

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

27 oktober 2016

ALGEMENE BELEIDSNOTA (*)

**Sociale Zaken
Gezondheidsbeleid**

INHOUD

- | | |
|----------------------------|----|
| 1. Sociale Zaken | 3 |
| 2. Gezondheidsbeleid | 22 |

Zie:

Doc 54 **2111/ (2016/2017):**

001: Lijst van Beleidsnota's.

002 tot 004: Beleidsnota's.

(*) Overeenkomstig artikel 111 van het Reglement.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

27 octobre 2016

NOTE DE POLITIQUE GÉNÉRALE (*)

**Affaires sociales
Politique de santé**

SOMMAIRE

- | | |
|-----------------------------|----|
| 1. Affaires sociales | 3 |
| 2. Politique de santé | 22 |

Voir:

Doc 54 **2111/ (2016/2017):**

001: Liste des notes de politique générale.

002 à 004: 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-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

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

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

I. — ALGEMENE BELEIDSNOTA SOCIALE ZAKEN

1. Algemene inleiding

De sociale zekerheid verschaft de mensen een bestaanszekerheid en beschermt hen tegen inkomensverlies als gevolg van ouderdom, ziekte of werkloosheid. Door bestaanszekerheid te vrijwaren waarborgt de sociale zekerheid terzelfdertijd de vrijheid van de betrokkenen. Het is deze zekerheid die een grotere mate van vrijheid verzekert. Daarom zal ik mij blijven inzetten voor de vrijwaring en de verbetering van dit systeem voor de burgers en voor de toekomstige generaties.

De zekerheid die het systeem moet bieden, moet ook gepaard gaan met het bieden van kansen. Onze sociale zekerheid moet dynamisch genoeg zijn zodat ze niet enkel comfort en zekerheid biedt voor wanneer het slecht gaat, maar de mensen ook de mogelijkheid biedt om hun leven terug in eigen hand te nemen.

Er moet echter op dit ogenblik worden vastgesteld dat de groep van mensen die blijvende gezondheidsproblemen hebben qua tewerkstelling achterblijft: nog niet de helft van deze groep is actief, terwijl de werkzaamheidsgraad bij de beroepsbevolking tussen de 61 % en de 62 % fluctueert. Nochtans heeft maar liefst 23,9 % van de 15- tot 64-jarigen op de één of andere manier blijvende gezondheidsproblemen. Het dynamiseren van het systeem, zodat het zoveel mogelijk bijdraagt tot het bieden van kansen aan mensen, is dan ook een blijvende betrachting.

Daarnaast is de maatschappij steevast in volle evolutie. De sociale bescherming moet zich hieraan aanpassen. Als de behoeften veranderen, moet de sociale zekerheid hiermee gelijke tred houden. Zo is er bijvoorbeeld de gewijzigde veiligheidssituatie waarbij ook in ons land recent terroristische aanslagen zijn gepleegd. Een waardige sociale bescherming mag de slachtoffers van deze aanslagen niet aan hun lot overlaten. Daarom heb ik verschillende initiatieven genomen om hun ondersteuning te verbeteren. Ook zijn er veel mensen laag geletterd of hinken ze achter in de digitale evolutie. Voor hen is het van belang dat meer rechten automatisch toegekend worden.

Voorts moet steeds over de financiële houdbaarheid van de sociale zekerheid gewaakt worden. Het is mijn missie om de financiering van de sociale zekerheid robuust te maken voor de toekomst, opdat ook de toekomstige generaties van een adequate sociale bescherming kunnen genieten. Met het oog hierop is het primordiaal

I. — NOTE DE POLITIQUE GÉNÉRALE AFFAIRES SOCIALES

1. Introduction générale

La sécurité sociale procure une sécurité d'existence aux personnes ainsi qu'une protection en cas de perte de revenu pour cause de vieillesse, de maladie ou de chômage. En préservant la sécurité d'existence des personnes concernées, la sécurité sociale garantit en même temps leur liberté. Cette sécurité permet notamment de garantir davantage de liberté. C'est pourquoi je ne cesserai de m'investir afin de préserver et d'améliorer ce système pour les citoyens et les générations futures.

Le système doit non seulement pouvoir offrir une sécurité, mais il doit aussi créer des opportunités. Notre sécurité sociale doit être suffisamment dynamique et ne pas uniquement offrir du confort et une sécurité dans des moments difficiles, mais bien permettre aux citoyens de prendre eux-mêmes leur vie en main.

Toutefois, nous constatons actuellement que le groupe de personnes ayant des problèmes de santé permanents reste à la traîne au niveau de l'emploi: moins de la moitié de ce groupe travaille, alors que pour la population active, le taux d'emploi fluctue entre 61 % et 62 %. Pourtant, pas moins de 23,9 % des personnes de 15 à 64 ans sont d'une manière ou d'une autre confrontées à des problèmes de santé permanents. Il faut donc continuer à aspirer à un système plus dynamique afin que celui-ci puisse autant que possible contribuer à la création d'opportunités pour ces personnes.

En outre, notre société est continuellement en pleine évolution. La protection sociale doit s'y adapter et aller du même pas que les besoins changeants. Prenons l'exemple du changement récent au niveau de la sécurité dû au fait que notre pays a également été victime d'attaques terroristes. Une protection sociale digne de ce nom ne peut tolérer que les victimes de ces attaques soient laissées pour compte. C'est pourquoi j'ai pris plusieurs initiatives visant à améliorer le soutien aux victimes. De plus, de nombreuses personnes sont moins cultivées ou ont du retard par rapport à l'évolution de la technologie numérique. Il est important pour ces personnes que davantage de droits leur soient octroyés automatiquement.

Il convient par ailleurs de veiller sur la viabilité financière de la sécurité sociale. Ma mission est de rendre le financement de la sécurité sociale plus robuste pour l'avenir afin que les générations futures puissent elles aussi avoir accès à une protection sociale adéquate. En vue de tous ces éléments, il est primordial que le

dat de werkgelegenheid toeneemt. Immers, hoe meer personen er aan het werk zijn, hoe meer inkomsten er zijn voor de sociale zekerheid in de vorm van bijkomende sociale bijdragen.

2. De sociale zekerheid verbeteren en vrijwaren ten gunste van de burgers en de volgende generaties

2.1. Efficiëntie en dienstverlening

2.1.1. Hertekenen van het landschap

Het regeerakkoord voorziet in een optimalisatie van de organisatiestructuur van de federale overheid. De regering heeft bij haar aantreden dan ook beslist om kleinere entiteiten onder de loep te nemen en te zoeken naar synergiën met andere instellingen. De bedoeling is om het beheer op het vlak van kosten, personeel, informatica, en dergelijke te kunnen verbeteren. De instellingen van de sociale zekerheid zijn gebaseerd op het paritair beheer – dit paritair beheer vereist een specifieke aanpak.

De hervorming van het sociale zekerheidslandschap gebeurt niet lukraak en heeft geenszins tot doel blind te gaan fusioneren. In de eerste plaats dienen processen en procedures te worden geoptimaliseerd en op elkaar afgestemd te worden om zo efficiëntiewinst en winst ingevolge schaalgrootte te gaan realiseren.

Met deze hervorming ben ik vanaf het aantreden van deze regering begonnen. Na een eerste project namelijk de opheffing van de Hulpkas voor de binnenscheepvaart, ben ik 4 grote hervormingen aan het uitwerken. Twee er van, namelijk de ontbinding van Dibiss en de creatie van Fedris, hebben ondertussen reeds een wettelijke basis, twee andere, namelijk de opheffing van de HVKZ en de synergiën op het niveau de sociale inspectiediensten, wens ik in de loop van dit jaar verder uit te werken.

DIBISS

Onder de voorgaande legislatuur werd Dibiss opgericht – dit was de fusie van de RSZPPO, de RSZ voor de gemeenten en provincies, en de DOSZ, de Dienst Overzeese Sociale Zekerheid. Voor mij was al snel duidelijk dat de creatie van Dibiss slechts een tussenstap kon zijn naar de overgang van de opdrachten van deze instelling naar een groter geheel. Op mijn voorstel heeft de regering beslist dat Dibiss ontbonden zou worden, en dat de opdrachten van deze instelling zouden overgaan naar Famifed, RSZ en de Federale Pensioendienst. Aan deze beslissing ging een lange periode van overleg vooraf, waardoor deze hervorming de goedkeuring van

taux d'emploi augmente. Plus le nombre de personnes actives augmente, plus les recettes de la sécurité sociale augmenteront sous forme de cotisations sociales supplémentaires.

2. Améliorer et préserver la sécurité sociale pour les citoyens et les générations futures

2.1. Efficacité et prestation de services

2.1.1. Redéfinition du paysage

L'accord de gouvernement prévoit d'optimiser la structure organisationnelle de l'administration fédérale. Le gouvernement a donc décidé, lors de son entrée en fonctions, de passer en revue les entités plus petites et de chercher à mettre en place des synergies avec d'autres institutions. L'objectif est de pouvoir améliorer la gestion, tant en ce qui concerne les coûts que le personnel, l'informatique, etc. Les institutions de sécurité sociale reposent sur le principe de gestion paritaire – laquelle exige une approche spécifique

La réforme du paysage de la sécurité sociale ne se fait pas sans discernement et n'a nullement pour objectif une fusion aveugle. Il convient avant tout d'optimiser les processus et procédures et de les harmoniser entre eux. Ainsi, elle permet de générer un gain d'efficacité et un bénéfice conformément à l'échelle.

J'ai lancé cette réforme dès l'entrée en fonctions de ce gouvernement. Après un premier projet, à savoir la suppression de la Caisse auxiliaire pour la navigation intérieure, je suis actuellement en train d'élaborer 4 grandes réformes. Deux d'entre elles, à savoir la dissolution de l'ORPSS et la création de Fedris, possèdent déjà une base légale. Je souhaite poursuivre l'élaboration des deux autres, à savoir la suppression de la CSPFM et les synergies entre les services d'inspection sociale, dans le courant de cette année.

ORPSS

L'ORPSS a été fondé sous la législature précédente – comme résultat de la fusion de l'ONSSAPL, de l'ONSS pour les communes et provinces, et de l'OSSOM, l'Office de sécurité sociale d'outre-mer. J'ai vite compris que la création de l'ORPSS ne pouvait être qu'une étape intermédiaire de l'intégration des missions de cette institution dans un ensemble plus large. Le gouvernement a, sur ma proposition, décidé que l'ORPSS serait dissous et que les missions de cette institution seraient transférées vers Famifed, l'ONSS et l'Office fédéral des pensions. Cette période a été précédée d'une longue période de concertation, tant et si bien que cette réforme

alle betrokken partijen kreeg. Op 16 juni van dit jaar keurde het parlement de wet “tot integratie van sommige van de opdrachten en een deel van het personeel van de Dienst voor de bijzondere socialezekerheidsstelsels (DIBISS) in de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) en tot toewijzing van nieuwe inningsopdrachten” goed – hiermee werd het wettelijke kader gecreëerd. Samen met mijn administraties ga ik in de loop van het volgende jaar de uitdaging aan deze beslissing met succes verder in de praktijk uit te voeren. Met enige fierheid kan ik zeggen dat dit dossier een voorbeeldossier is hoe een hertekening van het overheidslandschap in alle sereniteit kan gerealiseerd worden. Dit was enkel mogelijk doordat het voorstel volledig gedragen wordt door de betrokken instellingen en de steun kreeg van de sociale partners vertegenwoordigd in de respectievelijke beheerscomités.

Fedris

2017 staat in het teken van de oprichting van Fedris, het federaal agentschap voor de beroepsrisico's, dat is ontstaan uit de fusie van het Fonds voor beroepsziekten en het Fonds voor arbeidsongevallen. Ik ben tevreden over de constructieve manier waarop deze fusie tot stand is gekomen aan de hand van sociaal overleg. Vanaf 2017 worden de twee takken betreffende de beroepsrisico's binnen één enkele entiteit bij Fedris samengebracht. Hierbij wordt het specifieke karakter van beroepsrisico's behouden en wordt de positionering en de zichtbaarheid ervan versterkt. De schaalvoordelen die met de fusie worden verwezenlijkt zorgen voor professionelere diensten ten voordele van de burgers en stakeholders. De ontwikkeling van een globale en coherente aanpak beroepsziekten staat hierbij centraal. Naast deze fusie heb ik ook een commissie van experts in het leven geroepen om de hervorming van het erkenningssysteem van de beroeps- en werkgerelateerde ziekten verder te zetten. De commissie wordt belast met het formuleren van concrete aanbevelingen tegen eind 2018 met het oog op de aanpassing van het systeem aan de uitdaging van de 21^e eeuw. Die aanbevelingen zullen de basis vormen van gesprekken met de sociale partners.

Een ander fundamenteel project is de integratie van een hele reeks “kleine statuten” in het wettelijk stelsel van de arbeidsongevallenwet en de bijhorende garanties. Het gaat bijvoorbeeld om leerlingen, werklozen of personen met een handicap die arbeidsprestaties leveren in het kader van een opleiding dat zal leiden tot betaald werk. Deze hervorming is gunstig voor alle betrokken actoren. Voor werkgevers en verzekeraars betekent dit namelijk een administratieve vereenvoudiging

a été approuvée par toutes les parties concernées. Le Parlement a, le 16 juin de cette année, approuvé la loi “portant intégration de certaines missions et une partie du personnel de l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS) à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) et affectation de nouvelles missions de perception” – créant par la même occasion le cadre légal. Avec mes administrations, je vais, dans le courant de l'année prochaine, relever le défi qui consiste à poursuivre avec succès la mise en œuvre de cette décision. Je peux affirmer avec une certaine fierté que ce dossier est un exemple de la manière dont le paysage administratif peut être redessiné en toute sérénité. Cela n'a pu se faire que parce que la proposition est entièrement soutenue par les institutions concernées et a reçu le soutien des partenaires sociaux représentés dans les différents comités de gestion.

Fedris

2017 marque la création de Fedris, agence fédérale des risques professionnels, née de la fusion du Fonds des maladies professionnelles et du Fonds des Accidents du travail. Je me réjouis de la manière dont cette fusion s'est mise en place d'une manière constructive et dans le dialogue social. À partir du 1^{er} janvier 2017, Fedris rassemble ainsi au sein d'une seule entité les deux branches du risque professionnel, en gardant la spécificité du risque professionnel, tout en renforçant son positionnement et sa visibilité. Grâce à des économies d'échelle, la fusion permet par ailleurs de renforcer le professionnalisme des services au bénéfice des citoyens et des stakeholders. L'accent sera mis sur le développement d'une approche globale et cohérente des risques professionnels. À côté de cette fusion, j'ai rassemblé une commission d'experts afin de continuer la réforme du système de reconnaissance des maladies professionnelles et des maladies en relation avec le travail. Elle est chargée de formuler des recommandations concrètes pour fin 2018 afin d'adapter le système aux défis du 21^e siècle. Ces recommandations constitueront la base de discussions avec les partenaires sociaux.

Un autre projet fondamental est l'intégration de toute une série de “petits statuts” dans le régime légal de la loi sur les accidents du travail avec les garanties connexes. Il s'agit, par exemple, d'apprentis, de chômeurs, de personnes handicapées qui réalisent des prestations de travail dans un contexte de formation vers un travail rémunéré. Tous les acteurs concernés profitent de cette réforme. En effet, pour les employeurs et les assureurs, il s'agit d'une simplification administrative via une harmo-

via een onderlinge afstemming van de statuten, terwijl de meer kwetsbare werknemers dan weer bijkomende sociale bescherming krijgen.

Er zijn meer middelen aan het FAO toegekend voor het vervullen van zijn taken betreffende de controle op onterecht geweigerde ongevallen, zowel in de privé-sector als in de overheidssector. De bedoeling is om te komen tot een meer billijke behandeling van de slachtoffers uit de ene sector (privé of overheidssector), maar ook om beide sectoren geleidelijk aan beter op elkaar te laten afstemmen. Wat de permanente arbeidsongeschiktheid betreft, blijkt dat in 20 % van de dossiers met betrekking tot een arbeidsongeval met permanente arbeidsongeschiktheid een beroep voor de rechtbank wordt ingesteld. Het FAO vervult momenteel al een bemiddelingsfunctie, maar die zal echter moeten worden versterkt om de rechtbanken te ontlasten.

