sociale zekerheid

De instellingen van sociale zekerheid (OISZ's) worden gereorganiseerd met het oog op meer efficiëntie en een uitstekende kwaliteit voor een aanvaardbare prijs. Tegen 2017 zal het OISZ-landschap gemoderniseerd zijn en zal de burger veel beter weten bij welke instantie hij terecht kan, omdat identieke taken samengebracht zullen zijn in de meest voor de hand liggende en competente instelling. Hierdoor zijn synergiën mogelijk en worden de ondersteuningsdiensten gecentraliseerd. Er wordt een gemeenschappelijk *frontoffice* – het contactpunt voor de sociaal verzekerde en de werkgever die bijdragen betaalt – georganiseerd om burgers wegwijs te maken in onze instellingen die soms een doolhof zijn.

5.2 La coordination et le suivi de l'exécution des enveloppes bien-être

Le 11 octobre 2005, le gouvernement a présenté le Pacte entre les générations au Parlement. Dix ans après l'introduction, nous pouvons affirmer que le Pacte entre les générations a impliqué un changement de cap pour la politique sociale en Belgique. Par l'introduction d'un mécanisme structurel, les allocations sociales sont adaptées à l'évolution du bien-être général.

Dans le courant de 2016, l'ampleur de l'enveloppe bien-être 2017-2018 disponible sera calculée pour les régimes des salariés, des indépendants et de l'assistance. Le Bureau fédéral du Plan veille au calcul de l'estimation de l'enveloppe financière disponible pour l'adaptation au bien-être.

Lors de la répartition de l'enveloppe bien-être 2015-2016, les minima sociaux ont déjà été augmentés une première fois de 2 % en 2015. En outre, le gouvernement a récemment libéré 50 millions d'euros pour une augmentation supplémentaire des revenus d'intégration, de la garantie de revenu aux personnes âgées et des pensions les plus basses. Lors de la répartition de la future enveloppe bien-être, il sera demandé aux partenaires sociaux de tenir compte du fossé qui doit encore être résorbé pour relever les minima sociaux au niveau du seuil de pauvreté européen.

Nous veillons quant à nous à ce que toutes les démarches soient prises pour qu'au plus tard début 2017, toutes les initiatives réglementaires nécessaires puissent être prises.

6. Réorganisation de nos institutions de sécurité sociale

Pour atteindre plus d'efficacité, une qualité excellente à un coût maîtrisé, un processus de réorganisation des institutions de sécurité sociale (IPSS) est en cours. D'ici 2017, le paysage des IPSS sera tout à fait différent et le citoyen comprendra beaucoup mieux à quelle instance, il doit s'adresser, car les tâches identiques, en fonction du lieu de compétences déterminé et le plus évident, auront été rassemblées. Ceci permet de faire des synergies; au lieu de multiplier les services de support, on les centralise. Un *frontoffice* – le point de contact pour l'assuré social et l'employeur qui cotise - commun est organisé évitant le dédale parfois encombré de nos institutions.

6.1. Wat betreft de inning van socialezekerheidsbijdragen

Op 1 januari 2015 werden de Dienst voor de overzeese sociale zekerheid (DOSZ) en de Rijksdienst voor sociale zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten (RSZPPO) geïntegreerd in een nieuwe instelling van sociale zekerheid, de Dienst voor bijzondere socialezekerheidsstelsels (DIBISS).

Het regeerakkoord voorziet in een optimalisering van de organisatiestructuur van de federale overheid. Om de efficiëntie ervan te verhogen en een betere dienstverlening aan de burgers-gebruikers te kunnen garanderen worden de basisopdrachten van de DIBISS geïntegreerd in de Rijksdienst voor pensioenen (RVP), de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) en het Federaal Agentschap voor kinderbijslag (FAMIFED).

In samenspraak met de beheerscomités en de ministers bevoegd voor de DIBISS worden de nodige wetgevende initiatieven en besluiten genomen die ertoe moeten leiden dat de opdrachten en de personeelsleden van de DIBISS op uiterlijk 1 januari 2017 overgedragen zijn aan de RVP, de RSZ en FAMIFED.

6.2. Wat betreft het beheer van arbeidsgerelateerde risico's

Op 12 juni 2015 keurde de Ministerraad het fusieproject tussen het Fonds voor Beroepsziekten en het Fonds voor Arbeidsongevallen.

Door de twee takken die verband houden met beroepsrisico's samen te brengen in een entiteit kunnen we de specificiteit van de beroepsrisico's bewaren maar versterken we evenzeer de positionering en de zichtbaarheid ervan. In tijden van budgettaire besparingen kan deze fusie bijdragen tot het verbeteren van het professionalisme in de dienstverlening aan de burgers en de stakeholders.

In 2016 zal het proces opgestart worden om het FAO en het FBZ uiterlijk op 1/01/2017 te integreren in een nieuwe instelling van sociale zekerheid die gewijd is aan arbeidsgerelateerde risico's. De bestuursovereenkomst voor de periode 2016-2018 van beide instellingen bevat een gemeenschappelijk deel waar het accent gelegd wordt op het bepalen van een algemene en coherente aanpak van arbeidsrisico's.

6.3. Met de nieuwe bestuursovereenkomsten

Het jaar 2016 kenmerkt zich door het in voege gaan van nieuwe bestuursovereenkomsten voor de jaren 2016-2018 voor alle instellingen van sociale zekerheid.

6.1 Sur le plan de perception des cotisations de sécurité sociale

Le 1^{er} janvier 2015, l'Office de sécurité sociale d'outre-mer (OSSOM) et l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL) ont été intégrés pour former une nouvelle institution de sécurité sociale, l' Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS).

L'accord de gouvernement prévoit une optimisation de la structure organisationnelle de l'autorité fédérale. Pour en accroître l'efficacité et pouvoir garantir une meilleure prestation de services aux citoyens-usagers, les missions de base de l'ORPSS sont intégrées dans l'Office national des pensions (ONP), l'Office national de sécurité sociale (ONSS) et l'Agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED).

En concertation avec les comités de gestion et mes ministres compétents pour l'ORPSS, les initiatives législatives nécessaires sont prises et les arrêtés sont adoptés afin que les missions et les membres du personnel de l'ORPSS aient été transférés à l'ONP, à l'ONSS et à FAMIFED au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

6.2. Sur le plan de la gestion des risques professionnels

Le 12 juin 2015, le Conseil des ministres a accepté le projet de fusion entre le Fonds des maladies professionnelles et le Fonds des accidents du travail.

Le rassemblement de ces deux branches du risque professionnel en une seule entité permet non seulement de garder la spécificité des risques professionnels, mais également de renforcer le positionnement et la visibilité du risque professionnel. En ces temps de restrictions budgétaires, la fusion permet de renforcer le professionnalisme des services au bénéfice des citoyens et des *stakeholders*.

2016 connaîtra la mise en œuvre concrète du processus de fusion du FAT et du FMP en une nouvelle institution dédiée aux risques professionnels au sein de la Sécurité sociale prévue pour le 01/01/2017. Le contrat d'administration 2016-2018 de ces deux institutions comporte une partie commune où l'accent est mis sur le développement d'une approche globale et cohérente des risques professionnels.

6.3. Avec des contrats d'administration nouveaux

L'année 2016 se caractérise par l'entrée en vigueur de nouveaux contrats d'administration pour les années 2016-2018 pour toutes les institutions de la sécurité sociale.

In de nieuwe generatie bestuursovereenkomsten wenst de regering zich enerzijds te focussen op het uitvoeren van de prioriteiten van het regeerakkoord en de beleidsnota en anderzijds - gelet op de budgettaire omstandigheden - dient ervoor gezorgd te worden dat het huidige niveau van dienstverlening behouden blijft. Dit moet door taken zo efficiënt mogelijk uit te voeren en synergiën te creëren waar mogelijk. Hiervoor moet de structuur en interne werking van de OISZ's geoptimaliseerd worden. In navolging van de oprichting van een gemeenschappelijke loondienst zal bijvoorbeeld worden nagegaan of alle aspecten van HR (selectie, verloning, opleiding en ontwikkeling) en bij uitbreiding logistieke diensten (gebouwenbeheer, facilitymanagement) georganiseerd kunnen worden via shared services. Zo kunnen de middelen op een efficiënte manier worden ingezet en kunnen de OISZ zich focussen op hun kerntaken. Op het vlak van IT wordt gewerkt aan de verdere virtualisatie van de servers welke noodzakelijk is voor de integratie in een gemeenschappelijk federaal platform: de *Government-cloud*.

Daarnaast wensen we dat klantentevredenheid een van de leidmotieven wordt voor de volgende jaren. Elke OISZ dient de klantgerichtheid van zijn organisatie te verhogen.

De federale overheid strijdt ervoor om de effectieve uitredingsleeftijd verder op te trekken. Daarom zullen de OISZ leeftijdsbewust personeelsbeleid ontwikkelen en specifieke maatregelen nemen om langer werken mogelijk te maken.

6.4. Om verder te gaan op het pad van eGovernment

De Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) zal ook in 2016 haar rol van motor en coördinator van de vereenvoudiging en optimalisering van processen inzake informatiebeheer in de sociale sector blijven vervullen. Daartoe zullen in 2016 een honderdtal nieuwe projecten worden gerealiseerd.

De KSZ zal één van de motors blijven van het project *Government-cloud* (G-cloud). De infrastructuur, die al in ruime mate gevirtualiseerd is, verder doen evolueren naar een omgeving van het type cloud is een gezamenlijk project van alle federale overheidsdiensten. De bedoeling is om enerzijds de globale informaticakost te verminderen door het delen van infrastructuur en diensten en anderzijds een efficiëntieverhoging te bereiken. De KSZ zal ervoor zorgen dat haar informaticasysteem en haar netwerkdiensten zoveel mogelijk in deze gemeenschappelijke, open en beveiligde infrastructuur geïmplementeerd worden.

Dans la nouvelle génération de contrats d'administration, le gouvernement souhaite se concentrer, d'une part, sur la mise en œuvre des priorités de l'accord de gouvernement et de la note de politique générale et, d'autre part, vu les circonstances budgétaires, il y a lieu de veiller à ce que le niveau actuel de service soit maintenu. Ce qui doit se faire en exécutant les missions avec le plus d'efficacité possible et en créant des synergies lorsque c'est possible. Pour ce faire, il convient d'optimiser la structure et le fonctionnement interne des IPSS. À l'instar de la création d'un service salarial commun, il sera, par exemple, examiné si tous les aspects des RH (sélection, rémunération, formation et développement) et, par extension, des services logistiques (gestion des bâtiments, facility-management) peuvent être organisés sur le mode des shared-services. Cette organisation permet d'affecter les ressources avec efficacité et les IPSS peuvent ainsi se concentrer sur leurs missions fondamentales. En matière d'IT, il est œuvré à la poursuite de la virtualisation des serveurs, qui est indispensable pour l'intégration au sein d'une plateforme fédérale commune: le *Government-cloud*.

Par ailleurs, nous souhaitons que la satisfaction des clients devienne l'un des leitmotivs des années à venir. Chaque IPSS doit augmenter l'orientation client de son organisation.

L'autorité fédérale lutte pour augmenter encore l'âge de départ effectif. C'est pourquoi les IPSS élaboreront une politique de personnel qui tient compte de la dimension de l'âge et prendront des mesures spécifiques pour permettre de travailler plus longtemps.

6.4. En continuant le chantier de l'eGovernment

La Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) continuera en 2016 à jouer son rôle de moteur et de coordinateur de la simplification et de l'optimisation de processus de gestion de l'information dans le secteur social. À cet effet, une centaine de nouveaux projets seront réalisés en 2016.

La BCSS continuera à être l'un des moteurs du projet *Government-cloud*, en abrégé G-cloud. Faire évoluer l'infrastructure déjà largement virtualisée vers un environnement de type cloud est un projet commun des services publics fédéraux. L'objectif visé est d'une part une réduction du coût informatique global grâce au partage de l'infrastructure et des services et d'autre part un gain d'efficacité. La BCSS veillera à ce que son système informatique et ses services réseau soient déployés autant que possible dans cette infrastructure commune, ouverte et sécurisée.

Het bevorderen van de automatische toekenning van rechten verbonden aan het sociaal statuut is opgenomen in het Regeerakkoord. De KSZ heeft als opdracht om aan de instellingen die dergelijke rechten toekennen een beveiligde, snelle en betrouwbare raadpleging aan te bieden van de gegevens die noodzakelijk zijn voor het correct vaststellen van deze rechten.

De *eBox* “burger” is een beveiligde elektronische mailbox aan de hand waarvan overheidsinstellingen elektronische documenten kunnen meedelen aan de burgers. Op 1 september 2015 hadden bijna 200.000 burgers hun persoonlijke *eBox* geactiveerd en waren er bijna 7.000.000 documenten afkomstig van 5 instellingen (RVA, RJV, RSZ, FBZ en NIC) via dit kanaal gepubliceerd. Het gebruik van de *eBox* zal zoveel mogelijk worden aangemoedigd. De OISZ zullen bij voorkeur op elektronische manier communiceren met de burger. Deze elektronische communicatie wordt ook doorgetrokken naar de professionals toe (ondernemingen, sociale secretariaten of andere partners). Het gebruik en de penetratiegraad verhogen is een prioriteit. Om de penetratiegraad te verhogen zal de focus liggen op instellingen die een breed publiek bereiken.

De KSZ zal globaal de nadruk leggen op projecten inzake administratieve vereenvoudiging met een goede “Return On Investment” (ROI). Het project *e-Deduction* is hiervan een goed voorbeeld. Via *e-Deduction* kan de FOD Financiën langs elektronische weg een verzoek tot inhouding meedelen aan de Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie (RJV). Hierdoor konden onder meer 40 000 aangetekende brieven worden vervangen. Deze toepassing zal verder worden uitgebreid naar de privésector met als voordelen een aanzienlijke tijdswinst, een kwaliteitsverbetering en kostenbesparing.

7. De overdracht van bevoegdheden naar de deelgebieden

In het kader van de zesde staatshervorming worden belangrijke sociale bevoegdheden aan de deelgebieden overgedragen. We zullen samen met de OISZ het nodige doen om te komen tot een goede samenwerking met de deelgebieden. In dit kader dient te worden gestreefd naar het uitwisselen van expertise en een optimale samenhang tussen de federale wetgeving en die van de deelgebieden. Het gebruik van dezelfde begrippen en definities moet een vlotte gegevensuitwisseling mogelijk maken en een goed samenwerkingsklimaat bevorderen.

Faciliter l’octroi automatique des droits liés au statut social figure dans l’accord de gouvernement. La BCSS est chargée d’offrir aux organismes qui attribuent ce type de droits une consultation sécurisée, rapide et fiable des données nécessaires à l’établissement correct de ces droits.

L’*eBox* “citoyen” est une boîte aux lettres électronique sécurisée qui permet aux institutions publiques de transmettre des documents électroniques aux citoyens. Au 1er septembre 2015, un peu moins de 200.000 citoyens ont activé leur *eBox* personnelle et un peu moins de 7.000.000 de documents émanant de 5 institutions (ONEM, ONVA, ONSS, FMP et CIN) ont été publiés via ce canal. L’utilisation de l’*eBox* sera encouragée autant que possible. Les IPSS communiqueront de préférence par voie électronique avec le citoyen. Cette communication électronique sera également étendue aux professionnels (entreprises, secrétariats sociaux ou autres partenaires). L’augmentation de l’utilisation et du taux de pénétration sont une priorité. Pour accroître le taux de pénétration, l’accent sera mis sur les institutions qui touchent une large frange de la population.

De manière globale, la BCSS mettra l’accent sur les projets de simplification administrative dotés d’un bon Return On Investment (ROI). Le projet *e-Deduction* en est un bon exemple. Il permet aux Finances de communiquer électroniquement à l’ONVA une demande de saisie. Il a notamment permis de remplacer 40 000 recommandés. Cette application fera l’objet d’une extension vers le secteur privé avec à la clé des gains de temps substantiels, une amélioration de la qualité et des économies.

7. La transition des compétences vers les entités fédérées

Dans le cadre de la sixième réforme de l’État, d’importantes compétences sociales ont été transférées aux entités fédérées. Les IPSS mettront tout en œuvre pour parvenir à une bonne coopération avec les entités fédérées. Dans ce contexte, il importe que la plus grande cohérence possible soit maintenue entre la réglementation fédérale et la réglementation des entités fédérées. L’utilisation des mêmes notions et des mêmes définitions doit permettre un échange aisé des données et promouvoir un climat de coopération.

7.1. Kinderbijslag

Sinds 1 juli 2014 zijn de Gemeenschappen exclusief bevoegd voor de gezinsbijslagen en verliest de federale overheid alle bevoegdheid ter zake. In de overgangperiode, die uiterlijk op 31 december 2019 afloopt, blijft het federaal agentschap voor kinderbijslag (FAMIFED) instaan voor het administratief beheer en de uitbetaling van de kinderbijslag. Het op mijn initiatief opgerichte comité ad hoc “kinderbijslag” brengt de verschillende regionale ministers bevoegd voor kinderbijslag samen. Het comité ad hoc onderhandelt over en bereidt de verschillende te sluiten samenwerkingsakkoorden en protocollen voor. Wij wensen de jarenlang opgebouwde federale kennis en expertise te delen met de vier bevoegde deelgebieden, zodat zij het beheer en de organisatie van de uitbetaling van de kinderbijslag kunnen overnemen, en alle gezinnen correct en tijdig hun kinderbijslag kunnen krijgen.

Nog voor het einde van dit jaar zullen alle ministers bevoegd voor kinderbijslag samenkomen om een draaiboek te bespreken. Het draaiboek zal de acties beschrijven die dienen te gebeuren zodat de deelgebieden de uitvoering van de bevoegdheden inzake kinderbijslag binnen afzienbare tijd kunnen overnemen. Centraal in de discussie staat hoe het personele toepassingsgebied na de overgangperiode ingevuld moet worden om te kunnen bepalen welk deelgebied bevoegd is voor de uitbetaling van de kinderbijslag aan welke kinderen.

De verschillende regeringen hebben zich akkoord verklaard met de integratie van het publieke kinderbijslagfonds van de DIBISS in het kinderbijslagfonds van FAMIFED. De integratie van de kinderbijslagfondsen leidt tot een rationalisatie van het aantal uitbetalingskassen tot 13 en efficiëntiewinsten in het beheer en de organisatie van één publiek kinderbijslagfonds.

In het kader van de vijfde generatie bestuursovereenkomsten heeft FAMIFED, het federaal agentschap voor kinderbijslag, een ontwerp van bestuursovereenkomst opgesteld waarbij continuïteit en de voorbereiding van de overdracht van de bevoegdheden centraal staan. FAMIFED bevindt zich in een unieke situatie waarbij het een bestuursovereenkomst zal afsluiten met de Federale Staat, terwijl het reeds in opdracht van de deeltentiteiten de kinderbijslag regelt en betaalt. De deeltentiteiten, die vertegenwoordigd zijn in het beheerscomité, werden daarom gevraagd hun input aan te leveren zodat zij hun eigen accenten kunnen leggen in de bestuursovereenkomst voor de periode 2016 - 2018.

7.1. Allocations familiales

Depuis le 1^{er} juillet 2014, les Communautés ont la compétence exclusive des allocations familiales et l'autorité fédérale a perdu toutes les compétences en la matière. Durant la période de transition, qui prendra fin le 31 décembre 2019 au plus tard, l'Agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED) continue de se charger de la gestion administrative et du paiement des allocations familiales. Le comité ad hoc “allocations familiales” créé à mon initiative rassemble les différents ministres régionaux compétents pour les allocations familiales. Le comité *ad hoc* négocie et prépare les différents accords de coopération et protocoles à conclure. Nous espérons partager avec les quatre entités fédérées compétentes la connaissance et l'expertise fédérale acquises des années durant, pour qu'elles puissent reprendre la gestion et l'organisation du paiement des allocations familiales et pour que tous les ménages puissent recevoir leurs allocations familiales correctement et à temps.

Dès avant la fin de cette année, tous les ministres compétents en matière d'allocations familiales se réuniront pour examiner un scénario. Ce scénario décrira les actions qui doivent avoir lieu pour que les entités fédérées puissent se charger de l'exécution des compétences en matière d'allocations familiales prochainement. Un élément central de la discussion est de savoir quelle interprétation donner au champ d'application personnel après la période de transition pour pouvoir déterminer quelle entité fédérée est compétente pour le paiement des allocations familiales à quels enfants.

Les différents gouvernements ont marqué leur accord sur l'intégration de la caisse publique d'allocations familiales de l'ORPSS dans la caisse d'allocations familiales de FAMIFED. L'intégration des caisses d'allocations familiales donne lieu à une rationalisation du nombre de caisses de paiement à 13 et à des gains d'efficacité dans la gestion et l'organisation d'une caisse publique d'allocations familiales.

Dans le cadre de la cinquième génération de contrats d'administration, FAMIFED, l'Agence fédérale pour les allocations familiales, a rédigé un projet de contrat d'administration qui donne une importance centrale à la continuité et à la préparation du transfert des compétences. FAMIFED se trouve dans une situation unique où elle va conclure un contrat d'administration avec l'État fédéral, alors qu'elle organise et paie déjà les allocations familiales pour les entités fédérées. C'est pourquoi il a été demandé aux entités fédérées, qui sont représentées dans le comité de gestion, de donner leur input pour qu'elles puissent donner leur accent propre au contrat d'administration pour la période 2016 - 2018.

7.2. De coördinatie tussen de verschillende niveaus inzake het internationale beleid

Ook wat het internationale beleid betreft, is een partnerschap tussen de Federale Staat en de deelgebieden van belang. Hierbij kunnen de deelgebieden wat hun bevoegdheden betreft ten volle bijdragen. Internationaal moet België immers één stem vertolken. Als vertegenwoordiger van België bij de internationale organisaties zullen we stap voor stap een formele interactieve coördinatiestructuur uitbouwen om - samen met alle partners - de coördinatieprocessen voor alle dossiers en platforms in verband met de sociale bescherming te optimaliseren.

8. Het internationaal en Europees beleid

Naast het nationale beleid hebben we in 2016 ook aandacht op de uitwerking en invoering van een degelijk internationaal sociaal beleid. Dit vereist een sterke Belgische aanwezigheid op tal van internationale fora zoals de Europese Unie, de Raad van Europa, de OESO en de IAO.

8.1. De Europese Unie

Met haar ambitieuze sociaaleconomische hervormingsagenda streeft de federale regering ernaar de aanbevelingen van de Raad van de Europese Unie aan ons land in het beleid op te volgen. De federale regering verbindt zich ertoe de doelstellingen – onder meer op sociaal vlak – te realiseren die België heeft voorgesteld in het kader van de Strategie Europa.

Via de Raad Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken (EPSCO) en het Europees comité voor sociale bescherming wordt het debat aangaan met onze Europese partners over hoe we ons best kunnen aanpassen aan een wereld in verandering die zijn impact heeft op onze systemen inzake de sociale bescherming, o.m. de pensioenen en de langdurige geneeskundige verzorging en de sociale inclusie. De drie doelstellingen van de moderne en performante welvaartstaten die op Europees niveau steeds duidelijker uit de verf komen, moeten prioritair blijven:

sociale investering (ontwikkeling en versterking van de capaciteiten van mensen), sociale bescherming (gepaste levensstandaard en bescherming verzekeren bij sociale risico's) en automatische stabilisatie bij economische schokken.

7.2. La coordination des systèmes européens concernant la stratégie internationale

En ce qui concerne la stratégie internationale, un partenariat entre l'État fédéral et les entités fédérées, auquel les entités fédérées peuvent contribuer pleinement en ce qui concerne leurs compétences, est également important. En effet, la Belgique doit pouvoir s'exprimer d'une seule voix sur la scène internationale. Dans le cadre de son rôle de représentant de la Belgique dans les organisations internationales, nous mettrons progressivement en place une structure de coordination interactive formalisée en vue d'optimiser - avec tous les partenaires - les processus de coordination pour tous les dossiers et plateformes concernant la protection sociale.

8. La politique internationale et européenne

Outre la politique nationale, j'accorderai également mon attention à l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique internationale adéquate. A cette fin, une forte présence belge dans les divers forums internationaux est requise. Je songe en l'occurrence à l'Union européenne, au Conseil de l'Europe, à l'OCDE et l'OIT.

8.1. L' Union européenne

L'ambitieux agenda de réformes socioéconomiques du gouvernement fédéral reflète sa volonté d'intégrer les défis contenus dans les recommandations que le Conseil de l'Union européenne a adressées à notre pays. Le gouvernement fédéral s'engage à réaliser autant que possible les objectifs — y compris dans le domaine social — que la Belgique a proposés dans le cadre de la Stratégie Europe 2020.

Par le biais du Conseil Emploi, politique sociale, santé et consommateurs (EPSCO) et du Comité de la protection sociale européen, je souhaite, conjointement avec mes collègues, engager pleinement le débat avec nos partenaires européens sur la meilleure manière dont nous pouvons adapter à un monde qui change nos systèmes de protection sociale, dont les pensions et les soins de santé et de longue durée, et d'inclusion sociale. Les trois objectifs des États providence modernes et performants qui sont mis en avant de manière toujours plus claire au niveau européen doivent rester à l'avant-plan: l'investissement social (développement et renforcement des capacités des personnes), la protection

sociale (assurer un niveau de vie et une protection adéquats lorsque des risques sociaux se présentent) et la stabilisation automatique de l'économie en cas de chocs économiques.

In het kader van het Europees Semester is het belangrijk om meer rekening te houden met de sociale dimensie. In het bijzonder bij de door de Europese Commissie aangekondigde herziening van het Europees Semester en het volgende Mobiliteitspakket. Ook bij de herziening van de Europese coördinatieverordeningen zal ik erop toezien, vanzelfsprekend in overleg met alle bevoegde overheden, dat er oog is voor het evenwicht tussen het bevorderen van de mobiliteit van werknemers enerzijds en de gelijke behandeling van werknemers, en de budgettaire impact op de sociale zekerheidssystemen anderzijds. Financiële duurzaamheid, adequate sociale zekerheid zijn immers twee zijden van dezelfde medaille.

De doelstelling van deze regering om de administratieve lasten te verminderen zal eveneens vertaald worden op Europees niveau. Wanneer burgers en bedrijven gebruik maken van hun recht op vrij verkeer in Europa, worden ze nog al te vaak geconfronteerd met complexe administratieve procedures en formulieren op het vlak van de sociale zekerheid. Zo zal de KSZ in de loop van 2016 een eerste versie van het EESSI-platform in test ter beschikking stellen van alle lidstaten. EESSI is een informaticasysteem dat de sociale zekerheidsinstellingen in de EU een snellere en beter beveiligde informatie-uitwisseling moet bieden.

8.2. **BELINCOSOC: een venster op de wereld**

Teneinde de Belgische deskundigheid inzake sociale bescherming optimaal in te zetten op internationaal niveau en de toegang voor derde landen tot die deskundigheid te vergemakkelijken, wordt ten volle de kaart getrokken van BELINCOSOC, het interdepartementaal platform dat alle Belgische spelers ter zake groepeert.

8.3. **De raad van Europa: het Belgisch voorzitterschap**

Bij de Raad van Europa zullen we samen met de minister van Werk de discussies over het Europees Sociaal Handvest verderzetten. Daarnaast is respect voor de mensenrechten in het algemeen en de fundamentele sociale rechten in het bijzonder zeer belangrijk.

Voortbouwend op de initiatieven van het Belgisch Voorzitterschap en het Proces van Turijn zal worden toegezien op de verderzetting van de activiteiten van de Raad van Europa op dit vlak. Een van de aandachtspunten die we willen opvolgen is de synergie met het recht van de Europese Unie, rekening houdend met de sociale basisrechten die de voorzitter van de Europese Commissie heeft aangekondigd in zijn State of the Union-toespraak van 9 september.

En tout état de cause, il est important que les considérations sociales gagnent en importance dans le cadre du Semester européen, en particulier dans le contexte de la révision annoncée par la Commission européenne du Semester européen et du prochain "Paquet Mobilité". Ainsi dans le cadre de la révision du règlement européen de coordination, je veillerai aussi, en collaboration avec toutes les autorités compétentes, à défendre l'équilibre entre encouragement à la mobilité des travailleurs, égalité de traitement entre les travailleurs et impact budgétaire sur les systèmes de sécurité sociale. La durabilité financière sociale et la viabilité financière sont, en effet, deux côtés d'une même médaille.