Hulp- en Voorzorgkas voor Zeevarenden

De beheerscomités hebben onderzocht hoe men de opdrachten van de Hulp- en Voorzorgkas voor Zeevarenden (HVKZ) kan integreren in de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV).

Naast deze belangrijkste doelstelling om door schaalvergroting tot een efficiënter beheer te komen, is het ook de bedoeling om de sociale bescherming voor de zeevarenden dichter bij het algemene stelsel te brengen zonder de specificiteit van de sector uit het oog te verliezen.

We voorzien de juridische en administratieve integratie van de HVKZ in de RSZ en de HZIV op 1 januari 2018.

2.1.2. *Verandering van de processen en verhoging van de efficiëntie*

Terugdringen van de non-take up van rechten

In uitvoering van het federale regeerakkoord dat meermaals en onder verschillende rubrieken verwijst naar een verdere automatisering van de toekenning van aanvullende rechten, heeft de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) een project gerealiseerd dat aan de toekennende instellingen de mogelijkheid biedt om het verlenen van aanvullende rechten verregaand te vereenvoudigen.

De KSZ heeft hiertoe een gemeenschappelijke, geconsolideerde buffer- database 'geharmoniseerde sociale statuten' in productie genomen die de meest

nisation des statuts. Pour les travailleurs les plus faibles, il s'agit d'une protection sociale complémentaire.

Nous avons accordé plus de moyens au FAT pour sa mission de contrôle des accidents refusés à tort dans le secteur privé mais également dans le secteur public. L'objectif est d'arriver à plus d'équité entre les victimes au sein d'un secteur (privé ou public) mais aussi de tendre vers plus d'harmonisation entre les deux secteurs. Dans le cadre des incapacités permanentes, on observe que 20 % des dossiers relatifs à un accident du travail ayant mené à une incapacité permanente font l'objet d'un recours au Tribunal. Le FAT a déjà un rôle de médiation, mais il conviendra de le renforcer afin de désengorger les tribunaux.

Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins

Les comités de gestion ont examiné comment les missions de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (CSPFM) pouvaient être intégrées dans l'Office national de sécurité sociale (ONSS) et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI).

À l'objectif principal qui consiste à mettre en œuvre une gestion plus efficace du fait de l'agrandissement d'échelle s'ajoute un autre objectif: faire en sorte que la protection sociale en faveur des marins soit plus proche du régime général, sans toutefois perdre de vue la spécificité du secteur.

L'intégration juridique et administrative de la CSPFM dans l'ONSS et la CAAMI est prévue le 1^{er} janvier 2018.

2.1.2. *Transformation des processus et amélioration de l'efficacité*

Réduction du non take-up de droits

En exécution de l'accord du gouvernement fédéral, qui, à plusieurs reprises et dans des rubriques différentes, fait référence à une plus grande automatiser de l'octroi de droits complémentaires, la Banque-carrefour de la Sécurité sociale (BCSS) a mis en œuvre un projet permettant aux institutions octroyant les droits de simplifier de manière significative l'octroi de droits complémentaires.

La BCSS a, à cette fin, pris en production une base de données tampon commune et consolidée intitulée 'statuts sociaux harmonisés' et qui reprend les statuts

gebruikte statuten bevat in het kader van de toekenning van aanvullende rechten. De database werd gebruikt voor het aanleveren van statuten in het kader van de SOCTAR¹-verwerking waarbij het sociaal gas- en elektriciteitstarief automatisch wordt toegekend.

Dankzij een betere beschikbaarheid van de gegevens kunnen de toekennende instanties ertoe worden aangezet om hun nieuwe of bestaande aanvullende rechten automatisch toe te kennen.

eBox

Om het gebruik van de eBox te stimuleren, evolueren we best naar een gefedereerde ICT-architectuur waarbij de burger of de onderneming via een door hem of haar gekozen elektronische toegangspoort en met *single sign-on* zoveel mogelijk elektronische documenten kan raadplegen en daarop zoveel mogelijk functionaliteiten kan toepassen (bv. elektronische betaling).

Op federaal niveau bestaan reeds verschillende eBoxen of zijn reeds bepaalde initiatieven lopende. Binnen de sociale zekerheid bestaat deze eBox reeds een tiental jaren. Eigenlijk spreken we hier over twee e-boxen, die gebaseerd zijn op dezelfde technologie: de e-box voor de burger, in de zin van privaat rechtspersoon, en de e-box voor ondernemingen.

Het is mijn visie dat het best is dat al deze initiatieven worden verenigd zodat de burger en de onderneming uiteindelijk één eBox heeft om met de overheid te communiceren. Ik ondersteun in deze dan ook ten volle het initiatief van mijn collega, vice-eersteminister Alexander De Croo die als minister van Digitale Agenda de voortrekker is in dit dossier.

De eBox onderneming van de sociale zekerheid wordt momenteel beheerd door de RSZ. De toegang tot deze eBox wordt door de RSZ verzekerd via het user management van de ondernemingen. De RSZ stelt deze eBox ter beschikking van andere overheidsinstellingen, die daar steeds gebruik van kunnen maken.

De eBox voor de burger wordt dan weer beheerd door de KSZ. Daartoe werkt de KSZ in samenwerking met Fedict op dit ogenblik een visie uit, in overleg met bestaande privéinitiatieven.

Dit initiatief heeft tot doel om ervoor te zorgen dat elektronische documenten die zijn opgeslagen in authentieke bronnen (zoals bvb. *MyPension*), in de eBox voor burgers of in andere documentenbanken door de

¹ Sociaal tarief voor aardgas en/of elektriciteit.

les plus utilisés dans le cadre de l'octroi de droits complémentaires. La base de données a été utilisée afin d'octroyer des statuts dans le cadre du traitement SOCTAR¹, autrement dit pour l'octroi automatique du tarif social 'gaz et électricité'.

Les données étant plus disponibles, les instances octroyant les droits peuvent être incitées à octroyer automatiquement leurs droits complémentaires, qu'ils soient nouveaux ou existants.

eBox

Pour promouvoir l'utilisation de l'eBox, il est préférable, à mon avis, d'évoluer vers une architecture ICT fédérée dans laquelle le citoyen ou l'entreprise peuvent, par l'intermédiaire d'un portail d'accès électronique de son choix et avec *single sign-on*, consulter autant de documents électroniques que possible et y appliquer autant de fonctionnalités que possible (exemple: paiement électronique).

Plusieurs eBoxes existent déjà au niveau fédéral ou sont en cours dans le cadre de différentes initiatives. L'eBox relative à la sécurité sociale existe déjà depuis une dizaine d'années. En réalité, il est question ici de deux eBoxes basées sur la même technologie: l'e-box pour le citoyen, au sens d'une personne de droit privé, et l'e-box pour les entreprises.

Je pense que l'idéal est de rassembler toutes ces initiatives, pour que le citoyen et l'entreprise puissent enfin communiquer avec l'administration en utilisant une seule eBox. Je soutiens donc pleinement l'initiative de mon collègue le vice-premier ministre Alexander De Croo qui, en tant que ministre de l'Agenda numérique, fait figure de pionnier dans ce dossier.

L'eBox entreprise de la sécurité sociale est gérée actuellement par l'ONSS. Cette institution garantit également l'accès à cette eBox, par l'intermédiaire du 'user management' des entreprises. L'ONSS met cette eBox à la disposition d'autres institutions publiques, qui peuvent y recourir à tout moment.

L'eBox pour le citoyen est, elle, gérée par la BCSS qui, à cette fin, élabore actuellement une vision, en collaboration avec Fedict et en concertation avec des initiatives privées existantes.

Cette initiative a pour but que des documents électroniques enregistrés dans des sources authentiques (par exemple: *MyPension*), dans l'eBox pour citoyens ou dans d'autres banques documentaires puissent

¹ Tarif social 'gaz naturel et/ou électricité'.

burger geïntegreerd kunnen worden ontsloten vanuit verschillende devices (pc, tablet, smartphone) en met single sign-on. Het wil de penetratiegraad van de eBox, zowel aan de kant van de verzenders als aan de kant van de bestemmingen, evenals het aantal elektronische documenten, verhogen. Ervaringen opgedaan met succesvolle implementaties in het buitenland leren dat burgers slechts massaal naar elektronische brievenbussen overschakelen indien omzeggens alle voor hen bestemde documenten via één elektronisch kanaal toegankelijk zijn, ongeacht in welke documentenbank ze beschikbaar zijn.

Veralgemening dwangbevel

Op aansturen van mijn collega, de minister van Justitie Koen Geens, heeft de Ministerraad beslist dat daar waar mogelijk een overheidsinstelling zelf dient te zorgen voor het verkrijgen van een uitvoerbare titel. Voor de RSZ komt dit er op neer dat niet langer bij niet betaling van de bijdragen automatisch naar de rechtbank wordt gestapt, maar dat in de eerste plaats gebruik wordt gemaakt van het dwangbevel.

Ondertussen werd een wetsontwerp dat dit mogelijk maakt door mij in het parlement ingediend. Deze veralgemening van het dwangbevel zal zeker tot efficiëntiewinsten leiden bij Justitie. We mogen dit dwangbevel echter niet blindelings invoeren. Ook hier dien je in de eerste plaats te kijken naar het terrein. Wanneer je vaststelt dat een overgroot deel van de huidige rechtszaken ingeleid door de RSZ resulteren in een gerechtelijk afbetalingsplan, dan is dit een belangrijk signaal om ook het administratief proces te gaan verbeteren. Immers, indien de werkgever betalingsmoeilijkheden ondervindt en daarom voor de rechtbank een afbetalingsplan vraagt, spreekt het voor zich dat hij, op het moment van het ontvangen van het dwangbevel, hiertegen verzet aantekent voor de rechtbank om zo opnieuw een afbetalingsplan te verkrijgen. Het blind doorvoeren van de veralgemening van het dwangbevel zou dus wel eens voor gevolg hebben dat het aantal rechtszaken betreffende RSZ-bijdragen niet significant daalt. Het is dan ook beter om een werkgever die tijdelijke betalingsmoeilijkheden ondervindt niet direct het mes op de keel te zetten, maar hem wat ademruimte te geven via een afbetalingsplan. Daarom zal de veralgemening van het dwangbevel gepaard gaan met een versterking van het huidige systeem van de RSZ van de administratieve afbetalingsplannen. Na een specifieke screening van de werkgever, die een beeld moet geven van de betrouwbaarheid van de werkgever, zal voorafgaand aan het

être ouverts de manière intégrée par le citoyen, à partir d'appareils différents (PC, tablette, smartphone) et avec single sign-on. Il s'agit d'augmenter le taux de pénétration de l'eBox, tant du côté des expéditeurs que du côté des destinataires, et le nombre de documents électroniques. Selon certaines expériences de mises en œuvre réussies à l'étranger, les citoyens ne recourent massivement aux boîtes aux lettres électroniques que si presque tous les documents qui leur sont destinés sont accessibles par le biais d'un seul canal électronique, quel que soit la banque documentaire dans laquelle ils figurent.

Généralisation de l'injonction

Le Conseil des ministres a, à l'invitation de mon collègue Koen Geens, ministre de la Justice, décidé qu'une institution publique devait, dans la mesure du possible, s'efforcer d'obtenir elle-même un titre exécutoire. Pour l'ONSS, cela veut dire qu'on ne s'adresse plus automatiquement au tribunal en cas de non-paiement des cotisations, mais qu'on recourt avant tout à la contrainte.

J'ai introduit entre-temps au Parlement un projet de loi permettant une telle chose. Cette généralisation de la contrainte permettra certainement au SPF Justice d'être plus efficace. Il faut ici aussi commencer par observer la situation sur le terrain. Le fait que la plupart des affaires juridiques actuelles engagées par l'ONSS débouchent sur un plan de règlement judiciaire est un signal important en faveur d'une amélioration du processus administratif. Il est en effet évident que l'employeur qui éprouve des difficultés de paiement et demande, pour ce motif, un plan de règlement judiciaire, introduira, après avoir reçu la contrainte, un recours contre celle-ci auprès du tribunal, en vue d'obtenir son plan de règlement judiciaire. Il se pourrait donc bien que la généralisation 'à l'aveugle' de la contrainte n'entraîne pas une baisse significative du nombre d'affaires judiciaires relatives aux cotisations ONSS. Il vaut donc mieux ne pas mettre directement le couteau sous la gorge d'un employeur qui éprouve, temporairement, des difficultés de paiement, mais il convient, au contraire, de prévoir un plan de règlement lui permettant de respirer quelque peu. La généralisation de la contrainte ira donc de pair avec un renforcement du système des plans de règlement administratifs appliqué actuellement par l'ONSS. Avant que la contrainte ne soit émise, l'employeur pourra, après un screening spécifique permettant de se faire une idée de la fiabilité de l'employeur, souscrire un plan de règlement administratif. On évite ainsi que des entreprises qui sont,

uitvaardigen van het dwangbevel aan de werkgever de mogelijkheid worden aangeboden een administratief afbetalingsplan aan te gaan. Zo verhinderen we dat ondernemingen die ter goeder trouw zijn maar tijdelijke betalingsmoeilijkheden hebben, naar een faillissement worden gedreven.

2.1.3. Uitvoeren van de zesde staatshervorming

In uitvoering van de zesde staatshervorming is de overdracht van de bevoegdheid 'gezinsbijslagen' op kruissnelheid. De deelentiteiten en de federale overheid ontmoeten elkaar maandelijks in het door het Overlegcomité opgerichte comité *ad hoc* 'kinderbijslag' dat de verschillende samenwerkingsakkoorden en protocollen onderhandelt.

De kinderbijslag is voor veel gezinnen een belangrijk onderdeel van het beschikbare gezinsinkomen. Het is dan ook in belang van de 1,5 miljoen gezinnen en de 2,7 miljoen rechtgevend kinderen dat de overdracht van de uitbetaling van de gezinsbijslagen correct wordt uitgevoerd.

Alle stappen worden in nauw overleg en samenspraak met de verschillende bevoegde deelentiteiten gerealiseerd.

2.2. De rol van de sociale bescherming in de nazorg voor de slachtoffers van de aanslagen van 22 maart

In een maatschappij die voortdurend in verandering is, krijgt de solidariteit, de basis van de sociale bescherming, te maken met nieuwe uitdagingen. Een daarvan betreft de zoektocht naar een adequate regeling voor Belgische slachtoffers van terroristische aanslagen. De maatschappij heeft de plicht op te komen voor medeburgers die getraumatiseerd zijn door terreurdaden, net zoals de Belgische Staat collectieve solidariteit aan de dag heeft gelegd voor de burgerlijke slachtoffers van de oorlog '40-45. Dat de solidariteit wordt ingeschakeld in een beleid ten behoeve van de slachtoffers van aanslagen en een officiële erkenning geeft aan alle slachtoffers en hun rechthebbenden, is niet meer dan rechtvaardig. In die zin werk ik momenteel aan een wetsontwerp inzake nationale solidariteit, samen met mijn collega minister Vandepuut.

3. De sociale zekerheid als hefboom om arbeidsinclusiviteit te verbeteren

Iedereen heeft het recht om volwaardig aan het maatschappelijk leven deel te nemen. In het kader hiervan moet een ieder de kans krijgen om zijn talenten op de arbeidsmarkt te ontplooiën. Dergelijke opportuniteit

certes, de bonne foi, mais connaissent des difficultés de paiement temporaires soient poussées à la faillite.

2.1.3. Mise en œuvre de la sixième réforme de l'État

Le transfert de la compétence 'prestations familiales' tel que prévu par la sixième réforme de l'État a atteint sa vitesse de croisière. Les entités fédérées et l'administration fédérale se réunissent mensuellement au sein du comité *ad hoc* 'allocations familiales', créé par le Comité de concertation et négociant les différents accords et protocoles de collaboration.

Les allocations familiales sont, pour bon nombre de ménages, une composante importante du revenu disponible. Les 1,5 millions de ménages et 2,7 millions d'enfants ouvrant le droit ont donc intérêt à ce que le paiement des prestations familiales soit transféré correctement.

Toutes les étapes suivantes, sont réalisées en étroite concertation avec les différentes entités fédérées compétentes en la matière.

2.2. Le rôle de la protection sociale dans le suivi des victimes des attentats du 22 mars

La solidarité qui est la base de la protection sociale doit faire face à de nouveaux défis dans une société en mutation constante. L'un d'entre eux est de donner une réponse adéquate aux victimes belges d'actes de terrorisme. La société a le devoir d'être aux côtés de ses concitoyens traumatisés par des actes de terrorisme, tout comme en son temps l'État belge a montré sa solidarité collective pour les victimes civiles de la guerre 40-45. Il est juste que la solidarité s'associe à la politique d'aide aux victimes d'attentat et propose une reconnaissance officielle à toutes les victimes ainsi qu'à leurs ayants droit. Je travaille en ce sens à un projet de loi de solidarité nationale en collaboration avec mon collègue.

3. La sécurité sociale comme levier pour améliorer l'inclusion professionnelle

Tous les citoyens ont le droit de participer complètement à la vie sociale. Dans ce cadre, chacun doit pouvoir exercer ses talents sur le marché du travail. Cette possibilité doit être offerte dans une égale mesure à des

moet evengoed geboden worden aan mensen die arbeidsongeschikt zijn. Zij zijn immers, ondanks hun beperking, nog tot veel in staat, ook op professioneel vlak. Bepaalde taken kunnen ze niet langer uitvoeren, maar er kunnen tal van andere opdrachten zijn die wel voor hen open staan. Sommige druk kunnen ze misschien niet meer aan, maar dit hoeft geen belemmering te zijn om hun resterende capaciteit te valoriseren. En vaak volstaat al een geringe aanpassing of investering om een werknemer, ondanks zijn ziekte, terug aan de slag te krijgen.

Helaas staan we nog ver van deze inclusieve arbeidsmarkt af. Eenmaal men langer dan zes maanden arbeidsongeschikt is, is de kans om terug professioneel actief te zijn gering. Al te vaak is de invaliditeitsuitkering voor langdurig arbeidsongeschikten het eindpunt. Voor hun inkomen zijn zij dan afhankelijk van de sociale zekerheid. Nochtans moeten ze net zoals alle andere personen hun fundamentele recht om in hun eigen inkomen te voorzien kunnen ontplooiën, door middel van werk dat ze zelf vrij kiezen of aanvaarden. Dit recht wordt door verschillende mensenrechtenverdragen gegarandeerd.

Daarnaast is het begrip gezondheid aan evolutie onderhevig. Klassiek wordt gezondheid omschreven aan de hand van de klassieke definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): "een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts het ontbreken van ziekte of gebrek". Maar meer en meer maakt de volgende bepaling opgang: "het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven". In deze nieuwe omschrijving staat niet langer de ziekte, maar de mens centraal. Daarbij gaat het erom de ziekte niet lijdzaam te ondergaan, maar het leven te (blijven) leiden dat men verkiest. Om de patiënt niet aan zijn lot over te laten, maar hem/haar in staat te stellen te doen wat hij/zij echt belangrijk vindt. Om niet stil te staan bij wat men niet meer kan, maar aan de slag te gaan met wat men nog wel kan.

Hiervoor moet er niet alleen in de directe omgeving een adequaat vangnet zijn om arbeidsongeschikte personen op te vangen en terug naar de werkplek te leiden. De medewerking van alle geledingen in de samenleving (werkgevers, werknemers, beoefenaars van gezondheidszorgberoepen, sociale partners, het maatschappelijk middenveld, de overheid enz.) zal eveneens vereist zijn om te verhinderen dat arbeidsongeschiktheid en afhankelijkheid een definitief eindpunt zouden vormen. Daarbij kan vrijwilligerswerk voor arbeidsongeschikte personen een geschikt middel zijn om hun vaardigheden te behouden, terwijl tegelijkertijd de maatschappij

personnes en incapacité de travail car celles-ci, en dépit de leur limites, ont encore bon nombre de capacités, en ce compris sur le plan professionnel. Elles ne sont plus en mesure d'exécuter certaines activités, mais il existe bien d'autres tâches qui leur sont accessibles. Il se pourrait qu'elles ne soient plus à même de gérer une certaine pression, mais cela ne doit pas être un obstacle pour valoriser leurs capacités restantes. Et bien souvent, il suffit d'une petite adaptation ou d'un investissement minime pour remettre au travail un travailleur, malgré sa maladie.

Un tel marché du travail inclusif est malheureusement encore loin d'être une réalité. Lorsque l'incapacité de travail dépasse six mois, les chances d'un retour à une activité professionnelle sont faibles. Trop souvent, l'indemnité d'invalidité octroyée aux personnes en incapacité de travail de longue durée est définitive. Celles-ci dépendent alors de la sécurité sociale pour avoir un revenu. Toutefois, comme toute autre personne, elles doivent pouvoir faire valoir leur droit fondamental de pourvoir à leur propre revenu, en ayant un travail qu'elles choisissent ou acceptent. Ce droit est garanti par plusieurs traités relatifs aux droits de l'homme.

En plus, la notion de santé évolue. Traditionnellement, elle correspond à la définition classique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Mais, on remarque que la définition suivante a de plus en plus cours: "la capacité de s'adapter et de se prendre en charge, face à des problèmes sociaux, physiques et émotionnels". Dans cette nouvelle définition, c'est, non plus la maladie, mais l'être humain qui est au centre des préoccupations. Il ne s'agit plus de subir patiemment la maladie, mais de (continuer à) mener la vie que l'on choisit. Et ce afin de ne pas abandonner le patient à son sort, mais de lui permettre de faire ce qu'il juge important. Afin également de ne pas accepter sans plus que l'on n'est plus capable d'exercer une activité, mais de se lancer dans une autre activité que l'on est encore capable d'exercer.

C'est pourquoi il doit y avoir, pour les personnes en incapacité de travail, un filet de sécurité adéquat qui les protège et les ramène vers le milieu du travail, et pas uniquement dans leur environnement direct. La collaboration de toutes les composantes de la société (employeurs, travailleurs, acteurs des professions du secteur des soins de santé, partenaires sociaux, société civile, autorités, etc.) sera également requise pour empêcher que l'incapacité de travail et la dépendance soient une issue définitive. À cet égard, pour les personnes en incapacité de travail, le volontariat peut constituer un moyen approprié de conserver leurs compétences,

er wel bij vaart. Tevens kan vrijwilligerswerk mensen die niet meer terug aan de slag kunnen op de normale arbeidsmarkt toelaten om een nuttige bijdrage te leveren aan de samenleving.

Uiteindelijk is het behoud van *capabilities* de voorname doelstelling van het hele beleid rond preventie van arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van arbeidsongeschikte personen. Elke mens moet over een aantal vrijheden of waardevolle mogelijkheden beschikken die hij tot ontwikkeling kan brengen om het leven te leiden dat de moeite waard is, om de mens te worden die hij of zij in aanleg is. Hiertoe behoort ongetwijfeld de mogelijkheid om door middel van productieve arbeid zijn talenten te ontplooien, in zijn eigen inkomen te voorzien en betekenisvolle relaties met andere mensen aan te knopen.

Deze doelstellingen worden gekaderd in een breder beleid dat werkt op het verlagen van de lasten op arbeid en het wegwerken van obstakels in het vinden van een job. Op die manier werken we naar een zo inclusief mogelijke arbeidsmarkt. Dat is in ieders belang, niet in het minst van diegenen die het vandaag het moeilijkst hebben.

Hieronder beschrijf ik de instrumenten die ik met dit doel voor ogen prioritair wil aanwenden.

3.1. Tewerkstelling: vermindering van de bijdragen via “het systeem eerste aanwerving”

Sinds 2016 kan een zelfstandige of een kleine, maar groeiende onderneming makkelijker de stap zetten naar bijkomende aanwervingen. De financiële meerkost die het aanwerven van een eerste werknemer met zich meebrengt, is immers veel lager omdat een eerste aanwerving vrijgesteld is van basiswerkgeversbijdragen voor de levensduur van de onderneming.

Uit de statistische gegevens blijkt dat tijdens het eerste kwartaal 2016, 6 502 werkgevers een eerste werknemer hebben aangenomen, en 4 539 in het tweede kwartaal 2016.

Anderzijds is de bijdragevermindering die van toepassing was op de 1^e tot de 5^e werknemer, nu van toepassing op de 2^e tot de 6^e werknemer.

Deze maatregel draagt bij tot het scheppen van banen en het verbeteren van de competitiviteit van de ondernemingen.

In 2017 gaan we nog iets verder en worden de bedragen van de vermindering voor een 3^e tot 6^e aanwerving geharmoniseerd en versterkt. Zo wordt het voor de

tandis que la société en tire également les bénéfices. De plus, le volontariat peut permettre à des personnes qui ne peuvent plus se réinsérer dans le marché du travail normal de fournir une contribution utile à la société.

Au final, la conservation des capacités est l'objectif principal de l'ensemble de la politique menée en matière de prévention de l'incapacité de travail et de réinsertion de personnes en incapacité de travail. Tout être humain doit pouvoir disposer d'un ensemble de libertés ou de possibilités significatives qu'il peut développer, afin de mener une vie qui vaille la peine et de devenir la personne qu'il est capable d'être. Au nombre de ces possibilités figure sans aucun doute celle d'exercer ses talents par le travail productif, de pourvoir à son propre revenu et de nouer avec autrui des relations significatives.

Ces objectifs sont cadrés dans une politique plus large qui agit sur la diminution des charges du travail et l'élimination des obstacles pour trouver un job. De cette manière, nous travaillons à un marché du travail le plus inclusif possible. C'est dans l'intérêt de tous, et d'autant plus pour ceux qui aujourd'hui se trouvent dans une situation précaire.

Je décris ci-dessous les instruments que j'entends appliquer prioritairement par rapport à cet objectif.

3.1. Emploi: diminution des cotisations grâce au “système du premier engagement”

Depuis 2016, une petite entreprise en pleine croissance du secteur privé peut plus facilement procéder à l'engagement d'un premier travailleur. Le surcoût financier entraîné par l'engagement d'un premier travailleur est en effet très bas, car un tel engagement est exonéré des cotisations patronales de base pendant toute la durée de vie de l'entreprise.

Les données statistiques révèlent que, durant le premier trimestre 2016, 6 502 employeurs ont engagé un premier travailleur et 4 539 au second trimestre 2016.

D'autre part, la réduction des cotisations qui était applicable à l'engagement du 1^{er} au 5^{me} travailleur, est actuellement applicable du 2^e au 6^e travailleur.

Cette mesure contribue à la création d'emplois et à l'amélioration de la compétitivité des entreprises.

En 2017, nous irons encore un peu plus loin et les montants des réductions pour l'engagement d'un 3^e jusqu'au 6^e travailleur seront harmonisés et augmentés.

werkgevers duidelijker welk bedrag aan bijdragevermindering zij kunnen genieten en worden de werkgevers aangemoedigd om door te groeien en jobs te creëren.

3.2. *Vrijwilligerswerk*

Zoals u allen weet heb ik naar aanleiding van het tienjarig bestaan van de vrijwilligerswet aan de Hoge Raad voor Vrijwilligers een evaluatie gevraagd. U zult allen ongetwijfeld reeds kennis hebben genomen van dit rapport.

In het advies maakt de Hoge Raad een evaluatie van de vrijwilligerswet en vooral haar praktische toepassing. Zonder in de detail te treden gaat dit vooral over de vergoeding van de vrijwilligers, het al dan niet toepasbaar zijn van het arbeidsrecht, de problematiek van de verplichte verzekering en het systeem van de door de provincies georganiseerde polissen, de mogelijkheid tot cumul met de werkloosheid en de daaraan gekoppelde administratieve verplichtingen en ten slotte het internationale aspect van het vrijwilligerswerk.

Nu is het tijd de aanbevelingen betreffende het eerste luik van het advies, de vrijwilligerswet, zoveel mogelijk te gaan uitvoeren. Ik zal hiervoor het nodige overleg voeren met de andere betrokken ministers.

3.3. *De studentenarbeid*

Het belang van de studentenarbeid valt niet te onderschatten: voor de student is dit een eerste opstap naar verzelfstandiging en zelfontplooiing en tegelijk een eerste kennismaking met de arbeidsmarkt in de brede zin van het woord. Voor de economie zijn dit belangrijke arbeidskrachten die flexibel kunnen worden ingeschakeld op moment dat de vaste werknemers nood hebben aan vrij tijd.

Binnen de regering werd beslist om het contingent van 50 dagen waarbij de student onder het voordelige statuut van student met de vrijstelling van sociale zekerheidsbijdragen kan werken om te vormen naar een contingent van 475 uren. Om dit uit te voeren heb ik recentelijk een wetsontwerp aan de kamer overgemaakt.

Tegelijk heeft mijn collega Willy Borsus, bevoegd voor zelfstandigen, samen met mij het statuut van de ondernemer-student uitgewerkt. Beide statuten werden zoveel mogelijk op elkaar afgestemd, zodat de student in volle vrijheid zijn activiteiten als student kan gaan ontwikkelen.

Ainsi, les employeurs auront une meilleure perception de la réduction de cotisations dont ils peuvent bénéficier et seront encouragés à poursuivre leur croissance et à créer des emplois.

3.2. *Volontariat*

Comme vous le savez, à l'occasion des dix ans d'existence de la loi sur les volontaires, j'ai demandé au Conseil Supérieur des Volontaires de procéder à une évaluation.

Dans son avis, le conseil Supérieur a procédé à une évaluation de la loi sur les volontaires et surtout sur son application pratique. Sans entrer dans les détails, il s'agit surtout de l'indemnisation des volontaires, cela ne sera donc pas applicable selon le droit du travail, la problématique de l'assurance obligatoire et le système d'assurances organisé par les provinces, la possibilité de cumul avec le chômage et couplé à ceci les obligations administratives et enfin l'aspect international du travail des volontaires.

Il est temps à présent d'exécuter les recommandations relatives au premier volet de l'avis, la loi sur les volontaires. Je mènerai pour cela la concertation nécessaire avec les autres ministres impliqués.

3.3. *Le travail des étudiants*

L'importance du travail des étudiants ne doit pas être sous-estimée: pour l'étudiant, il s'agit d'une première étape vers l'autonomie et l'épanouissement, ainsi que d'une première prise de connaissance avec le marché du travail au sens large du terme. Pour l'économie, il s'agit d'une main d'œuvre importante pouvant être occupée de façon flexible, lorsque des travailleurs fixes ont besoin de temps libre.

Il a été décidé au sein du gouvernement de convertir le contingent de 50 jours, pendant lesquels l'étudiant peut travailler sous le statut d'étudiant avantageux avec exonération des cotisations de sécurité sociale, en un contingent de 475 heures. Afin de mettre cette mesure à exécution, j'ai transmis récemment un projet de loi à la Chambre.

En outre, mon collègue compétent pour les indépendants Willy Borsus, et moi-même avons élaboré le statut de l'étudiant-entrepreneur. Les deux statuts ont autant que possible été harmonisés, afin que l'étudiant puisse déployer ses activités d'étudiant en toute liberté.

3.4. Verder inzetten op secundaire en tertiaire preventie

Secundaire en tertiaire preventie liggen in elkaars verlengde. In de praktijk lopen ze ook vaak in elkaar over. Dit maakt het er niet gemakkelijker op om de twee vormen van preventie van elkaar te onderscheiden. Nochtans is hun oogmerk duidelijk verschillend. Bij secundaire preventie gaat het erom tekenen die wijzen op een nakende langdurige arbeidsongeschiktheid bij een werknemer te onderkennen en de nodige begeleiding te bieden waardoor nog kan worden vermeden dat de betrokken persoon langdurig arbeidsongeschikt wordt. Een opeenvolging van verschillende kortdurende arbeidsongeschiktheden kan een teken zijn dat wijst op een nakende langdurige arbeidsongeschiktheid. Tertiaire preventie is een synoniem van sociaalprofessionele re-integratie: een arbeidsongeschikte persoon wil men, via de actieve bevordering van het herstel of het behoud van de mogelijkheid om te werken, terug aan de slag krijgen op een zo optimaal mogelijk manier en op een duurzame wijze.

a) Burn-out

Specifiek rond burn-out lopen nu, op verschillende plaatsen, verscheidene initiatieven inzake secundaire en tertiaire preventie. In het kader van het onderzoek of burn-out als een arbeidsgelateerde aandoening kan worden erkend, heb ik aan Fedris gevraagd te onderzoeken hoe werk kan worden gemaakt van de secundaire preventie van burn-out. Op dit ogenblik is een werkgroep bezig om een programma voor ondersteuning bij burn-out te ontwikkelen naar het voorbeeld van de rugschool. Meer bepaald ontwerpt Fedris een hulpmiddel dat de symptomen die wijzen op een nakende burn-out in kaart moet brengen. Dit zal worden gekoppeld aan maatregelen op het gebied van de secundaire preventie die de behoud van de tewerkstelling veilig moeten stellen.