L'objectif de ce gouvernement de réduire les charges administratives se traduira aussi au niveau européen. Lorsque les citoyens et les entreprises font usage de leur droit à la libre circulation en Europe, ils sont encore trop souvent confrontés à des procédures administratives complexes et à des formulaires dans le domaine de la sécurité sociale. Dans le courant du 2016, la BCSS mettra une première version de la plateforme EESSI en test à la disposition de tous les États membres. EESSI est un système informatique destiné à aider les organismes de sécurité sociale dans l'UE à échanger des informations d'une manière plus rapide et plus sécurisée.

8.2. **BELINCOSOC: une fenêtre sur le monde**

Afin d'utiliser de manière optimale au niveau international l'expertise belge en matière de protection sociale et pour faciliter l'accès à cette expertise pour les pays tiers, nous jouons pleinement la carte de BELINCOSOC, la plateforme interdépartementale qui rassemble tous les acteurs belges en la matière.

8.3. **Le Conseil de l'Europe: la présidence belge**

Dans le giron du Conseil de l'Europe, nous poursuivrons conjointement avec le ministre de l'Emploi, les discussions qui sont menées actuellement au sujet de la Charte sociale européenne. En outre, le respect des droits de l'homme en général et des droits sociaux fondamentaux en particulier est très important.

Dans le prolongement des travaux de la présidence belge et du Processus de Turin relatif à la Charte sociale européenne, nous veillerons à la poursuite des travaux menés par le Conseil de l'Europe en la matière. La synergie avec le droit de l'Union européenne, en tenant compte notamment du socle de droits sociaux annoncé par le Président de la Commission européenne dans son discours sur l'état de l'Union du 9 septembre sera un des points d'attention que nous suivrons.

8.4. *De bilaterale relaties*

Met het oog op de goede bilaterale samenwerking met niet-EU lidstaten en de goede economische betrekkingen die moeten worden onderhouden met andere landen die investeren in België en zo arbeidsplaatsen creëren, zal verder geïnvesteerd worden in bilaterale sociale zekerheidsverdragen met die landen. Zo kan een dubbele bijdragebetaling worden vermeden en verliezen de betrokkenen hun pensioenrechten niet die ze opgebouwd hebben in één van beide landen.

De minister van Sociale Zaken,

Maggie DE BLOCK

8.4. *Les relations bilatérales*

En vue d'une bonne collaboration bilatérale avec les États membres non-UE et de bonnes relations économiques qui doivent être entretenues avec d'autres pays qui investissent en Belgique et créent ainsi des emplois, il sera encore investi dans des conventions bilatérales de sécurité sociale avec ces pays. Ce qui permettra d'éviter le double paiement de cotisations et la perte des droits à la pension que les intéressés ont acquis dans l'un des deux pays.

La ministre des Affaires sociales,

Maggie DE BLOCK

II. — GEZONDHEIDSZORG

1. Algemene inleiding: 2016, van concept naar uitvoering

2015 was een overgangsjaar met een dubbele doelstelling: enerzijds de gezondheidszorgbegroting op orde brengen en anderzijds een aantal van de in het regeerakkoord voorziene grote hervormingen op de sporen zetten. Daarnaast was ook crisisbeheer, met name inzake de aanpak van de ebola-epidemie, een belangrijke uitdaging voor het eerste werkjaar.

Het voorbije jaar heb ik inderdaad belangrijke stappen kunnen zetten op vlak van het vastleggen van de oriëntaties en aanpak voor een reeks hervormingen: de hervorming van de financiering en organisatie van de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie, *etc.* Zeer recent werden ook nog de geactualiseerde roadmap eGezondheid goedgekeurd en het Plan inzake geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Al deze hervormingstrajecten kwamen tot stand in nauw overleg met alle belanghebbenden, niet in het minst met het werktein zelf en met de deelstaten waar zij gegeven hun bevoegdheden betrokken zijn. En al deze trajecten staan uiteindelijk ten dienst van één doelstelling: het verbeteren van de patiëntgerichtheid van de gezondheidszorg.

In 2016 wens ik voort te bouwen op de sporen die we in 2015 hebben getrokken.

Ik presenteer een gezondheidszorgbegroting in evenwicht. Bezuinigingen blijven nodig, maar de patiënt wordt daarbij gevrijwaard. Het budgettaire kader blijft uitdagend en noopt meer dan ooit tot zorgvuldige reflectie over elke euro die we besteden. Daarbij moet de toegankelijkheid voor de patiënt tot betaalbare en kwaliteitsvolle zorg een voortdurend aandachtspunt blijven. Ondanks de budgettaire krapte, maak ik ruimte voor nieuw beleid, om behoeften geformuleerd door het terrein en het overleg te kunnen vervullen en bij te dragen tot de realisatie van het regeerakkoord.

Ik zet de in 2015 opgestarte hervormingstrajecten verder, en start een aantal nieuwe werven op: denken we bijvoorbeeld aan de hervorming van de wetgeving op de gezondheidszorgberoepen, of de reflectie over een gemoderniseerde benadering van de nomenclatuur. Ik hou vast aan mijn inmiddels gekende methodiek: op basis van een duidelijke koers, stapsgewijs hervormen, steeds in overleg met de belanghebbenden. Samen bouwen we in partnerschap zo verder aan de gezondheidszorg van morgen en overmorgen.

II. — SOINS DE SANTE

1. Introduction générale: 2016, du concept à l'exécution

2015 a été une année transitoire, dotée d'un double objectif: d'une part, remettre de l'ordre dans le budget des soins de santé et, d'autre part, initier certaines des grandes réformes prévues dans l'accord gouvernemental. Par ailleurs, la gestion de crise dans le cadre de l'épidémie Ebola a également constitué un défi important pour ma première année de travail.

L'année passée, j'ai en effet pu franchir des étapes importantes dans la détermination des orientations et de l'approche pour une série de réformes: la réforme du financement et de l'organisation des hôpitaux, les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents, le Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, *etc.* La feuille de route eSanté actualisée a également été approuvée tout dernièrement, ainsi que le Plan pour les soins intégrés en faveur des malades chroniques. Tous ces trajets de réforme ont été réalisés en concertation étroite avec toutes les parties intéressées, dont les acteurs du terrain ne sont pas les moindres, ainsi qu'avec les entités fédérées impliquées du fait de leurs compétences. Tous ces trajets servent finalement un seul et unique objectif: améliorer l'aspect orientation patient des soins de santé.

En 2016, je souhaite poursuivre sur les voies mises en place en 2015.

Je présente un budget soins de santé en équilibre. Des économies restent nécessaires, mais le patient en est préservé. Le cadre budgétaire reste un défi et nous invite plus que jamais à mener une réflexion minutieuse pour chaque euro que nous dépensons. Dans ce cadre, l'accessibilité du patient à des soins abordables et de qualité doit rester un point d'attention permanent. Malgré la disette budgétaire, je crée de la marge pour une nouvelle politique, afin de pouvoir répondre aux besoins formulés par le terrain et par la concertation et de contribuer à la réalisation de l'accord gouvernemental.

Je poursuis les trajets de réforme entamés en 2015, et lance un certain nombre de nouveaux chantiers: nous pensons par exemple à la réforme de la législation relative aux professions des soins de santé, ou à la réflexion sur une approche modernisée de la nomenclature. Je reste fidèle à la méthodologie qui m'est entre-temps devenue familière: je me base sur un cap bien défini, sur des réformes progressives, toujours en concertation avec les parties intéressées. Ensemble, nous construisons ainsi, en partenariat, les soins de santé de demain et d'après-demain.

2. Budgettair kader 2016

2.1. Budgettair meerjarenkader

In het kader van het regeerakkoord is een budgettair meerjarenkader voor gezondheidszorg uitgewerkt. De nieuwe groeiform impliceert bezuinigingen ten aanzien van het vroegere groeipad, maar moet tegelijk budgettaire ruimte bieden voor nieuwe investeringen met het oog op het garanderen van een toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Dit meerjarenpad werd in het kader van het begrotingconclaaf van juli 2015 aangepast met een bijkomende structurele besparing van 285 miljoen euro voor de sector gezondheidszorg ten einde een bijdrage te leveren aan de verdere sanering van de overheidsfinanciën. Ook werd een besparing van 100 miljoen euro op de administratiekosten van de ziekenfondsen voorzien, waarvan 50 miljoen euro in 2016.

2.2. Maatregelen 2016

De gezondheidszorgbegroting 2016 is gestoeld op een aantal principes.

De maatregelen schrijven zich in, in het federaal regeerakkoord 2014-2019. Eén van de centrale doelstellingen van dit regeerakkoord bestaat erin om aan alle burgers van dit land een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen, aangepast aan de evoluerende noden van de patiënt, en met vrijwaring van de principes van de keuzevrijheid van de patiënt en de diagnostische en therapeutische vrijheid.

Bij de maatregelen tot bezuiniging en nieuw beleid in voorliggend voorstel is de impact op de patiënt overwogen. Bij de bezuinigingen worden de patiënten maximaal gespaard. Het nieuw beleid moet maximaal bijdragen tot het invullen van onvervulde noden en het versterken van de kwaliteit en patiëntgerichtheid van de zorg.

Een aantal van de beoogde structuurhervormingen werden het voorbije jaar door mij reeds opgestart; een aantal andere zijn nog in uitwerking. Ik engageer mij dat deze hervormingen zich verder zal realiseren in overleg en samenwerking met de belanghebbenden en, waar nodig, met de deelstaten.

De regering erkent en ondersteunt uitdrukkelijk de vrijheid en verantwoordelijkheid van de zorgverstrekkers en ziekenfondsen in het kader van het overlegmodel, alsook andere belanghebbenden van de ziekteverzekering. Zij kunnen zelf voorstellen formuleren binnen de middelen voorzien in de partiële begrotingsdoelstelling, rekening

2. Cadre budgétaire 2016

2.1. Cadre budgétaire pluriannuel

Un cadre budgétaire pluriannuel pour les soins de santé a été élaboré dans le cadre de l'accord gouvernemental. La nouvelle norme de croissance implique des économies par rapport à l'ancien trajet de croissance, mais elle doit en même temps offrir un espace budgétaire pour de nouveaux investissements, afin de garantir des soins de santé accessibles et de haute qualité. Ce trajet pluriannuel a été adapté dans le cadre du conclave budgétaire de juillet 2015. Une économie structurelle supplémentaire de 285 millions d'euros a été imposée au secteur des soins de santé afin de contribuer à l'assainissement des finances publiques. Une économie de 100 millions d'euros a également été prévue sur les frais d'administration des mutualités, dont 50 millions d'euros en 2016.

2.2. Mesures 2016

Le budget des soins de santé de 2016 se fonde sur un certain nombre de principes.

Les mesures s'inscrivent dans l'accord gouvernemental fédéral 2014-2019. Un des objectifs principaux de cet accord gouvernemental est de garantir à tous les citoyens de ce pays des soins de santé de qualité, abordables et accessibles, adaptés à l'évolution des besoins des patients, tout en préservant les principes du libre choix du patient et de la liberté diagnostique et thérapeutique.

La présente proposition a tenu compte de l'impact des mesures d'économie et de la nouvelle politique sur le patient. En ce qui concerne les économies, les patients ont été préservés au maximum. La nouvelle politique doit contribuer le plus possible à répondre aux besoins non rencontrés et à renforcer la qualité et l'orientation patient des soins.

L'année dernière, j'ai déjà lancé certaines des réformes structurelles visées; certaines autres sont encore en cours d'élaboration. Je m'engage à poursuivre la réalisation de ces réformes en concertation et en collaboration avec les parties intéressées et, quand cela s'avère nécessaire, avec les entités fédérées.

Le gouvernement reconnaît et soutient expressément la liberté et la responsabilité des dispensateurs de soins et des mutualités dans le cadre du modèle de concertation, ainsi que celles des autres parties intéressées de l'assurance maladie. Ils peuvent formuler eux-mêmes des propositions dans les limites des moyens prévus

houdend met de reële beschikbare budgettaire ruimte en de beleidsoriëntaties binnen de ziekteverzekering.

De voorstellen zijn maximaal gebaseerd op een streven naar het versterken van evidence based en best practice, doelmatigheid, zorgkwaliteit. Er wordt rekening gehouden met het vrijwaren van de financiële toegankelijkheid van de zorg. In die zin houd ik rekening met resultaten van internationaal en nationaal onderzoek, bv. van het KCE, met maatregelen die worden voorgesteld in het kader van de auditrapporten of door de Commissie voor Begrotingscontrole, en dergelijke meer.

De maatregelen worden maximaal ingepast in een meerjarenkader, zoals het Toekomstpact voor de patiënt en met de farmaceutische industrie, en zijn bij voorkeur structureel van aard.

Ik zal, met het oog op de coherentie en transparantie van de begroting van de geneeskundige verzorging, in 2016 onderzoeken hoe de vaststelling van de begrotingsdoelstelling gesynchroniseerd kan worden met de vaststelling van de begroting. Ook zal worden onderzocht hoe de begrotingskalender, die wettelijk voorzien is voor de ziekteverzekering, kan gesynchroniseerd worden met de vereisten op vlak van de Europese begrotingskalender.

2.2.1. Bezuinigingen

Ten opzichte van het Monitoringcomité van september 2015 dienen voor 2016 binnen het begrotingsobjectief netto bezuinigingsmaatregelen genomen te worden ten belope van 408,3 miljoen euro om het door de regering vastgestelde begrotingstraject te respecteren en om het nieuw beleid vorm te geven.

In het kader van het toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische sector levert de farmaceutische industrie een bijdrage van meer dan 60 miljoen euro in 2016.

In lijn met de sociale indexsprong van toepassing op de loonsectoren, wordt de indexmassa (0,62 %) van de honorariasectoren in 2016 niet toegekend. Dit levert 82,5 miljoen euro op.

Er worden ook een aantal technische correcties aan de begroting gemaakt zoals de onderbenutting op de internationale verdragen (176 miljoen euro) die als een structurele mindergave wordt ingeschreven, het herinvesteren van een niet-geaffecteerd bedrag binnen de ziekenhuisfinanciering (44,3 miljoen euro), het

dans l'objectif budgétaire partiel, compte tenu de la marge budgétaire disponible réelle et des orientations politiques au sein de l'assurance maladie.

Les propositions sont basées le plus possible sur un objectif de renforcement de l'evidence based medicine et de la best practice, de l'efficacité et de la qualité des soins. La préservation de l'accessibilité financière des soins est également un élément dont il est tenu compte. Dans ce sens, je tiens compte des résultats d'enquêtes internationales et nationales, telles que les enquêtes du KCE, de mesures proposées dans le cadre des rapports d'audit ou par la Commission de contrôle budgétaire, etc.

Les mesures sont intégrées au maximum dans un cadre pluriannuel, comme c'est le cas pour le Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, et sont de préférence de nature structurelle.

Afin de garantir la cohésion et la transparence du budget des soins de santé, j'examinerai en 2016 de quelle façon la fixation de l'objectif budgétaire peut être synchronisée avec la fixation du budget. J'examinerai également comment le calendrier budgétaire légalement prévu pour l'assurance maladie peut être synchronisé avec les exigences au niveau du calendrier budgétaire européen.

2.2.1. Économies

À l'égard du Comité de monitoring de septembre 2015, des mesures d'économies nettes doivent être prises pour 2016 dans le cadre de l'objectif budgétaire pour un montant de 408,3 millions d'euros, afin de respecter le trajet budgétaire fixé par le gouvernement et de donner forme à la nouvelle politique.

Dans le cadre du Pacte d'avenir pour le patient avec le secteur pharmaceutique, l'industrie pharmaceutique contribue à concurrence de plus de 60 millions d'euros en 2016.

En ligne avec le saut d'index social d'application dans les secteurs salariés, la masse d'indexation (0,62 %) des secteurs d'honoraires n'a pas été octroyée en 2016. Cette mesure a rapporté un montant de 82,5 millions d'euros.

Un certain nombre de corrections techniques ont également été apportées au budget, telles que la sous-utilisation pour les traités internationaux (176 millions d'euros) qui sont inscrits comme une dépense en moins structurelle, le réinvestissement d'un montant non affecté dans le financement des hôpitaux (44,3 millions

schrappen van een aantal gereserveerde bedragen en het verminderen van de enveloppe van artikel 56 contracten (12 miljoen euro). In dat kader wordt ook een onderbenutting voorzien (4,95 miljoen euro).

Door het vereenvoudigen van procedures bij de logopedie en de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming kan daarenboven nog eens bijna 7 miljoen euro extra bespaard worden.

Aan de sector van de thuisverpleegkunde zal gevraagd worden om hun budgetoverschrijding van 10,4 miljoen euro structureel te compenseren door middel van een besparing. De sector zal hierbij zelf een voorstel mogen doen.

Binnen de nCPAP sector wordt inspanning van 3 miljoen euro gevraagd.

In het kader van de uitrol van het 1733-nummer en de afstemming/integratie daarvan met het 112-oproepnummer, zal de opvang van patiënten binnen de niet-geplande geneeskundige verzorging worden hervormd. Hierbij zal er een speciale aandacht worden geschonken aan de samenwerking en afstemming tussen de verschillende spoeddiensten en huisartsenwachtposten. Er werden daarvoor in het lopend Medicomut-akkoord 2015 ook engagementen aangegaan. Dit met als doel een betere inzet van de beschikbare middelen. Deze hervorming zal gebeuren binnen de reeds beschikbaar gestelde middelen, o.m. in het kader van de standaardiseringsoefening van de uitgaven. De bijkomende schijf van 5,25 miljoen die voor 2016 voorzien was, wordt structureel bevroren. Het resterende bedrag van 4,95 miljoen voor 2015 kan worden aangewend voor de realisatie van de dossiers die op 12/10/2015 om 12h00 formeel waren ingediend bij het RIZIV, maar waarvoor nog geen verdere behandeling en/of nog geen beslissing door het Verzekeringscomité werd genomen. Echter, deze aanwending kan pas dan gebeuren, wanneer de regering akkoord is gegaan met een door de Medicomut geformuleerd voorstel tot verdere standaardisering van de toegestane uitgaven met het oog op meer doelmatigheid. De nieuwe dossiers dienen te voldoen aan de nieuwe standaardiseringsregels. De bestaande wachtposten zullen zich volgens een afgesproken tijdsplan in regel dienen te stellen met de nieuwe standaardiseringsregels.

2.2.2. Nieuw beleid

Deze bezuinigingen dienen om enerzijds het door de regering vastgestelde meerjaren budgettair kader te respecteren en anderzijds om de geneeskundige zorg voor de patiënten te verbeteren en de gezondheidszorgfactuur voor de patiënt met meer dan 18 miljoen euro te verminderen.

d'euros), la suppression de certains montants réservés et la diminution de l'enveloppe des contrats article 56 (12 millions d'euros). Dans ce cadre, une sous-utilisation est également prévue (4,95 millions d'euros).

La simplification de procédures pour la logopédie et l'octroi de l'intervention majorée permettent en outre d'économiser près de 7 millions d'euros supplémentaires.

Il sera demandé au secteur des soins infirmiers à domicile de compenser de façon structurelle leur dépassement budgétaire de 10,4 millions d'euros au moyen d'une économie. Le secteur pourra faire lui-même une proposition dans ce cadre.

Dans le secteur nCPAP, un effort de 3 millions d'euros est demandé.

Dans le cadre de l'implémentation du numéro 1733 et de l'harmonisation/intégration de ce numéro avec le numéro d'urgence 112, l'accueil des patients dans les soins de santé non planifiés sera réformé. Dans ce contexte, une attention particulière sera prêtée à la collaboration et à l'harmonisation entre les différents services d'urgence et postes de garde de médecins généralistes. Des engagements ont également été pris à cet effet dans l'accord Médicomut 2015 en cours. L'objectif est de mieux utiliser les moyens disponibles. Cette réforme se fera dans le cadre des moyens déjà disponibles, notamment dans le cadre de l'exercice de standardisation des dépenses. La tranche supplémentaire de 5,25 millions d'euros qui était prévue pour 2016 est structurellement gelée. Le montant restant de 4,95 millions d'euros pour 2015 peut être affecté à la réalisation des dossiers qui avaient été introduits de manière formelle à l'INAMI le 12.10.2015 à 12h00, mais qui n'avaient pas encore été traités et/ou fait l'objet d'une décision par le Comité de l'assurance. Toutefois, cette affectation ne peut avoir lieu que si le gouvernement a approuvé une proposition formulée par la Médicomut de poursuite de la standardisation des dépenses autorisées en vue d'augmenter l'efficacité. Les nouveaux dossiers doivent répondre aux nouvelles règles de standardisation. Les postes de garde existants devront se mettre en règle au niveau des nouvelles règles de standardisation selon un calendrier établi de commun accord.

2.2.2. Nouvelle politique

Ces économies ont pour objectif, d'une part, de respecter le cadre budgétaire pluriannuel fixé par le gouvernement et, d'autre part, d'améliorer les soins de santé dispensés aux patients et de diminuer de plus de 18 millions d'euros la facture de santé pour les patients.

Op dit moment worden volgens schattingen jaarlijks meer dan 2 400 jongeren en jongvolwassen getroffen door kanker. Door de behandeling kunnen de mogelijkheden om na genezing kinderen te krijgen sterk verminderen. Om hieraan tegemoet te komen, zal ik vanaf 2016 via overeenkomsten met gespecialiseerde centra de mogelijkheid bieden aan patiënten om gameten of ovarieel weefsel te preserven binnen een cryogene capaciteit. Nu dient de patiënt nog zelf deze kosten op zich te nemen, vanaf 2016 zal dat door de ziekteverzekering gebeuren. Ik voorzie hier 4 miljoen euro voor.

Volgens recent onderzoek is er een theoretisch potentieel van 0,6 % van de vrouwen en 0,7 % van de mannen inzake genderdysforie. Voor de diagnostiek, begeleiding, opvolging en behandeling van personen met genderdysforie is een multidisciplinaire expertomkadering binnen een beperkt aantal referentie-expertisecentra aangewezen. Hiervoor trek ik vanaf 2016 1,17 miljoen euro uit.

Het samengaan van een psychische problematiek en een verstandelijke handicap leidt nu vaak tot een niet-adequate behandeling. Om deze patiënten te helpen zal in een betere personeelsomkadering voor zowel volwassenen als kinderen en jongeren worden voorzien (4,68 miljoen euro). Bij de uitvoering van deze maatregel zal ook afstemming plaats vinden met de gemeenschappen.

Op voorstel van de sector zullen innovaties in de behandeling van type 1-diabetespatiënten op budget-neutrale wijze in de conventie opgenomen worden.

Ook in de omkadering van de zorg zal in 2016 verder geïnvesteerd worden. Om de coördinerende capaciteiten van de FOD Volksgezondheid op internationaal en interfederaal vlak en in het netwerk van de 8 federale gezondheidszorgadministraties te versterken ga ik 800 000 euro investeren. En, opdat het KCE een *Health Research System* zou kunnen uitbouwen, een aanbeveling van het Rekenhof reeds in 2010, voorzie ik 200 000 euro.

Om de ziekenhuizen toe te laten om hun toekomstige rol in het zorglandschap zoals voorzien in mijn hervormingsplan van de ziekenhuisfinanciering op te nemen, zal ik structureel 40,2 miljoen euro in de uitbouw van een geïntegreerd Elektronisch Patiëntendossier (EPD) voor de ziekenhuizen investeren. Bij de uitvoering van deze maatregel zal ook afstemming plaatsvinden met de gemeenschappen.

Selon les estimations, chaque année plus de 2 400 adolescents et jeunes adultes sont actuellement touchés par le cancer. Le traitement du cancer implique une forte diminution des chances d'avoir des enfants après la guérison. Pour faire face à cette situation, je donnerai à partir de 2016 la possibilité, via des conventions avec des centres spécialisés, aux patients de conserver des gamètes ou du tissu ovarien dans un récipient cryogénique. À l'heure actuelle, c'est le patient lui-même qui doit encore en assumer les coûts; à partir de 2016, ces coûts seront pris en charge par l'assurance maladie. Je prévois 4 millions d'euros à cet effet.

Selon une récente enquête, la dysphorie de genre touche un potentiel théorique de 0,6 % des femmes et de 0,7 % des hommes. Pour le diagnostic, l'accompagnement, le suivi et le traitement des personnes en cas de dysphorie de genre, un encadrement d'experts multidisciplinaire est indiqué dans un nombre restreint de centres d'expertise de référence. Je prévois à cet effet un montant de 1,17 millions d'euros à partir de 2016.

À l'heure actuelle, la combinaison d'une problématique psychique et d'un handicap intellectuel mène souvent à un traitement inadéquat. Pour aider ces patients, on prévoira un meilleur encadrement de personnel tant pour les adultes que pour les enfants et les adolescents (4,68 millions d'euros). Lors de l'exécution de cette mesure, on procédera également à une harmonisation avec les Communautés.

Sur la proposition du secteur, des innovations budgétairement neutres seront intégrées dans la convention en ce qui concerne le traitement des patients atteints du diabète du type 1.

On continuera également d'investir dans l'encadrement des soins en 2016. Afin de renforcer les capacités de coordination du SPF Santé publique au niveau international et interfédéral et dans le réseau des 8 administrations de santé fédérales, je vais investir 800 000 euros. Et je prévois un montant de 200 000 euros pour que le KCE puisse développer un "*Health Research System*", ce qui était déjà une recommandation de la Cour des comptes en 2010.

Afin de permettre aux hôpitaux d'assurer leur rôle futur dans le paysage des soins de santé, tel que défini dans mon plan de réforme du financement des hôpitaux, j'investirai de façon structurelle 40,2 millions d'euros dans la mise sur pied d'un Dossier de patient électronique (DPE) intégré. Lors de l'exécution de cette mesure, on procédera également à une harmonisation avec les Communautés.

In afwachting van een grondige hervorming en duurzame financiering van de sector van de dringende geneeskundige hulp, zal ik in 2016 een deel van de nood reeds lenigen door middel van het verhogen van de permanentietoelage voor de ziekenwagendiensten (12 miljoen euro).

Niet-commerciële studies onderzoeken op dit moment te weinig maatschappelijk relevante vragen inzake klinische doeltreffendheid en de besteding van de budgettaire middelen. Om hierop een antwoord te bieden, zal 5,9 miljoen euro geïnvesteerd worden in onafhankelijke klinische onderzoeken die betere zorg aan de patiënt zullen genereren, en vanaf 2019 zelfs een positief budgettair rendement.

Om patiënten toegang te kunnen blijven verlenen tot de meest innovatieve behandelingen, en om aan *evidence-based* gezondheidszorgbeleid te kunnen doen, zijn kwaliteitsvolle en efficiënte stamcel- en navelstrengbloedbanken essentieel. Daarom zal op basis van een evaluatie door het Kankercentrum binnen het WIV de financieringswijze van de stamcelbanken gewijzigd worden (0,3 miljoen euro).

Ik wens het overleg tussen verstrekkers en ziekenfondsen expliciet te ondersteunen.

In het kader van een af te sluiten tweejarig Medicomut-akkoord wordt structureel 25 miljoen euro uitgetrokken, waarbij aandacht gevraagd zal worden voor internationale guidelines, EBM principes, financiële toegankelijkheid voor de patiënten en de ondersteuning van de behandelende arts voor zijn betrokkenheid en de inzet van de behandelend arts in het kader van arbeidsomgeschiktheid en re-integratie.

Daarnaast zal er 10 miljoen euro uitgetrokken worden voor begeleidende stagemeesters in de artsenopleiding.

Er wordt eveneens 10 miljoen euro uitgetrokken voor de versterking van de paramedische beroepen. Het Verzekeringscomité krijgt een belangrijke rol in de toewijzing van deze middelen. Een aandachtspunt is alvast een aantal vragen op vlak van sociaal statuut die door een aantal beroepen worden gesteld. Deze vragen dienen binnen een geïntegreerde visie benaderd te worden.

Tot slot maak ik 50 miljoen euro vrij voor een eerste schijf voor de implementatie voor IFIC voor de werknemers actief in de gezondheidsinrichtingen die onder de federale bevoegdheid vallen. Het betreft een eerste stap in het implementeren van een model waar door de

En attendant une réforme approfondie et un financement durable du secteur de l'aide médicale urgente, je vais déjà le soulager quelque peu en 2016, en augmentant le supplément de permanence pour les services ambulanciers (12 millions d'euros).

Actuellement, les études non commerciales se penchent trop peu sur des questions sociales pertinentes en matière d'efficacité clinique et d'affectation des moyens budgétaires. Pour répondre à cette situation, un montant de 5,9 millions d'euros sera investi dans des études cliniques indépendantes qui permettront de générer des soins de meilleure qualité au patient et qui auront même un impact budgétaire positif à partir de 2019.

Pour pouvoir continuer à donner aux patients accès aux traitements les plus innovateurs, et pour pouvoir mener une politique de santé *evidence-based*, des banques de cellules souches et de cordon ombilical de qualité et efficaces sont essentielles. C'est pourquoi, sur la base d'une évaluation réalisée par le Centre du cancer de l'ISP, le mode de financement des banques de cellules souches sera modifié (0,3 millions d'euros).

Je souhaite explicitement soutenir la concertation entre les dispensateurs de soins et les mutualités.

Dans le cadre d'un accord Medicomut bisannuel à conclure, un montant de 25 millions d'euros est prévu de façon structurelle. Dans ce cadre il sera demandé de veiller aux directives internationales, aux principes EBM, à l'accessibilité financière pour les patients, au soutien du médecin traitant dans son implication et à l'investissement du médecin traitant dans le cadre de l'incapacité de travail et de la réinsertion.

Par ailleurs, 10 millions d'euros seront prévus pour les maîtres de stage dans le cadre de la formation des médecins.

10 millions d'euros seront également prévus pour le renforcement des professions paramédicales. Le Comité de l'assurance reçoit un rôle important dans l'attribution de ces moyens. Il y a déjà d'ores et déjà un point d'attention dans ce cadre, à savoir certaines questions posées par différentes professions en ce qui concerne le statut social. Ces questions doivent être abordées dans le cadre d'une vision intégrée.

Pour terminer, je prévois 50 millions d'euros pour une première tranche pour l'implémentation de l'IF-IC pour les travailleurs salariés actifs dans les établissements de soins relevant de la compétence fédérale. Il s'agit d'une première étape dans l'implémentation d'un modèle

sociale partners van de private gezondheidszorginstellingen sinds 2001 wordt gewerkt. Deze eerste stap zal zich focussen op de zorgende functiedepartementen in de federale gezondheidsinrichtingen. Bovenop de 50 miljoen euro die bijkomend ter beschikking wordt gesteld, kunnen de reeds beschikbare middelen in het kader van regelingen die verband houden met de loonspanning, met name de premies voor bijzondere titels en kwalificaties, geïntegreerd worden in de implementatie van het IFIC-model. Voor de uitwerking van deze maatregel zal intens overleg met de sociale partners worden voorzien. Dit implementatievoorstel zal ook overlegd worden met de deelstaten in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Tot slot zal de minister van Economie met de sector van de groothandelaars maatregelen overleggen opdat zij, ten opzichte van andere sectoren, een evenwichtige bijdrage zouden leveren tot de sanering van de gezondheidszorgbegroting. De middelen die hierdoor kunnen vrijkomen zullen geïnvesteerd worden in de versterking van de eerste lijn in de brede zin van het woord. De toewijzing van deze middelen aan precieze maatregelen zal beslist worden in samenspraak tussen het Verzekeringscomité en de regering.

2.3. Verdere optimalisering van het budgettaire beheer

In 2015 werden de eerste wijzigingen en voorbereidingen getroffen om de gezondheidszorgbegroting transparanter en beheersbaarder te maken. Deze inspanningen zullen in 2016 verder gezet worden.

In het kader hiervan wens ik in 2016 te evalueren of de financiering van een aantal bevoegdheden zoals het sociaal statuut van diverse gezondheidszorgberoepen geoptimaliseerd kan worden en in hun respectievelijke partiële begrotingsdoelstelling opgenomen kan worden waardoor het sociaal overleg binnen de sector hun sociaal statuut kan versterken indien zij dit wensen.

3. Transversale beleidslijnen

3.1. De patiënt centraal

3.1.1. Macroniveau: de patiënt betrekken in het beleid

Het regeerakkoord stelt dat “de patiënten op aangepaste wijze bij het overleg worden betrokken. Dit geldt voor het vastleggen van de gezondheidsdoelstellingen en het uittekenen van de toekomststrategie van de gezondheidszorg, alsook ad rem waar zij toegevoegde waarde kunnen leveren.”

avec lequel les partenaires sociaux des établissements de soins privés travaillent depuis 2001. Cette première étape se concentrera sur les départements de soins dans les établissements de soins fédéraux. Outre les 50 millions d’euros mis à disposition en supplément, les moyens déjà disponibles dans le cadre de réglementations ayant un rapport avec la tension salariale, à savoir les primes pour les titres et qualifications particuliers, peuvent être intégrés dans l’implémentation du modèle IF-IC. Pour l’élaboration de cette mesure, une concertation intense avec les partenaires sociaux sera prévue. Cette proposition d’implémentation fera également l’objet d’une concertation avec les entités fédérées au sein de la Conférence interministérielle Santé publique.

Pour terminer, le ministre de l’Économie va négocier des mesures avec le secteur de la grande distribution afin que celui-ci contribue de façon équilibrée, à l’instar d’autres secteurs, à l’assainissement du budget des soins de santé. Les moyens que ces mesures permettront de libérer seront investis dans le renforcement de la première ligne au sens large du terme. L’attribution de ces moyens à des mesures précises sera décidée en concertation entre le Comité de l’assurance et le gouvernement.

2.3. Poursuite de l’optimisation de la gestion budgétaire

En 2015, les premières modifications et préparations ont été mises en œuvre afin d’augmenter la transparence et la maîtrise du budget des soins de santé. Ces efforts seront poursuivis en 2016.

Dans ce cadre, je souhaite évaluer en 2016 si le financement de certaines compétences, telles le statut social de différentes professions des soins de santé, peut être optimisé et intégré dans leurs objectifs budgétaires partiels respectifs, ce qui permettrait à la concertation sociale de renforcer leur statut social dans le secteur si ces professions le souhaitent.

3. Orientations stratégiques transversales

3.1. Le patient occupe une position centrale

3.1.1. Niveau macro: impliquer le patient dans la politique

L’accord gouvernemental stipule que “les patients seront impliqués d’une façon adaptée dans la concertation. Cela s’applique pour la détermination des objectifs santé et l’élaboration de la stratégie d’avenir pour les soins de santé, aussi ad rem où ils peuvent donner une plus-value.”

Sinds dit jaar zijn de patiëntenkoepels, LUSS, VPP, Radiorg en Rat und treff volwaardig lid van de raad van bestuur van het KCE. Hierdoor kunnen zij mee richting geven aan de prioriteiten op het studieprogramma van dit kenniscentrum. Vanaf 2016 zullen zij vertegenwoordigd zijn in de gemoderniseerde geneesmiddelencommissie van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidszorgproducten en wordt ook in de nodige technische ondersteuning voorzien. Daarnaast, in kader van het plan geïntegreerde zorg voor de chronisch zieken voorziet het regeerakkoord dat de patiëntenorganisaties nauw betrokken zullen worden bij de uitvoering van het plan.

3.1.2. *Microniveau versterking van de rechten van de patiënt*

Om de rechten van de patiënt beter bekend te maken, zal de federale ombudsdienst in de winter van start gaan met een campagne over de 7 patiëntenrechten.

Ten gevolge van de 6^{de} staatshervorming zijn er lacunes ontstaan in de regelgeving en de verzekering van de ombudsfunctie. Welke overheid bepaalt welke normen met betrekking tot de rechten van de patiënt? Aan welke overheid rapporteert de ombudsfunctie in kader van de rapportage verplichting? Hoe verzekeren we de ombudsfunctie in de RVT, ROB, etc.? Meer concreet zal ik een reeks punten aankaarten tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

De krachtlijnen die de overheden in een protocolakkoord zouden kunnen opnemen, zijn de volgende:

- de organisatie, de werking en de financiering van de ombudsdiensten “Rechten van de patiënt”;
- zij wisselen informatie uit over de klachtenbemiddeling in de gezondheidszorg;
- zij preciseren zo snel mogelijk de beslissingen over de klachtenbemiddeling in de geestelijke gezondheidszorg;
- de overheden moeten over de praktische uitwerking van lokale (entiteiten) nadenken om op een laagdrempelige en toegankelijke manier klachtenbemiddeling te organiseren voor klachten in de ouderenzorgvoorzieningen, de gevangenis en de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen en de instellingen van sociaal verweer.

Depuis cette année, les associations coupoles de patients, LUSS, VPP, Radiorg et Rat und treff, sont membres à part entière du Conseil d'administration du KCE. De ce fait, elles peuvent contribuer à donner une orientation aux priorités dans le programme d'études de ce Centre d'expertise. À partir de 2016, ces associations de patients seront représentées au sein de la Commission des médicaments modernisée de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Le soutien technique requis sera également prévu. En outre, l'accord gouvernemental prévoit que les organisations de patients seront étroitement impliquées dans l'exécution du Plan soins intégrés pour les malades chroniques.

3.1.2. *Niveau micro: renforcement des droits du patient*

Afin de mieux faire connaître les droits du patient, le Service de médiation fédéral lancera en hiver une campagne d'informations sur les 7 droits du patient.

Suite à la 6^e réforme de l'État, des lacunes sont apparues dans la réglementation et dans l'exercice de la fonction de médiation. Quelle autorité définit quelles normes en ce qui concerne les droits des patients? À quelle autorité la fonction de médiation rapporte-t-elle dans le cadre de l'obligation de reporting? Comment assurons-nous la fonction de médiation au sein des MRS, MRPA, etc.? Plus concrètement, je vais déjà aborder une série de points à l'occasion de la Conférence interministérielle Santé publique.

Les axes principaux que l'autorité pourrait intégrer dans un protocole d'accord sont les suivants:

- l'organisation, le fonctionnement et le financement des services de médiation “Droits du patient”;
- ils échangent des informations sur la médiation des plaintes dans les soins de santé;
- ils précisent dans les plus brefs délais les décisions en matière de médiation des plaintes dans les soins de santé mentale;
- l'autorité doit mener une réflexion sur l'élaboration pratique des entités locales pour organiser une médiation des plaintes abordable et accessible pour les plaintes dans les établissements de soins aux personnes âgées, dans les prisons et dans les départements psychiatriques des hôpitaux et des institutions de défense sociale.

3.1.3. Toegankelijkheid tot de zorg voor de patiënt

Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 betreffende de derde-betalersregeling dat bijna 30 jaar oud was, werd in september vervangen door een vernieuwd koninklijk besluit dat de verplichte derdebetalersregeling voorziet ten aanzien van de verzekerden met recht op de voorkeurregeling voor de consultaties bij de huisarts.

Dit koninklijk besluit is van toepassing sinds 1 oktober 2015 en voorziet bovendien in een snellere betaling van de arts die de verplichte derde betaler toepast via een elektronische facturatie.

Het verbod op de ereloonsupplementen op twee- en meerpersoonskamers tijdens een daghospitalisatie werd opgelegd door de Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 17 juli 2015 (BS van 17 augustus 2015) en is eveneens van toepassing sinds 27 oktober 2015.

Bij de Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid werd eveneens de sociale maximumfactuur automatisch toegekend aan gehandicapte kinderen (geestelijke of lichamelijke arbeidsongeschiktheid van ten minste 66 %).

Bij het sluiten van akkoorden en overeenkomsten tussen ziekenfondsen en verstrekkers van de verschillende sectoren is het steeds de doelstelling de toegankelijkheid voor de patiënt te garanderen en waar mogelijk te versterken. Ik zal dit overleg ondersteunen, zie ook de enveloppes die ik daarvoor vrijgemaakt heb in het kader van de gezondheidszorgbegroting.

Toegankelijkheid was ook één van de principale doelen van het Toekomstpact voor de patiënt dat ik met de farmaceutische industrie onderhandelde. Het Toekomstpact voorziet onder meer dat de geneesmiddelenfactuur deze legislatuur vanaf 2018 jaarlijks met 60 miljoen euro daalt. Dit jaar bedroeg de besparing voor de patiënt reeds 23 miljoen euro, volgend jaar komt daar nog eens 14 miljoen bovenop. De maximumgrens voor geneesmiddelen supplementen bedraagt vandaag nog 10,8 euro, vanaf 2016 zullen patiënten niet meer dan 5 euro supplementen mogen betalen.

3.1.4. Recht op informatie van de patiënt: het getuigschrift van verstrekte zorg en het bewijsstuk van verstrekte zorg

De patiënt heeft sinds de jongste Wet diverse bepalingen, ook recht op een bewijsstuk van verstrekte zorg in 2 situaties:

3.1.3. Accessibilité aux soins pour le patient

L'arrêté royal du 10 octobre 1986 relatif au régime du tiers payant, qui avait près de 30 ans, a été remplacé en septembre par un nouvel arrêté royal qui prévoit le régime du tiers payant obligatoire à l'égard des assurés ayant droit au régime préférentiel pour les consultations chez le médecin généraliste.

Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1er octobre 2015 et prévoit en outre un paiement plus rapide du médecin qui applique le tiers payant obligatoire via la facturation électronique.

L'interdiction des suppléments d'honoraires sur les chambres à deux lits ou plus pendant une hospitalisation de jour a été imposée par la loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 17 juillet 2015 (MB du 17 août 2015) et s'applique également depuis le 27 octobre 2015.

La loi portant des dispositions diverses en matière de santé prévoit que le maximum à facturer social est également octroyé automatiquement aux enfants handicapés (incapacité mentale ou physique de minimum 66 %).

L'objectif de la conclusion d'accords et de conventions entre les mutualités et les dispensateurs de soins des différents secteurs est toujours de garantir l'accessibilité des soins aux patients, et de la renforcer quand c'est possible. Je soutiendrai cette concertation, cf. également les enveloppes que j'ai libérées à cet effet dans le cadre du budget des soins de santé.

L'accessibilité était aussi l'un des objectifs principaux du Pacte d'avenir pour le patient, que j'ai négocié avec l'industrie pharmaceutique. Le Pacte d'avenir prévoit notamment qu'à partir de 2018, la facture des médicaments diminue chaque année de 60 millions d'euros au cours de cette législature. Cette année, l'économie pour le patient atteignait déjà 23 millions d'euros. L'année prochaine, un montant de 14 millions d'euros va s'y ajouter. Le maximum pour les suppléments de médicaments est actuellement de 18,0 euros. À partir de 2016, les patients ne pourront pas payer plus de 5 euros de supplément.

3.1.4. Droit à l'information du patient: l'attestation de soins donnés et la pièce justificative des soins dispensés

Depuis la dernière loi portant des dispositions diverses, le citoyen a également droit à recevoir une pièce justificative des soins dispensés dans 2 situations:

- In geval van elektronische facturering door de zorgverstrekker

- In geval van cumulatie van terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare verstrekkingen, met of zonder toepassing van de derde betaler

Deze informatie aan de patiënt vermeldt in alle gevallen de totale kost van de zorg, dus wat terugbetaald wordt door zijn ziekenfonds, zijn persoonlijk aandeel alsook de supplementen die aangerekend worden voor de terugbetaalde verstrekkingen en de kostprijs van, in voorkomend geval, de niet terugbetaalde verstrekkingen. De bedoeling is de patiënt uiteindelijk te weten komt wat het totale kostenplaatje is van zijn verzorging.

Maar ook het klassieke getuigschrift voor verstrekte zorg, het zogenaamde “groene briefje” dat je bij je ziekenfonds indient om terugbetaling te krijgen werd aangepast: de totale kostprijs van de zorg dient te worden vermeld, ook door rechtspersonen.

3.2. Gezondheidsdoelstellingen als kompas voor onze gezondheidszorg

3.2.1. Gezondheidsdoelstellingen

In het regeerakkoord staat duidelijk dat het gezondheidsbeleid stelselmatig gestoeld moeten worden op gevalideerde (*evidence-based*) gezondheidsdoelstellingen. Tijdens de Interministeriële Conferentie werd met de deelstaten afgesproken om de aanpak voor de opmaak van deze gezondheidsdoelstellingen in 2016 te concretiseren. Daarbij zal ook gebruik worden gemaakt van de indicatoren die reeds bestaan, bv. in het kader van het “performantierapport van ons gezondheidssysteem” dat tot stand komt door de samenwerking van het RIZIV, het KCE en het WIV. Er wordt specifieke aandacht voorzien voor de problematiek van de gezondheidsongelijkheden en de *health literacy*.

Ook de reflectie over de operationalisering van het “Instituut voor de toekomst” en de rol die dit Instituut moet spelen bij het vastleggen en opvolgen van de gezondheidsdoelstellingen zal worden opgestart in 2016. Daartoe zal worden overlegd in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

3.3. Besluitvorming op basis van evidence en good practice

Evidence based practice speelt een belangrijke rol in het nastreven van zorgkwaliteit. Om dit verder te ondersteunen en uit te bouwen zijn er verschillende uitdagingen aan te gaan. De afgelopen twee decennia

- en cas de facturation électronique par le dispensateur de soins;

- en cas de cumul des prestations remboursables et non remboursables, avec ou sans application du tiers-payant.

Cette information au patient mentionne dans tous les cas le coût total des soins, c.-à-d. ce qui est remboursé par sa mutualité, sa quote-part personnelle ainsi que les suppléments portés en compte pour les prestations remboursées et, le cas échéant, le coût des prestations non remboursées. L'objectif est que le patient sache finalement quel est le coût total des soins qu'il a reçus.

L'attestation classique des soins donnés, le “document vert” qu'il faut déposer à la mutualité pour pouvoir obtenir un remboursement, a également été adaptée: elle doit indiquer le coût total des soins, même en cas de personnes juridiques.

3.2. Les objectifs de santé, une boussole pour nos soins de santé

3.2.1. Objectifs de santé

L'accord gouvernemental indique clairement que la politique de santé doit être basée systématiquement sur des objectifs de santé (*evidence-based*) validés. Lors de la Conférence interministérielle, il a été convenu avec les entités fédérées de concrétiser l'approche pour l'établissement de ces objectifs de santé en 2016. Dans ce cadre, on utilisera également les indicateurs qui existent déjà, par exemple dans le cadre du “Rapport de performance de notre système de santé” qui a été rédigé grâce à la collaboration de l'INAMI, du KCE et de l'ISP. Une attention spécifique est prévue pour la problématique des inégalités en matière de soins de santé et pour la littérature relative aux soins de santé.

La réflexion sur la mise en production de l'“Institut du futur” et sur le rôle que l'Institut devra jouer dans le cadre de la fixation et du suivi des objectifs de santé sera lancée en 2016. Une concertation aura lieu à ce sujet lors de la Conférence interministérielle Santé publique.

3.3. Processus décisionnel sur la base de l'evidence-based medicine et de la good practice

L'*Evidence-Based Practice* joue un rôle important dans la recherche de la qualité des soins. Pour continuer à la soutenir et à la développer, différents défis doivent être relevés. Ces deux dernières décennies, plusieurs

zijn er in ons land in de context van de internationale beweging rond *Evidence Based Medicine en Evidence Based Practice* meerdere initiatieven genomen. In de academische centra, voornamelijk in het domein van de huisartsgeneeskunde en farmacie werden projecten gestart die verankerd werden in vzw-structuren zoals het BCFI, CEBAM, Farmaka en Minerva, en dit met het oog op transparantie inzake opdrachtverklaring en financiering. Anderzijds hebben ook wetenschappelijke verenigingen voor huisartsen (*Domus Medica* en SSMG), initiatief genomen voor de ontwikkeling van richtlijnen voor goede medische praktijkvoering. Ook wetenschappelijke verenigingen van andere zorgberoepen (zoals verpleging en kiné) zijn actief in richtlijnontwikkeling. Om de impact op de zorgkwaliteit te verhogen zal de kritische evaluatie van de huidige financieringsmechanismen in 2016 verder gezet worden om te komen tot een betere structurering en onderlinge afstemming. Vanuit een multidisciplinaire benadering zullen 3 stappen doorlopen moeten worden na een inventarisatie, analyse en vertaling van de richtlijnen: aanpassing van de good practice aan de Belgische context, verspreiding van de richtlijnen onder alle betrokken zorgverleners en de effectieve implementering. Niet alleen artsen dus, maar ook verpleegkundigen, kinesitherapeuten en andere paramedici moeten de kans hebben om op een directe manier relevante richtlijnen te consulteren in de dagdagelijkse praktijk en als ultieme uitdaging deze ook te implementeren. De kloof tussen medische richtlijnen en praktijk overbruggen kan niet enkel via een laagdrempelige consultatielijn van adviezen, maar ook via een actieve decision support bij de diagnostische en therapeutische handelingen.

Vandaar dat er een globale strategie zal worden uitgewerkt in overleg met de verschillende instanties die met de ondersteuning van de EBP te maken hebben om een versnippering van de subsidies ter ondersteuning van de goede praktijken te vermijden en ervoor te zorgen dat het hele proces van het in kaart brengen van de goede praktijken tot de effectieve implementering en de evaluatie ervan, in goede banen geleid wordt.

3.4. **Verantwoordelijkheid van de actoren in de zorg**

Voortbouwend op mijn initiatieven inzake de uitbouw van de zonet aangehaalde gezondheidsdoelstellingen en het evidence based beleid, meen ik dat vanuit federaal niveau nog bijkomende initiatieven kunnen voorzien worden.

Ik wens in 2016 concrete stappen te zetten wat betreft het debat rond de doelmatige aanwending van de middelen in de gezondheidszorg. Een interadministratieve cel "doelmatige zorg" wordt opgericht binnen het RIZIV.

initiatieven ont été prises dans notre pays dans le contexte du mouvement international relatif à l'*Evidence Based Medicine* et à l'*Evidence-Based Practice*. Dans les centres académiques, principalement dans les domaines de la médecine générale et de la pharmacie, des projets ont été lancés, ancrés dans des structures d'asbl telles que le BCFI, le CEBAM, Farmaka et Minerva, et ce en vue d'assurer la transparence en matière de déclaration de mission et de financement. D'autre part, des associations scientifiques de médecins généralistes (*Domus Medica* et SSMG) ont pris l'initiative de développer des directives de bonne pratique médicale. Des associations scientifiques d'autres professions des soins de santé (telles que les soins infirmiers et la kiné) sont actives dans le développement de directives. Afin d'augmenter l'impact sur la qualité des soins, l'évaluation critique des mécanismes actuels de financement sera poursuivie en 2016 pour améliorer la structuration et l'harmonisation réciproque. Dans une approche multidisciplinaire, il y aura lieu de franchir 3 étapes après avoir fait un inventaire, une analyse et une traduction des directives: adaptation de la good practice au contexte belge, diffusion des directives parmi tous les dispensateurs de soins concernés et implémentation effective. Ce ne sont donc pas les seuls médecins, mais également les praticiens de l'art infirmier, les kinésithérapeutes et autres paramédicaux qui doivent avoir la possibilité de consulter directement des directives pertinentes dans la pratique quotidienne et, ultime défi, de les implémenter. Traverser le fossé entre les directives médicales et la pratique est possible non seulement grâce à une consultation accessible des avis, mais également via un "decision support" actif dans le cadre des actes diagnostiques et thérapeutiques.

C'est pour cette raison qu'une stratégie globale sera développée en concertation avec les différentes instances concernées par le soutien de l'EBP pour éviter un éparpillement des subsides destinés à soutenir les bonnes pratiques et pour veiller à ce que l'ensemble du processus, de la cartographie des bonnes pratiques à leur implémentation effective et à leur évaluation, soit mené à bien.

3.4. **Responsabilité des acteurs dans les soins de santé**

En me fondant sur les initiatives que j'ai prises au niveau de l'élaboration des objectifs de santé précités et de la politique evidence-based, j'estime que des initiatives supplémentaires peuvent encore être prévues au niveau fédéral.

En 2016, je souhaite mettre en œuvre des étapes concrètes en ce qui concerne le débat sur l'utilisation efficace des moyens dans les soins de santé. Une cellule interadministrative "Soins efficaces" a été créée au

Die heeft als eerste opdracht een conceptueel model te ontwikkelen voor het in kaart brengen van verantwoorde en doelmatige zorg. De rechtstreekse toegang die het RIZIV verwerft tot de facturatie- en aanrekeningsgegevens inzake geneeskundige verzorging is hierbij essentieel. Een punt waar ik in het hoofdstuk rond handhaving en controle op terugkom en waar de nodige wettelijke initiatieven in 2016 zullen genomen worden.

Het doelmatigheidsvraagstuk vormt de eerste stap om nadien overconsumptie te definiëren. Een afsprakenkader tussen het RIZIV enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds moet opgesteld worden. Daarbij wordt nagegaan wie bevoegd is voor welk onderdeel van de bewaking van de doelmatige zorg en wat de benodigde instrumenten zijn om de rol effectief te kunnen vervullen.

3.5. Een coherent beleid over de bestuursniveaus heen

De beleidsvoering inzake gezondheidszorg dient, zeker na de 6e staatshervorming, op een gecoördineerde wijze te verlopen tussen het federale niveau en de deelstaten. De Interministeriële Conferentie is daartoe een cruciaal instrument tot afstemming, zowel over de beleidsoriëntaties, alsook over de hervormingen en specifieke dossiers binnen de gezondheidszorg. De ontwikkeling van het Toekomstinstituut (zie hoger) kan een bijkomende stimulans geven tot de afstemmingen binnen de Interministeriële Conferentie.

4. Patiëntgerichte en doelmatige organisatie van zorg

4.1. Uitvoering van het plan inzake de hervorming van de organisatie en financiering van de ziekenhuizen

Eén van de belangrijkste structurele hervormingen tijdens deze legislatuur is de hervorming van het ziekenhuislandschap en -financiering. Deze hervorming moet een passend antwoord bieden op de uitdagingen waarmee we worden geconfronteerd op het vlak van de gezondheidszorg. In 2015 werd een meerjarenplan uitgewerkt en voorgesteld m.b.t. de prioriteiten, de stapsgewijze planning en de methodologie. Er werd ook meteen gestart met de stapsgewijze uitvoering van het plan van aanpak. Dit plan moet op coherente wijze aansluiten op het budgettaire groeipad voor de gezondheidszorg. Dat plan omvat meerdere acties in 2016: vereenvoudiging, aanpassingen op korte termijn van het bestaande financieringssysteem, studies over het gewenste toekomstige zorglandschap, de taken van de ziekenhuizen versus alternatieve zorgvormen

sein de l'INAMI. Cette cellule a pour première mission de développer un modèle conceptuel pour cartographier les soins justifiés et efficaces. L'accès direct acquis par l'INAMI aux données de facturation et d'attestation en matière de soins de santé est essentiel en la matière. C'est un point sur lequel je reviens dans le chapitre relatif au maintien et au contrôle et pour lequel les initiatives légales nécessaires seront prises en 2016.

La question de l'efficacité constitue la première étape pour ensuite définir la surconsommation. Un cadre d'accords entre l'INAMI d'une part et les organismes assureurs d'autre part doit être établi. Dans ce cadre, on examine qui est compétent pour quelle partie de la surveillance des soins efficaces et quels sont les instruments nécessaires pour pouvoir remplir efficacement ce rôle.

3.5. Une politique cohérente au travers des différents niveaux d'administration

La politique en matière de soins de santé doit, d'autant plus après la 6e réforme de l'État, être menée de façon coordonnée entre le fédéral et les entités fédérées. La Conférence interministérielle est à cet effet un instrument essentiel d'harmonisation, tant en ce qui concerne les orientations stratégiques que les réformes et les dossiers spécifiques dans les soins de santé. Le développement de l'Institut du futur (voir plus haut) peut constituer un incitant supplémentaire pour les harmonisations au sein de la Conférence interministérielle.

4. Organisation des soins orientée patient et efficace

4.1. Exécution du plan de réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux

Une des principales réformes structurelles de cette législature est la réforme du paysage et du financement des hôpitaux. Cette réforme doit répondre adéquatement aux défis auxquels nous sommes confrontés dans le domaine des soins de santé. En 2015, un plan pluriannuel a été développé et proposé au sujet des priorités, du planning progressif et de la méthodologie. Une exécution progressive de ce plan d'approche a immédiatement été mise en œuvre. Ce plan doit suivre de façon cohérente le trajet de croissance budgétaire pour les soins de santé. Ce plan prévoit plusieurs actions en 2016: simplification, adaptations à court terme de l'actuel système de financement, études sur le futur paysage souhaité des soins de santé, sur les missions des hôpitaux versus les formes alternatives de soins et sur les opportunités de collaboration en réseaux entre

en opportuniteiten voor samenwerking in netwerken tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en andere zorgverleners via netwerken en proef- of pilotprojecten,... Behalve voormeld plan zal het efficiënt beheer van de bevoegdheidsoverdracht na de Zesde Staatshervorming in 2016 nog steeds aan de orde zijn. Ten slotte zullen nog, de werkzaamheden van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit in verband met de financiering, en het aanbod van ziekenhuisdiensten worden in 2016 voortgezet.