Binnen het RIZIV loopt een project waarbij geanalyseerd wordt hoe mensen die door burn-out hun arbeidsplaats moesten verlaten terug aan het werk kunnen worden geholpen. De bedoeling hiervan is om tot een modelbehandeling te komen waarbij zorg en re-integratie op elkaar zijn afgestemd en elkaar wederzijds versterken. Van haar kant is ook de Nationale Gezondheidsraad bezig met het opstellen van een advies over burn-out. Om al deze initiatieven te stroomlijnen en op elkaar af te stemmen en ook om de effectieve beleidsuitvoering van de adviezen te vergemakkelijken, zal een overkoepelende taskforce burn-out worden opgericht.

De taskforce burn-out zal zich eveneens buigen over burn-out en andere mentale aandoeningen bij de zelfstandigen. Volgens bepaalde bronnen zou deze

3.4. Miser sur la prévention secondaire et tertiaire

La prévention secondaire et la prévention tertiaire sont les deux faces d'une même médaille. En pratique, elles se chevauchent souvent. Cela a pour conséquence que ces deux formes de prévention ne sont pas clairement identifiables. Pourtant, leur objectif est nettement différent. La prévention secondaire a pour but de reconnaître chez un travailleur des symptômes précurseurs à une incapacité de travail de longue durée imminente et de fournir un accompagnement adapté visant la prévention de cette incapacité de travail. Les symptômes précurseurs peuvent être, par exemple, une accumulation d'incapacités de travail de courte durée. La prévention tertiaire est synonyme de réinsertion: son but est d'offrir à une personne en incapacité de travail la possibilité de reprendre le travail durablement et dans les meilleures conditions, et ce, par le biais d'une stimulation active du rétablissement ou du maintien de sa capacité de travail.

a) Le burn-out

Spécifiquement en ce qui concerne le burn-out, plusieurs initiatives sur le plan de la prévention secondaire et tertiaire sont prises à divers endroits. Dans le cadre de l'étude sur la reconnaissance du burn-out comme maladie liée au travail, j'ai chargé Fedris d'analyser les pistes d'actions possibles au niveau secondaire. Un groupe de travail est en cours pour concrétiser un programme de soutien burn-out tel que le programme-dos. Concrètement, Fedris développe un outil pour détecter les symptômes précurseurs d'un burn-out, ainsi que des mesures de prévention secondaire, afin de garantir le maintien au travail des travailleurs.

Au sein de l'INAMI, un projet analysant la façon dont des personnes qui ont dû quitter leur travail à cause d'un burn-out peuvent reprendre le travail est en cours. L'objectif de ce projet est d'arriver à un modèle de traitement intégrant et renforçant les soins et la réinsertion. De son côté, le Conseil Supérieur de la Santé se penche également sur un avis concernant le burn-out. Afin de structurer toutes ces initiatives et de faciliter l'implémentation effective des avis, un groupe de travail de coordination sur le burn-out sera créé.

Le groupe de travail de coordination sur le burn-out aura aussi la possibilité d'examiner la problématique du burn-out et d'autres affections mentales chez les

problematiek zelfs ernstiger zijn bij de zelfstandigen dan bij de werknemers. Zo zou de taskforce burn-out kunnen bestuderen of het gezondheidsbudget een nuttige piste is. Hierbij gaat het om een budget dat door de sociale zekerheid voor zelfstandigen ter beschikking wordt gesteld waarmee zelfstandigen dan in de loop van hun loopbaan bepaalde investeringen inzake preventie en welzijn kunnen doen.

b) Re-integratie

Voorts zal 2017 het jaar worden waarin de sociaal-professionele re-integratie haar definitieve doorbraak kent. Voor arbeidsongeschikte werknemers zullen de re-integratietrajecten via de preventieadviseur-arbeids-geneesheer of via de adviserend geneesheer effectief worden uitgerold. Dit re-integratieproject zal uitgebreid worden naar de slachtoffers van een arbeidsongeval en een beroepsziekte.

De hervorming van het ziektepensioen is ook de gelegenheid om het systeem voor federale ongeschikte statutaire ambtenaren te hervormen. In dit kader zal een aangepast en dynamisch stelsel van re-integratie op federaal niveau worden opgezet. Daarbij zal de mobiliteit tussen overheidsdiensten worden aangemoedigd.

Ten slotte zullen de nodige voorbereidingen getroffen worden opdat ook de zelfstandigen vanaf 2018 gebruik kunnen maken van aangepaste re-integratietrajecten.

Om een re-integratieplan op maat van de gerechtigde op te maken, is eveneens een optimale en veilige communicatie tussen de behandelend geneesheer, de preventieadviseur-arbeids-geneesheer en de adviserend geneesheer een absolute voorwaarde. Met het oog hierop wordt voor deze communicatie een beveiligd elektronisch systeem van gegevensuitwisseling, de RIDO-applicatie, ter beschikking gesteld. Dit uiteraard in respect van de regels inzake privacy.

c) Toegelaten activiteiten

Vervolgens zal het systeem voor toegelaten activiteiten hervormd worden. Met de toestemming van de adviserend geneesheer kan een arbeidsongeschikte persoon met behoud van een deel van de uitkering betaalde arbeid verrichten. Het huidige systeem om een loon uit arbeid te cumuleren met een uitkering, een schijvensysteem waarbij met een dagloon wordt gewerkt, is evenwel complex. Daarom wordt er voorgesteld om dit systeem te vervangen door een stelsel waarbij rekening wordt gehouden met de effectief gepresteerde uren.

travailleurs indépendants. Selon certaines sources, cette problématique serait même plus importante chez les travailleurs indépendants que chez les travailleurs salariés. Ainsi, le groupe de travail de coordination sur le burn-out pourrait étudier l'utilité de la création d'un "budget santé". Il s'agit d'un budget mis à la disposition par la sécurité sociale des travailleurs indépendants pouvant être utilisé par un travailleur indépendant au cours de sa carrière pour le financement de certains investissements concernant la prévention et le bien-être.

b) La réinsertion

En outre, l'année 2017 sera l'année qui sera marquée par la percée définitive de la réinsertion socioprofessionnelle. Les trajets de réinsertion via le conseiller en prévention-médecin du travail ou via le médecin-conseil seront effectivement déployés au bénéfice des travailleurs salariés en incapacité de travail. Le projet de réinsertion doit être étendu aux victimes d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle.

La réforme de la pension maladie du secteur public est aussi l'occasion de réformer l'incapacité de travail pour les agents statutaires du service public fédéral notamment en mettant en place un système fédéral de réinsertion dynamique et adapté. La mobilité entre institutions sera favorisée.

Finalement, les préparations nécessaires seront déclenchées pour que les travailleurs indépendants puissent faire appel aux trajets de réinsertion adaptés à leur situation spécifique au cours de 2018.

Une communication optimale et en toute sécurité entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil est également une condition nécessaire pour la rédaction d'un plan de réinsertion sur mesure du titulaire. A cette fin, un système sécurisé d'échange de données électroniques, à savoir l'application RIDO, sera mis à disposition. Ceci évidemment dans le respect des règles de la vie privée.

c) Les activités autorisées

Ensuite, le système du travail autorisé sera réformé. Moyennant l'autorisation du médecin-conseil, une personne en incapacité de travail peut accéder à un emploi rémunéré avec maintien d'une partie de son allocation. Cependant, le système actuel permettant la cumulation d'une rémunération en contrepartie d'une prestation de travail et d'une indemnité est complexe par l'application d'un système de tranches sur base d'un salaire journalier. Pour cette raison, il est proposé de remplacer ce système par un système qui prend en compte les heures réellement prestées.

Deze hervorming gaat in op 1 juli 2017. De achterliggende logica van deze hervorming is dat mensen in arbeidsongeschiktheid vaak de voeling met het werk verliezen. Door lichte werkhervattingen te faciliteren, worden bepaalde categorieën gestimuleerd om zich niet af te sluiten van de mogelijkheid het werk te hernemen. Deze hervorming moet de transparantie van het systeem ten goede komen. Ze zal ook arbeidsongeschikte personen met een mentale aandoening ten goede komen, omdat zij vaak maar zeer geleidelijk aan het werk kunnen hernemen.

d) Flankerend beleid bij het multi-disciplinair re-integratieplan

Iedere werknemer die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, zal in het begin van de tweede maand een korte vragenlijst ontvangen. Die korte vragenlijst heeft als doel om meer informatie te vergaren over de onderliggende problematiek die aan de basis van een arbeidsongeschiktheid ligt (bijvoorbeeld de situatie thuis of op het werk). De arbeidsongeschiktheid is immers vaak het eindpunt van een evolutie die soms al een hele tijd aan de gang is. Tevens moet de vragenlijst leiden tot een betere kennis van de factoren die de slaagkansen van een re-integratie kunnen beïnvloeden (bijvoorbeeld persoonlijkheidskenmerken).

Wanneer een werknemer langer dan zes maanden arbeidsongeschikt is, zal hij/zij een persoonlijk gesprek hebben met een lid van het team dat de adviserend geneesheer bijstaat. De bedoeling van dit gesprek, waarbij een andere, uitgebreide vragenlijst gebruikt wordt, is om samen met de gerechtigde na te gaan waarom er in zijn/haar geval nog niet tot een sociaalprofessionele re-integratie is overgegaan. Bovendien is het eveneens de bedoeling om te weten te komen welke verwachtingen de gerechtigde omtrent zijn terugkeer naar werk koestert en in welke mate hij zichzelf in staat acht om deze terugkeer te verwezenlijken. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat een werkhervatting het meeste kans op slagen heeft als de betrokkene positief tegenover deze werkhervatting aankijkt, die als een reële mogelijkheid aanziet en er ook in gelooft dat hij een werkhervatting zal aankunnen. Deze vaststelling geldt ongeacht de stoornis of aandoening waaraan de werknemer lijdt: zowel bij musculoskeletale aandoeningen als bij mentale stoornissen, hartaandoeningen en kanker.

Deze maatregel is in het belang van de gerechtigde. De vragenlijsten moeten veel bruikbare informatie opleveren waarmee een re-integratieplan op maat van de gerechtigde kan worden opgesteld. Met andere woorden, ze moeten het nodige maatwerk garanderen.

La présente réforme entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2017. La logique implicite de cette réforme est la constatation que beaucoup de gens en incapacité de travail perdent leur contact avec le monde du travail. En facilitant la reprise de travail à horaire réduit, certaines catégories de personnes seront incitées à envisager la possibilité de reprendre le travail. Cette réforme doit également rendre le système plus transparent. Il peut être présumé que le nouveau système de travail autorisé bénéficiera aux personnes souffrant d'une affection mentale puisque, dans beaucoup de cas, ces personnes sont uniquement capables de reprendre le travail de façon très progressive.

d) Politique de soutien aux plans de réinsertion multidisciplinaires

Chaque travailleur salarié recevant une indemnité de maladie recevra un bref questionnaire durant le deuxième mois de l'incapacité de travail. Ce questionnaire doit permettre d'obtenir plus d'information quant à la problématique sous-jacente à la base de l'incapacité de travail (par exemple la situation familiale ou professionnelle). L'incapacité de travail est en fait très souvent le terme d'un long processus. Le questionnaire doit également permettre de mieux cerner les facteurs qui sont de nature à accroître les taux de réussite d'une réinsertion (par exemple les traits de personnalité).

Un entretien personnel avec un membre de l'équipe soutenant le médecin-conseil sera organisé dès qu'un travailleur salarié est en incapacité de travail depuis au moins six mois. Cet entretien qui se déroule sur la base d'un autre questionnaire plus étendu doit permettre d'examiner, en collaboration avec le titulaire, pour quelle raison la réinsertion socioprofessionnelle n'a pas encore été entamée. Cet entretien a également pour but de découvrir quelles sont les attentes du titulaire en ce qui concerne son retour vers l'emploi et dans quelle mesure il se sent capable d'y retourner. En effet, des recherches scientifiques ont démontré qu'une reprise du travail a la plus grande chance de réussir si la personne concernée voit son retour à l'emploi d'une manière positive, le considère comme une possibilité réelle et croit véritablement qu'il est capable de gérer la reprise du travail, et ce, peu importe le trouble ou l'affection souffre dont le travailleur salarié (des affections musculo-squelettiques, des troubles mentaux, des affections cardiaques et du cancer).

Cette mesure est dans l'intérêt du titulaire. Les questionnaires doivent récolter beaucoup de renseignements utiles pour la rédaction d'un plan de réinsertion sur mesure du titulaire. En d'autres termes, ils doivent garantir un travail sur mesure. À la fois, ils sont conçus

Tegelijkertijd zijn ze opgevat als een mindsetinterventie. Ze moeten immers een denkproces in gang steken waarbij een arbeidsongeschikte persoon een werkhervatting terug als een mogelijkheid en niet langer als een onmogelijkheid aanziet. Door al te beginnen te denken over een mogelijke re-integratie, neemt de kans dat de persoon effectief aan de slag zal gaan al gevoelig toe.

3.5. *Verhoging uitstroom en verlaging instroom bij arbeidsongeschiktheid: het terugdringen van het aantal invaliden*

Ieder jaar ontvangen iets meer dan 400 000 personen een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Van hen zijn er 100 000 langer dan 6 maanden arbeidsongeschikt. Uiteindelijk komen er jaarlijks bijna 60 000 mensen in de invaliditeit terecht (langer dan 1 jaar arbeidsongeschikt). In 2015 waren er in totaal meer dan 370 000 personen invalide. Daarbij is het aantal invalide werknemers tussen 2014 en 2015 gestegen met bijna 8 %. Dit is een stijgingsritme dat men niet kan aanhouden.

Het kan niet worden uitgesloten dat een aantal personen ten onrechte als langdurig arbeidsongeschikt wordt erkend. De praktijk heeft uitgewezen dat er niet altijd toepassing wordt gemaakt van het juiste beoordelingscriterium. Daarom zal een vijftal artsen in dienst van het RIZIV een aantal dossiers aan een tweede blik onderwerpen. Het zal dus niet gaan om een systematische herbeoordeling. De selectie van de dossiers zal integendeel gebeuren op basis van een risicoanalyse. Daarnaast is het ook de ambitie om zoveel mogelijk dossiers informeel en in een goede verstandhouding met de adviserend geneesheren en de verzekeringsinstellingen af te handelen. Het is dus geenszins de intentie om zo vaak mogelijk tot een herbeoordeling over te gaan. Pas wanneer manifest duidelijk is dat er geen sprake is van een arbeidsongeschiktheid van minstens 66 %, stelt de arts in dienst van het RIZIV zijn oordeel in de plaats van die van de adviserend geneesheer.

Een gerechtigde is er op zich niet bij gebaat om in langdurige arbeidsongeschiktheid te belanden. Eenmaal men invalide is geworden, zijn immers de kansen op een duurzame terugkeer naar de arbeidsplaats gering. Deze vaststelling mag ons er evenwel niet van weerhouden om ook de tewerkstellingskansen van deze moeilijke doelgroep te verhogen. Om die reden zal er bekeken worden welke bijkomende specifieke maatregelen nuttig kunnen zijn om mensen met een invaliditeitsuitkering terug aan het werk te doen gaan. Daarbij zal naar succesvolle buitenlandse voorbeelden van "*Individual Placement and Support*" (IPS) gekeken worden ("*Place then Train*").

comme une intervention visant le *mindset*. En effet, ils doivent lancer un processus de réflexion encourageant la personne en incapacité de travail à voir la reprise du travail comme une réelle possibilité et non plus comme une impossibilité. Le taux de réussite augmente considérablement dès qu'une personne en incapacité de travail commence à songer à son retour à l'emploi.