Vereenvoudiging van de financiering

De stakeholders zullen in dat verband worden uitgenodigd om voorstellen te formuleren die toelaten het systeem m.b.t. de financiering van de ziekenhuizen via het Budget van Financiële Middelen (BFM) te vereenvoedigen. Na overleg en overeenkomstig de technische haalbaarheid zullen sommige maatregelen reeds opgenomen kunnen worden in de berekening van het BFM van juli 2016.

Vereenvoudiging van de verplichte registraties

Dat streven naar vereenvoudiging zal ook worden voortgezet in het kader van alle gegevens die momenteel ingezameld worden, bijvoorbeeld voor FINHOSTA, MZG,... Het “*only once*” principe zal, waar mogelijk, worden toegepast. Daarnaast zal er ook een inhoudelijke doorlichting van de federale registraties gebeuren waarbij de pertinentie van de registraties zelf en de opgevraagde items binnen de registraties kritisch zullen beschouwd worden. Er liggen reeds enkele voorstellen op tafel. In 2016 zullen er reeds een aantal van gerealiseerd worden. Er zal ook blijvende aandacht besteed worden aan communicatie en opleiding. Ook deze twee elementen zijn cruciaal om de administratieve last te beperken. Tot slot dient er werk gemaakt te worden van een langetermijnvisie met als doel een structurele vermindering van de registratielast zowel op het federale niveau (tussen de verschillende federale gezondheidszorgadministraties) als interfederaal, in samenwerking dan met de deelstaten.

Deze vereenvoudiging gaat evenwel gepaard met een onderzoek van de kwaliteit van de gegevens en de controle van die data. Er zal een sanctiesysteem voor vertragingen in de aanlevering worden opgezet en meer performante controles op de kwaliteit van de gegevens worden ingevoerd. De FOD Volksgezondheid heeft al een aanzet gegeven voor het opzetten van een sanctiebeleid voor de verschillende actuele en toekomstige registraties. Verdere uitwerking en de concrete implementatie zullen in 2016 doorgevoerd worden.

les hôpitaux et entre hôpitaux et autres dispensateurs de soins via des réseaux et des projets pilotes... Outre ce plan, la gestion efficiente du transfert des compétences après la sixième réforme de l'État sera encore traitée en 2016. Pour terminer, les travaux de l'Observatoire de la mobilité des patients, portant sur le financement et l'offre des services hospitaliers, seront poursuivis en 2016.

Simplification du financement

Les acteurs seront invités dans ce cadre à formuler des propositions permettant de simplifier le système de financement des hôpitaux via le Budget des moyens financiers (BMF). Après concertation et en fonction de la faisabilité technique, certaines mesures ont déjà pu être prises en compte dans le calcul du BMF de juillet 2016.

Simplification des enregistrements obligatoires

Cet objectif de simplification sera également poursuivi dans le cadre de toutes les données qui sont actuellement collectées, par exemple pour FINHOSTA, RHM... Le principe “*only once*” sera appliqué là où c'est possible. Par ailleurs, il y aura également une radioscopie du contenu des enregistrements fédéraux, qui permettra d'examiner de façon critique la pertinence des enregistrements mêmes et les items demandés dans les enregistrements. Quelques propositions sont déjà sur la table. Certaines d'entre elles seront déjà réalisées en 2016. On prêterà en permanence attention à la communication et à la formation. Ces deux éléments sont également essentiels pour limiter la charge administrative. Pour terminer, il y a lieu de travailler à une vision à long terme, avec pour objectif une diminution structurelle de la charge d'enregistrement, tant au niveau fédéral (entre les différentes administrations de santé fédérales) qu'au niveau interfédéral, en collaboration dans ce cas avec les entités fédérées.

Cette simplification ira toutefois de pair avec un examen de la qualité des données et un contrôle de ces données. Un système de sanction sera mis sur pied pour les retards dans la fourniture des données et des contrôles plus performants sur leur qualité seront introduits. Le SPF Santé publique a déjà donné une impulsion à la mise sur pied d'une politique de sanction pour les différents enregistrements actuels et futurs. La poursuite du développement et l'implémentation concrète seront réalisées en 2016.

Wijziging van het financieringssysteem

In 2016 zal het systeem van de *Nursing Related Groups* ("NRG") die de verpleegkundige zorgswaarte meten, herzien worden, één van de parameters in de BFM-financiering. Er zal worden nagegaan in hoeverre de regels voor de financiering moeten worden aangepast.

Pay for quality / Pay for Performance (P4Q / P4P)

Een belangrijke manier om de actoren uit de gezondheidszorg aan te zetten tot het implementeren van kwaliteitspraktijken is nog steeds de financiële incentive: ofwel door een bonus ofwel onder vorm van strafmaatregelen. Nog te vaak zijn de systemen van vandaag (accréditering en andere premies) gelinkt aan verplichtingen rond middelen (men moet bv. een opleiding gevolgd hebben) en niet aan verplichtingen rond effectieve processen of resultaten in termen van impact op de gezondheid en het welzijn van de patiënten, maar ook in termen van lessen die getrokken worden en in de praktijk worden gebracht.

We moeten ons dus voorzien van meetinstrumenten en financiële mechanismen die de effectieve implementering van de goede praktijken en de werkelijke voordelen in termen van kwaliteit én performantie ondersteunen, zowel op het vlak van de geneeskunde als op het niveau van de organisatie van de zorg (multidisciplinariteit, delen van informatie, toegankelijkheid, enz.).

Spoedgevallendiensten

De niet-gerechtvaardigde opname in een spoeddienst van een ziekenhuis zal verder worden ontmoedigd. Aansluitend op de acties ondernomen binnen de wachtdienst zal ik blijven maatregelen nemen om de patiënt aan te sporen het meest adequate zorgpad te volgen, ongeacht het tijdstip van de dag. Zo zal hij aangespoord worden om eerst zijn huisarts aan te spreken of een beroep te doen op een wachtdienst die door huisartsen wordt georganiseerd, en niet de spoedgevallendienst als een vanzelfsprekende eerste keuze te beschouwen. Op basis van de in 2016 verwachte KCE-studie betreffende de problematiek van de spoedgevallendiensten en de resultaten van de monitoring, opgezet door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, en op basis van een aantal parameters, zo onder meer de evolutie van de uitgaven, zullen de eerste aanpassingen in de financiering van de spoedgevallendiensten worden voorgesteld.

Zoals hoger vermeld dient in 2016, in nauw overleg met de betrokken actoren, een geïntegreerde visie inzake wacht – spoed – 1733/112 te worden ontwikkeld.

Modification du système de financement

En 2016, le système des *Nursing Related Groups* (NRG), qui mesurent la charge des soins infirmiers, sera revu; il s'agit d'un des paramètres du financement BMF. On examinera dans quelle mesure les règles de financement doivent être adaptées.

Pay for quality / Pay for Performance (P4Q / P4P)

Une manière importante d'inciter les acteurs des soins de santé à implémenter des pratiques de qualité reste toujours l'incitant financier: soit au moyen d'un bonus, soit sous la forme de sanctions. Les systèmes actuels (accréditation et autres primes) sont encore trop souvent liés à des obligations en matière de moyens (il faut par exemple avoir suivi une formation) et pas à des obligations en matière de processus effectifs ou de résultats en termes d'impact sur la santé et le bien-être des patients, mais également en termes de leçons apprises et mises en pratique.

Nous devons donc nous pourvoir d'instruments de mesure et de mécanismes financiers soutenant l'implémentation effective des bonnes pratiques et les avantages réels en termes de qualité et de performance, tant au niveau de la médecine qu'au niveau de l'organisation des soins (multidisciplinarité, partage des informations, accessibilité, etc.).

Services d'urgences

L'admission non justifiée dans un service d'urgences d'un hôpital continuera d'être découragée. Dans le prolongement des actions entreprises dans le cadre des services de garde, je continuerai de prendre des mesures pour inciter le patient à suivre le trajet le plus adéquat, quel que soit le moment de la journée. Il sera donc encouragé à contacter d'abord son médecin généraliste ou à faire appel à un service de garde organisé par des médecins généralistes, et à ne pas considérer le service d'urgences comme un premier choix évident. Les premières adaptations dans le financement des services d'urgences seront proposées sur la base de l'étude KCE attendue pour 2016, relative à la problématique des services d'urgences, sur la base des résultats du monitoring initié par l'INAMI et le SPF Santé publique, et sur la base d'un certain nombre de paramètres, notamment l'évolution des dépenses.

Comme mentionné plus haut, il conviendra de développer en 2016 une vision intégrée garde - urgences – 1733/112 et ce, en concertation étroite avec les acteurs concernés.

Studies

Het nieuwe financieringssysteem zal de zorg categoriseren overeenkomstig de variabiliteit ervan (*low/medium/high*). Momenteel loopt een studie (KCE, FOD en RIZIV) die moet nagaan hoe en op basis van welke parameters deze financieringsclusters kunnen worden samengesteld. In 2016 zullen er wetenschappelijke studies worden uitgevoerd over onder meer de “uiteenraffeling van het BMF” naar de pathologiegroepen die het budget genereren, voor de identificatie van het deel praktijkkosten in de honoraria en voor het governance model van netwerken en ziekenhuizen die samenwerken in netwerken.

In het kader van de nieuwe financieringswijze van ziekenhuizen is een belangrijk objectief om in de toekomst te beschikken over een doelmatig uitgebouwde ziekenhuisinfrastructuur die tegemoet komt aan de toekomstige en veranderde behoeften op dat vlak. In het licht hiervan heb ik de opdracht gegeven aan het KCE om een studie uit te voeren over de toekomstige behoeften inzake ziekenhuisinfrastructuur (aantallen en soorten bedden, zware infrastructuur) en alternatieve zorgvormen (dagziekenhuis, polikliniek, herstelorden, ...). De studie werd reeds opgestart en loopt over een periode van twee jaar.

Proefprojecten inzake nieuwe financieringsmodaliteiten

Er zullen in 2016 verschillende proefprojecten worden gelanceerd die als doel hebben alternatieven voor een klassieke ziekenhuisopname te testen, zodat de verblijfsduur in het ziekenhuis kan verkort worden, of ziekenhuisopnames zelfs vermeden worden. Daarnaast bestaat een van de doelstellingen erin om, onder andere, nieuwe regels voor de financiering te onderzoeken, meer bepaald in de vorm van “*bundled payment*”. Het ontwikkelen van deze alternatieven vereist eveneens opvolging waarbij het traject van patiënten, met inbegrip van de kwetsbare groepen, geobserveerd en geanalyseerd worden. Dergelijke benadering kan ons mogelijk helpen de redenen voor een langere verblijfsduur aan te wijzen. De patiënten van wie de behandeling kan worden gewijzigd, moeten dus geïdentificeerd worden. Bedoeling is de kwaliteit van de behandeling zichtbaar te maken en zo nodig verder te verbeteren, waarbij de meerkosten voor ziekenhuisopname teweeggebracht door deze categorieën van patiënten worden beperkt, en dit door middel van het ontwikkelen van alternatieven voor ziekenhuisopname vanuit het oogpunt de zorgcontinuïteit te bevorderen. Ten slotte worden nog initiatieven gepland om nader te onderzoeken hoe de financiering te koppelen aan het resultaat van de zorg, zgn. “*pay for performance*” (P4P).

Études

Le nouveau système de financement catégorisera les soins en fonction de leur variabilité (*low/medium/high*). Une étude (KCE, SPF et INAMI) est actuellement menée pour examiner comment et sur la base de quels paramètres ces clusters de financement peuvent être constitués. En 2016, des études scientifiques seront notamment menées sur le “démêlage du BMF” en ce qui concerne les groupes de pathologie qui génèrent le budget, pour l’identification de la partie des coûts de pratique dans les honoraires et pour le modèle de gouvernance des réseaux et des hôpitaux qui collaborent en réseaux.

Dans le cadre du nouveau mode de financement des hôpitaux, un objectif important est de disposer à l’avenir d’une infrastructure hospitalière efficace répondant aux besoins futurs et aux besoins qui ont changé en la matière. À la lumière de tout cela, j’ai confié au KCE la mission de réaliser une étude sur les besoins futurs en matière d’infrastructure hospitalière (nombres et types de lits, infrastructure lourde) et de formes de soins alternatives (hôpital de jour, polyclinique, maisons de convalescence...). Cette étude a déjà été entamée et porte sur une période de deux ans.

Projets pilotes en matière de nouvelles modalités de financement

En 2016, différents projets pilotes seront lancés dans le but de tester des alternatives à l’hospitalisation classique, de sorte que la durée de l’hospitalisation puisse être raccourcie ou même que l’admission puisse être évitée. En outre, un des objectifs consiste, entre autres, à examiner de nouvelles règles de financement, plus particulièrement sous forme de “*bundled payment*”. Le développement de ces alternatives requiert également un suivi où le trajet des patients, en ce compris les groupes vulnérables, est observé et analysé. Ce type d’approche peut éventuellement nous aider à cerner les raisons d’un plus long séjour à l’hôpital. Les patients dont le traitement peut être modifié doivent donc être identifiés. L’objectif est de rendre visible la qualité du traitement et, le cas échéant, de l’améliorer, ce qui permettra de limiter les coûts supplémentaires de l’hospitalisation générés pour ces catégories de patients, grâce au développement d’alternatives à l’hospitalisation du point de vue de la promotion de la continuité des soins. Enfin, d’autres initiatives sont également planifiées pour examiner plus en détail comment relier le financement au résultat des soins, ledit “*pay for performance*” (P4P).

Het eerste domein voor die proefprojecten is dat van de gewone onverwikkelde bevalling. Talrijke actoren in het werkveld hebben voorstellen geformuleerd rond de aanpak om de duur van het ziekenhuisverblijf in te korten.

Hiervoor moet er samengewerkt worden met eerstelijns werkers die de zorg voor de parturiënte en haar baby bij hun ontslag uit het ziekenhuis op zich kunnen nemen. Dezelfde aanpak zal worden toegepast voor andere situaties waarin patiënten die geen constant medisch toezicht (meer) nodig hebben, mits er nauwe samenwerking is tussen het ziekenhuis en de ambulante zorgverleners, thuis of in een alternatieve structuur die minder duur is dan het ziekenhuis verzorgd zouden kunnen worden, ter vervanging of ter inkorting van het verblijf in het ziekenhuis.

4.2. **Geïntegreerde zorg**

4.2.1. *Plan geïntegreerde zorg voor de chronisch zieken*

Aan de hand van de basisprincipes van de oriëntatienota “Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België” en de “Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België” van het KCE (KCE rapport 190A), keurde de IMC het beleidsplan “geïntegreerde zorg voor de chronisch zieken” goed. Dit plan zal geoperationaliseerd worden door onder meer de installatie van het begeleidingscomité en de uitrol van projecten.

Het plan heeft als doel een grote cultuurverandering in te zetten inzake de wijze waarop de zorg in ons land georganiseerd is. Het plan beoogt tegelijkertijd drie concrete doelstellingen te realiseren (*Triple Aim -principe*):

- de gezondheid van de bevolking te verbeteren in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder;
- de kwaliteit van de zorg te verbeteren;
- de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg gegeven eenzelfde budget).

Door middel van projecten wil ik de doelstelling van de “*Triple Aim*” in de praktijk omzetten. Deze aanpak wordt verkozen om enerzijds de haalbaarheid te evalueren, maar ook om een draagvlak te creëren bij de zorgverleners, zorgaanbieders en bij de bevolking. De aanpak van deze projecten zal in de laatste maanden van 2015 worden uitgewerkt. Daarbij zal worden gewaakt over een coherentie met de pilootprojecten die in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering voorzien zijn.

Le premier domaine concerné par ces projets pilotes est celui de l'accouchement classique sans complications. De nombreux acteurs sur le terrain ont formulé des propositions concernant le séjour écourté à l'hôpital.

Dans cette optique, il faut collaborer avec les travailleurs de première ligne qui peuvent prendre en charge les soins de la parturiente et de son bébé après leur sortie d'hôpital. La même approche sera appliquée pour d'autres situations où les patients qui n'ont pas/plus besoin de surveillance médicale permanente pourraient, moyennant une étroite collaboration entre l'hôpital et les dispensateurs de soins ambulatoires, être soignés à la maison ou au sein d'une structure alternative moins onéreuse que l'hôpital, pour remplacer ou écourter le séjour à l'hôpital.

4.2. **Soins intégrés**

4.2.1. *Plan Soins intégrés pour les malades chroniques*

S'inspirant des principes de base de la note d'orientation “Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique” et du “Position paper: organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique” du KCE (KCE rapport 190A), la CIM a approuvé le plan stratégique “Soins intégrés aux malades chroniques”. Ce plan sera opérationnalisé notamment par l'installation du comité d'accompagnement et l'implémentation des projets.

Le plan a pour but d'activer un grand changement de culture quant à la façon d'organiser les soins dans notre pays. Le plan vise simultanément la réalisation de trois objectifs concrets (principe dit du *Triple Aim*):

- améliorer la santé de la population en général et des malades chroniques en particulier;
- améliorer la qualité des soins;
- utiliser plus efficacement les moyens attribués (meilleurs soins pour un même budget).

Par la voie des projets, j'entends mettre en pratique l'objectif du “*Triple Aim*”. Cette approche est choisie pour, d'une part, évaluer la faisabilité, mais aussi pour, d'autre part, créer une assise pour les dispensateurs de soins et la population. L'approche de ces projets sera développée au cours des derniers mois de 2015. Dans cette perspective, on veillera à la cohérence par rapport aux projets pilotes prévus dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux.

De uitvoering van het plan vereist ook wetenschappelijke, technische en methodologische ondersteuning om goede praktijken te identificeren, te ontwikkelen en te implementeren. Hiertoe zal ik een begeleidingscomité in het leven roepen dat zal bestaan uit overheidsinstellingen van de federale en deelstaatoverheden alsook andere experts en partners zoals beroepsverenigingen, patiëntenkoepels, de universiteiten e.d.

4.2.2. Kankerplan

De maatregelen van het kankerplan zijn structureel ingebed en vormen een inherent deel van de nationale aanpak van kanker. In 2016 wordt door het Kankercentrum een nieuwe evaluatie uitgevoerd waarin een analyse van de algemene aanpak van Kanker in België zal opgenomen worden met het oog op het uitbouwen van een “*burden of cancer*” voor België.

De maatregelen die voortvloeien uit het Kankerplan daterend van 2008 werden zo veel mogelijk structureel in de regelgeving ingebed. Daarnaast maak ik marge vrij met oog op een betere diagnostiek in kader van de gepersonaliseerde geneeskunde zoals beschreven in KCE rapport 240. In de eerste plaats zal het WIV Kankercentrum werk maken van het Roadbook gepersonaliseerde geneeskunde introductie van *next-generation-sequencing* (NGS) in de routine diagnostiek in de oncologie en de hemato-oncologie. Dit project zal toelaten om een “*evidence based medicine*” kader uit te werken voor de introductie van de NGS-technologie in de oncologie en hemato-oncologie.

Een kenmerk van gepersonaliseerde geneeskunde is dat de patiënt toegang krijgt tot een geneesmiddel indien uit de diagnostiek blijkt dat er een therapeutisch effect zal zijn. Het bekendste voorbeeld tot heden is de positieve HER2 test die toegang geeft tot het geneesmiddel trastuzumab. Om te verzekeren dat zowel het geneesmiddel als de diagnostische test worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, zullen de beide procedures voor de CTG en de TGR op elkaar worden afgestemd.

Tot slot werden ten gevolge van het Kankerplan ook een aantal protocolakkoorden met de deelstaten afgesloten, met name deze voor de bevolkingsprogramma's voor het vroegtijdig opsporen van kanker en het protocolakkoord inzake de stichting van publiek nut Kankerregister. Wat betreft de vroegtijdige opsporing van kanker, dient een nieuw protocolakkoord tussen de deelstaten en de federale overheid afgesloten te worden. Hoewel voor preventie de deelstaten in de eerste plaats bevoegd zijn, komt de federale overheid nog steeds tussen in de onkosten van de geneeskundige prestaties voor bijvoorbeeld het uitstrijkje, de mammografie, de colonscopie, etc. Bij het herzien van dit protocolakkoord,

L'exécution du plan requiert également un support scientifique, technique et méthodologique pour identifier, développer et implémenter de bonnes pratiques. À cette fin, je mettrai en place un comité d'accompagnement qui sera composé d'institutions publiques fédérales et régionales ainsi que d'autres experts et partenaires tels que les associations professionnelles, les associations de patients, les universités, etc.

4.2.2. Plan cancer

Les mesures du plan cancer sont structurelles et constituent une partie inhérente du plan cancer national. En 2016, le Centre du cancer procédera à une nouvelle évaluation par une analyse de l'approche générale du cancer en Belgique en vue du développement dudit “*burden of cancer*” pour la Belgique.

Les mesures découlant du Plan cancer de 2008 ont été intégrées dans la réglementation de la manière la plus structurelle possible. Par ailleurs, je libère une marge en vue d'un meilleur diagnostic dans le cadre de la médecine personnalisée telle que décrit dans le rapport KCE 240. Premièrement, l'ISP Centre du cancer travaillera sur la Feuille de route Médecine personnalisée Introduction du séquençage “*next-generation-sequencing*” (NGS) dans le diagnostic de routine en oncologie et hémato-oncologie. Ce projet permettra de développer un cadre “*evidence based medicine*” pour l'introduction de la technologie de séquençage NGS en oncologie et hémato-oncologie.

Une caractéristique de la médecine personnalisée est que le patient a accès à un médicament si le diagnostic établit qu'il aura un effet thérapeutique. L'exemple le plus connu jusqu'à présent est le test HER2 positif qui donne accès au médicament trastuzumab. Pour garantir que tant le médicament que le test diagnostique soient remboursés par l'assurance maladie obligatoire, les deux procédures seront harmonisées à la CRM et au CTM.

Enfin, suite au Plan cancer, plusieurs protocoles d'accord ont été conclus avec les entités fédérées, à savoir celui pour les programmes de dépistage précoce du cancer et celui concernant la Fondation Registre du cancer. En ce qui concerne le dépistage précoce du cancer, un nouveau protocole d'accord doit être conclu entre les entités fédérées et les pouvoirs publics fédéraux. Bien que, pour la prévention, les entités fédérées soient prioritairement compétentes, le fédéral intervient encore toujours dans les frais de prestations médicales, par exemple pour les frottis, les mammographies, les coloscopies, etc. Pour la révision de ce protocole d'accord, les pouvoirs publics fédéraux vérifieront dans

zal de federale overheid nagaan in welke mate zij verder de opportunistische mammografie kan afbouwen en de HPV-test kan introduceren, daarbij rekening houdend met de wensen van de deelstaten.

Wat betreft de Stichting Kankerregister voorziet het protocolakkoord in een driejaarlijkse evaluatie. Rekening houdend met haar internationale opdrachten, het beleid inzake healthdata.be en de noden tot vereenvoudiging van de registratie, zal hierover in het kader van de IMC Volksgezondheid een analyse gemaakt worden.

4.2.3. HIV/aids-plan

In 2014 kwam het HIV/aids-plan tot stand. Sindsdien nam de federale overheid een aantal stappen om de acties, waarvoor zij bevoegd is, te realiseren. ik denk hierbij aan:

— De Hoge Gezondheidsraad leverde haar advies nr. 8902 af dat stelt dat onder bepaalde voorwaarden betrekking bij serodiscordante koppels kan zonder condoomgebruik (actie 9)

— De kwaliteitscontrole door het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV) op de zeven referentielaboratoria is verzekerd.

— De uitbreiding van het aantal aidsreferentiecentra in 2015 met de site in Mont-Godinne en Brugge (actie 46)

— Het WIV-ISP publiceert jaarlijks de epidemiologische gegevens. In 2012 werd beslist om de hiv-cohorte samen te stellen. In 2013-2014 werd gewerkt aan een overeenkomst tussen RIZIV en WIV om deze cohort te financieren (actie 49)

— Middels art. 405^{quater} Strafwetboek worden gewelddaden met als motief geaardheid, ziekte, handicap of genetische eigenschap (enz.) sedert de wet 14 januari 2013 zwaarder gestraft (actie 50 e.v.)

— *Etc.*

Daarnaast voorziet het HIV/aids-plan in een betere toegang tot antiretrovirale geneesmiddelen (actie 36) en de pre-exposure profylaxis (PrEP) (actie 34). Binnen de commissie terugbetaling van de geneesmiddelen loopt een gezondheidseconomische analyse om de gevolgen na te gaan indien de CD34-voorwaarden inzake toegang tot innovatieve retrovirale medicatie verlaagd worden. Daarnaast zal ik het RIZIV de opdracht geven, rekening houdend met de doelstellingen van het plan “geïntegreerde zorg voor chronisch zieken”, om ruimte

quelle mesure ils pourront démanteler les mammographies opportunistes et introduire le test HPV, compte tenu des souhaits des entités fédérées.

En ce qui concerne la Fondation Registre du cancer, le protocole d'accord prévoit une évaluation triennale. Compte tenu de ses missions internationales, de la politique relative à Healthdata.be et des besoins de simplification de l'enregistrement, une analyse sera effectuée par la CIM Santé publique.

4.2.3. Plan VIH/sida

Le Plan VIH/sida a vu le jour en 2014. Depuis, les pouvoirs publics fédéraux ont entrepris plusieurs démarches afin de réaliser les actions pour lesquelles ils sont compétents. Par exemple:

— Le Conseil supérieur de la santé a émis son avis n° 8902 selon lequel, sous certaines conditions, des relations sexuelles sont possibles sans préservatif chez les couples sérodiscordants (action 9)

— Le contrôle de qualité par l'Institut scientifique de santé publique (ISP) dans les sept laboratoires de référence est assuré.

— L'extension du nombre de centres de référence du sida en 2015: Mont-Godinne et Bruges (action 46)

— Le WIV-ISP publie chaque année les données épidémiologiques. En 2012, il a été décidé de composer la cohorte VIH. En 2013-2014, une convention a été élaborée entre l'INAMI et l'ISP en vue de financer cette cohorte (action 49)

— Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 14 janvier 2013, tout acte de violence commis en raison de l'orientation sexuelle, de l'état de santé, d'un handicap ou d'une caractéristique génétique (*etc.*) est plus sévèrement puni en vertu de l'article 405^{quater} du Code pénal (action 50 et suivantes)

— *Etc.*

Par ailleurs, le Plan VIH/sida prévoit un meilleur accès aux médicaments antirétroviraux (action 36) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (action 34). Une analyse économico-sanitaire est en cours au sein de la Commission de remboursement des médicaments pour vérifier les conséquences en cas de réduction des conditions d'accès à la médication rétrovirale innovatrice. En outre, je chargerai l'INAMI, compte tenu des objectifs du Plan “Soins intégrés aux malades chroniques”, de prévoir une marge pour les projets pilotes PrEP et le modèle de

te voorzien voor pilootprojecten PrEP en vernieuwende zorgmodel in kader van de aanpak van HIV (actie 41).

In de zomer van 2015 publiceerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) advies nummer 9224 over het zogenaamd gedemédicaliseerd, gedecentraliseerd gebruik van de oriëntatietest voor het opsporen van HIV-besmettingen. Een persoon kan deze test zelf uitvoeren. Wanneer deze test echter op systematisch wijze en georganiseerd wordt aangeboden door derden, dan is het afnemen van dergelijke test een vorm van onwettige uitoefening van het beroep. Rekening houdend met de aanbevelingen van de HGR, zal ik aan deze barrière een einde maken. Er zal in 2016 onderzocht worden op welke wijze er aan dit advies van de Hoge Gezondheidsraad best gevolg kan worden gegeven zonder de kwaliteit van de opsporing van HIV-besmettingen op welke manier ook te compromitteren.

4.2.4. *Plan Hepatitis C*

Het regeerakkoord stelt dat deze legislatuur de regering aandacht zal hebben voor de problematiek van het hepatitis C virus (HCV). Meer bepaald zal de regering de oprichting van een vergoedingsfonds voor personen waarvoor bewezen is dat zij naar aanleiding van een bloedtransfusie vóór 1986 besmet werden met het hepatitis C-virus onderzoeken, om de discriminatie weg te werken met personen die in dezelfde omstandigheden besmet werden met het HIV-virus, die wel vergoed werden.

Met oog op deze doelstelling laat ik een aantal studies bij het KCE van start gaan:

- De behandeling van hepatitis C (2015-08)
- Het federaal schadevergoedingsfonds (2015-54)

In de loop van 2016 wordt een structureel systeem uitgewerkt voor de terugbetaling van hepatitis C geneesmiddelen, waarbij de terugbetaling wordt uitgebreid naar de patiënten met een fibrotestadium 2 waarvoor de hoogste medische nood bestaat. Daarnaast heb ik de commissie voor de terugbetaling van de geneesmiddelen (CTG) in de schoot van het RIZIV de opdracht gegeven om in overleg met het WIV en rekening houdend met de strategie van Healthdata.be een nationaal register voor hepatitis C op te zetten.

4.2.5. *Palliatieve zorg*

Onze aandacht moet ook gaan naar de behandeling van palliatieve patiënten. In het kader van de aanpassing van de definitie van de palliatieve thuispatiënt zal

soins novateur dans le cadre de la politique en matière de VIH (action 41).

Au cours de l'été 2015, la Conseil supérieur de la santé (CSS) a publié l'avis numéro 9224 sur l'utilisation démedicalisée et décentralisée du test d'orientation pour le dépistage des contaminations par VIH. Une personne peut effectuer elle-même ce test. Toutefois, si ce test est proposé systématiquement et de manière organisée par des tiers, il s'agit alors d'une forme d'exercice illégal de la profession. Compte tenu des recommandations du CSS, je mettrai un terme à cette barrière. On examinera en 2016 de quelle façon donner au mieux suite à cet avis du Conseil supérieur de la santé sans compromettre de quelque manière que ce soit la qualité du dépistage des infections VIH.

4.2.4. *Plan Hépatite C*

L'accord de gouvernement stipule qu'au cours de cette législature le gouvernement prêtera attention à la problématique du virus de l'hépatite C (VHC). Plus particulièrement, le gouvernement examinera la création d'un fonds d'indemnisation pour les personnes dont il est avéré qu'elles ont été infectées par le virus de l'hépatite C à l'occasion d'une transfusion sanguine avant 1986, et ce afin de supprimer la discrimination par rapport aux personnes qui ont été infectées dans les mêmes circonstances par le virus VIH et qui ont quant à elles été indemnisées.

En vue de cet objectif, je demanderai au KCE d'effectuer une série d'études:

- Le traitement de l'hépatite C (2015-08)
- Le Fonds fédéral d'indemnisation (2015-54)

Au cours de l'année 2016, un système structurel sera développé pour le remboursement des médicaments contre l'hépatite C. Le remboursement sera étendu aux patients ayant un stade de fibrose 2 nécessitant le besoin médical le plus élevé. Parallèlement, j'ai chargé la Commission de remboursement des médicaments (CRM) au sein de l'INAMI de mettre sur pied un registre national de l'hépatite C en concertation avec l'ISP et compte tenu de la stratégie Healthdata.be.

4.2.5. *Soins palliatifs*

Notre attention devra également se porter sur le traitement des patients palliatifs. Dans le cadre de l'adaptation de la définition du patient palliatif à domicile, on

onderzocht worden in welke mate het PICT instrument kan geïmplementeerd worden in het bepalen van de zorgbehoefte van de patiënt. In die analyse dient ook te worden meegenomen of en hoe de financiële tegemoetkoming voor de palliatieve thuispatiënten zou kunnen worden hervormd.

4.3. Dringende geneeskundige hulp en hulp buiten de kantooruren

Zoals hoger reeds vermeld in de Beleidsnota wil ik in 2016, in overleg met de betrokkenen, werk maken van een geïntegreerde visie inzake wacht – spoed – 1733/112.

4.3.1. Wachtdienst

De werkzaamheden voor het realiseren van de algemene toepassing van het oproepnummer 1733 in het hele land, worden in versneld tempo verdergezet. Hiertoe worden de bilaterale contacten tussen de FOD Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken, welke verantwoordelijk zijn voor de infrastructurele en logistieke ondersteuning van de 112-centra, verder geïntensifieerd.

Ook wordt er binnen het dossier 1733 werk gemaakt van pilootstudies aangaande de juiste doorverwijzing van de patiënt met een nood aan zorg. Hierbij staat het definiëren van het juiste zorgpad voor iedere individuele patiënt centraal. Dit zorgpad kan bestaan uit de optie “uitstel van zorg tot binnen de normale consultatie-uren” tot “doorverwijzen naar de dringende geneeskundige hulpverlening van het 112-systeem en de spoedgevallendienst”, met daartussen in de “wachtdienst georganiseerd door huisartsen” met als optie een dringend huisbezoek of doorverwijzen naar een georganiseerde consultatie in het kader van de wachtdienst. De evaluatie van deze pilootstudies zal sturing geven aan nieuwe regelgeving en organisatorische aspecten van de zorg buiten de normale werkuren.

De integratie van andere eerstelijnszorgberoepen (apotheker, tandarts, thuisverpleegkundige, ...) in het toepassen van het 1733 oproepnummer, wordt voorbereid.

4.3.2. Dringende geneeskundige hulpverlening

De adviezen aangereikt door de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, na een brede bevraging van het werkveld en de partners, zijn een goede basis om te komen tot een duurzame actualisering en heroriëntering van de dringende geneeskundige hulpverlening in zijn organisatie, financiering en terugbetaling.

examinera dans quelle mesure le PICT (Supportive & Palliative Care Indicator Tool) peut être implémenté dans le contexte de la détermination des besoins de soins du patient. Dans cette analyse, il faut aussi examiner si et comment l'intervention financière pour les patients palliatifs à domicile peut être réformée.

4.3. L'aide médicale urgente et l'aide en dehors des heures de bureau

Comme déjà mentionné ci-avant dans la Note de politique, j'entends en 2016 contribuer à une vision intégrée concernant les services de garde, les urgences et le numéro d'appel 1733/112, en concertation avec les acteurs concernés.

4.3.1. Services de garde

Les travaux de réalisation de l'application générale du numéro d'appel 1733 partout en Belgique se poursuivront de manière accélérée. À cette fin, les contacts bilatéraux entre le SPF Santé publique et le SPF Intérieur, qui sont responsables du support infrastructurel et logistique des centres 112, seront intensifiés.

Dans le cadre du dossier 1733, nous travaillons sur les études pilotes concernant le renvoi adéquat du patient nécessitant des soins. À ce propos, la définition de l'itinéraire de soins pour chaque patient individuel est primordiale. Cet itinéraire peut aller de l'option “report de soins jusqu'aux heures normales de consultation” jusqu'à l'option “renvoi aux secours médicaux d'urgence du système 112 et des services d'urgence”, en passant par le “service de garde de médecine générale”, avec comme autre option une visite d'urgence à domicile ou le renvoi vers une consultation organisée dans le cadre du service de garde. L'évaluation de ces études pilotes orientera la nouvelle réglementation et les aspects organisationnels des soins en dehors des heures de travail normales.

L'intégration d'autres professions de soins de première ligne (pharmacien, dentiste, infirmier à domicile...) dans l'application du numéro d'appel 1733 est en cours de préparation.

4.3.2. Aide médicale urgente

Les avis émis par le Conseil national des secours médicaux d'urgence au terme d'une vaste enquête menée sur le terrain et parmi les partenaires constituent une bonne base d'actualisation et de réorientation durables des secours médicaux d'urgence en termes d'organisation, de financement et de remboursement.

Binnen de zelfde, maar bredere multidisciplinaire, context zullen de aangevatte werkzaamheden binnen het dossier 112 samen met de minister van Binnenlandse Zaken verder worden gezet met het oog op een optimale harmonisatie en integratie van de disciplines binnen de multidisciplinaire hulp- en noodhulpverlening.

4.4. Meewerken met de deelstaten aan preventie

Met de gemeenschappen wordt over een globaal protocolakkoord onderhandeld inzake preventie. Dit ontwerp zal voorgesteld worden aan het IMC. Hierbij zal rekening gehouden worden met het regeerakkoord waarin wordt vermeld dat er asymmetrische akkoorden kunnen worden afgesloten, rekening houdend met de mogelijkheden en de beleidsaccenten van elk van de deelstaten. Vaccinatie, bevolkingsonderzoeken inzake kanker en neonatale screening en seksueel overdraagbare aandoeningen kunnen onder meer onderwerp uitmaken van dit akkoord.

Ik zal werk maken van een Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. Dat moet gericht zijn op het verbeteren van de nutritionele kwaliteit van de voeding en omvat onder meer de hersamenstelling van voedingsproducten in overleg met de voedselproducenten en –verdelers, de promotie van borstvoeding en het organiseren van de voedselconsumptiepeiling. De gezondheidstaks moet de doelstellingen van dit plan ondersteunen. Samen met de deelstaten zal ik onderzoeken hoe deze maatregelen en beleid op vlak van preventie, beweging en gezondheidsopvoeding van hun kant beter op elkaar kunnen aansluiten.

Ik zal het koninklijk besluit van 25 november 2005 betreffende de reglementering van tatoeages en piercings evalueren en desgevallend aanpassen in het licht van 10 jaar ervaring en evolutie in de sector. Dit wordt bekeken in samenhang met de discussies op Europees niveau, waar ik initiatieven zal steunen om tot harmonisering van de regelgeving te komen.

5. Zorgverstrekkers als protagonisten in de gezondheidszorg

5.1. Naar een nieuwe wet op de gezondheidszorgberoepen

Het juridisch kader van de vertrouwensrelatie beroepsbeoefenaar-patiënt wordt in het huidige Belgisch gezondheidsrecht gevormd door twee belangrijke wetten, m.n. de wet van 10.05.2015 over de gezondheidszorgberoepen (gemeenzaam nog altijd KB nr. 78 genoemd) en de wet van 22 augustus 2002 betreffende

Dans le même contexte mais multidisciplinaire élargi, les travaux entamés dans le cadre du dossier 112 seront poursuivis avec le ministre de l'Intérieur en vue d'une harmonisation et d'une intégration optimales des disciplines au sein de l'aide et de l'aide d'urgence multidisciplinaires.

4.4. Collaborer à la prévention avec les entités fédérées

Nous menons une négociation avec les Communautés concernant un protocole d'accord global en matière de prévention. Ce projet sera présenté à la CIM. Il sera en l'occurrence tenu compte de l'accord de gouvernement où il est mentionné que des accords asymétriques peuvent être conclus, en prenant en considération les possibilités et les accents politiques de chacune des entités fédérées. La vaccination, le dépistage du cancer, le screening néonatal et les maladies sexuellement transmissibles peuvent entre autres faire l'objet de cet accord.

Je m'attellerai à l'élaboration d'un Plan national nutrition et santé. Ce plan doit être axé sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation et prévoit entre autres la recomposition des produits alimentaires en concertation avec les producteurs et distributeurs de l'alimentation, sur la promotion de l'allaitement et sur l'organisation d'une enquête sur les habitudes alimentaires. La taxe santé doit appuyer les objectifs de ce plan. Avec les entités fédérées, j'examinerai comment ces mesures et la politique en matière de prévention, d'exercice physique et d'alimentation saine peuvent davantage être harmonisées.

J'évaluerai l'arrêté royal du 25 novembre 2005 réglementant les tatouages et les piercings et, le cas échéant, l'adapterai à la lumière de ces 10 dernières années d'expérience et d'évolution dans le secteur. Cela sera examiné en fonction des discussions menées au niveau européen où j'appuierai des initiatives d'harmonisation de la réglementation.

5. Les dispensateurs de soins comme protagonistes des soins de santé

5.1. Vers une nouvelle loi relative aux professions des soins de santé

Le cadre juridique de la relation de confiance entre le professionnel de la santé et le patient est formé dans l'actuel droit belge de la santé par deux lois majeures, la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (communément appelée AR n° 78) et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

de rechten van de patiënt. Daarnaast zijn nog tal van andere wetten van toepassing op deelaspecten van de gezondheidszorg in brede zin van het woord, zoals de wet orgaantransplantatie, de euthanasiewet, de wet op het gebruik van lichaamsmateriaal, ... andere wetten beschouwen eerder de organisatie van de gezondheidszorg, zoals de Ziekenhuiswet (gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen) en de wet op de verplichte ziekteverzekering (gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).

Het huidige juridisch kader vertoont evenwel een aantal duidelijke lacunes, niet in het minst bij de twee basiswetten van het gezondheidsrecht (KB nr. 78 en de Wet Patiëntenrechten).

Er is een uitgebreide bevraging gestart bij alle stakeholders in dit dossier en bij de betrokken administraties. In het najaar worden de adviesraden in de FOD Volksgezondheid bevestigd over de generieke omschrijving van hun beroep en de noodzakelijke basiscompetenties. Er wordt verder gewerkt rond een concept waarin de patiënt centraal staat, waarbij er een generieke wettelijke basis wordt gelegd voor de omschrijving van het medische dossier en de therapeutische relatie en waarin een kader wordt gecreëerd voor interdisciplinaire uitoefening van de zorgberoepen. Tenslotte zal ik in een apart voorontwerp ingaan op minimale kwaliteits- en veiligheidsvereisten die zullen gelden voor de ziekenhuizen als voor de extramurale zorgpraktijken.

De wet van 10 april 2014 (art. 160) maakt het mogelijk dat de mantelzorger een aantal taken kan uitoefenen voor de (medische) verzorging van zijn of haar naaste. Een zorgverstreker zoals een arts of verpleegkundige kan de taak na een korte opleiding aan een mantelzorger, delegeren. Een eerste evaluatie van deze bepaling leert evenwel dat ze een aantal tekortkomingen heeft. Wat met de leerkracht die een geneesmiddel verstrekt aan één van haar leerlingen (bvb. diabetes)? Wat indien de zorgkundige een persoon met slikproblemen moet voeden? Mag een leek een oriëntatietest (bvb. HIV) afnemen bij een derde? In het kader van de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (cf. *supra*) dienen deze barrières weggeruimd te worden.

5.2. Deontologie

De Orde der Artsen heeft constructieve voorstellen geformuleerd voor haar eigen hervorming. Hierbij staan transparantie voor de patiënt en de samenleving, evenals een meer positieve benadering van deontolo-

Par ailleurs, il existe nombre d'autres lois applicables aux différents aspects des soins de santé au sens large du terme comme la loi relative aux transplantations d'organes, la loi sur l'euthanasie, la loi sur l'utilisation de matériel corporel, ... D'autres lois encore règlent plutôt l'organisation des soins de santé comme la loi sur les hôpitaux (loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins) et la loi relative à l'assurance maladie obligatoire (loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

Le cadre juridique actuel présente néanmoins certaines lacunes évidentes, surtout les deux lois de base du droit relatif à la santé (AR n° 78 et loi relative aux droits du patient).

Une large enquête a été entamée parmi tous les acteurs de ce dossier et auprès des administrations concernées. À l'automne, les conseils consultatifs du SPF Santé publique seront questionnés quant au libellé générique de leur profession et aux compétences de base requises. Nous poursuivrons le travail sur un concept où le patient occupera une place centrale, où une base légale générique sera forgée pour la définition du dossier médical et de la relation thérapeutique et où un cadre sera créé pour l'exercice interdisciplinaire des professions des soins de santé. Enfin, dans un avant-projet distinct, j'apporterai une réponse aux normes minimales de qualité et de sécurité qui seront applicables tant aux hôpitaux qu'aux pratiques de soins extramuraux.

La loi du 10 avril 2014 (article 160) permet à l'aidant proche de dispenser une série d'actes de soins (médicaux) à un de ses proches. Un dispensateur de soins tel que le médecin ou l'infirmier peut déléguer certains soins à l'aidant proche, au terme d'une brève formation. Une première évaluation de cette disposition nous apprend toutefois qu'elle présente certains inconvénients. Quid de l'enseignant qui administre un médicament à un de ses élèves (par exemple en cas de diabète)? Quid si la personne qui dispense les soins doit alimenter une personne ayant des problèmes de déglutition? Un non professionnel peut-il effectuer un test d'orientation (par exemple VIH) auprès d'un tiers? Dans le cadre des soins intégrés aux malades chroniques (cf. *supra*), il faut supprimer ces barrières

5.2. Déontologie

L'Ordre des médecins a formulé des propositions constructives concernant sa propre réforme. La transparence pour le patient et la société ainsi qu'une approche plus positive de la déontologie y sont les maîtres-mots.

gie op zich centraal. Ook het tuchtrecht dient gemoderniseerd te worden en de Orde dient aangevuld te worden met een tuchtraad in eerste aanleg. Er dient verder onderzocht of de positie van de klager/patiënt toch beter kan worden omschreven. De patiënt wordt mondiger en beter geïnformeerd over zijn rechten en over zorgverstrekking in het algemeen. De vraag stelt zich of patiëntenorganisaties niet in een adviesorgaan van de Orde moeten betrokken worden, en of de positie van de klagers niet uitdrukkelijk in tuchtprocedures dient voorzien te worden. De voorstellen van de Orde worden verder bestudeerd in het vooruitzicht om medio deze legislatuur met concrete voorstellen tot hervorming te komen.

Mutatis mutandis zullen deze voorstellen ook dienstig zijn voor een hervorming of een oprichten van de Orde voor andere zorgberoepen zoals bv voor de tandartsen, die zelf ook vragende partij zijn voor een deontologisch orgaan.

5.3. De hervorming van de nomenclatuur

Het uittekenen van een nieuw grondplan voor de nomenclatuur, gevolgd door een grondige herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur, staat reeds geruime tijd op de agenda van noodzakelijke hervormingen. De tarieven dienen op transparante wijze afgestemd te worden op de reële kostprijs van de prestatie, onverantwoorde verschillen in vergoeding tussen de verschillende medische disciplines dienen weggewerkt te worden. Intellectuele prestaties (inzonderheid voor de knelpunt disciplines), onderlinge afstemming, overleg en coördinatie bij multidisciplinaire samenwerking verdienen opwaardering. De prijs van de bij de zorgverlening gebruikte materialen of producten mag geen directe invloed hebben op het door de zorgverlener aangerekende tarief. De herijking moet prikkels blijven voorzien voor productiviteit en specialisatie.

In 2016 zal worden gestart met onderzoekswerk om de hervorming voor te bereiden. Er wordt begonnen met de uitwerking van een methodologie (met inbegrip van de kostprijs analyses zoals gebruikte materialen, e.a.) met oog op die herijking van de nomenclatuur. In de daaropvolgende jaren zal bepaald worden wat de prioriteiten zullen zijn (zoals o.a. de prioritaire doelgroepen) van deze vernieuwde nomenclatuur en tenslotte hoe en wanneer “stapsgewijs” de toepassing van de ontwikkelde methode zal gebeuren.

Le droit disciplinaire doit également être modernisé et l'Ordre doit être doté d'un Conseil disciplinaire de première instance. Il faut examiner davantage si la position du plaignant/patient ne doit pas être mieux définie. Aujourd'hui, le patient s'exprime davantage et est mieux informé quant à ses droits et aux prestations de santé en général. La question se pose de savoir si les organisations de patients ne doivent pas être associées à un organe consultatif de l'Ordre et si la position des plaignants ne doit pas être prévue explicitement dans les procédures disciplinaires. Les propositions de l'Ordre seront examinées en détail dans la perspective de propositions concrètes de réforme d'ici la moitié de la législature.

Ces propositions serviront également *mutatis mutandis* à une réforme de l'Ordre ou à la création d'un Ordre pour d'autres professions de soins de santé tels que les dentistes qui sont également demandeurs d'un organe déontologique.

5.3. La réforme de la nomenclature

L'élaboration d'un nouveau projet de nomenclature, suivie d'une réévaluation approfondie et d'une simplification de la nomenclature, figure depuis longtemps déjà au calendrier des réformes nécessaires. Les tarifs doivent être harmonisés de manière transparente par rapport au coût réel de la prestation et les différences de remboursement injustifiables entre les différentes disciplines médicales doivent être éliminées. Les prestations intellectuelles (en particulier pour les disciplines qui posent difficulté), l'harmonisation, la concertation et la coordination mutuelles au niveau de la collaboration multidisciplinaire méritent une revalorisation. Le prix des matériels ou produits utilisés lors des soins ne peut avoir d'impact direct sur le tarif facturé par le dispensateur de soins. La réévaluation doit fournir des incitants à la productivité et à la spécialisation.

En 2016, nous entamerons un travail de recherche en vue de préparer la réforme. Nous commencerons par le développement d'une méthodologie (en ce compris l'analyse des coûts, par exemple des matériaux utilisés...) en vue de cette réévaluation de la nomenclature. Nous déterminerons ensuite les priorités (par exemple les groupes cibles prioritaires) de cette nouvelle nomenclature, puis comment et quand la méthode développée sera progressivement appliquée.

5.4. Een adequaat en kwaliteitsvol medisch aanbod

De *planning* van het medisch aanbod is onontbeerlijk om de kwaliteit van de zorgverlening te garanderen.

In december 2014 heb ik een stappenplan op tafel gelegd, na ruim overleg met artsensyndicaten, decanen, studenten en de betrokken deelstaatsministers, om een structurele, duurzame oplossing te kunnen vinden voor de oplossing van de zogenaamde problematiek van de RIZIV-nummers. Momenteel buigt een werkgroep van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende bevoegde bestuursniveaus, ook wat hoger onderwijs betreft, zich verder over dit complexe dossier.

Inmiddels heeft de opnieuw samengestelde Planingscommissie de opdracht gekregen om quota voor de artsen te bepalen op basis van het zogenaamd dynamisch kadaster, dat in de eerste helft van 2015 door mijn diensten werd afgerond. Inzake input en uitwisseling van gegevens in het dynamisch kadaster bestaat er een hecht partnerschap tussen het federale bestuursniveau enerzijds en de gemeenschappen en de gewesten anderzijds. De Planingscommissie zal bij haar diepgaand onderzoek rekening houden met verschillende scenario's, zoals onder meer de dubbele cohorte die in 2018 zal promoveren, om op een objectieve wijze de toekomstige nood aan artsen te voorspellen.

Nadat de Planingscommissie haar werken voltooid heeft voor wat betreft de artsen, zal een aanvang genomen worden met de bepaling van de nood aan tandartsen. Een gelijkaardige benadering voor andere zorgberoepen waar er een overaanbod bestaat of dreigt te ontstaan, kan nadien overwogen worden. In 2016 zal een onderzoek worden afgerond naar het aanbod van de vroedvrouwen in België waarbij de huidige toestand en de uitdagingen in kaart worden gebracht.

5.5. Apothekers

In overleg met de officina- en ziekenhuisapothekers, vertegenwoordigd door hun nationale beroepsorganisaties, zal een meerjareнкader worden voorbereid met daarin een algemene visie over de (toekomstige) rol van apotheker, alsook de belangrijkste beleidsinitiatieven voor deze legislatuur. Centrale doelstelling van dergelijk meerjareнкader is een optimale farmaceutische zorgverlening na te streven die aangepast is aan de evoluerende noden en eisen van de patiënt.

Eén van de thema's dat aan bod zal komen, is de herziening van het KB van 25 september 1974 betref-

5.4. Une offre médicale adéquate et de qualité

Le *planning* de l'offre médicale est indispensable pour garantir la qualité des soins dispensés.

En décembre 2014, j'avais proposé un plan en plusieurs étapes au terme d'une large concertation avec les syndicats de médecins, les doyens de facultés, les étudiants et les ministres concernés des entités fédérées afin de pouvoir trouver une solution structurelle et durable à la problématique des numéros INAMI. Actuellement, un groupe de travail de la Conférence interministérielle Santé publique, composé de représentants des différents niveaux de pouvoir compétents, également de l'enseignement supérieur, se penche sur ce dossier complexe.

Entre-temps, la Commission de planification nouvellement recomposée a reçu pour mission de fixer des quotas de médecins sur la base dudit cadastre dynamique que mes services ont réalisé au cours du premier semestre 2015. En matière d'input et d'échange de données au sein du cadastre dynamique, il existe un réel partenariat entre le niveau de pouvoir fédéral, d'une part, et les Communautés et Régions, d'autre part. Pour son étude approfondie, la Commission de planification tiendra compte de différents scénarios, comme notamment la double cohorte qui sera promue en 2018, pour prévoir les futurs besoins en médecin de manière objective.

Lorsque la Commission de planification aura terminé ses travaux en ce qui concerne les médecins, il faudra fixer les besoins en dentistes. Une approche similaire pour d'autres professions des soins de santé, où une offre excédentaire se manifeste ou risque de se manifester, pourra ensuite être envisagée. En 2016, une étude sera réalisée dans le secteur des sages-femmes en Belgique où la situation actuelle et les défis seront cartographiés.

5.5. Pharmaciens

En concertation avec les pharmaciens d'officines et d'hôpitaux, représentés par leurs organisations professionnelles, un cadre pluriannuel sera préparé, prévoyant une vision générale du (futur) rôle du pharmacien ainsi que les principales initiatives stratégiques pour cette législature. L'objectif central de ce type de cadre pluriannuel est de tendre vers une prestation de soins pharmaceutiques optimale adaptée aux besoins et revendications en évolution permanente des patients.

Un des thèmes qui y sera abordé est la révision de l'AR du 25 septembre 1974 concernant l'ouverture,

fende de opening, de overbrenging en de fusie van voor het publiek opengestelde apotheken. Dit KB beoogt een behoorlijke spreiding van de voor het publiek opengestelde apotheken te organiseren door het beperken van het aantal apotheken tot een maximum per gemeente, met een minimale demografische en geografische invloedssfeer per apotheek. De spreidingsregels die gelden bij het overbrengen van een apotheek naar een andere locatie zijn echter vatbaar voor interpretatie en kunnen aanleiding geven tot speculatieve overbrengingen die de volksgezondheid niet ten goede komen. Samen met de betrokken beroepsverenigingen en het FAGG, zal worden onderzocht op welke manier de regelgeving kan worden vereenvoudigd en verduidelijkt.

Verder wordt er naar analogie met de andere zorgberoepen een Adviesorgaan voor Apothekers binnen Volksgezondheid opgericht. Deze raad zal worden samengesteld uit vertegenwoordigers van beroeps- en wetenschappelijke organisaties van apothekers en de academische faculteiten farmacie. Deze Raad kan beleidsvoorbereidend werk verrichten voor de ontwikkeling en de differentiatie van het farmaceutisch beroep – de artseneijbereidkunde – zoals omschreven in de wet van 10 mei 2015 over de zorgberoepen. Het kan onder andere gaan om de verdere ontwikkeling van de ziekenhuisfarmacie en de klinische farmacie zowel in de ambulante als de intramurale context. De Raad zal ook een rol spelen in de erkenning van stagediensten en stagemeesters voor de opleiding ziekenhuisapotheker. Het adviesorgaan zal op termijn een rol spelen binnen een federale raad die als opdracht heeft een coherente ontwikkeling van alle zorgberoepen, met inbegrip van kwaliteitsbewaking van de farmaceutische klinische zorg.

5.6. Verpleegkundigen

In 2016 wordt het strategisch plan verpleegkunde gefinaliseerd en in uitvoering gebracht. De Europese Richtlijn 2013/55 wordt omgezet naar Belgisch recht zodat de opleidingen verpleegkunde hun curricula kunnen aanpassen aan de bijkomende vereisten van Europa. De uitwerking van een professionele gesuperviseerde stage ten gevolge van de uitbreiding van het aantal uren theoretisch en klinisch onderwijs wordt intensief verder gezet in samenwerking met mijn administraties en de ministers van onderwijs en gezondheidszorg van de deelstaten. Een functieclassificatie binnen het verpleegkundig beroep en een taakdelegatie binnen een multidisciplinair samenwerkingsmodel vormen een groot onderdeel in de herziening van de wet van 10 mei 2015 (voorheen het KB nr. 78). In de herwaardering van het verpleegkundig beroep streef ik naar een algemeen opgeleide verpleegkundige die ruim inzetbaar is, in

le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public. Cet AR tend à organiser une répartition correcte des officines pharmaceutiques ouvertes au public en limitant le nombre d'officines à un maximum par commune, avec une sphère d'influence démographique et géographique minimale par officine. Les règles de répartition applicables pour le transfert d'une officine vers un autre endroit sont cependant sujettes à interprétation et peuvent provoquer des transferts spéculatifs néfastes à la santé publique. Nous examinerons avec les organisations professionnelles concernées et l'AFMPS de quelle manière il est possible de simplifier et de clarifier la réglementation.