3.5. *Augmentation du flux sortant et diminution du flux entrant en invalidité: la réduction du nombre d'invalides*

Chaque année, plus de 400 000 personnes reçoivent une indemnité de maladie. 100 000 d'entre elles sont incapables de travailler durant six mois au moins. Finalement, quelques 60 000 personnes entrent en invalidité (incapacité de travail de plus d'un an). En 2015, plus de 370 000 personnes étaient invalides. Le nombre de travailleurs salariés invalides augmentait de près de 8 % entre 2014 et 2015. Ceci constitue un rythme d'accroissement insoutenable.

Il ne peut pas être exclu que certaines personnes sont injustement reconnues comme étant en incapacité de travailler pour une longue durée. La pratique montre que le critère d'évaluation n'est pas toujours correctement appliqué. Pour cette raison, l'INAMI engage cinq médecins qui soumettront certains dossiers à une deuxième évaluation. Il ne s'agit donc nullement d'une réévaluation systématique. La sélection des dossiers se fera sur la base d'une analyse des risques. En outre, l'objectif est de régler le plus grand nombre de dossiers d'une façon informelle et dans une bonne entente avec les médecins-conseils et les organismes assureurs. Ce n'est dès lors pas le but de mener une réévaluation le plus fréquemment possible. Le médecin de l'INAMI va uniquement remplacer l'évaluation du médecin-conseil par sa propre évaluation s'il est manifestement clair qu'il n'y a pas d'incapacité de travail d'au moins 66 %.

Un titulaire n'a en soi pas d'intérêt à rester en incapacité de travail pour une période prolongée. Une fois invalide, les chances de rentrer à l'emploi durablement sont très faibles. Cette constatation ne peut toutefois pas être utilisée comme prétexte pour ne rien faire face à l'augmentation des opportunités de travail pour ce groupe-cible difficile. Pour cette raison, il sera analysé si et quelles mesures ciblées peuvent être prises pour réinsérer le plus grand nombre de personnes recevant une indemnité d'invalidité. Dans ce cadre, des exemples réussis de "*Individual Placement and Support*" (IPS) à l'étranger seront étudiés ("*Place then Train*").

Ten slotte moet men eveneens durven erkennen dat sommige personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn niet meer aan bod kunnen komen op de reguliere arbeidsmarkt. Dit hoeft evenwel niet te betekenen dat zij geen maatschappelijk nuttige rol meer zouden kunnen vervullen. Zo kunnen mensen die een ernstige mentale aandoening hebben gehad optreden als ervaringsdeskundige en zo lotgenoten helpen om hun leven terug in eigen handen te nemen en een nieuwe toekomst uit te bouwen. Dit brengt met zich mee dat het systeem van invaliditeitsuitkeringen zo ingericht moet zijn dat dit stelsel het opnemen van dergelijk vrijwilligerswerk en onbezoldigde arbeid niet hindert maar eerder stimuleert. Daarom zal met de verzekeringsinstellingen, de patiëntenverenigingen en de verenigingen voor personen met een handicap bekeken worden welke verbeteringen desgewenst nodig zijn.

3.6. Financiële incentives in de arbeidsongeschiktheid

Zoals hoger aangestipt, is de medewerking van alle geledingen van de samenleving vereist om het recht op betaalde arbeid van arbeidsongeschikte personen in de praktijk om te zetten. Om de medewerking van enkele van de belangrijkste belanghebbende partijen te verkrijgen, is het aangewezen om een systeem van incentives in het leven te roepen. Door bepaalde financiële gevolgen aan bepaalde keuzes te koppelen, wordt gezorgd voor de bijkomende incentives voor preventie en re-integratie van arbeidsongeschikte personen.

Aan de werkgevers zal gevraagd worden een bijdrage te betalen die gelijk is aan 10 % van de uitkering. Deze bijdrage zal betaald moeten worden voor iedere dag arbeidsongeschiktheid en maximum gedurende zes maanden. Zodra de werknemer terug aan de slag is, is de bijdrage niet langer verschuldigd. Op die manier moedigt het systeem een doordacht preventie- en re-integratiebeleid aan.

Ook de behandelende artsen zullen voor hun verantwoordelijkheid worden geplaagd. Voor hen zullen er profielen komen waarin er per type van pathologie een soort van standaardduur van tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid wordt aangegeven. Behandelende artsen die significant en ongefundeerd van deze standaarden afwijken, zullen hierop worden aangesproken. Het voorschrijven van lange periodes van arbeidsongeschiktheid is immers dikwijls niet in het belang van de patiënt. Immers, hoe langer een persoon arbeidsongeschikt is, des te moeilijker het is om die terug aan de slag te helpen, des te meer kans er is dat die in de arbeidsongeschiktheid blijft zitten.

Enfin, il faut reconnaître que certaines personnes en incapacité de travail pendant une longue période ne peuvent plus trouver leur place dans le marché du travail régulier. Cela ne doit pas nécessairement impliquer qu'elles ne peuvent plus assumer un rôle social utile. Par exemple, des personnes qui ont encouru une affection mentale grave peuvent agir en tant qu'experts du vécu et ainsi aider leurs compagnons d'infortune de reprendre leur vie en main et de se créer un nouvel avenir. Cela exige que le système des indemnités d'invalidité soit conçu d'une manière telle que la prise d'un tel volontariat ou d'un travail non rémunéré ne soit pas découragée mais plutôt stimulée. Pour cette raison, un dialogue sera entamé avec les organismes assureurs, les associations de patients et les associations des personnes handicapées afin d'analyser quelles améliorations sont nécessaires le cas échéant.

3.6. Les incitants financiers en incapacité de travail

Comme observé ci-avant, la coopération de toutes les composantes de la société est requise pour mettre le droit au travail rémunéré des personnes en incapacité de travail en pratique. Il est recommandé d'instaurer un système d'incitants pour que la coopération de certaines parties prenantes importantes soit obtenue. En associant des conséquences financières à certains choix, on prévoit des incitants complémentaires pour la prévention et pour la réinsertion des personnes en incapacité de travail.

Il sera demandé aux employeurs de payer une cotisation égale à 10 % de l'indemnité. La cotisation est redevable pour chaque journée d'incapacité de travail, et ce, pour un maximum de six mois. La cotisation ne sera plus due dès que le travailleur reprendra le travail. Ainsi, le système encourage une politique de prévention et de réinsertion intelligente.

Les médecins traitants seront également responsabilisés. Il sera procédé à la création de profils détaillant par type de pathologie une sorte de durée standard de l'incapacité de travail totale temporaire. Les médecins traitants qui diffèrent de ces standards d'une manière significative et infondée seront interpellés. La prescription d'une longue période d'incapacité de travail n'est parfois pas dans l'intérêt du patient. Plus longtemps une personne est en incapacité de travail, plus elle rencontrera des difficultés à retrouver un emploi, plus de chance il y aura que l'incapacité de travail ne devienne une situation permanente.

Ten slotte mag ook van de gerechtigden een zekere inspanning worden verwacht. Als aan hen kansen op re-integratie worden aangeboden, mag van hen ten minste verwacht worden dat ze deze kansen grijpen.

4. Het internationaal en Europees Beleid

Ook in 2017 hebben we extra aandacht voor de realisatie en handhaving van een kwaliteitsvol internationaal sociaal beleid door middel van een sterke Belgische aanwezigheid op tal van internationale fora zoals de Raad van de Europese Unie, de Raad van Europa, de OESO en de Internationale Arbeidsorganisatie.

4.1. 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 op te volgen. De federale regering verbindt zich ertoe de doelstellingen te realiseren die België heeft voorgesteld in het kader van de Europa 2020 strategie. Zo draagt de re-integratie van langdurig zieken bijvoorbeeld bij tot de realisatie van de doelstellingen op het vlak van werk, alsook op het vlak van de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting.

Via de Raad Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken (EPSCO) en het Europees comité voor sociale bescherming wordt met onze Europese partners het debat aangaan over hoe we ons best kunnen aanpassen aan een wereld in verandering en meer bepaald over de impact op onze sociale bescherming. Drie doelstellingen die op Europees niveau steeds duidelijker uit de verf komen, vormen het uitgangspunt in deze debatten: 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. Ook in het kader van het Europees Semester staat de sociale dimensie centraal.

De onderhandelingen in het kader van het sociale zekerheidsdeel van het "mobility package" zullen waarschijnlijk binnenkort aanvatten. Het is mijn overtuiging dat we moeten streven naar een eerlijke verdeling van de financiële lasten tussen lidstaten, evenals een beter evenwicht tussen de rechten en plichten van mensen die gebruik maken van hun recht op vrij verkeer.

Op basis van dit verantwoordelijkheidsprincipe dient een regeling te worden uitgewerkt voor de mobiliteit van inactieve Europese burgers en de toegang tot nationale

Enfin, un certain effort de la part des titulaires peut également être requis. On peut au moins attendre d'eux qu'ils saisissent les chances de réinsertion qui leur sont offertes.

4. La politique internationale et européenne

En 2017, nous portons également une attention particulière à la réalisation et au maintien d'une politique sociale internationale de qualité au moyen d'une forte présence belge dans les divers forums internationaux comme par exemple le Conseil de l'Union européenne, le Conseil de l'Europe, l'OCDE et à l'Organisation Internationale du Travail.

4.1. 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 que la Belgique a proposés dans le cadre de la Stratégie Europe 2020. Ainsi, la réinsertion des malades de longue durée contribue, par exemple, à la réalisation des objectifs, tant au niveau de l'emploi qu'à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Par le biais du Conseil Emploi, politique sociale, santé et consommateurs (EPSCO) et du Comité de la protection sociale européen le débat sera entamé avec nos partenaires européens sur la meilleure manière dont nous nous pouvons adapter à un monde qui change et plus particulièrement sur l'impact pour notre protection sociale. Trois objectifs qui sont mis en avant de manière toujours plus claire au niveau européen sont le point de départ de ces débats: 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 en cas de chocs économiques. La dimension sociale reste aussi au cœur du Semester Européen.

Les négociations concernant le volet relatif à la sécurité sociale du "paquet mobilité" vont probablement commencer sous peu. Je suis convaincu que nous devons lutter pour une juste répartition des charges financières entre États membres, ainsi qu'à un meilleur équilibre entre les droits et les devoirs incombant aux personnes faisant usage de leur droit à la libre circulation.

Sur base de ce principe de responsabilité, une réglementation devrait être élaborée pour la mobilité des citoyens européens inactifs et l'accès aux régimes

systemen van sociale bijstand van de landen waarnaar ze hun woonplaats overbrengen.

Ik zal er in het bijzonder, in samenwerking met de Staatssecretaris De Backer, over waken dat een versterking van de regels ons toelaat om te vechten tegen oneerlijke concurrentie als gevolg van sociale dumping en soepelheid van de terbeschikkingstelling regels.

Ten laatste, wil ik in het kader van de Mobility Package nogmaals het belang van het EESSI-project benadrukken, met name voor de uitwisseling van gegevens die een effectievere controle mogelijk maken.

4.2. *BelEESSI*

Vanaf 2017 zullen wij ten volle inzetten op de Belgische implementatie van het Europese EESSI-project. Dit betreft een informaticasysteem dat alle sociale zekerheidsinstellingen in de EU een elektronische, snellere en beveiligde informatie-uitwisseling moet bieden. Dit zal, stap voor stap, de administratieve lasten verlagen voor burgers en bedrijven die gebruik maken van hun recht op vrij verkeer en een snellere uitoefening van deze rechten en effectievere controles toelaten.

In 2017 gaat een cruciale fase van het EESSI-project in. De Europese Commissie levert de basissoftware af en geeft hiermee het startshot van de nationale implementatie. De FOD Sociale Zekerheid en de KSZ zullen, in nauw overleg met alle betrokken instellingen van de sociale zekerheid, in 2017 het BelEESSI (Belgian Implementation of EESSI) project starten. Dit project, met cofinanciering vanuit het Europese CEF (Connecting Europe Facility) Fonds, zal ten goede komen van alle Belgische instellingen die zich dienen te verbinden aan het EESSI-systeem en zal tevens inzetten op het realiseren van synergiën op nationaal niveau.

Concreet zullen de Belgische sociale zekerheidsinstellingen ondersteuning krijgen bij het vertalen van de Europese procedures naar de Belgische realiteit en zullen centraal belangrijke IT-componenten worden opgezet die de implementatiekosten voor alle instellingen doen dalen en een efficiënte en effectieve Belgische implementatie moeten mogelijk maken rekening houdend met de specificiteit van ons Belgisch Sociale Zekerheidssysteem.

4.3. *OESO*

Net zoals in vele ander landen, staat ook ons gezondheidsstelsel voor belangrijke uitdagingen om te kunnen beantwoorden aan de toekomstige noden en tegelijk betaalbare zorg te leveren aan de bevolking.

nationaux d'assistance sociale des pays où ils transfèrent leur résidence.

Je veillerai en particulier, en collaboration avec le Secrétaire d'État De Backer, à promouvoir un renforcement des règles nous permettant de lutter contre la concurrence déloyale induite par le dumping social et le dévoiement des règles relatives au détachement.

Enfin, j'insisterai encore une fois dans le cadre du paquet mobilité sur l'importance du projet EESSI, en particulier pour un échange de données qui permet un contrôle plus efficace.

4.2. *BelEESSI*

À partir de 2017, nous serons pleinement engagés dans l'implémentation belge du projet européen EESSI. Il s'agit d'un système informatique qui permet à toutes les institutions de sécurité sociale dans l'UE d'échanger des informations de façon électronique, rapide et sécurisée. Ceci permettra, étape par étape, la réduction de la charge administrative pour les citoyens et les entreprises qui utilisent leur droit à la libre circulation, un exercice plus rapide des droits et des contrôles plus efficaces.

En 2017, le projet EESSI sera dans une phase cruciale. La Commission européenne fournit le software de base et donne ainsi le signal de départ pour la mise en œuvre nationale. Le SPF Sécurité Sociale et la BCSS lanceront en 2017, en consultation étroite avec toutes les institutions de sécurité sociale concernées, le projet BelEESSI (Belgian Implementation of EESSI). Ce projet, cofinancé par le fond européen CEF (Connecting Europe Facility), se fera au bénéfice de toutes les institutions belges qui devront se connecter au système EESSI et se concentrera également sur la réalisation de synergies au niveau national.

Plus précisément, les institutions de sécurité sociale belges seront soutenues dans la traduction des procédures européennes vers la réalité belge, et des composants informatiques importants seront mis en place de façon centralisée afin de réduire les coûts de mise en œuvre pour toutes les institutions et de permettre une mise en œuvre belge efficiente et efficace, tout en respectant la spécificité de notre système belge de sécurité sociale.

4.3. *OCDE*

Comme dans beaucoup de pays, notre système de santé est également confronté à des défis importants pour répondre aux besoins futurs et en même temps fournir des soins financièrement soutenables à la popu-

Het is daarom belangrijk om ook te leren uit ervaringen van anderen.

De OESO levert al langer geapprecieerd werk inzake gezondheid en gezondheidszorg. Op 16 en 17 januari 2017 organiseert zij een vergadering op ministerieel niveau van de ministers van Volksgezondheid, waaraan ik zal deelnemen. Volgende thema's komen aan bod:

- de uitdagingen voor gezondheidsstelsels van dure geneesmiddelen en technologie waarbij zowel naar de kost voor het systeem gekeken wordt als naar hoe een snelle beschikbaarheid kan verzekerd worden waarbij ook de toegankelijkheid voor de patiënt verzekerd wordt, terwijl ook onderzoek verder aangemoedigd blijft;

- de problematiek van inefficiëntie in uitgaven en prestaties en verspilling: onnodige of te dure verstrekkingen en prestaties, inefficiënte zorg en medische fouten, efficiënt beheer,

- de uitdagingen op het vlak van *human resources* om de juiste zorgverstrekkers op de juiste plaats te brengen en een correcte "mix" voor de patiënt te verzekeren;

- het exploiteren en beheren van de enorme gegevens- en informatiemassa's die in het gezondheidssysteem verzameld worden met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorg, de kennis en het ondersteunen van het onderzoek, maar ook in respect voor de bescherming van privacy.