Par ailleurs, par analogie avec les autres professions de la santé, un Organe consultatif des pharmaciens sera créé au sein de la Santé publique. Ce Conseil sera composé de représentants des organisations professionnelles et scientifiques des pharmaciens et des facultés académiques pharmaceutiques. Ce Conseil pourra effectuer un travail préparatoire de la stratégie pour le développement et la différenciation de la profession pharmaceutique - la pharmacie - telle que définie dans la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Il peut entre autres s'agir du développement accru de la pharmacie hospitalière et de la pharmacie clinique dans le contexte tant ambulatoire qu'intramural. Le Conseil jouera également un rôle dans l'agrément des services de stage et des maîtres de stage pour la formation des pharmaciens hospitaliers. À terme, l'organe consultatif jouera un rôle au sein d'un Conseil fédéral qui aura pour mission le développement cohérent de toutes les professions des soins de santé, en ce comprise la surveillance de la qualité des soins cliniques pharmaceutiques.

5.6. Praticiens de l'art infirmier

En 2016, le plan stratégique de l'art infirmier sera finalisé et exécuté. La Directive européenne 2013/55 sera transposée dans le droit belge de sorte que les formations en art infirmier puissent adapter leur curriculaux aux normes européennes supplémentaires. L'élaboration d'un stage professionnel supervisé à la suite de l'extension du nombre d'heures théoriques et cliniques sera poursuivie intensivement en collaboration avec mes administrations et les ministres des entités fédérées en charge de l'enseignement et des soins de santé. Une classification de fonctions au sein de la profession infirmière et une délégation de tâches dans le cadre d'un modèle de collaboration multidisciplinaire constituent une majeure partie de la révision de la loi du 10 mai 2015 (anciennement l'AR n° 78). Pour la revalorisation de la profession d'infirmier, je tend vers des praticiens de l'art infirmier ayant bénéficié d'une formation générale

het bijzonder in die activiteitsgebieden die het meest uitgedaagd zullen worden door de demografische verschuivingen. Met de nodige vervolgoopleidingen en verworven competentie kan de algemeen verpleegkundige doorgroeien, verticaal in managementfuncties en horizontaal in expertfuncties, waarbij specialisatieniveaus op een meer generieke manier ingeschaald worden. In een open debat moeten de huidige taakverdelingen in vraag kunnen gesteld worden om te komen tot de beste mogelijke inzet van informele en professionele zorg rond de patiënt door de best gekwalificeerde persoon volgens het subsidiariteitsbeginsel. Het attractiviteitsplan voor verpleegkundigen zal verder worden uitgevoerd samen met de sociale partners en werkgevers.

5.7. *Vroedvrouwen*

Er worden stappen ondernomen om de medicalisering in de perinatale zorg te doen dalen. Hiertoe zal onderzocht worden welke meerwaarde vroedvrouwgeleide zorg initiatieven kunnen betekenen. De interdisciplinaire samenwerking in de perinatale zorg wordt tegelijk gestimuleerd door overleg en door het ontwikkelen van een toekomstvisie op het samenwerkingsmodel van verschillende beroepen die betrokken zijn in de perinatale zorg.

De vroedvrouwen zullen de komende 2 jaar een belangrijke partner vormen voor de ziekenhuizen die zich engageren voor een pilootproject “bevallen met kort ziekenhuisverblijf”. De verschuiving van intra- naar extramurale zorg binnen de pilootprojecten zal ook voor deze beroepsgroep een belangrijke uitdaging vormen. In de evaluatie van de pilootprojecten zal ook de rol van de vroedvrouw worden meegenomen.

5.8. *Aantrekkelijkheid van zorgberoepen*

Gemotiveerde zorgverleners zijn een noodzakelijke voorwaarde voor een kwalitatieve en resultaatgerichte zorg. Om die reden wil ik inzetten op het verhogen van de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen. Ik wil hier niet alleen inzetten op een betere verloning maar tevens op betere werkomstandigheden.

Er wordt een werkgroep ingesteld met betrekking tot de problematiek van het sociaal statuut *sui generis* van de artsen-specialisten-in-opleiding (ASO's).

In het kader van IFIC werken werkgevers en werknemers uit PC 330 reeds meerdere jaren constructief samen ten einde een nieuwe functieclassificatie en loonhuis voor de private federale gezondheidsinstellingen in

et qui soient largement disponibles, en particulier dans les domaines d'activité les plus sollicités par les glissements démographiques. Grâce aux formations de suivi requises et aux compétences acquises, le praticien de l'art infirmier pourra s'épanouir verticalement dans des fonctions de management et horizontalement dans des fonctions d'expertise où les niveaux de spécialisation sont classés de manière plus générique. Dans le cadre d'un débat ouvert, les actuelles répartitions de tâches doivent pouvoir être remises en question pour aboutir à la meilleure mise en œuvre possible de soins informels et professionnels pour le patient par la personne la mieux qualifiée suivant le principe de subsidiarité. L'exécution du plan d'attractivité pour les praticiens de l'art infirmier sera poursuivie avec les partenaires sociaux et les employeurs.

5.7. *Sages-femmes*

Des actions seront entreprises pour faire baisser la médicalisation dans le cadre des soins périnataux. À cette fin, nous examinerons la plus-value des initiatives de soins par les sages-femmes. La collaboration interdisciplinaire dans le cadre des soins périnataux sera simultanément stimulée par la concertation et le développement d'une vision d'avenir concernant le modèle de collaboration des différentes professions concernées par les soins périnataux.

Les sages-femmes constitueront dans les deux prochaines années d'importants partenaires pour les hôpitaux qui s'engageront dans le projet pilote “Accouchement avec séjour hospitalier écourté”. Le glissement des soins intramuraux vers les soins extramuraux au sein des projets pilotes constituera également un important défi pour ces groupes professionnels. Dans l'évaluation des projets pilotes, le rôle des sages-femmes y sera également abordé.

5.8. *Attractivité des professions des soins de santé*

Des dispensateurs de soins motivés sont indispensables pour assurer des soins de qualité et orientés sur les résultats. Pour cette raison, je veux renforcer l'attractivité des professions des soins de santé. Je veux non seulement miser sur une meilleure rémunération mais aussi sur de meilleures conditions de travail.

Un groupe de travail sera chargé d'analyser la problématique du statut social *sui generis* des médecins spécialistes en formation (MSF).

Dans le cadre de l'IF-IC, des employeurs et travailleurs de la CP 330 travaillent depuis plusieurs années déjà de manière constructive afin de mettre sur pied une nouvelle classification des fonctions et un cadre salarial

het leven te roepen. Op dit ogenblik is het voorbereidend deel van de oefening afgerond en is men klaar voor een zogenaamde uitrol, met name de toepassing van de functieclassificaties en barema's in de praktijk. Gegeven de belangrijke budgettaire gevolgen, wordt voorzien in een gefaseerde implementatie. In het budget voor 2016 voorzie ik hiervoor 50 miljoen euro. De uitwerking van de implementatie zal in nauw overleg met de sociale partners gebeuren.

Voor wat de contractuele werkzaam in publieke sector betreft, zal ik de sociale partners uitnodigen een gelijkaardig onderzoek te doen naar een mogelijkheid tot harmonisering van hun barema's.

5.9. *Niet-conventionele methoden*

Voor niet-conventionele handelingen en complementaire praktijken wordt in 2016 een wettelijk kader gecreëerd waarin criteria worden opgenomen waaraan personen die deze handelingen verrichten moeten voldoen om ervoor te waken dat de evidence based therapie aan deze patiënten/cliënten niet wordt ontzegd. Binnen dit wettelijk kader staat patiëntveiligheid en informatieverstrekking aan de cliënt centraal.

6. **E-Gezondheid als hefboom voor patiëntgerichte zorg**

Met de actualisering van de roadmap eGezondheid in 2015, is meteen het pad naar de realisatie van een reeks engagementen van het regeerakkoord veel concreter gemaakt. De versterkte governance zal er voor zorgen dat ik de komende jaren de implementatie kan opvolgen en indien nodig bijsturen. 2016 wordt een jaar waarin de vele initiatieven een belangrijke stap voorwaarts zullen zetten, en de eerste resultaten zichtbaar zullen zijn. Andere reeds bestaande realisaties zullen in 2016 een groeiend gebruik kennen. Kortom, ik veranker eGezondheid stilaan structureel in de zorg van elke dag.

Omdat de ziekenhuizen een centrale rol spelen in eGezondheid is het belangrijk dat zij degelijke toekomstgerichte elektronische patiënten dossiers hebben. Dit blijkt onvoldoende het geval te zijn, daarom start ik een accelerator programma op met als doelstelling dat alle ziekenhuizen tegen 2018 investeren in een geïntegreerd Elektronisch Patiënten Dossier. In overleg met de sector zal ik daartoe een strategische aanpak uittekenen en heb hier vanaf 2016 meer dan 40 miljoen euro per jaar voor vrijgemaakt.

Ik streef ernaar dat voor steeds meer zorgberoepen het Elektronisch Patiënten Dossier gedefinieerd is. Voor

pour les établissements de soins fédéraux privés. À l'heure actuelle, la partie préparatoire de l'exercice est terminée et nous sommes prêts pour l'implémentation, à savoir l'application des classifications de fonctions et des barèmes dans la pratique. Vu les conséquences budgétaires importantes, nous prévoyons une implémentation en plusieurs phases. Au budget de 2016, je prévois à cette fin un montant de 50 millions d'euros. L'implémentation se fera en étroite concertation avec les partenaires sociaux.

En ce qui concerne les contractuels actifs dans le secteur public, j'inviterai les partenaires sociaux à mener une étude similaire des possibilités d'harmonisation de leurs barèmes.

5.9. *Méthodes non conventionnelles*

En ce qui concerne les actes non conventionnels et les pratiques complémentaires, un cadre légal sera créé en 2016 dans lequel des critères seront appliqués pour les personnes qui effectuent ces actes, afin que les patients/clients ne soient pas privés de la thérapie evidence-based. Dans ce cadre légal, la sécurité du patient et l'information fournie au client occupent une place centrale.

6. **E-santé comme levier des soins aux patients**

L'actualisation de la feuille de route eSanté en 2015 a d'emblée concrétisé davantage la réalisation d'une série d'engagements de l'accord de gouvernement. La gouvernance renforcée permettra dans les prochaines années de suivre l'implémentation et, le cas échéant, de la rectifier. 2016 sera une année où de nombreuses initiatives connaîtront une importante progression et où les premiers résultats seront visibles. D'autres réalisations déjà existantes seront davantage utilisées en 2016. Bref, progressivement, j'ancre l'eSanté structurellement dans les soins de tous les jours.

Du fait que les hôpitaux jouent un rôle central dans l'eSanté, il est essentiel qu'ils disposent de dossiers de patients électroniques corrects axés sur l'avenir. Cela ne s'avère pas suffisamment le cas. C'est pourquoi je lance un programme d'accélération dans le but que tous les hôpitaux investissent d'ici 2018 dans un dossier de patients électronique intégré. En concertation avec le secteur, je définirai à cette fin une approche stratégique pour laquelle j'ai libéré dès 2016 un montant de plus de 40 millions d'euros par an.

Mon objectif est que le Dossier patients électronique soit défini pour de plus en plus de professions des soins

de zorgberoepen met Elektronisch Patiënten Dossier (arts, apotheker, verpleegkundige, kinesitherapeut, ziekenhuis) wordt het gebruik aangemoedigd. Ook het delen van het Elektronisch Patiënten Dossier wordt aangemoedigd, voor zover de kluizen reeds de mogelijkheid tot delen ondersteunen.

Om de kwaliteit van de patiëntendossiers te waarborgen en internationale uitwisseling mogelijk te maken wordt een terminologiebeleid gevoerd gebaseerd op internationale standaarden zoals ICD10, Snomed en Loinc.

Voor heel wat meer patiënten die een samenvatting van het medisch dossier bij de huisarts (sumehr) wensen gedeeld te zien, zal dit effectief gebeuren in 2016. Ook de huisartspraktijken zullen steeds meer medische gegevens delen. Het gebruik van reeds ontwikkelde diensten zoals het elektronisch voorschrift van geneesmiddelen, het medicatieschema van de patiënten, het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD), wordt aangemoedigd en veralgemeend.

Ik zal eveneens een wettelijk initiatief nemen om het elektronisch voorschrift prioritair te maken t.o.v. het papieren voorschrift.

Het delen van gestructureerde gegevens via het HUB/MetaHUB-systeem wordt verder gepromoot en de ontwikkelingen met betrekking tot het multidisciplinair gebruik van de gedeelde patiënten dossiers wordt opgestart; de ontwikkelingen rond BelRAI wordt verder gezet en het aantal toepassingen voor de beveiligde brievenbus eHealthbox blijf ik uitbreiden.

Ik zal met het project Healthdata.be de registers aangaande gezondheid en gezondheidszorg in België verder uniformiseren. De communicatie rond de voordelen van het delen van patiëntengegevens en het gebruik van diverse e-gezondheidsdiensten, alsook rond de verantwoordelijkheden van elkeen in het proces zal versterkt worden.

Ik start met de architectuur om de patiënt toegang te geven tot zijn medische gegevens en ik investeer in projecten om de traceerbaarheid van de implantaten en geneesmiddelen te verhogen.

Om een betere gezondheid en comfort van burgers (patiënten en gebruikers) te realiseren in de Belgische gezondheidszorg faciliteer ik effectieve en efficiënte zorgondersteuning, gebruik makend van mHealth toepassingen. Hiervoor creëer ik een kader in de zorgsector om mHealth toepassingen juridisch, financieel en organisatorisch te integreren in de bestaande en nieuwe zorgafspraken.

de santé. L'usage d'un Dossier patients électronique est encouragé pour les professions des soins de santé infirmiers (médecin, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, hôpital). De même, le partage du Dossier patients électronique est encouragé pour autant que les secteurs appuient déjà la possibilité de partage.

Afin de garantir la qualité des dossiers de patients et de permettre l'échange international, une politique de la terminologie est menée basée sur les normes internationales telles que ICD10, Snomed et Loinc.

Pour de très nombreux patients qui souhaitent un résumé du dossier médical chez le médecin généraliste (SUMEHR), cela sera effectif en 2016. De même, les pratiques de médecins généralistes partageront de plus en plus de données médicales. L'utilisation de services déjà développés tels que la prescription électronique des médicaments, le schéma de médication de patients, le dossier pharmaceutique partagé (DPP), sera encouragée et généralisée.

Je prendrai également une initiative légale pour que la prescription électronique soit prioritaire par rapport à la prescription papier.

Le partage de données structurées via le système HUB/metaHUB sera davantage promu et les développements concernant l'utilisation multidisciplinaire des dossiers de patients partagés seront lancés. Les développements concernant BelRAI seront poursuivis et je continuerai à étendre le nombre d'applications pour les boîtes aux lettres sécurisées eHealthbox.

Par le projet Healthdata.be, je poursuivrai l'uniformisation des registres relatifs à la santé et aux soins de santé en Belgique. La communication concernant les avantages du partage de données de patients et l'utilisation de divers services e-santé ainsi que la communication concernant les responsabilités de chacun dans le processus seront renforcées.

Je commencerai par l'architecture permettant au patient d'avoir accès à ses données médicales et j'investirai dans des projets en vue d'augmenter la traçabilité des implants et des médicaments.

Pour une meilleure santé et un meilleur confort des citoyens (patients et utilisateurs) dans le cadre des soins de santé belges, je faciliterai un appui des soins effectif et efficient, en utilisant les applications mHealth. À cette fin, je créerai un cadre dans le secteur des soins afin d'intégrer des applications mHealth juridiquement, financièrement et organisationnellement dans le cadre d'accords de soins existants ou nouveaux.

De Elektronische facturatie wordt verder uitgebouwd. De analyse van de afschaffing van de papieren getuig-schriften voor verstrekte hulp bij de huisartsen wordt afgerond. Ik rol het “*onlyonce*” principe verder uit en blijf investeren in administratieve vereenvoudiging , uniformisering en digitalisering.

Alle incentives voor eGezondheid zowel naar eerste lijn als naar zorginstellingen toe worden gekoppeld aan het effectieve gebruik van eGezondheidsdiensten in plaats van het bezit van een pakket. Daarnaast voorzie ik nog een aantal initiatieven om de opvolging van de implementatie van deze ambitieuze e-gezondheid strategie te verbeteren: een programmanager zorgt voor de coördinatie van de eGezondheid actiepunten; ik breng duidelijkheid met betrekking tot de juridische aansprakelijkheid binnen het eGezondheidslandschap en verbeter het proces van registratie van de softwarepakketten van de zorgverstrekker. De softwaresector zal in het overleg worden meegenomen om de technische voorwaarden beter te kunnen afstemmen op de beleidsplannen

7. Toegang tot innovatieve geneesmiddelen en gezondheidsproducten

7.1. Toekomstpact voor de patiënt, met de farmaceutische industrie

In 2015 sloot ik een Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie af. De doelstelling van deze unieke demarche is in de eerste plaats om zich in een lange termijn strategie in te schrijven die de patiënt toegang geeft tot de meest innovatieve therapieën. Daarnaast werd ook een deontologisch kader met de industrie afgesproken en een meerjaren budgettair kader onderhandeld dat alle partners de nodige voorspelbaarheid biedt binnen de contouren van het begrotingsbeleid van de federale regering. Dankzij het Toekomstpact bespaart de patiënt tegen 2018 60 miljoen euro op zijn geneesmiddelenfactuur, investeer ik jaarlijks 350 miljoen euro in innovatie en bespaart de overheid 236 miljoen euro. In 2016 zullen heel wat engagementen van het toekomstpact worden gerealiseerd.

In maart 2016 treedt de *patent cliff* in werking: wanneer het geneesmiddel haar octrooi verliest en er komt een generiek alternatief, daalt de prijs eenmalig met 54,35 % voor categorie B geneesmiddelen, en met 60,73 % voor categorie A geneesmiddelen. Zo besparen we op de postoctrooimarkt en kunnen we blijven investeren in de terugbetaling van innovatieve behandelingen. Tegelijk wordt de maximale veiligheidsmarge verminderd van 10,80 naar 5 euro, wat aanleiding geeft tot belangrijke besparingen voor de patiënt.

La facturation électronique sera développée davantage. L'analyse de la suppression des attestations de soins donnés sur support papier chez les médecins généralistes est terminée. Je poursuivrai l'implémentation du principe “*only once*” et continuerai d'investir dans la simplification administrative, l'uniformisation et la numérisation.

Tous les incitants pour l'eSanté, tant vis-à-vis de la première ligne que vis-à-vis des établissements de soins, sont liés à l'utilisation effective des services eSanté plutôt qu'à la possession d'un paquet. Parallèlement, je prévois encore quelques initiatives pour améliorer le suivi de l'implémentation de cette ambitieuse stratégie d'eSanté: un manager de programme veillera à la coordination des points d'action eSanté; je clarifierai la responsabilité juridique au sein du paysage eSanté et j'améliorerai le processus d'enregistrement des logiciels du dispensateur de soins. Le secteur des logiciels sera associé à la concertation pour pouvoir mieux faire correspondre les conditions techniques et les plans stratégiques.

7. Accès aux médicaments innovants et aux produits de santé

7.1. Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique

En 2015, j'ai conclu un Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique. L'objectif de cette démarche unique est en premier lieu de s'inscrire dans une stratégie à long terme qui donne au patient l'accès aux thérapies les plus innovantes. Par ailleurs, un cadre déontologique a également été convenu avec l'industrie et un cadre budgétaire pluriannuel a été négocié, offrant à tous les partenaires la prévisibilité requise dans les limites de la politique budgétaire du gouvernement fédéral. Grâce au Pacte d'avenir, le patient épargnera d'ici 2018 60 millions d'euros sur la facture médicaments. J'investirai annuellement 350 millions d'euros dans l'innovation et l'État économisera 236 millions d'euros. En 2016, de nombreux engagements du pacte d'avenir seront réalisés.

La “*Patent cliff*” entrera en vigueur en mars 2016: dès qu'un médicament n'est plus sous brevet et qu'une alternative générique est commercialisée, le prix baisse une fois de 54,35 % pour les médicaments de catégorie B et de 60,73 % pour les médicaments A. Nous économisons ainsi sur le marché post-brevet et nous pouvons continuer à investir dans le remboursement des traitements innovants. Simultanément, la marge de sécurité maximale est réduite de 10,80 à 5 euros, ce qui permet une importante économie pour le patient.

Om een doorstart te geven aan biosimilaire geneesmiddelen zal vanaf 1 januari 2016 het convenant in werking treden dat het gebruik van deze geneesmiddelen moet bevorderen.

Conform het Toekomstpact zullen innoverende geneesmiddelen zo snel mogelijk ter beschikking worden gesteld van de patiënten. Daartoe finaliseert het KCE in 2016 in het kader van de procedure “*unmet medical need*”, waar een gedeeltelijke terugbetaling van een geneesmiddel 6 maanden voorafgaand aan de registratie mogelijk is, een classificatie-instrument om indicaties te prioriteren volgens hoogste medische nood. Het FAGG zal samen met het RIZIV de procedure evalueren en opties tot verbetering voorstellen, ook op Europese fora (STAMP en EMA).

Het KB waarin de terugbetalingsprocedures van geneesmiddelen zijn verankerd wordt grondig herzien om de bestaande procedures nog te verbeteren, onder andere met het oog op het nog meer betrekken van externe expertise, de terugbetaling van bijkomende indicaties volgens een methode die innovatiestimulerend werkt – in bijzonder in het kader van pediatrische uitbreidingen - en verbreden van terugbetalingsprocedures die administratief kunnen worden afgehandeld en dus worden ingekort. In het eerste jaar van mijn legislatuur heb ik 21 artikel 81 overeenkomsten afgesloten, die daar waar mogelijk gebaseerd zijn op een “*pay for performance*” systeem waarbij het gerealiseerde gezondheidsresultaat bij de patiënt centraal staat.

Geneesmiddelen die na het doorlopen van de terugbetalingsprocedure een gunstige beslissing krijgen zullen worden terugbetaald van zodra de positieve beslissing op de website van het RIZIV verschijnt. In 2016 wordt hier zeer hoge prioriteit aan gegeven binnen de ICT-diensten van het RIZIV.

Speciale aandacht gaat uit naar weesgeneesmiddelen: de noodzaak voor een goedkeuring tot terugbetaling via een Weescollege zal beperkt worden tot die gevallen waar een systeem van eenvoudige elektronische goedkeuring geen oplossing kan bieden. In de Wet wordt verankerd dat weesgeneesmiddelen die na het einde van de periode van 10 jaar nog aan de definitie van weesgeneesmiddel voldoen, voor de verminderde heffing voor weesgeneesmiddelen in aanmerking blijven komen.

Daarnaast wordt de internationale aanpak van weesgeneesmiddelen verdergezet. Het FAGG implementeert in overleg met de ziekenhuizen en de industrie de Europese verordening voor klinische proeven, door de samenwerking met de commissies voor ethiek te optimaliseren zodat zeer kwaliteitsvolle evaluaties binnen

Pour lancer les médicaments biosimilaires, une convention entrera en vigueur dès le 1er janvier 2016 et devra favoriser l'utilisation de ces médicaments.

Conformément au Pacte d'avenir, des médicaments innovants seront le plus rapidement possible mis à la disposition des patients. À cette fin, le KCE finalisera en 2016, dans le cadre de la procédure “*Unmet medical need*” où un remboursement partiel d'un médicament est possible six mois avant son enregistrement, un instrument de classification pour établir des priorités dans les indications selon le besoin médical le plus élevé. L'AFMPS et l'INAMI évalueront les procédures et proposeront des options d'amélioration, également dans des forums européens (STAMP et AEM).

L'AR réglant les procédures de remboursement des médicaments sera revu en profondeur afin d'encore améliorer les procédures existantes, entre autres en vue d'une association renforcée de l'expertise externe, du remboursement d'indications supplémentaires selon une méthode ayant un effet innovant - en particulier dans le cadre des extensions pédiatriques - et de l'extension des procédures de remboursement qui peuvent être réglées administrativement et donc écourtées. Au cours de la première année de la législature, j'ai conclu 21 conventions article 81, qui, si possible, étaient basées sur un système dit de “*pay for performance*” où le résultat obtenu en matière de santé chez le patient est primordial.

Les médicaments qui, après avoir parcouru la procédure de remboursement, obtiennent une décision favorable, seront remboursés dès que la décision positive sera publiée sur le site web de l'INAMI. En 2016, une priorité très élevée y sera accordée au sein des services ICT de l'INAMI.

Une attention spéciale sera portée aux médicaments orphelins: la nécessité d'une approbation pour le remboursement par le biais d'un Collège pour médicaments orphelins sera restreinte aux cas où un système d'approbation électronique simple ne peut pas apporter de solution. Il est prévu dans la loi que les médicaments orphelins qui, au terme de la période de 10 ans, satisfont encore à la définition de médicament orphelin, seront encore pris en compte pour la réduction de taxe pour les médicaments orphelins.

Nous poursuivons en outre l'approche internationale des médicaments orphelins. En concertation avec les hôpitaux et l'industrie, l'AFMPS implémente le règlement européen sur les essais cliniques en optimisant la collaboration avec les commissions d'éthique de sorte que des évaluations de très haute qualité puissent être

de legale termijnen kunnen bewerkstelligd worden met specifieke aandacht voor de korte tijdslijnen voor mononationale fase 1 proeven. Dit is van cruciaal belang wil België zijn prominente positie binnen Europa behouden. Alles zal in het werk worden gesteld zodat het FAGG als “geprefereerde rapporterende lidstaat” voor multinationale klinische proeven bij specifieke ziektebeelden binnen Europa wordt erkend. De ontwikkeling van een IT ondersteunend systeem, compatibel met het EU-portaal wordt eveneens voorzien. Een pilootfase wordt voorzien om de werking van het systeem af te toetsen.

De expertise van België in het gebied van vaccins zal verder groeien met de ontwikkeling van een nationale Excellentiecentrum die een referentie in Europa zou zijn. Op basis van een gevalideerd visiedocument, wordt een actieplan uitgewerkt en een coördinator aangeduid.

In het kader van onbeschikbare geneesmiddelen zal het FAGG, in overleg met de verschillende stakeholders, een centrale interactieve portaalsite ontwikkelen die een efficiënt beheer en communicatie rond onbeschikbaarheden mogelijk moet maken.

Zoals benadrukt in het Toekomstpact, moeten de goede voorlichting en het rationele gebruik van geneesmiddelen bepalend zijn voor de behandelingskeuze (met geneesmiddelen of andere) voor een bepaalde patiënt.

7.2. Medische hulpmiddelen en implantaten

Volgens dezelfde aanpak als het toekomstpact dat werd afgesloten met de farmaceutische industrie, zal een meerjarige raamovereenkomst worden voorbereid met de industrie van de medische hulpmiddelen. Op het niveau van het fagg zal in 2016 gefocust worden op de nieuwe aanpak in termen van inspectie van de actoren (zelfcontrole) en de voorbereiding van de implementatie van de twee EU-verordeningen betreffende medische hulpmiddelen. Op het niveau van het RIZIV zal de focus liggen op de oorspronkelijk geplande beoordeling van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, alsook op een analyse van de specialisatie van ziekenhuizen in het gebruik van implantaten. Tot slot zal in 2016, op het niveau van het WIV, de invoering van een specifiek laboratorium voor medische hulpmiddelen worden onderzocht.

7.3. Bloed, weefsels, menselijk lichaamsmateriaal

Het FAGG zal het bestaand wettelijk kader voor biobanken evalueren en verder optimaliseren, alsook het juridisch kader voor de ontwikkeling en productie voor geneesmiddelen voor geavanceerde therapie (ATMP's - *Advanced Therapy Medicinal Products*) met een speciale aandacht voor allogenische toepassing.

effectuées dans les délais légaux avec une attention particulière aux délais serrés pour les essais de phase 1 mononationaux. Ceci est crucial si la Belgique veut maintenir sa position centrale au sein de l'Europe. Tout sera mis en œuvre pour que l'AFMPS soit reconnue comme “État membre préféré faisant rapport” dans le cadre des essais cliniques multinationaux relatifs aux pathologies spécifiques au sein de l'Europe. On prévoit également le développement d'un système de support informatique qui soit compatible avec le portail de l'UE. Une phase pilote est prévue pour tester le fonctionnement du système.