Dit zijn stuk voor stuk belangrijke thema's en uitdagingen in het streven naar het behoud van een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg, nu en in de toekomst.

4.4. **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.

Er worden systematisch analyses gemaakt van mogelijke landen waarmee bilaterale verdragen zouden kunnen afgesloten worden, op basis van hun sociale-zekerheidssysteem, het aantal betrokkenen, de economische banden met België en de politieke opportuniteit.

lation. C'est pourquoi, il est important d'apprendre des expériences des autres.

L'OCDE fournit depuis longtemps un travail apprécié dans le domaine de la santé et des soins de santé. Les 16 et 17 janvier 2017, elle organisera une conférence rassemblant les ministres de la Santé publique à laquelle je participerai. Les thèmes suivants seront abordés:

- les défis relatifs aux prix élevés des médicaments et la technologie pour les systèmes de santé, où seront examinés à la fois le coût pour les systèmes de santé et la manière de garantir un accès rapide aux soins; où seront aussi abordés le maintien de l'accessibilité pour les patients et ce, parallèlement à l'encouragement à la recherche.

- La problématique de l'inefficience dans les dépenses et les prestations, ainsi que des gaspillages: la fourniture des prestations inutiles ou trop onéreuses, les soins inefficients et les fautes médicales, la gestion efficiente.

- Les défis en matière de ressources humaines pour avoir les bons prestataires de soins à la bonne place et pour garantir au patient un bon "mix" de soins.

- L'exploitation et la gestion d'une grande quantité de données et d'informations qui sont recueillies dans le système de santé en vue de l'amélioration de la qualité des soins, de la connaissance et du soutien de la recherche, mais aussi le respect de la vie privée

Ces questions coïncident avec les thèmes et défis importants dans le cadre des efforts visant à maintenir des soins de santé de qualité, accessibles et financièrement viables maintenant et dans le futur.

4.4. **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.

Des analyses systématiques sont faites des pays avec lesquels des accords bilatéraux pourraient être conclus, sur base de leur système de sécurité sociale, du nombre de personnes concernées, des liens économiques avec la Belgique et l'opportunité politique.

Momenteel zijn er bijvoorbeeld contacten met Kosovo (vervanging van het verdrag met oud Joegoslavië dat nog steeds van toepassing is), Mexico, en Sri Lanka.

De minister,

Maggie DE BLOCK

Actuellement, des contacts sont pris par exemple avec le Kosovo (remplacement du traité conclu avec l'ancienne Yougoslavie toujours en vigueur), avec le Mexique et le Sri Lanka.

La ministre,

Maggie DE BLOCK

II. — ALGEMENE BELEIDSNOTA GEZONDHEIDSBELEID

1. Algemene inleiding

Doorheen de hele legislatuur moeten voortdurend twee sporen tegelijkertijd worden bewandeld in het gezondheidszorgbeleid: enerzijds de gezondheidszorgbegroting op orde brengen en anderzijds de in het regeerakkoord voorziene grote hervormingen op de sporen zetten en uitvoeren. Beide sporen moeten bijdragen tot een duurzame, toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Ook in 2016 werden de beleidsinitiatieven ter zake noodzakelijkerwijze aangevuld met onvoorziene elementen waarop ik als minister moest inspelen: het betreft dan in het bijzonder het crisisbeheer ten gevolge van de terreurdreiging en de aanslagen op 22 maart 2016.

Ik presenteer ook voor 2017 een gezondheidszorgbegroting in evenwicht. Bezuinigingen blijven nodig, maar de patiënt wordt daarbij maximaal 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.

In 2016 werd doorgezet met de uitvoering van een aantal belangrijke hervormingen, waarvoor in 2015 de basis werd gelegd: het toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische sector, de uitvoering van het plan e-Gezondheid, de ontwikkeling van geïntegreerde zorgprojecten, de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg voor de diverse doelgroepen en de realisatie van de beroepenwetgeving voor de geestelijke gezondheidszorg, de uitvoering van het plan voor de hervorming van de ziekenhuizen, de optimalisering van de niet-planbare zorg en de huisartsenwachtposten, en dergelijke meer. Verder werden ook nieuwe trajecten opstart, onder meer de lancering van de volgende fase van de hervorming van de gezondheidszorgberoepenwetgeving (KB 78), het afsluiten van een meerjarenpact voor de patiënt met de sector van medische hulpmiddelen en implantaten, de neerlegging van een visie en plan van aanpak inzake de redesign van de gezondheidszorgadministraties, en dergelijke meer.

Ook in 2017 zal ik verder werken aan deze hervormingen en voortbouwen op de sporen die we in 2015 en 2016 hebben getrokken. 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 partner-

II. — NOTE DE POLITIQUE GENERALE POLITIQUE DE SANTE

1. Introduction générale

Tout au long de la législature, deux voies doivent être simultanément empruntées dans la politique des soins de santé et ce, de manière constante: d'une part, la mise en ordre du budget des soins de santé et, d'autre part, la mise sur rails et l'exécution des grandes réformes prévues dans l'accord de gouvernement. Ces deux voies doivent contribuer à des soins de santé durables, accessibles et de qualité. En 2016 également, les initiatives politiques dans ce domaine ont fatalement été complétées par des éléments imprévus auxquels j'ai, comme ministre, dû faire face: il s'agit plus particulièrement de la gestion de crise faisant suite à la menace terroriste et aux attentats du 22 mars 2016.

Je présente également pour 2017 un budget des soins de santé en équilibre. Faire des économies reste nécessaire, mais le patient est préservé au maximum. Le cadre budgétaire reste interpellant et incite plus que jamais à une réflexion approfondie sur chaque euro que nous dépensons. L'accessibilité pour le patient à des soins payables et de qualité doit rester une question prioritaire permanente.

En 2016 a été poursuivie l'exécution de certaines réformes importantes dont les bases avaient été posées en 2015: le pacte d'avenir pour le patient avec le secteur pharmaceutique, la mise en œuvre du plan e-Santé, le développement des projets de soins intégrés, le développement des soins de santé mentale pour les divers groupes cibles et la réalisation de la législation sur les professions pour les soins de santé mentale, l'exécution du plan pour la réforme des hôpitaux, l'optimisation des soins non planifiables et des postes de garde des médecins généralistes, etc. Par ailleurs, de nouveaux trajets ont également été entamés, notamment le lancement de la prochaine phase de la réforme de la législation sur les professions des soins de santé (AR n° 78), la conclusion d'un plan pluriannuel pour le patient avec le secteur des dispositifs médicaux et des implants, le dépôt d'une vision et d'un plan d'approche en matière de redesign des administrations des soins de santé, etc.

En 2017 encore, je continuerai à œuvrer à ces réformes et je persévérerai sur les voies que nous avons balisées en 2015 et en 2016. Je m'en tiens à ma méthodologie déjà connue: sur la base d'une voie clairement tracée, réformer par étapes, toujours en concertation avec les personnes concernées. Ensemble, nous conti-

schap zo verder aan de gezondheidszorg van morgen en overmorgen.

2. Budget 2017

2.1. Budgettaire kader

In het kader van het regeerakkoord is een budgettair meerjarenkader voor gezondheidszorg uitgewerkt. De nieuwe groeicijfer 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. In 2017 zullen besparingsmaatregelen ten belope van 902 miljoen euro worden genomen in het domein van de gezondheidszorg. Hiervan was 673 miljoen euro reeds benodigd om het in het regeerakkoord uitgestippelde begrotingstraject na te leven. Gezien de budgettaire en macro-economische context worden hier nu 229 miljoen euro aan maatregelen bovenop genomen ten einde een bijdrage te leveren aan de verdere sanering van de overheidsfinanciën.

Op die manier stijgen de toegestane gezondheidszorguitgaven in 2017 met 584 miljoen euro ten opzichte van 2016.

2.2. Maatregelen

De gezondheidszorgbegroting 2017 is gestoeld op een aantal principes.

Het voorstel schrijft zich in in het federaal regeerakkoord 2014-2019 en de uitvoering ervan. Eén van de centrale doelstellingen van het federaal 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 in voorliggend voorstel is de impact op de patiënt overwogen. Bij de bezuinigingen worden de patiënten maximaal gespaard. Tegelijk wordt de patiënt als een verantwoordelijke, actieve actor in de gezondheidszorg aangesproken.

Sinds oktober 2014 zijn een reeks hervormingen gestart en onderbouwd met een visie en plan van aanpak. Sommige elementen van de beleidsverandering zijn in studiefase, andere in een fase van omzetting naar reglementering en andere beleidsinstrumenten,

nuons à construire, dans le cadre d'un partenariat, les soins de santé de demain et d'après-demain.

2. Budget 2017

2.1. Cadre budgétaire

Un budget pluriannuel pour les soins de santé a été élaboré dans le cadre de l'accord de gouvernement. Le nouvel objectif de croissance implique une réduction par rapport à la norme de croissance précédente mais permet dans un même temps de libérer un espace budgétaire pour de nouveaux investissements afin de garantir des soins de santé accessibles et de grande qualité. En 2017, les mesures d'économie seront réalisées pour un montant de 902 millions d'euros dans le domaine des soins de santé. Sur ce montant, 673 millions d'euros étaient déjà nécessaires afin de suivre la trajectoire budgétaire définie dans l'accord de gouvernement. Néanmoins, vu le contexte budgétaire et macroéconomique, des mesures supplémentaires pour un montant de 229 millions d'euros doivent être prises afin de poursuivre l'assainissement des finances du gouvernement.

De cette façon, les dépenses de soins de santé autorisés en 2017 ont augmenté de 584 millions d'euros par rapport à 2016.

2.2. Mesures

Le budget 2017 des soins de santé repose sur une série de principes.

La proposition s'inscrit dans l'accord de gouvernement fédéral 2014-2019 et son exécution. Un des objectifs principaux de l'accord de gouvernement fédéral est de garantir à tous les citoyens de ce pays des soins de santé de qualité, abordables et accessibles, adaptés aux besoins évolutifs des patients, ceci en sauvegardant 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'économies sur le patient. Les patients sont autant que possible épargnés par les mesures d'économies. Le patient est quant à lui considéré comme un acteur actif responsable dans le cadre des soins de santé.

J'ai lancé, depuis octobre 2014, une série de réformes, qui ont été étayées au moyen d'une vision et d'un plan d'approche. Certains éléments de la modification de la politique menée sont en phase d'étude, d'autres sont en phase de traduction en réglementation

nog andere zijn reeds in uitvoering. Ik engageer mij dat ik deze hervormingen verder zal realiseren in overleg en samenwerking met de belanghebbenden en, waar nodig, met de deelstaten. Ik wens uitdrukkelijk het overlegmodel aan te spreken om actief mee te werken aan deze hervormingen.

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. De sociale en medico-sociale partners van de ziekteverzekering beschikken over ruime bevoegdheden om binnen het overlegmodel zelf hervormingen op de agenda te zetten, beleidsmatig voor te bereiden en te implementeren, zowel op beleidsinhoudelijk als budgettair vlak. De regering wenst deze initiatieven aan te moedigen en te ondersteunen, voor zover deze coherent zijn met de beleidsoriëntaties van het regeerakkoord en het budgettaire kader respecteren.

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 houden we rekening met resultaten van internationaal en nationaal onderzoek, bijvoorbeeld 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 en zijn bij voorkeur structureel van aard.

Gelet op het in punt 2.1 beschreven budgettair kader, dienden maatregelen te worden genomen. Op 3 oktober 2016 stelde het Verzekeringscomité een aantal compenserende maatregelen voor om het budgettair traject van de regering te respecteren. De regering heeft de voorstellen van het Verzekeringscomité gehonoreerd. Aansluitend op het voorstel van het Verzekeringscomité wordt een bijkomend pakket van maatregelen doorgevoerd voor een totaalbedrag van 229 miljoen euro. In 2017 worden volgende maatregelen tot uitvoering gebracht:

In januari 2016 hebben de RIZIV-diensten op mijn vraag nieuwe technische ramingen gepubliceerd voor het begrotingsjaar 2016 met een aankondiging dat de

et autres instruments de politique, tandis que d'autres encore sont déjà en exécution. Je m'engage à poursuivre la réalisation de ces réformes, en concertation et en collaboration avec les parties prenantes et avec les entités fédérées lorsque cela s'avère nécessaire. Je souhaite utiliser expressément le modèle de concertation pour collaborer activement à ces réformes.

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 prenantes de l'assurance maladie. Ils peuvent eux-mêmes formuler des propositions dans les limites des moyens prévus dans l'objectif budgétaire partiel. Les partenaires sociaux et médicosociaux de l'assurance maladie disposent de compétences étendues pour, dans le cadre du modèle de concertation, mettre eux-mêmes des réformes à l'agenda, pour les préparer et les implémenter d'un point de vue stratégique, tant au niveau du contenu stratégique qu'au niveau budgétaire. Le gouvernement souhaite encourager et soutenir ces initiatives, pour autant qu'elles soient cohérentes avec les orientations stratégiques de l'accord de gouvernement et qu'elles respectent le cadre budgétaire.

Les propositions sont basées au maximum sur la volonté de renforcer l'aspect *evidence-based* et, *best practice*, l'efficacité et la qualité des soins. Il est tenu compte de la nécessité de préserver l'accessibilité des soins sur le plan financier. Dans ce sens, nous prenons en compte les résultats d'études internationales et nationales, telles que celles du KCE, les mesures proposées dans le cadre des rapports d'audit ou par la Commission de contrôle budgétaire, etc.

Les mesures sont autant que possible intégrées dans un cadre pluriannuel et sont de préférence de nature structurelle.

Compte-tenu du cadre budgétaire décrit au point 2.1, des mesures devaient être prises. Le 3 octobre 2016, le Comité de l'Assurance a proposé une série de mesures supplémentaires afin de respecter la trajectoire budgétaire du gouvernement. Le gouvernement a honoré les propositions du Comité de l'Assurance. Sur base de la proposition du Comité de l'Assurance, une série de mesures supplémentaires seront exécutées pour un montant de 229 millions d'euros. En 2017, les mesures suivantes seront mises en œuvre:

En janvier 2016, les services de l'INAMI ont publié à ma demande, de nouvelles estimations techniques pour l'année budgétaire 2016 et ont annoncé que les

toegestane uitgaven in 2016 zouden overschreden worden met 101,6 miljoen euro. Om de uitgaven geneeskundige verzorging 2016 te laten overeenkomen met de toegelaten uitgaven die door de Algemene Raad werden goedgekeurd, heb ik aan het RIZIV de opdracht gegeven om een task force (verder: "task force uitgaven geneeskundige verzorging") op te richten met als opdracht om vóór 1 juni 2016 aan de Algemene Raad een voorstel met besparingsmaatregelen te formuleren die de verslechtering structureel zouden compenseren. Het eindrapport van deze task force werd door de Algemene Raad gevalideerd op 13 juni 2016.

Er werd een voorstel geformuleerd met besparingsmaatregelen ten belope van 103 miljoen euro op jaarbasis in 2017, waarvan 2 miljoen euro zal worden geheerinvesteerd in het kader van het Plan Handhaving. Er werd door de task force tevens rekening gehouden met een maximale bescherming van de patiënt.

Bij brief van 18 juni 2016 heb ik aan de Algemene Raad meegedeeld dat ik me, behoudens enkele opmerkingen, kon terugvinden in de geformuleerde besparingsvoorstellen en hun vooropgestelde opbrengst. De task force uitgaven geneeskundige verzorging heeft een dynamiek tot stand gebracht die het overlegmodel maximaal waardeert en responsabiliseert en een goede interactie met de politieke besluitvorming binnen de regering verzekert. Bovendien werden voorstellen ter correctie van de uitgaven op korte termijn gecombineerd met voorstellen voor een diepgaande verbetering van het beheer en de aanwending van het gezondheidszorgbudget.