L'expertise de la Belgique en matière de vaccins ne cessera de croître avec le développement d'un Centre d'excellence national qui servira de référence en Europe. Un plan d'action sera élaboré et un coordinateur sera désigné sur la base d'un document de vision.

Dans le cadre de médicaments indisponibles, l'AFMPS développera, en concertation avec les différentes parties en jeu, un portail central interactif devant permettre une gestion et une communication efficaces concernant les médicaments indisponibles.

Comme souligné dans le Pacte d'avenir, la bonne information et l'utilisation rationnelle de médicaments doivent être déterminants dans le choix du traitement (médicamenteux ou autre).

7.2. Dispositifs médicaux et implants

Dans la même approche que le pacte d'avenir conclu avec l'industrie pharmaceutique, un accord cadre pluriannuel sera préparé avec l'industrie des dispositifs médicaux. Au niveau de l'AFMPS, l'accent sera mis en 2016 sur la nouvelle approche en terme d'inspection des acteurs (autocontrôle) et sur la préparation de l'implémentation des deux règlements européens relatifs aux dispositifs médicaux. Au niveau de l'INAMI, l'accent sera mis sur l'évaluation initialement prévue de la Commission de Remboursement des Implants et des dispositifs médicaux invasifs ainsi que sur une analyse de spécialisation des centres hospitaliers dans l'utilisation des implants. Enfin au niveau de l'ISP, la mise en place d'un laboratoire spécifique pour les dispositifs médicaux sera étudiée en 2016.

7.3. Sang, tissus, matériel corporel humain

L'AFMPS évaluera et continuera à optimiser le cadre légal en vigueur des biobanques ainsi que le cadre juridique pour le développement et la production de médicaments de thérapie innovante (ATMP - *Advanced Therapy Medicinal Products*) en prêtant une attention particulière à l'application allogénique.

Op het gebied van bloedplasma, zal de organisatie van plasma zelfvoorziening worden gereorganiseerd om de levering aan de patiënten te optimaliseren, zoals aanbevolen in het rapport 120 van het KCE. Daarnaast zal onder de verschillende operatoren meer transparantie ten aanzien van de kostenstructuur worden voorzien teneinde de concurrentiepositie van België te garanderen.

7.3.1. *Doneren van bloed door MSM*

Bij donatie van bloed bestaat steeds een risico voor de transmissie van HIV. Bij mannen die seks hebben met andere mannen (MSM) ligt dat risico voor transmissie hoger dan bij de overige bevolking. Over de correcte omvang kunnen we discussiëren, maar de vraag die er uit voortkomt, met name of dat risico verantwoordt dat men zijn leven lang uitgesloten moet worden als donor, was begin 2015 voorwerp van een belangrijk juridisch geschil: de zaak C-528/13 *Geoffry Léger vs. de minister van sociale zaken van de Franse republiek*. Het Europese hof oordeelde dat een levenslange uitsluiting maar kan mits daar evidence based epidemiologische argumenten voor bestaan.

Om een antwoord te kunnen geven voor de Belgische situatie, werd een bijzonder platform belast met de vraag. Een ad hoc wetenschappelijk platform met Belgische en internationale experts zal relevante wetenschappelijke criteria definiëren en een visiedocument uitschrijven over bloeddonatie van homo- en biseksuele mannen. Dat platform telt anesthesisten, klinisch biologen, transfusie-experts, infectiologen, hematologen, hemostase-experts, een socioloog en een ethicus.

De paper van dit platform zal op een Ronde Tafel met de maatschappelijke stakeholders getoetst worden. De conclusies moeten in 2016 beschikbaar zijn. Nadien volgt het eventueel aanpassend regelgevend werk.

7.3.2. *Beheer van de stamcelbanken*

Het Kankerplan 2008-2010 riep een forfaitair financieringssysteem voor de stamcel- en navelstrengbloedbanken in het leven. De maatregel had een proliferatie van het aantal banken tot gevolg. In 2009 waren er in België 8 stamcelbanken. Op minder dan 5 jaar tijd is dit aantal quasi verdubbeld naar 14 banken. Nochtans werd in 2007 in de Senaat reeds gesteld dat men moest streven naar concentratie om tot een betere kwaliteitsstandaard te komen in de weefsel activiteiten. Het waarborgen van de kwaliteit voor een groot aantal kleine centra is veel moeilijker te realiseren en is in elk geval enorm duur. Hoe groter de bank, hoe haalbaarder het is om de logistiek te organiseren, hoe makkelijker het is om de nodige

Dans le domaine du plasma sanguin, l'organisation de l'autosuffisance plasmatique sera réorganisée afin d'optimiser l'approvisionnement des patients tel que recommandé dans le rapport du KCE 120. De plus, un renforcement de la transparence relative à la structure des coûts sera réalisé auprès des différents opérateurs afin de garantir la compétitivité de la Belgique.

7.3.1. *Don de sang des HSH*

Tout don de sang entraîne un risque de transmission du VIH. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), ce risque est plus élevé que chez la population restante. L'ampleur exacte de ce risque est discutable mais la question qui en découle - à savoir, le risque justifie-t-il d'être exclu toute sa vie comme donneur de sang - faisait, début 2015, l'objet d'un contentieux juridique important: l'affaire C-528/13 *Geoffry Léger vs la ministre des Affaires sociales de la République française*. La Cour européenne a jugé qu'une exclusion à vie est possible que s'il existe des arguments épidémiologiques scientifiquement prouvés.

Pour pouvoir donner une réponse à la situation belge, une plate-forme spéciale a été chargée de la question. Une plate-forme scientifique ad hoc composée d'experts belges et internationaux définira des critères scientifiques pertinents et rédigera un document de vision concernant le don de sang d'hommes homosexuels et bisexuels. Cette plate-forme compte des anesthésistes, des biologistes cliniques, des experts en matière de transfusion, des infectiologues, des hématologues, des experts en matière d'hémostase, un sociologue et un expert en science éthique.

Le document de cette plate-forme sera examiné lors d'une table ronde avec les acteurs sociaux. Les conclusions devront être disponibles en 2016. Ensuite suivra éventuellement le travail réglementaire visant à adapter le document.

7.3.2. *Gestion des banques de cellules souches*

Le Plan cancer 2008-2010 a développé un système de financement forfaitaire pour les banques de cellules souches et pour les banques de sang de cordon ombilical. La mesure avait pour conséquence une prolifération du nombre de banques. En 2009, il y avait 8 banques de cellules souches en Belgique. En moins de 5 ans, ce nombre a quasi doublé et est passé à 14 banques. En 2007, le Sénat a pourtant affirmé qu'il fallait aspirer à une concentration pour aboutir à une meilleure norme de qualité dans les activités liées aux tissus. Il est bien plus difficile de garantir la qualité d'un grand nombre de petits centres et c'est en tout cas excessivement cher. Plus la banque est grande, plus il est facile d'organiser

experts aan te trekken en voltijds tewerk te stellen en hoe eenvoudiger en doeltreffender er geschikte donoren kunnen worden gevonden en geschikte weefsels kunnen worden klaargemaakt.

Het WIV Kankercentrum realiseerde eind 2014 het rapport "*Stem cell and umbilical cord blood donation and banking: towards a sustainable government policy with SMART measures*". Het document bevat de pistes hoe de concentratie in het aantal stamcelbanken in België het best gerealiseerd wordt. Om deze doelstelling te realiseren, zal ik in 2016 met de sector in overleg treden om het daar uitgewerkte voorstel tot uitvoering te brengen.

8. De verdere uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg

8.1. Verder werken aan zorgcircuits

In 2015 zijn in de geestelijke gezondheidszorg reeds belangrijke stappen gezet naar een betere zorg op maat. Elke beleidskeuze en investering dient om een divers zorgaanbod, dat aansluit op de noden van de patiënt, te versterken.

De IMC Volksgezondheid is het forum geweest voor overleg tussen de federale overheid en de deelstaten. Dit heeft geleid tot de eerste stappen voor de hervorming voor kinderen en jongeren, voor geïnterneerden en een verderzetting voor de volwassenhervorming.

8.1.1. GGZ kinderen en jongeren

Vanaf het begin van de legislatuur werd duidelijk dat voor kinderen en jongeren er dringend visie nodig was. Dit uitte zich in de finalisering en goedkeuring van de Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidszorgbeleid voor kinderen en jongeren. Een document dat de concepten en krijtlijnen uittekent voor dat nieuw beleid. Hiervoor investeer ik vooreerst in de creatie van netwerken: generalistische invalshoeken en gespecialiseerde hulpverlening samenbrengen, zorgt voor de grootste kans op de juiste zorg, op het juiste moment op de juiste plaats.

De concepten verdienen een vertaling, want het staat buiten kijf dat bijkomende investeringen vanuit alle niveaus noodzakelijk zijn voor deze sector. Jaarlijks investeer ik dan ook 21,4 miljoen euro om deze hervorming te laten slagen.

la logistique, d'attirer les experts nécessaires et de les employer à temps plein et plus il est facile de trouver efficacement des donneurs appropriés et de préparer des tissus ad hoc.

Fin 2014, le Centre du cancer de l'ISP a réalisé le rapport "*Stem cell and umbilical cord blood donation and banking: towards a sustainable government policy with SMART measures*". Le document comprend des pistes pour concentrer au mieux le nombre de banques de cellules souches en Belgique. Afin de réaliser cet objectif, je me concerterai avec le secteur en 2016 pour exécuter la proposition qui y a été élaborée.

8. Poursuite du développement des soins de santé mentale

8.1. Poursuite du développement des trajets de soins

En 2015 déjà, de grands pas ont été faits vers une meilleure offre de soins sur mesure dans le secteur des soins de santé mentale. Chaque orientation politique et chaque investissement servent à enrichir une offre de soins variée répondant aux besoins du patient.

La CIM Santé publique a été le forum de concertation entre l'autorité fédérale et les États fédérés. Ce forum a donné lieu aux premières étapes de la réforme des soins de santé mentale aux enfants et adolescents, aux personnes internées, et à la poursuite de la réforme des soins de santé mentale aux adultes.

8.1.1. SSM enfants et adolescents

Dès le début de la législature, il était clair qu'une vision s'imposait d'urgence pour les enfants et les adolescents. Ceci s'est traduit par la finalisation et l'approbation du Guide vers une nouvelle politique en santé mentale pour enfants et adolescents, un document qui expose les concepts et les grandes lignes de cette nouvelle politique. Dans ce cadre, j'investis tout d'abord dans la création de réseaux: la réunion des angles d'approche des médecins généralistes et de ceux des médecins spécialistes augmente les chances d'obtenir des soins appropriés, au bon moment et au bon endroit.

Les concepts méritaient d'être traduits car cela ne fait aucun doute que des investissements complémentaires à tous les échelons sont nécessaires pour ce secteur. Chaque année, j'investis donc 21,4 millions d'euros pour que cette réforme aboutisse.

Hervormingen gaan gepaard met veranderingen.

— ik investeer in de creatie van netwerk en financieren van zorgprogramma's waarbij de netwerken verantwoordelijkheid krijgen om deze middelen goed aan te wenden.

— de verdeling van dit budget is gebaseerd op wetenschappelijke parameters (aantal kinderen, prevalentie van geestelijke gezondheidszorgproblematieken en de sociaal economische status van gezinnen).

Er werd in samenspraak met de gemeenschappen en gewesten overeengekomen om in eerste instantie op volgende drie zorgvormen te focussen: crisiszorg, langdurige zorg en en slotte liaison en consulting. In lijn met de bevoegdheidsverdeling, is de federale investering eerder verbonden aan gespecialiseerde hulpverlening. Concreet zullen ze worden gebruikt voor:

— mobiele werking (crisis en langdurig) aanzienlijk te vergroten;

— innovatieve oplossingen mogelijk te maken tijdens crisissituaties;

— via liaison en consult de GGZ-expertise overbrengen naar niet-GGZ sectoren.

Ten slotte wordt een voltijdse kinderpsychiater aangeworven die de mobiele teams klinisch zal aansturen.

Om de acties in de Gids volledig te implementeren, zijn er echter ook bijkomende investeringen nodig vanuit de gemeenschappen en gewesten. Binnen de IMC zal met de gemeenschappen bekeken worden hoe hun eventuele investeringen kunnen bijdragen aan deze programma's.

2016 zal volledig in het teken staan van de verdere uitrol van de eerder vernoemde zorgprogramma's. Elke verbonden investering zal pas worden toegekend aan een netwerk indien de IMC inschat dat hun uitgeschreven zorgprogramma sterk genoeg is. Dit maakt dat de netwerken met verschillende tijdspaden zullen opstarten, maar door het verzekerd budget, geef ik hen hierdoor net de kans zich degelijk voor te bereiden.

Ten laatste op 1 april 2016 zou elke investeringen in elk netwerk van start moeten zijn gegaan. Zoals altijd zal dit gepaard gaan met goede ondersteuning vanuit de administratie en een transparante communicatie naar het werkveld.

Les réformes s'accompagnent de changements:

— j'investis dans la création de réseaux et j'accorde des moyens financiers pour les programmes de soins, les réseaux recevant la responsabilité de bien les affecter;

— la répartition de ce budget se fait sur la base de paramètres scientifiques (nombre d'enfants, prévalence des problèmes de soins de santé mentale et statut socioéconomique des ménages).

Il a été convenu avec les communautés et les régions de se focaliser tout d'abord sur les trois formes de soins suivantes: soins de crise, soins de longue durée et enfin liaison et consultation. Parallèlement à la répartition des compétences, l'investissement fédéral est plutôt lié à l'aide spécialisée. Concrètement, ils seront utilisés pour:

— améliorer considérablement le fonctionnement mobile (soins de crise et soins de longue durée);

— permettre des solutions innovantes en cas de situations de crise;

— transférer l'expertise SSM vers des secteurs non SSM via la liaison et la consultation.

Enfin, un psychiatre pour enfants sera engagé à temps plein. Celui-ci pilotera les équipes mobiles sur le plan clinique.

Toutefois, afin de pouvoir pleinement implémenter les actions mentionnées dans le Guide, des investissements complémentaires de la part des communautés et des régions seront également nécessaires. Les membres de la CIM examineront avec les communautés comment leurs éventuels investissements pourront contribuer à ces programmes.

2016 sera entièrement sous le signe du déploiement ultérieur des programmes de soins susmentionnés. Chaque investissement ne sera accordé à un réseau que si la CIM estime que le programme de soins écrit du réseau concerné est suffisamment solide. Ce qui fait que les réseaux commenceront à différents moments, mais le budget étant garanti, je leur donne justement l'occasion de s'y préparer convenablement.

Chaque investissement dans chaque réseau devra avoir démarré au plus tard le 1er avril 2016. Comme toujours, ces investissements iront de pair avec un bon soutien de la part de l'administration et une communication transparente sur le terrain.

8.1.2. GGZ volwassenen – art.107

De FOD Volksgezondheid, administraties van gewesten en gemeenschappen en het universitair consortium hebben dit jaar alle 19 artikel 107-netwerken geëvalueerd. Er werd vooreerst gefocust op de structuur van het netwerk (“governance”). Een netwerk en de zorg die het aanbiedt is maar zo succesvol indien het elke partner een plaats geeft in het herstel van de patiënt. Dat is de idee van de hervorming die in 2010 is ingezet en die wordt verdergezet. Een tweede element in de evaluatie was de werking van het mobiele team dat het speerpunt is voor zorg meer zorg op maat. Uit beide criteria bleek dat er inhoudelijke verschillen tussen de netwerken aanwezig zijn. In het kader van de ontwikkeling van de diverse functies (vroegdetectie, mobiele equipes, rehabilitatie, intensifiëring residentiële behandelunits, specifieke woonvormen) zal in de eerste helft van 2016 met de sector en de deelstaten een stappenplan worden opgemaakt.

Dit stappenplan omvat enerzijds een *planning* tot uitrol, anderzijds een verduidelijking over hoe deze uitrol gefinancierd kan worden.

In 2016 wordt gewerkt op verschillende fronten die telkens in nauw overleg met de sector worden voorzien:

— Verdieping: met ondersteuning door alle administraties wordt met een bestaand netwerk gewerkt aan de eventuele verbeterpunten. In het licht van een van de kernbedoelingen van deze hervorming, namelijk de omkadering van psychiatrische bedden gebruiken om meer zorg op maat aan te bieden, worden netwerken aangespoord om meer bedden buiten gebruik te stellen. Er wordt in de blauwdruk nagegaan hoe elk netwerk kan komen tot een minimum van 24 VTE's per 300 000 inwoners voor een mobiel team.

Netwerken waar het aantal psychiatrische bedden te laag zou zijn om dergelijk VTE's te behalen, zullen samen met de administratie bekijken wat mogelijke alternatieven zijn. Het is echter de uitgesproken doelstelling om elk netwerk een oefening te laten doen en uiteindelijk op dit minimumniveau te verkrijgen.

— Herorganisatie: sommige netwerken hebben een overlap met elkaar of zijn te klein waardoor een rationalisatie-oefening wenselijk is. Steeds zal worden getracht dergelijke overgang zo vlot mogelijk te laten verlopen teneinde de zorg voor de patiënt niet in het gedrang te brengen.

— Verbreding: ook zullen er blinde vlekken worden opgevuld. Nieuwe netwerken kunnen een aanvraag indienen tot goedkeuring in het laatste kwartaal van 2015

8.1.2. SSM adultes – art. 107

Le SPF Santé publique, les administrations des régions et des communautés et le consortium universitaire ont évalué, cette année, les 19 réseaux article 107. On s'est d'abord concentré sur la structure du réseau (“gouvernance”). Un réseau et les soins qu'il offre n'ont de succès que si chaque partenaire a sa place dans le rétablissement du patient. C'est l'idée de la réforme qui a été entamée en 2010 et que l'on poursuit. Un deuxième élément dans l'évaluation concernait le fonctionnement de l'équipe mobile qui constitue le fer de lance pour davantage de soins sur mesure. Il ressort des deux critères d'évaluation qu'il y a des différences de fond entre les réseaux. Dans le cadre du développement des diverses fonctions (détection précoce, équipes mobiles, réhabilitation, intensification des unités de traitements, formules résidentielles spécifiques), une feuille de route sera établie avec le secteur et les entités fédérées au cours du premier semestre 2016.

Cette feuille de route contient un *planning* de déploiement d'une part, et une clarification sur la façon dont ce déploiement sera financé d'autre part.

En 2016, nous travaillerons sur plusieurs fronts en concertation étroite avec le secteur:

— Approfondissement: moyennant le soutien de toutes les administrations, nous travaillerons avec un réseau existant aux éventuels points à améliorer. Dans le cadre d'un des objectifs-clés de la présente réforme - utiliser l'encadrement des lits psychiatriques pour offrir davantage de soins sur mesure - les réseaux sont encouragés à mettre davantage de lits hors de service. Dans l'ébauche, nous examinons comment chaque réseau peut arriver à un minimum de 24 ETP par 300 000 habitants pour une équipe mobile.

Les réseaux où le nombre de lits psychiatriques serait trop bas pour atteindre ce nombre d'ETP examineront avec l'administration les alternatives possibles. Toutefois, le but explicite est de faire faire un exercice à chaque réseau pour qu'il atteigne finalement ce niveau minimum.

— Réorganisation: certains réseaux se chevauchent ou sont trop petits de sorte qu'un exercice de rationalisation est souhaitable. Nous tenterons toujours de faciliter au maximum ce genre de transition pour ne pas compromettre les soins au patient.

— Élargissement: les points aveugles seront également éliminés. Les nouveaux réseaux peuvent introduire une demande d'approbation au cours du dernier

teneinde in 2016 te kunnen beginnen. Vanzelfsprekend zullen zij van bij het begin nauw begeleid worden door de administraties.

8.1.3. *De wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen*

De wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen van 4 april 2014 is een grote stap voorwaarts omdat het voor enkele essentiële beroepen in de geestelijke gezondheidszorg via KB nr. 78 eindelijk het noodzakelijk deontologisch en kwaliteitsborgend kader creëert. Na juridische analyse is echter vastgesteld dat de wet nog enkele aanpassingen behoeft om volledig uitvoerbaar te zijn. Na grondig en uitgebreid stakeholdersoverleg bereidt mijn administratie dit najaar daarom de noodzakelijke reparatie voor zodat de datum van inwerkingtreding, 1 september 2016, niet in gedrang komt. Onmiddellijk hierna zullen de vereiste uitvoeringsbesluiten genomen worden om de noodzakelijke organen te installeren en zodoende adviezen omtrent de geestelijke gezondheidszorgberoepen te kunnen ontvangen.

De erkenning van deze beroepen is een eerste stap in de weg naar een noodzakelijke versterking van de eerstelijnszorg. Naar aanleiding van het te verkrijgen advies van het KCE omtrent dit onderwerp, zal ik dan ook het overleg opstarten met alle betrokkenen. Doordat dergelijke oefening een doordachte implementatie vereist waarbij rekening wordt gehouden met de relatie van zorgberoepen ten opzichte van elkaar, de budgettaire mogelijkheden alsook de effectieve zorgnood, zal onderzocht worden welke terugbetalingsmodel het best daarop aansluit.

8.2. *Geïnterneerden en gedetineerden*

Inzake de geïnterneerden en gedetineerden wordt de constructieve samenwerking met de minister van Justitie voortgezet.

8.2.1. *Geïnterneerden*

Zoals voorgeschreven in het regeerakkoord wordt in 2016 de derde fase van het meerjarenplan internering volledig uitgerold. Op volgende projecten wordt gefocust:

- Twee eenheden voor langdurige opvang voor uitbehandelde geïnterneerden;
- Een extra eenheid voor vrouwelijke geïnterneerden;

trimestre de 2015 pour commencer en 2016. Il va sans dire qu'ils seront, dès le départ, accompagnés étroitement par les administrations.

8.1.3. *La loi réglementant les professions des soins de santé mentale*

La loi réglementant les professions des soins de santé mentale du 4 avril 2014 est un grand pas en avant parce qu'elle crée enfin via l'AR n°78 le cadre déontologique et la garantie de qualité nécessaires pour quelques professions essentielles dans le secteur des soins de santé mentale. Toutefois, au terme d'une analyse juridique, il s'est avéré que la loi nécessite encore quelques adaptations pour pouvoir entièrement être exécutée. C'est pourquoi mon administration prépare, au terme d'une importante concertation avec les parties en jeu, cet automne, la réparation nécessaire pour ne pas compromettre la date d'entrée en vigueur, à savoir le 1^{er} septembre 2016. Immédiatement après, les arrêtés d'exécution requis seront appliqués pour pouvoir installer les organes nécessaires et obtenir de la sorte des avis sur les professions des soins de santé mentale.

La reconnaissance de ces professions constitue une première étape dans le renforcement nécessaire des soins de première ligne. Étant donné que nous devons recevoir l'avis du KCE à ce sujet, je propose d'entamer la concertation avec toutes les parties intéressées. Étant donné qu'un tel exercice requiert une implémentation réfléchie qui tient compte de la relation des professions de la santé entre elles, des moyens budgétaires et du besoin réel en soins, nous examinerons quel modèle de remboursement convient le mieux.

8.2. *Internés et détenus*

En ce qui concerne les internés et les détenus, nous poursuivons la collaboration constructive avec le ministre de la Justice.

8.2.1. *Internés*

Comme prévu dans l'accord de gouvernement, la troisième phase du plan pluriannuel "Internement" sera entièrement exécutée en 2016. Nous nous concentrons sur les projets suivants:

- deux unités d'accueil de longue durée pour les internés pour lesquels il n'existe plus de traitements;
- une unité supplémentaire pour les femmes internées;

— Een structuur van crisis en time-out uit zodat geïnterneerden in die gevallen niet meer teruggestuurd moeten worden naar de gevangenissen;

— Samenwerking met de gemeenschappen in de zorg naar geïnterneerden versterken;

— Ondersteuning van initiatieven die geïnterneerden met een dubbel diagnose opnemen (mentale handicap en verslaving);

— Uitbreiding van een aantal bestaande projecten die hebben bewezen dat ze extra geïnterneerden opnemen in hun werking;

— De verschillende mobiele equipes die werken met geïnterneerden worden hervormd en versterkt;

— Ondersteuning crisisunit Labrys te Merksplas en ondersteuning zorgteam te Paifve;

— Een onderzoek naar het gevoerde beleid met nadruk op de vragen: waar is bijsturing nodig, waar hebben we nog tekorten en hoe kunnen we zorgen dat we netwidening vermijden.

Nog in 2015 zouden een aantal aanpassingen aan de interneringswet van mei 2014 moeten goedgekeurd worden. Deze wet zal dan in de loop van 2016 in werking treden. Er zullen een aantal uitvoeringsbesluiten genomen moeten worden en het nodige dient gedaan te worden om in samenwerking met de gemeenschappen voldoende psychiaters te erkennen als forensisch deskundige.

In 2016 zal het FPC Antwerpen zijn deuren openen. Momenteel loopt de selectie procedure om een uitbater aan te duiden en is de bouw volop bezig. In 2016 zal dit proces verder gezet worden met het oog op een opening in de herfst.

In 2016 wordt ook een masterplan voor internering opgemaakt. De bedoeling van dit plan is om voldoende plaatsen te creëren om zorg op maat te kunnen aanbieden aan alle geïnterneerden zodat deze niet meer in een gevangenis dienen opgesloten te worden.

De huidige werking rond geïnterneerden zal worden geëvalueerd en bijgestuurd. Dit wordt opgestart als de laatste fase van het meerjarenplan internering is geïmplementeerd en ten laatste in het najaar van 2016.

Daarnaast wordt ingezet op een nauwe samenwerking met de gemeenschappen en de reguliere sector

— une structure de crise et de time-out de sorte qu'il ne faille plus incarcérer les internés qui se trouvent dans de telles situations;

— renforcement de la collaboration avec les communautés en ce qui concerne les soins aux internés;

— soutien des initiatives visant les internés pour lesquels un double diagnostic a été posé (handicap mental et accoutumance);

— extension d'un certain nombre de projets existants qui ont prouvé qu'ils admettent des internés supplémentaires dans leur fonctionnement;

— réforme et renforcement des différentes équipes mobiles qui travaillent avec des internés;

— soutien à l'unité de crise "Labrys" à Merksplas et à l'équipe de soins à Paifve;

— étude de la politique menée en insistant sur les questions suivantes: où faut-il ajuster, où y a-t-il encore des manques et comment éviter que le filet s'élargisse.

Un certain nombre d'adaptations à la loi relative à l'internement de mai 2014 devront encore être approuvées en 2015. Cette loi entrera alors en vigueur en 2016. Il faudra prendre un certain nombre d'arrêtés d'exécution et faire le nécessaire pour reconnaître, en collaboration avec les communautés, suffisamment de psychiatres comme experts légaux.

En 2016, le Centre de psychiatrie légale d'Anvers (FPC) ouvrira ses portes. La procédure de sélection en vue de désigner un exploitant est actuellement en cours et le centre est en cours de construction. En 2016, cette procédure sera continuée en vue d'une inauguration en automne.

En 2016, un masterplan pour l'internement sera également établi. Le but de ce plan est de créer suffisamment de places pour pouvoir offrir des soins sur mesure à tous les internés de sorte que ceux-ci ne doivent plus être incarcérés.

Le fonctionnement actuel des projets relatifs aux internés sera évalué et rectifié. Cette procédure commencera dès que la dernière phase du plan pluriannuel internerment est implémentée et au plus tard en automne 2016.

Nous aspirons en outre à une collaboration étroite avec les communautés et avec le secteur régulier en

in het algemeen. De doorstroming van geïnterneerden naar de reguliere en ambulante sector dient vlotter te verlopen.

8.2.2. *Gedetineerden*

In september 2015 is het KCE gestart met een onderzoek naar de penitentiaire gezondheidszorg. Dit onderzoek zal nog heel 2016 in beslag nemen waardoor er tot de afloop van deze studie nog geen stappen genomen zullen worden.

Ondertussen wordt bekeken hoe in overleg met de deelstaten, het drugsbeleid in de gevangenissen beter kan worden georganiseerd. Er wordt onderzocht of een samenwerking met twee gevangenissen kan worden opgestart met telkens een ziekenhuis uit de buurt dat zich bezig houdt met verslavingszorg en dit om een model uit te werken voor een multidisciplinaire aanpak van de drugsproblematiek in de gevangenissen.