Mijn opmerkingen hadden betrekking op de verfijning van de voorstellen in de ziekenhuissector door afstemming met de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afstemming van het voorstel inzake palliatieve thuisverpleging met de werkzaamheden van de Evaluatiecel Palliatieve Zorg en technische verduidelijking van de voorgestelde maatregel inzake de bijdragen van residenten. De laatste 2 maatregelen zijn vervangen door een verdieping van andere voorgestelde maatregelen ten einde een evaluatie af te wachten.

Ik heb opdracht gegeven aan het RIZIV om de overeenkomsten- en akkoordcommissies te activeren om de nodige initiatieven te nemen om de voorgestelde maatregelen uit te werken, zodanig dat deze op 1 januari 2017 van toepassing kunnen zijn en de besparing van 103 miljoen euro op jaarbasis 2017 kan worden gerealiseerd. Indien deze startdatum niet haalbaar blijkt, moeten de overeenkomsten- en akkoordcommissies tijdelijke bewarende maatregelen voorstellen met als doel de budgettaire context van 2017 te respecteren. Ik

dépenses autorisées en 2016 seraient dépassées de 101,6 millions d'euros. Pour faire correspondre les dépenses médicales de 2016 avec les dépenses autorisées approuvées par le Conseil général, j'ai demandé à l'INAMI de mettre sur pied une taskforce (suite: taskforce dépenses soins de santé médicaux) ayant pour mission de soumettre au Conseil général, avant le 1^{er} juin 2016, une proposition contenant des mesures d'économie qui pourraient compenser l'aggravation structurelle. Le rapport final de cette taskforce a été validé par le Conseil général en date du 13 juin 2016.

Une proposition a été formulée concernant des mesures d'économie représentant un montant de 103 millions d'euros sur base annuelle en 2017, dont 2 millions d'euros seront réinvestis dans le cadre du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé. La taskforce a également tenu compte de la protection maximale du patient.

Dans un courrier du 18 juin 2016, j'ai communiqué au Conseil général, qu'à l'exception de quelques remarques, j'étais d'accord avec les mesures d'économie formulées et leur estimation des revenus. La taskforce dépenses soins de santé médicaux a mis en place une dynamique qui garantit et responsabilise au maximum le modèle de la concertation ainsi qu'une bonne interaction avec le processus décisionnel politique au sein du gouvernement. Qui plus est, les propositions de correction des dépenses à court terme ont été combinées avec des propositions d'amélioration plus poussées de la gestion et de l'utilisation du budget des soins de santé.

Mes remarques concernaient le perfectionnement des propositions dans le secteur hospitalier par leur coordination avec le Conseil National des Etablissements Hospitaliers; la coordination de la proposition relative aux soins palliatifs à domicile avec les activités de la Cellule d'évaluation des soins palliatifs et des éclaircissements techniques sur la mesure relative aux contributions des résidents. Les deux dernières mesures sont remplacées par une intensification d'autres mesures proposées en attente d'une évaluation.

J'ai demandé à l'INAMI d'activer les commissions de conventions et d'accords afin de prendre les initiatives nécessaires pour concrétiser les mesures proposées, de sorte qu'elles puissent être appliquées dès le 1^{er} janvier 2017 et qu'une économie de 103 millions d'euros puisse être réalisée sur l'année 2017. Si cette date de démarrage ne s'avère pas possible, les commissions de conventions et d'accords devront proposer des mesures conservatoires temporaires dont le but sera de respecter le contexte budgétaire de 2017. J'ai demandé que des

heb gevraagd dat maandelijks wordt gerapporteerd aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité over de uitvoering van de maatregelen en aangedrongen bij de Commissie voor begrotingscontrole om nauwlettend toe te zien op de autorisatie van nieuwe uitgaven.

Met betrekking tot de ziekenhuissector werden reeds tijdens de begrotingscontrole van maart 2016 en door de task force beslist om enkele maatregelen te nemen ten belope van 52 miljoen euro. Dit bedrag wordt verhoogd tot 92 miljoen euro in 2017, maar wordt geflankeerd met maatregelen om de geplande hervormingen in de ziekenhuisfinanciering te accelereren.

In het kader van het toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie was een besparing van 71,1 miljoen euro voorzien in 2017. Het gaat daarbij vooral over het beter afstemmen van de terugbetaling op de evidence based medicine en over het meer aanwenden van biosimilaire producten zodat er werkelijk prijsconcurrentie tot stand komt die ten goede komt aan de ziekteverzekering. Deze besparingen leidt eveneens tot een besparing van 14 miljoen euro voor de patiënt.

Een bijkomend element in het Toekomstpact was de bepaling van een budgettair traject tot en met 2018. Ik heb met de sector onderhandeld over een aantal maatregelen teneinde dit traject te respecteren. Een van de maatregelen hierin is de uitvoering van het door de task force voorgestelde principe van een netto farmaceutisch budget in 2017. Andere maatregelen betreffen de uitbreiding van de patent cliff naar combipreparaten en de uitvoering van EBM maatregelen zoals gesuggereerd door de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen (CTG) waaronder de schrapping van de terugbetaling van nasale corticosteroïden en een afstemmen van verpakkingsgroottes op de aanbevelingen van de CTG over het gebruik van PPI. Bijkomend heb ik een prijsdaling voor Crestor kunnen onderhandelen. Samen met de uitbreiding van het goedkoopst voorschrijven tot 60 % voor de huisartsen en andere maatregelen, doet de sector hierin een inspanning van 408 miljoen euro in 2017. In het kader van toekomstige begrotingsoefeningen zal ik rekening houden met deze reeds grote inspanning van de sector.

Ons land kent in vergelijkend perspectief een grote overconsumptie van antibiotica. De overconsumptie van antibiotica werkt de resistentie in de hand en is hierdoor een gevaar voor de volksgezondheid. Om de overconsumptie aan te pakken zijn er reeds een aantal acties ondernomen zowel ten aanzien van de voorschrijvers als de patiënten, zoals het actieplan handhaving en doelmatige zorg (punt 6.5 “antibiotica”), het actieplan BAPCOC, een koppeling aan accreditering en verschillende

rapports concernant l'exécution des mesures soient envoyés tous les mois au Conseil général et au Comité d'assurance et j'ai insisté auprès de la Commission de contrôle budgétaire pour qu'elle surveille étroitement l'autorisation des nouvelles dépenses.

En ce qui concerne le secteur hospitalier, il a déjà été décidé, lors du contrôle budgétaire de mars 2016 et par la taskforce de prendre plusieurs mesures pour un montant de 52 millions d'euros. Ce montant sera porté à 92 millions d'euros en 2017 mais sera assorti de mesures afin d'accélérer la réforme du financement des hôpitaux.

En 2017, une économie de 71,1 millions d'euros a été prévue dans le cadre du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique. Celles-ci concernent particulièrement une meilleure harmonisation du remboursement des médicaments, fondé sur des données *evidence-based* de la médecine et sur l'utilisation de produits plus biosimilaires de sorte qu'il y ait vraiment une concurrence des prix qui bénéficie à l'assurance maladie. Ces économies génèrent également une économie de 14 millions d'euros pour le patient.

Un élément supplémentaire du pacte d'avenir était la définition de la trajectoire budgétaire jusqu'en 2018 inclus. J'ai négocié avec le secteur une série de mesure à prendre afin de respecter cette trajectoire. Une des mesures reprise ici est l'exécution du principe d'un budget pharmaceutique net en 2017 présenté par la taskforce. D'autres mesures concernent l'élargissement du patent cliff aux associations off-patent et l'exécution des mesures EBM, telles que suggérées par la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) comme la suppression du remboursement des corticostéroïdes nasaux et l'harmonisation de la taille des emballages sur recommandations du CRM concernant la consommation d'IPP. De plus, j'ai également pu négocier une diminution de prix du Crestor. Conjointement avec l'extension de la prescription des médicaments les moins chers à 60 % pour les médecins généralistes et les autres mesures, le secteur consentira un effort de 418 millions d'euros en 2017. Dans le cadre de futurs exercices budgétaires, je tiendrai compte de l'effort déjà réalisé par le secteur.

Notre pays connaît, en comparaison avec les autres pays, une grande surconsommation d'antibiotiques. La surconsommation d'antibiotiques favorise la résistance et est à cause de cela un danger pour la santé publique. Pour agir sur la surconsommation, de nombreuses actions ont été entreprises aussi bien vis-à-vis du prescripteur que vis-à-vis des patients comme le plan politique de contrôle (point 6.5 “antibiotiques”), le plan d'action BAPCOC, le complément à l'accréditation

campagnes. In het kader van een versterking van de inspanningen om de overconsumptie terug te dringen, wordt ook de patiënt aangesproken als een actieve en verantwoordelijke actor in de gezondheidszorg. Hierom wordt de vergoedingscategorie van antibiotica gewijzigd van categorie B naar C.

De regering heeft beslist om een deel van de indexmassa van de honorariasectoren niet toe te kennen. Hierdoor wordt 247 miljoen euro aan indexmassa niet toegekend. Het Verzekeringscomité van het RIZIV kan voor 15 november 2016 een voorstel van allocatie van het resterend bedrag van 121 812 kEUR aan mij voorleggen. Het Verzekeringscomité is vrij deze middelen toe te kennen om nog niet gefinancierde noden binnen de sector te financieren die zich al dan niet inschrijven in het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité van 3 oktober 2016 of om honoraria te indexeren waarbij prioritering van sectoren mogelijk is. Bij ontstentenis van een voorstel zal ik binnen de regering overleggen met het oog op de toewijzing van de middelen.

Teneinde de in de technische ramingen van september 2016 vastgestelde overschrijdingen binnen de sectoren van de klinische biologie en medische beeldvorming te compenseren en de grote verwachte groei van de uitgaven in 2017 zal ik maatregelen ten belope van 28 miljoen euro nemen.

Bijkomend worden een aantal technische maatregelen genomen inzake de toekenning van de voorkeursregeling en de berekening van de MAF plafonds. Meer bepaald worden wijzigingen in de gezinssamenstelling bij de voorkeurgerechtigden na één kwartaal in plaats van na twee kwartalen toegepast. Wat de MAF betreft, worden, zoals reeds het geval is voor de inkomensdrempels, voortaan ook de uitgavendrempels geïndexeerd.

2.3. Verdere optimalisering van het budgettair beheer

In 2016 werden reeds concrete stappen gezet om de gezondheidszorgbegroting transparanter en beheersbaarder te maken. Zo werd de begrotingsprocedure voor de opmaak van de globale begrotingsdoelstelling en de administratieve begroting van de gezondheidszorgen in belangrijke mate hervormd en afgestemd op de Europese begrotingsprocedures.

In het kader van een verdere optimalisering van het budgettair beheer heb ik de task force gevraagd om een aantal pistes te exploreren om de transparantie en beheersbaarheid van het gezondheidszorgbudget te verhogen. De analyse van en uitwerking van deze voorstellen is momenteel lopende. Deze analyse zal als basis dienen voor een grondige transparantiever-

et verschillende campagnes. Dans le cadre d'un renforcement des efforts pour réduire la surconsommation, le patient est vu également comme un acteur actif et responsable de la santé publique. Pour cette raison la catégorie de remboursement des antibiotiques passe de la catégorie B à C.

Le gouvernement a décidé de ne pas attribuer une partie de la masse d'indexation des secteurs d'honoraires. De ce fait, 247 millions d'euros de masse d'indexation ne seront pas attribués. Pour le 15 novembre 2016, le Comité de l'assurance de l'INAMI peut me soumettre une proposition d'allocation du montant restant de 121 812 Keuro. Le Comité de l'assurance est libre d'octroyer ces moyens en vue de financer des besoins qui n'ont pas encore été financés au sein du secteur et qui s'inscrivent ou non dans la proposition budgétaire du Comité de l'assurance du 3 octobre 2016 ou en vue d'indexer les honoraires où une priorisation de secteurs est possible. À défaut de proposition je concerterai le gouvernement afin de décider l'allocation.

Afin de compenser les estimations techniques de septembre 2016 qui font apparaître un dépassement dans les secteurs de la biologie clinique et de l'imagerie médicale ainsi que la forte croissance prévue des dépenses en 2017, je prendrai des mesures pour un montant de 28 millions d'euros.

De plus, une série de mesures techniques sera prise concernant l'octroi du régime préférentiel et le calcul des plafonds MAF. Plus précisément, les changements de composition de ménage pour le droit au régime préférentiel seront effectués après un trimestre à la place de deux trimestres. Concernant le MAF, les seuils des dépenses seront aussi indexés comme c'est déjà le cas pour les seuils de revenus.

2.3. Poursuite de l'optimisation de la gestion budgétaire

En 2016, plusieurs étapes concrètes ont déjà été franchies pour accroître la transparence du budget des soins de santé et en permettre une plus grande maîtrise. C'est ainsi que le processus budgétaire relatif à la fixation de l'objectif budgétaire global et au budget administratif des soins de santé a été largement réformé et harmonisé avec les procédures budgétaires européennes.

Dans le cadre de la poursuite de l'optimisation de la gestion budgétaire, j'ai demandé à la taskforce d'explorer une série de pistes en vue d'améliorer la transparence du budget des soins de santé et d'en assurer la lisibilité. L'analyse et l'élaboration de ces exemples est en cours. Cette analyse servira de base à l'amélioration de la transparence complète de l'adaptation du budget

hogende aanpassing van het gezondheidszorgbudget, waaronder de globale begrotingsdoelstelling vanaf het begrotingsjaar 2018. Eén van de voorgestelde maatregelen wordt reeds in 2017 gerealiseerd, meer bepaald de opname van de netto uitgaven voor farmaceutische specialiteiten in de partiële begroting van de farmaceutische specialiteiten met het oog op een correcte weergave van de werkelijke kost van geneesmiddelen waarvoor een contract van toepassing is en waarvoor terugstortingen aan het RIZIV van toepassing zijn.

In 2017 zal ik verder een evaluatie maken van de inhoud van de globale begrotingsdoelstelling van de gezondheidszorg. Meer bepaald dient nagegaan te worden in welke mate de actuele inhoud van de globale begrotingsdoelstelling niet moet verruimd worden naar een reeks uitgaven die toch gerelateerd kunnen worden aan de bevoegdheden van de diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies. Meer bepaald denk ik aan de financiering van de volgende bevoegdheden: het sociaal statuut, de stagemeesters, de projecten “artikel 56” en het sociaal akkoord. Ook lijkt het aangewezen om de financiële middelen voor de financiering van de ziekenhuizen volledig te integreren in de globale begrotingsdoelstelling.

Om de gezondheidszorgbegroting transparanter te maken en de leesbaarheid ervan te garanderen, zullen we nagaan hoe de begrotingsdoelstelling kan worden gesynchroniseerd met de begroting en hoe de huidige stromen eventueel kunnen worden vereenvoudigd.

3. Transversale beleidslijnen

3.1. *De patiënt centraal*

3.1.1. *Microniveau: empowerment van de patiënt*

De patiënt die een volwaardige speler is in zijn zorgproces, is een dimensie die we vaak expliciet terugvinden in zowel projecten in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, als in de visie en ontwikkeling van een geïntegreerde zorg of in de implementatie van maatregelen die gebaseerd zijn op het gebruik van nieuwe technologieën in de gezondheidszorg, waaronder een veilig gebruik van de mogelijkheden van de *Mobile Health*. Deze veranderingen moeten gepaard gaan met een bijzondere visie op therapietrouw.

Empowerment moet de patiënt autonoom maken bij de opvolging van zijn zorgproces, hem betrekken bij de therapeutische keuzes die hem aanbelangen, hem helpen om de vastgestelde diagnose en de aangeboden behandelingen of ondersteuning te begrijpen. Een actievere rol in dit proces vergroot de kans op therapie-

des soins de santé, y compris l'objectif budgétaire de l'année 2018. L'une des mesures proposées sera déjà réalisée en 2017, en particulier, l'inclusion des coûts nets des spécialités pharmaceutiques dans le budget partiel des spécialités pharmaceutiques afin de refléter correctement le coût réel des médicaments pour lesquels un contrat est d'application et pour lesquels un remboursement à l'INAMI est d'application.