8.3. *Verslavingen en drugs*

8.3.1. *Verslaving en geestelijke gezondheidszorg*

In kader van geïntegreerd beleid zal verder aandacht worden besteed aan de nauwere samenwerking tussen de verslaving en bredere geestelijke gezondheidszorg. Zo zullen de artikel 107 – netwerken meer en meer hier aandacht aan besteden, zeker gezien de versterking die hierboven werd geschetst. Bij de goedkeuring van de zorgprogramma's in kader van het nieuwe beleid voor kinderen en jongeren wordt automatisch en veelvuldig hun aanpak van deze doelgroep bevraagd. Gezien de grote bevoegdheidsverdeling zal ook hier veelvuldig overleg moeten plaatsvinden met de regionale overheden. Keuzes die hier plaatsvinden zullen afstemming moeten vinden met bijvoorbeeld de evoluties binnen de art. 107 – netwerken of netwerken voor kinderen en jongeren.

8.3.2. *Verslavingen*

De richtlijn EU/2014/40 betreffende tabak en aanverwante producten zal door mijn diensten als prioritair worden behandeld teneinde deze in nationale wetgeving te hebben omgezet tegen 20 mei 2016.

Om de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik te verminderen, zal een alcoholstrategie worden uitgewerkt in samenwerking met de deelstaten en de andere bevoegde ministers.

Voor het onrechtmatig gebruik van psychofarmaca verder te bestrijden zal worden ingezet op face to face vorming van artsen rond angst-, slaap- en stresspro-

général. Le transfert des internés vers les secteurs régulier et ambulatoire doit se faire plus facilement.

8.2.2. *Détenus*

En septembre 2015, le KCE a entamé une étude sur les soins de santé dans les prisons. Cette étude courra encore pendant toute l'année 2016 si bien qu'aucune action ne sera prise avant la fin de cette étude.

Entre-temps, nous examinons en concertation avec les États fédérés comment la politique antidrogue peut encore être mieux organisée dans les prisons. Nous examinons la possibilité d'entamer une collaboration avec deux prisons situées chacune à proximité d'un hôpital qui se charge de la désintoxication et ce, afin de développer un modèle d'approche multidisciplinaire du problème de la toxicomanie dans les prisons.

8.3. *Toxicomanie et drogues*

8.3.1. *Toxicomanie et soins de santé mentale*

Dans le cadre de la politique intégrée, nous continuerons à prêter attention à la collaboration plus étroite entre la toxicomanie et les soins de santé mentale élargis. Ainsi, les réseaux article 107 y consacreront de plus en plus d'attention, surtout compte tenu du renforcement esquissé ci-dessus. Lors de l'approbation des programmes de soins dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, leur approche de ce groupe cible est automatiquement et fréquemment évaluée. Compte tenu de la grande répartition des compétences, il faudra, en l'occurrence aussi, organiser de nombreuses concertations avec les autorités régionales. Les choix opérés ici devront correspondre par exemple aux évolutions au sein des réseaux art. 107 ou des réseaux pour enfants et adolescents.

8.3.2. *Toxicomanies*

La directive 2014/40/UE sur les produits du tabac et les produits connexes sera traitée en priorité par mes services pour qu'elle puisse être transposée dans la législation nationale pour le 20 mai 2016.

Afin de réduire les effets nocifs de la consommation d'alcool, une stratégie en matière d'alcool sera développée en collaboration avec les entités fédérées et les autres ministres compétents.

Afin de poursuivre la lutte contre l'utilisation illicite de psychotropes, nous investirons dans la formation "face-à-face" des médecins autour des problèmes d'angoisse,

blemen en een verderzetting van sensibilisering van artsen met betrekking tot het adequaat voorschrijven van benzodiazepines.

8.3.3. Drugs

Het gebruik van drugs brengt onoverkomelijk grote gezondheidsrisico's met zich mee. De "markt" van psychoactieve substanties verandert echter constant. Uit recente rapportering van het *Early Warning System* van het WIV blijkt ook dat er steeds meer gevaarlijke pillen en poeders in België worden aangetroffen, wat de noodzaak aan een continue, systematische monitoring aantoont. De regering zal nagaan hoe we deze informatievergaring kunnen vergroten en efficiënter opvolgen. De focus zal hierbij liggen op het afwegen hoe "gebruikers ondersteunde bronnen van informatie" kunnen ingericht worden voor de bevordering van een tweeledige kerntaak: het nauwkeurig monitoren van de illegale drugsmarkt en de surveillance-activiteiten vergroten die acuut gevaar en risicovolle ontwikkelingen in een zo vroeg mogelijk stadium signaleren aan de autoriteiten en het publiek. Op deze manier wordt gewerkt aan een landelijk platform dat adequate acties faciliteert in het kader van volksgezondheid en illegale middelen. De hierbij verzamelde gegevens zullen gebruikt worden voor voorlichting, preventie en beleid. Overleg met alle belanghebbenden, niet in het minst met de regionale overheden, zal hierin van belang zijn.

Om "shopping" van vervangingsmiddelen in kader van substitutiebehandeling te bestrijden, wordt in samenwerking met de sector en administraties een zo nauw mogelijke realtime registratie van de aflevering opgezet. Deze zal de inspecteurs van het FAGG in staat stellen risicosituaties te detecteren, te onderzoeken en waar nodig door te koppelen naar de Provinciale Geneeskundige Commissie die de zaak dan aan verder onderzoek binnen haar bevoegdheden kan onderwerpen.

Om proactief te kunnen inspelen op een volatiele markt binnen de nieuw psychoactieve stoffen (NPS), wordt in 2016 een generieke wetgeving opgesteld waarbij stoffen op basis van een gemeenschappelijke chemische structuur worden gedefinieerd onder de drugwetgeving. Dit zal douane, politie en parket in staat stellen om korter op de bal te spelen. De huidige drugwetgeving voorziet namelijk een oplijsting van stoffen op naam wat de lucratieve drugsmarkten omzeilen door de strafbare substanties lichtjes chemisch te wijzigen waardoor NPS bekomen worden met een gelijkaardige werking maar andere chemische benamingen die dus niet meer onderhevig zijn aan de drugwetgeving en legaal zijn. Daar deze nieuwe stoffen telkens opnieuw dienen te worden toegevoegd aan de wetgeving, loopt

d'insomnie et de stress et nous continuerons à les sensibiliser à la prescription adéquate de benzodiazépines.

8.3.3. Drogues

L'utilisation de drogues entraîne inévitablement d'importants risques pour la santé. Toutefois, le "marché" des substances psychoactives évolue en permanence. Il ressort en outre du Système d'alerte rapide de l'ISP qu'il y a de plus en plus de pilules et de poudres dangereuses en Belgique, ce qui prouve la nécessité d'un monitoring continu et systématique. Le gouvernement examinera comment nous pouvons renforcer et suivre plus efficacement cette collecte d'informations. Dans ce contexte, l'accent sera mis sur comment constituer des "sources d'information en soutien aux toxicomanes" en vue de favoriser une double mission-clé: suivre scrupuleusement le marché illégal des drogues et multiplier les activités de surveillance qui permettent de signaler le plus rapidement possible les dangers aigus et les développements à risque aux autorités et au public. Nous travaillons ainsi à une plate-forme nationale qui facilite les actions ad hoc dans le cadre de la santé publique et des produits illicites. Les données ainsi recueillies seront utilisées pour informer, prévenir et à des fins politiques. La concertation avec toutes les parties intéressées, notamment avec les autorités régionales, sera importante dans ce contexte.

Afin de combattre le "shopping" de succédanés dans le cadre du traitement de substitution, un enregistrement en temps réel de la délivrance est organisé en collaboration avec le secteur et les administrations. Cet enregistrement permettra aux inspecteurs de l'AFMPS de détecter et d'analyser les situations à risque et de les communiquer si nécessaire à la Commission médicale provinciale qui pourra alors soumettre l'affaire à une étude plus approfondie dans le cadre de ses compétences.

Pour pouvoir réagir de manière proactive à un marché volatile dans le cadre des nouvelles substances psychoactives (NSP), une législation générique sera rédigée en 2016 où les substances seront définies sur la base d'une structure chimique commune dans la législation sur les drogues. Ceci permettra à la douane, à la police et au parquet de réagir plus rapidement. En effet, la législation sur les drogues prévoit actuellement une liste nominative de substances, ce que les marchés lucratifs de stupéfiants contournent en modifiant légèrement la composition chimique des substances punissables. Ils obtiennent ainsi des NSP ayant une action analogue mais sous d'autres appellations chimiques. Ces substances ne sont donc plus assujetties à la législation sur les drogues et sont donc légales. Étant

de wetgever momenteel achterop. De generieke structuurwetgeving is bijgevolg een gepast antwoord op dit fenomeen.

9. Kwaliteit, veiligheid, handhaving en controle

9.1. *Evidence based practice*

Hoger werd reeds verwezen naar mijn voornemen om in de loop van 2016 samen met alle betrokkenen te werken aan een verdere integratie van verschillende initiatieven inzake evidence based practice.

Ik heb de ambitie om, in samenwerking met de deelstaten, een synergie te creëren tussen de kwaliteitsinitiatieven die ontstaan zijn op de verschillende beleidsniveaus. De doelstelling van alle initiatieven is niet alleen de kwaliteit van zorg te verbeteren, ook de outcome voor de patiënt te optimaliseren en indien mogelijk de kost per capita beperken.

Hiervoor wil ik onderzoeken op welke manier de verschillende datacollectie-methoden die op federaal niveau bestaan op elkaar kunnen afgestemd worden, opdat een centralisatie van de kwaliteitsbewaking op federaal niveau kan worden nagestreefd.

9.2. *Handhaving en controle*

Het principe dat alle actoren binnen de gezondheidszorg hun rol dienen te versterken in het budgettair beheer van de gezondheidszorg blijft onverkort van toepassing. In 2016 volgen wettelijke initiatieven opdat het RIZIV ten laatste eind 2016 rechtstreeks toegang krijgt tot de facturatie- en aanrekeningsgegevens gezondheidszorg. Daarbij wordt een data-strategie, een gezamenlijk controleprogramma en een taakverdeling voorzien tussen het RIZIV en de ziekenfondsen.

Dit moet een dubbel doel dienen. Het verhogen van de strijd tegen fraude maar ook het in kaart brengen en bestrijden van eventuele overconsumptie en oneigenlijk gebruik van gezondheidszorg. Het principe van doelmatige zorg dient te worden uitgewerkt en wetenschappelijk te worden onderbouwd. Hieraan verbonden wens ik ook na te gaan of er voldoende incentives voorhanden zijn opdat elke actor deze rol actief kan opnemen.

Naast incentives wordt in 2016 eveneens nagegaan of het huidige sanctie-instrumentarium waarover de controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden

donné que ces nouvelles substances doivent à chaque fois être rajoutées à la législation, le législateur a pris du retard. La législation sur la structure générique répond par conséquent parfaitement à ce phénomène.

9. Qualité, sécurité, maintien et contrôle

9.1. *Médecine factuelle (Evidence-Based Practice)*

Comme déjà mentionné ci-dessus, j'ai l'intention de continuer à travailler, dans le courant de 2016, à l'intégration des différentes initiatives en matière de médecine factuelle et ce, en collaboration avec toutes les parties intéressées.

J'ai l'ambition de créer, en collaboration avec les entités fédérées, une synergie entre les différentes initiatives relatives à la qualité des soins, nées à différents échelons politiques. L'objectif poursuivi par toutes les initiatives est non seulement d'améliorer la qualité des soins mais aussi d'optimiser l'outcome pour le patient et de limiter si possible le coût par personne.

Pour ce faire, je souhaite examiner comment les différentes méthodes de collecte de données qui existent au niveau fédéral peuvent être harmonisées entre elles pour pouvoir centraliser la surveillance de la qualité au niveau fédéral.

9.2. *Maintien et contrôle*

Le principe selon lequel tous les acteurs du secteur des soins de santé doivent renforcer leur rôle dans la gestion budgétaire des soins de santé reste entièrement d'application. Des initiatives légales suivront en 2016 pour que l'INAMI ait directement accès aux données de facturation et d'attestation de soins de santé, au plus tard fin 2016. Une stratégie de données, un programme de contrôle commun et une répartition des tâches seront également prévues entre l'INAMI et les mutualités.

L'objectif poursuivi doit être double: renforcer la lutte contre la fraude mais aussi inventorier et combattre l'éventuelle surconsommation et l'usage abusif de soins de santé. Il y a lieu de développer le principe des soins efficaces et de l'étayer scientifiquement. Dans ce contexte, je voudrais également m'assurer qu'il y ait suffisamment d'incitants pour que chaque acteur puisse assumer ce rôle activement.

Outre les incitants, nous vérifierons également en 2016 si l'arsenal de sanctions actuel dont dispose l'Office de contrôle des mutualités et des unions natio-

van de ziekenfondsen beschikt, nog beantwoordt aan de actuele stand van zaken en de huidige uitdagingen van de sector.

9.3. Kadaster van de apparatuur in de Medische Beeldvorming

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 24 februari 2014 werd een protocol inzake medische beeldvorming afgesloten tussen federale overheid en de gefedereerde entiteiten. De kernelementen van dit akkoord waren, binnen de ziekenhuisprogrammatie, het verminderen van de stralingsbelasting voor de Belgische bevolking via de uitbreiding van het aantal NMR-toestellen en een uitbreiding van het aantal PET-toestellen wegens toegenomen indicaties, maar dit alles binnen een budgetneutraal kader.

Cruciaal voor een correcte uitvoering van dit belangrijk akkoord is een performant handhavingsbeleid. De “*conditio sine qua non*” hiervoor is de aanleg van een sluitend landelijk kadaster inzake apparaten medische beeldvorming. Na heel wat voorbereidend werk in 2015, zal 2016 het jaar van de opstart van het kadaster worden.

10. Meewerken aan Europees en internationaal beleid

Op Internationaal vlak, zal ik de ontwikkelingen rond “gezondheid en migratie” en “antimicrobiële resistentie” zeer nauw opvolgen. Deze onderwerpen worden erkend als prioriteiten op het internationale niveau (WHO en EU) en België zal actief deelnemen aan de discussies die zullen plaatshebben over deze onderwerpen aangezien ontwikkelingen op deze aspecten enkel in internationaal verband kunnen worden bereikt.

Buiten de aandacht die aan gepersonaliseerde geneeskunde op nationaal niveau gegeven wordt, is ook een versterkte samenwerking op EU-niveau belangrijk. De toegevoegde waarde op het vlak van onderzoek en uitwisseling van ervaringen wordt niet betwist. Ook een reflectie over de betaalbaarheid wordt door veel lidstaten ondersteund, maar bij besprekingen van Raadsconclusies over dit thema blijkt dat sommige lidstaten het hiermee bijzonder moeilijk hebben. België zal samenwerkingen op dit vlak blijven ondersteunen, als het kan op EU-niveau maar ook in samenwerking met lidstaten die hiertoe wel bereid zijn.

In 2015 heb ik een protocol getekend met mijn collega's uit Nederland en Luxemburg dat een internationale aanpak van weesgeneesmiddelen beoogt. Conform het regeerakkoord zullen we niet alleen samen

nales des mutualités répond encore à la situation et aux défis actuels du secteur.

9.3. Cadastre des appareils d'imagerie médicale

Lors de la Conférence interministérielle de la Santé publique du 24 février 2014, un protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale a été conclu entre l'administration fédérale et les entités fédérées. Les éléments clés de cet accord étaient, dans le cadre de la programmation hospitalière, la diminution de la charge d'irradiation de la population belge via l'extension du nombre d'appareils RMN et une extension du nombre d'appareils PET en raison de la multiplication des indications, mais le tout dans un cadre budgétairement neutre.

Pour une exécution correcte de cet important accord, il est crucial d'avoir une politique de maintien performante. À cette fin, la condition sine qua non est la mise en œuvre d'un cadastre national global des appareils d'imagerie médicale. Au terme d'un énorme travail préparatoire en 2015, le cadastre pourra être lancé en 2016.

10. Collaborer à la politique européenne et internationale

Sur le plan international, je suivrai avec beaucoup d'attention les développements concernant les volets “santé et migration” et “résistance aux antimicrobiens”. Ces sujets sont reconnus comme des priorités au niveau international (OMS et UE) et la Belgique prendra activement part aux débats qui auront lieu sur les sujets dans la mesure où des progressions sur ces aspects ne peut être réalisée que dans un contexte international.

En dehors de l'attention prêtée à la médecine personnalisée au niveau national, une collaboration renforcée au niveau européen est également essentielle. La valeur ajoutée au niveau de la recherche et du développement d'expériences est incontestable. De même, une réflexion sur l'accessibilité financière est appuyée par de nombreux États membres mais dans les discussions concernant les conclusions du Conseil sur ce thème certains États membres s'avèrent particulièrement hésitants. La Belgique continuera à appuyer les collaborations à ce niveau, si possible à l'échelle européenne mais aussi en collaboration avec les États membres qui y sont disposés.

En 2015, j'ai signé un protocole avec mes collègues néerlandais et luxembourgeois visant une approche internationale des médicaments orphelins. Conformément à l'accord de gouvernement, non seulement nous

wetenschappelijke evaluatierapporten schrijven en wederzijds erkennen, maar ook samen onderhandelen en gemeenschappelijke registers opzetten. Dat moet leiden tot beter wetenschappelijk materiaal en lagere prijzen voor de ziekteverzekering en een administratieve vereenvoudiging voor de bedrijven. In 2015 zijn we met een pilootproject gestart dat geleid heeft tot een eerste belangrijke stap: een wederzijds erkend evaluatierapport. In een volgend pilootproject dat in 2016 zal worden afgerond en geëvalueerd willen we ook gezamenlijke onderhandelingen organiseren. Deze unieke aanpak kan op veel interesse uit het buitenland rekenen en ik zal mijn inspanningen om hierrond een coalitie van welwillenden op te zetten doortrekken.

Bovendien is het proces van het ontwikkelen van een strategie voor samenwerking tussen de WHO en België onlangs hernieuwd. Ik ben van plan om dit proces te ondersteunen en in 2016 een overeenkomst te bereiken. Het is in dit kader dat de strategische gebieden voor samenwerking die kunnen worden ontwikkeld tussen de WHO (Genève HQ en EURO Kopenhagen), zowel op vlak van de steun die België kan leveren aan de WHO, maar ook de ondersteuning die het WHO kan geven aan prioriteiten in de Belgische context, zullen worden geïdentificeerd. Dit inclusief proces wordt gerealiseerd is samenwerking met mijn collega van ontwikkelingssamenwerking en met mijn collega's van de gefedereerde entiteiten.

Wat betreft de voorbereiding van antwoord op de volksgezondheidscrisissen, heeft de Ebola-uitbraak er ons aan herinnerd dat de opkomst van bedreigingen voor de gezondheid blijven bestaan. Zoals opgenomen in het regeerakkoord is de regering vastbesloten om de behoeften inzake het beheersen van zeer besmettelijke ziekten te herzien. Er is reeds aanzienlijke vooruitgang geboekt met de deelname van drie ziekenhuizen in de behandeling van bevestigde Ebola patiënten, maar een permanente oplossing wordt overwogen en er zal hierin een besluit worden genomen door de overheid in de loop van dit jaar (2016).

De Ebola uitbraak heeft ook gewezen op de noodzaak voor generieke procedures die voor toekomstige bedreigingen moeten worden toegepast. De ervaring met de H1N1-pandemie en met de procedures die zijn ontwikkeld in België in het kader van de huidige Ebola uitbraak in Afrika moeten dienen als basis voor het ontwikkelen van een generiek reactieplan.

Een andere les die al is getrokken uit deze epidemie is de noodzaak om de volledige uitvoering van de nationale capaciteit in International Health Regulations te garanderen. Het accent ligt hier in 2016 op de

rédigerons et agréerons ensemble et mutuellement des rapports d'évaluation scientifiques mais nous négocierons aussi ensemble et mettrons en œuvre des registres communs. Cela devra aboutir à meilleur matériel scientifique, à des prix plus bas pour l'assurance maladie et à une simplification administrative pour les entreprises. En 2015, nous avons entamé un projet pilote ayant généré une première étape importante: un rapport d'évaluation agréé mutuellement. Dans un prochain projet pilote qui sera terminé et évalué en 2016, nous voulons aussi organiser des négociations conjointes. Cette approche unique bénéficie d'un grand intérêt à l'étranger et je poursuivrai mes efforts pour mettre ici sur pied une coalition de volontaires.

Par ailleurs, le processus d'élaboration d'une stratégie de coopération entre l'OMS et la Belgique a récemment redémarré. J'entends supporter ce processus et aboutir à un accord qui devra être finalisé en 2016. Il s'agit dans ce cadre d'identifier les axes stratégiques de coopération qui peuvent être développées entre l'OMS (Genève HQ et EURO Copenhague) tant en ce qui concerne la collaboration que la Belgique peut apporter à l'OMS qu'en ce qui concerne également ce que l'OMS peut supporter comme priorités dans le cadre belge. Ce processus inclusif se réalise tant avec mon collègue de la coopération au développement qu'avec mes collègues des entités fédérées.

En ce qui concerne la préparation de la réponse aux crises de santé publique, l'épidémie d'Ebola nous a rappelé que l'émergence de menaces sanitaires reste d'actualité. Comme signalé dans la déclaration gouvernementale, le gouvernement s'est engagé à examiner les besoins en termes de prise en charge des maladies hautement contagieuses. Des progrès notables ont déjà été accomplis avec la participation de trois hôpitaux dans la prise en charge de malades confirmés pour la maladie Ebola mais une solution pérenne est à l'étude et une décision sera prise par le gouvernement dans le courant de cette année (2016).

Cette épidémie d'Ebola a également mis en lumière le besoin de disposer de procédures génériques qui devraient pouvoir être appliquées lors de menaces futures. L'expérience de la pandémie H1N1 ainsi que les procédures élaborées en Belgique dans le cadre de l'épidémie actuelle d'Ebola en Afrique devront servir de base au développement d'un plan de réponse générique.

Une autre leçon qui a déjà été tirée de la gestion de la présente épidémie est la nécessité d'assurer une pleine mise en œuvre des capacités nationales prévues dans le règlement sanitaire international. L'accent sera mis

ontwikkeling van een sectoroverschrijdende aanpak teneinde een “*all-hazard approach*” te garanderen, met een bijzondere aandacht naar de relaties met de autoriteiten die belast zijn met toezicht en controle op chemische stoffen.

11. Een performante organisatie van de gezondheidszorg

11.1. Ziekenfondsen

De landsbonden en de ziekenfondsen spelen een cruciale rol binnen ons systeem van gezondheidszorg en zijn een volwaardige partner binnen het beheer van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Maar door de maatschappelijke en andere evoluties dringt zich een gemoderniseerde invulling van hun rol op. Reeds in de beleidsnota 2015 werden een aantal initiatieven aangekondigd zoals de publicatie van de jaarrekeningen en statuten van de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen. De wettelijke basis werd gecreëerd zodat dit in 2016 effectief zal gebeuren. Ook zal in 2016 de kostenstructuur van de ziekenfondsen worden geanalyseerd door het RIZIV en de controledienst van de ziekenfondsen en zal, in lijn met de daarover door het Parlement goedgekeurde resolutie, het Rekenhof een audit uitvoeren naar de wijze waarop de landsbonden van de ziekenfondsen momenteel gefinancierd worden en hoe de verdeling gebeurt tussen deze landsbonden.

Met de ziekenfondsen wens ik verder te werken aan een gemeenschappelijk meerjarencader, waarbij een aantal thema's die in het regeerakkoord zijn opgenomen, maar ook de verwachtingen van de ziekenfondsen zelf, aan bod kunnen komen. Op de agenda staat onder meer een actualisering van hun huidig takenpakket, met onder andere een meer doorgedreven dienstverlening waarbij ze een adviserende rol kunnen vervullen in het streven van de leden om hun gezondheid te behouden en/of opnieuw te verwerven. Een evolutie naar een gezondheidsfonds in plaats van een ziekenfonds.

Deze nieuwe taken moeten gepaard met andere maatregelen. Zo moet er een versterking zijn van de good governance door de ziekenfondsen via uitgewerkte auditplannen en dient de financiële en organisatorische transparantie bij de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen verder te worden versterkt.

Eén van de aandachtspunten betreft ook het meer evidence based maken van de pakketten van de aanvullende verzekering aangeboden door de ziekenfondsen. Ik verwacht ook hier concrete input vanuit de

en 2016 sur le développement d'une approche intersectorielle afin de couvrir le champ “*all-hazard approach*” et en particulier en ce qui concerne les relations avec les autorités en charge de la surveillance et de l'alerte chimique.

11. Une organisation performante des soins de santé

11.1. Les mutualités

Les unions nationales et les mutualités jouent un rôle crucial au sein de notre système de soins de santé et sont des partenaires à part entière dans la gestion de l'assurance maladie-invalidité. Cependant, de par les évolutions sociales et autres, il convient de moderniser leur rôle. Dans la note politique de 2015 déjà, plusieurs initiatives avaient été annoncées telles que la publication des comptes annuels et des statuts des mutualités et des unions nationales de mutualités. La base légale avait été créée de sorte que cela puisse être réalisé en 2016. En 2016 également, la structure des coûts des mutualités sera analysée par l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités. Conformément à la résolution approuvée par le Parlement à ce sujet, la Cour des comptes effectuera un audit quant à la façon dont les unions nationales de mutualités sont actuellement financées et à la façon dont la répartition est opérée entre ces unions nationales.

J'entends poursuivre avec les mutualités l'élaboration d'un cadre pluriannuel commun où plusieurs thèmes de l'accord de gouvernement mais aussi les attentes des mutualités elles-mêmes pourront être abordés. À l'ordre du jour figure entre autres une actualisation de leur actuel paquet de tâches, avec notamment une prestation de services accrue, prévoyant un rôle consultatif dans les démarches des membres en vue de maintenir leur état de santé et/ou de le recouvrer. Une évolution vers un fonds de la santé plutôt qu'une mutualité.

Ces nouvelles tâches doivent s'accompagner d'autres mesures. Ainsi, il doit y avoir un renforcement de la bonne gouvernance par les mutualités via des plans d'audit élaborés tandis que la transparence financière et organisationnelle au sein des mutualités et des unions nationales de mutualités doit être renforcée davantage.

Un des points d'attention concerne aussi les paquets d'assurance complémentaire davantage evidence-based proposés par les mutualités. J'attends ici aussi l'input concret des mutualités qui me permettra par

ziekenfondsen waarna ik in 2016 een wettelijk initiatief ter zake kan nemen.

11.2. Een performant geïntegreerd netwerk van gezondheidszorgadministraties

Het regeerakkoord voorziet een reflectie over de organisatie van de overheidsadministraties met het oog op een grotere doeltreffendheid, efficiëntie en een verbetering van de dienstverlening en klantgerichtheid. Meer omvattend zal, samen met de acht gezondheidszorgadministraties, een traject worden opgestart om na te gaan op welke manier de coherentie van de beleidsvoering versterkt kan worden en hoe door taakafspraken en samenwerking efficiëntiewinsten kunnen worden geboekt. Ook de stroomlijning van de overlegorganen zal daarbij aan bod komen. Deze vragen zijn ook gelinkt aan specifieke hervormingstrajecten zoals bv. de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, waarbij onderzocht zal worden hoe de samenwerking en taakverdeling tussen het RIZIV en de FOD Volksgezondheid kan worden geoptimaliseerd.

De minister van Volksgezondheid,

Maggie DE BLOCK

la suite de prendre en 2016 une initiative légale en la matière.

11.2. Un réseau intégré performant d'administrations en charge des soins de santé

L'accord de gouvernement prévoit une réflexion sur l'organisation des administrations publiques en vue d'une plus grande efficacité, d'une plus grande efficience et de l'amélioration des prestations de services et de l'orientation client. De manière plus globale, un trajet sera lancé avec les huit administrations en charge des soins de santé afin de vérifier de quelle manière il est possible de renforcer la cohérence de la stratégie menée et de voir comment il est possible d'enranger des gains d'efficience par voie d'accords quant aux tâches et par voie de collaboration. La rationalisation des organes de consultation y sera également abordée. Toutes ces questions sont également liées à des trajets de réforme spécifiques tels que par exemple la réforme du financement des hôpitaux où il faudra examiner comment optimiser la collaboration entre l'INAMI et le SPF Santé publique.

La ministre de la Santé publique,

Maggie DE BLOCK