Je souhaite procéder, en 2017, à une évaluation du contenu de l'objectif budgétaire global des soins de santé. Plus précisément, il conviendra de vérifier dans quelle mesure le contenu actuel de l'objectif budgétaire global ne doit pas être étendu à une série de dépenses qui peuvent quand même être associées aux compétences des diverses commission de conventions et d'accords. Je pense notamment plus précisément au financement des compétences suivantes: le statut social, les maîtres de stage, les projets «article 56» et l'accord social. Il me semble aussi opportun d'intégrer l'ensemble des moyens financiers du financement des hôpitaux dans l'objectif budgétaire global.

En vue de la transparence du budget des soins de santé et d'en assurer la lisibilité, on examinera comment synchroniser la fixation de l'objectif budgétaire et la fixation du budget et simplifier si possible les flux actuels.

3. Lignes politiques transversales

3.1. *La place centrale du patient*

3.1.1. *Niveau micro: empowerment du patient*

Le patient, en tant qu'acteur à part entière dans son processus de soins, est une dimension que l'on retrouve de façon explicite tant au travers des projets mis en route dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, que dans l'approche et le développement de soins intégrés ou dans le déploiement de mesures basées sur le recours aux nouvelles technologies dans la santé, notamment un usage sûr des possibilités offertes dans le cadre du *mobile-health*. Les changements impliqués par ces orientations doivent s'accompagner d'un regard spécifique sur l'adhésion du patient.

L'empowerment du patient doit permettre de rendre le patient plus autonome dans le suivi de son processus de soins, le faire participer aux choix thérapeutiques qui le concerne, l'aider à comprendre le diagnostic qui lui est communiqué et les traitements ou soutiens qui lui sont proposés. Un rôle plus actif dans ce processus a

trouw, zijn vertrouwen in de teams die hem omringen, zijn tevredenheid en zijn levenskwaliteit.

3.1.2. *Macroniveau: de patiënt betrekken in het beleid*

De oefening om de patiënten op een adequate manier bij het overleg en de strategische beleidsbeslissingen te betrekken, wens ik verder te zetten. Hiervoor zal ik gebruik maken van de hiertoe opgerichte structuren binnen de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het FAGG.

Zoals beschreven in het plan “geïntegreerde zorg voor chronisch zieken” heeft het Observatorium voor Chronisch Zieken (OBS) binnen het RIZIV, dat samengesteld is uit verschillende stakeholders, waaronder patiëntenorganisaties, onder meer als opdracht het identificeren van de noden en behoeften van de chronisch zieken. De uitvoering van het beleid inzake chronische ziekten zal verlopen in overleg met dit OBS.

Het directer betrekken van de patiënten bij de werkzaamheden is tevens één van de doelstellingen die het FAGG heeft ingeschreven in zijn strategisch plan 2014-2018. Op het niveau van het FAGG wordt in dit kader de samenwerking met patiëntenorganisaties uitgebouwd naar beleidsthema's gerelateerd aan klinische proeven, onvervulde medische behoeften en nieuwe regelgeving met betrekking tot geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en menselijk lichaamsmateriaal. Hiervoor werd een patiëntenplatform opgericht en een meerjarenplan opgesteld.

Specifieke aandacht zal besteed worden aan het informeren en het verhogen van de *awareness* naar deelnemers aan klinische proeven (vrijwilligers en patiënten) naar aanleiding van de implementatie van de nieuwe Europese verordening.

Daarnaast zal het FAGG in zijn communicatie rond geneesmiddelen en gezondheidsproducten meer aandacht besteden aan de specifieke informatiebehoeften van patiënten. De inbreng van patiëntenorganisaties is hierbij essentieel.

3.1.3. *Recht op informatie van de patiënt: personal health record (PHR)*

Als we de patiënt de middelen willen aanreiken om zijn ziekte of de hem aangeboden zorg te begrijpen, dan moeten we er ook voor zorgen dat hij toegang krijgt tot zijn zorgdossier. De beslissingen van gezondheidszorgwerkers en de keuzes die zij aanbieden, zijn gebaseerd op die informatie. Het is dan ook van groot

toutes les chances d'accroître sa compliance aux traitements, sa confiance dans les équipes qui l'entourent, sa satisfaction et sa qualité de vie.

3.1.2. *Niveau macro: impliquer le patient dans la politique*

Je souhaite poursuivre l'exercice qui consiste à impliquer de manière adéquate le patient dans la concertation et les décisions stratégiques. Pour cela, je continuera à utiliser les structures, mises en place à cette fin, au sein du SPF Santé publique, l'INAMI et l'AFMPS.

Comme décrit dans le plan “Soins intégrés pour les malades chroniques”, l'observatoire des maladies chroniques (OBS), institué au sein de l'INAMI, est composé de différents acteurs parmi lesquels des organisations de patients ont pour mission, entre autres, d'identifier les besoins des malades chroniques. L'exécution de la politique relative aux malades chroniques se fera en concertation avec cet OBS.

L'implication plus directe des patients dans les activités constitue également un des objectifs énoncés par l'AFMPS dans son plan stratégique 2014-2018. Dans ce cadre, l'AFMPS a mis en place une collaboration avec les organisations de patients sur des thèmes stratégiques liés aux essais cliniques, aux besoins médicaux non couverts et à la nouvelle réglementation relative aux médicaments, aux dispositifs médicaux et au matériel corporel humain. Pour cela, une plate-forme de patients ainsi qu'un plan pluriannuel ont été créés.

Une attention spécifique sera consacrée à l'information et au renforcement de l'*awareness* des participants à des essais cliniques (volontaires et patients) dans le cadre de l'implémentation du nouveau règlement européen.

En outre, dans sa communication sur les médicaments et les produits de santé, l'AFMPS accordera une plus grande attention aux besoins d'information spécifiques des patients. L'apport des organisations de patients s'avère ici essentiel.

3.1.3. *Droit à l'information du patient: personal health record (PHR)*

Donner au patient les moyens de comprendre sa maladie ou les soins qui lui sont proposés, suppose également qu'il ait accès à l'information qui se retrouve dans son dossier de soins. Si les professionnels de la santé se basent sur ces informations pour prendre des décisions ou offrir des choix, il est essentiel que le pa-

belang dat de patiënt over dezelfde informatie beschikt om die beslissingen te begrijpen en inspraak te hebben.

Er wordt tegenwoordig heel wat informatie uitgewisseld tussen de zorgverstrekkers. De patiënt heeft al toegang tot een aantal gegevens. Helaas is de informatie nog versnipperd. In het kader van het e-Gezondheidsplan wordt gestreefd naar een gemakkelijker toegang voor de patiënt tot alle gegevens die hem aanbelangen.

Ook hierin hebben patiëntenverenigingen een belangrijke rol te spelen. Er werd hun gevraagd om de projectgroep voor te zitten die een referentiekader moet opstellen voor het beheer van de toegang van de patiënt tot zijn gezondheidsgegevens. De patiënt moet hierbij ook de kans hebben om informatie aan zijn dossier toe te voegen.

Er zal nagegaan worden in welke mate de wettelijke basis van het patiëntendossier in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt aangepast dient te worden om het PHR te realiseren en dit rekening houdend met het advies hierover van de commissie "Rechten van de Patiënt".

3.2. Evidence based policy en practice

Het versterken van het gezondheidszorgbeleid en de gezondheidszorg met wetenschappelijke kennis is één van de rode draden in mijn beleid. Dit vereist acties op het niveau van de structuren en de onderzoeksthema's, en een duurzame vertaling naar beleid en praktijk waarbij voldoende geïnvesteerd wordt in evaluatie- en implementatie, en kosteneffectiviteitsonderzoek.

3.2.1. Health System Performance Assessment

Het *Health System Performance Assessment* (HSPA) Rapport is een concrete en periodieke opvolging van een reeks indicatoren gericht op een holistische evaluatie van het gezondheidszorgsysteem en de ondersteuning van de strategische planning. Voor de volgende editie van het rapport in 2019 zullen nieuwe thema's bestudeerd worden, met name "PROM en PREM-indicators", "Health Literacy", "Underserved population", "Integrated care". Langs de andere kant zal ook de nadruk gelegd worden op "ongelijkheden", "Mental Health care", "Dental Health", "Mother and child" en "Elderly". De problematiek van "duurzaamheid – sustainability", "disability-handicap" zullen ook een speciale aandacht krijgen.

tient dispose des mêmes informations pour comprendre ces décisions et participer à la décision.

Bon nombre d'informations sont dès à présent échangées entre prestataires et certaines d'entre elles sont déjà accessibles au patient. Elles sont cependant encore souvent dispersées. Dans le cadre du plan e-Santé, la volonté est de faciliter l'accès du patient à l'ensemble des données qui le concernent.

Ici encore, les associations de patients ont un rôle important à jouer. Il leur a été demandé de présider le groupe-projet chargé de définir un cadre de référence pour la gestion de l'accès du patient à ses données de santé ainsi que la possibilité pour le patient d'ajouter des informations à son dossier.

On examinera dans quelle mesure la base légale du dossier patient, ancrée dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient doit être modifiée pour mettre en place le PHR en tenant compte de l'avis le concernant émis par la commission "Droits du patient".

3.2. Evidence based policy and practice

Un des fils rouges de ma politique est le renforcement de la politique en matière de soins de santé et des soins de santé étayés par des connaissances scientifiques. Cela exige que des actions soient mises en place au niveau des structures et des thèmes de recherche ainsi qu'une transposition durable des résultats des recherches, tant au niveau politique qu'au niveau pratique, mais aussi des investissements suffisants dans l'évaluation, l'implémentation ou encore dans des analyses du rapport coût/efficacité.

3.2.1. Health System Performance Assessment

Le rapport *Health System Performance Assessment* (HSPA) offre un suivi périodique et concret d'une série d'indicateurs orientés vers l'évaluation holistique du système des soins de santé et le soutien de la planification stratégique. La prochaine édition du rapport 2019 se penchera sur de nouveaux thèmes, notamment les indicateurs PROM et PREM "Health Literacy", "Underserved population", "Integrated care". Par ailleurs, l'accent sera aussi mis sur les "inégalités", les "Mental Health care", la "Dental Health", le thème "Mother and child" et les «Elderly». La problématique de la "durabilité – sustainability", "disability-handicap" fera également l'objet d'une attention particulière.

Ik zal ook Europese initiatieven om de HSPA tool te harmoniseren en te standaardiseren, als onderdeel van het toekomstige Europese *Health Information System project*, ondersteunen. België speelt een leidende rol door een zeer actieve deelname aan de internationale werkgroepen (EU, WHO, OECD, IZZI/International Zinnige Zorg Initiatives (Zinnige Zorg, Zorg Instituut Nederland)).

3.2.2. *Health Status Report*

Een regelmatige momentopname van de gezondheidstoestand en de determinanten van gezondheid kan op feiten gebaseerde prioriteitsstelling binnen de gezondheidssector mogelijk maken. Dit moet toelaten om de evolutie van de gezondheidstoestand in de tijd beter op te volgen. Dit vereist valide, kwaliteitsvolle en actuele gezondheidsgegevens. De ontwikkeling van een nationaal *Health Status* rapport is daarom een prioriteit. Het eerste *Health Status* rapport dient de kwaliteitsvolle informatie over de gezondheidstoestand die momenteel beschikbaar is samen te vatten. Relevante parameters hierbij zijn levensverwachting, gezonde levensverwachting, mortaliteit (algemene, vermijdbare, en oorzaak-specifieke), morbiditeit, gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, determinanten van gezondheid. Voor deze indicatoren moeten de cijfers waar mogelijk worden gerapporteerd op basis van sociaaleconomische verschillen en gender. In 2017 zullen voorbereidingen worden getroffen voor de opmaak van dit rapport.

3.2.3. *Gezondheidsenquête*

Het WIV zal de werkzaamheden aanvangen voor de "Gezondheidsenquête 2018". Hiervan zullen naast de vaste thema's, ook een aantal specifieke thema's opgenomen worden. Hierbij zal in de editie 2018 bijzondere aandacht gaan naar de geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren. In de gezondheidsenquête bevaart het WIV een steekproef van 10 000 burgers over hun gezondheidstoestand, -consumptie en levensstijl.

3.2.4. *Gezondheidsdoelstellingen*

Het KCE zal het methodologisch kader ontwikkelen voor het bepalen van zowel globale als meer operationele/instrumentele gezondheids(zorg)doelstellingen.

Eerst zullen gezondheidszorgdoelstellingen binnen federale bevoegdheidsdomeinen worden gesitueerd. Het *Health Status* rapport, de gezondheidsenquête en het *Health System Performance Assessment* rapport, zullen een belangrijke basis vormen voor de opmaak van de gezondheidsdoelstellingen.

Je soutiendrai aussi les initiatives européennes qui visent à harmoniser et à standardiser le HSPA tool dans le cadre du projet du futur Health Information System européen. Par sa participation très active aux groupes de travail internationaux (UE, OMS, OCDE, IZZI/International Zinnige Zorg Initiatives, (Zinnige Zorg Zorg Instituut Nederland)), la Belgique joue un rôle de leader à ce niveau.

3.2.2. *Health Status Report*

Un instantané régulier de l'état de santé et des déterminants de la santé peut permettre de fixer les priorités dans le secteur des soins de santé sur la base de faits. Cela doit permettre de mieux suivre l'évolution de l'état de santé dans le temps. Pour ce faire, il faut pouvoir disposer de données de santé valides, de qualité et actuelles. Le développement d'un rapport national *Health Status* constitue donc une priorité. Le premier rapport *Health Status* doit faire la synthèse des informations de qualité actuellement disponibles sur l'état de santé. Dans ce cadre, les paramètres pertinents sont l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé, la mortalité (générale, évitable et de cause spécifique), la morbidité, la qualité de vie liée à la santé, les déterminants de la santé. Pour ces indicateurs, – lorsque c'est possible – les chiffres rapportés doivent l'être sur base des différences socio-économiques et de genre. En 2017, les mesures préparatoires nécessaires pour élaborer ce rapport seront prises.

3.2.3. *Enquête de santé*

Dans le cadre de l'"Enquête de santé 2018", l'ISP entame ses activités préparatoires. Dans ce cadre, une série de thèmes spécifiques qui viendront s'ajouter aux thèmes fixes de l'enquête. L'édition 2018 consacrera une attention particulière à la santé mentale des enfants et des adolescents. Pour l'enquête de santé, l'ISP interroge un échantillon de 10. 000 citoyens sur leur état de santé, leur consommation de soins de santé et leur style de vie.

3.2.4. *Objectifs de santé*

Le KCE développera le cadre méthodologique pour déterminer aussi bien des objectifs (des soins) de santé globaux qu'opérationnels/instrumentaux.

Premièrement, nous allons situer les objectifs des soins de santé dans les domaines des compétences fédérales. Le rapport *Health Status*, l'enquête de santé et le rapport sur le *Health System Performance Assessment* constitueront une base importante dans l'élaboration des objectifs de santé.

3.2.5. Meerjarenkader Evidence Based Practice

Ook *evidence-based practice* (EBP), of het wetenschappelijk onderbouwen van de gezondheidszorg zelf, is belangrijk. In 2016 heb ik overleg gepleegd met de betrokken actoren en een inventaris opgesteld van de belangrijkste structuren en financieringsbronnen. Op basis hiervan zal ik in 2017 een meer gestroomlijnd EBP-beleid uitbouwen. De middelen die nu besteed worden aan losse initiatieven zullen gebundeld worden in één meerjarenkader “*Evidence-Based Practice 2018-2021*”. Het KCE zal als centrale wetenschappelijke overheidsdienst een trekkersrol opnemen en de governance waarnemen. Het zal zich hierbij beroepen op een platform van EBP-kernpartners. In september 2016 kreeg het KCE van het *Managementcomité Fed-Health* de opdracht om de werkzaamheden te starten. In dit comité, dat is opgericht in het kader van de redesign van de federale gezondheidsadministraties, zetelen alle leidende ambtenaren van de acht federale gezondheidsadministraties (FOD VVVL, RIZIV, FAGG, KCE, WIV, *e-health* platform, de Hulpkas voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en de Controledienst voor de Ziekenfondsen en Landsbonden van de ziekenfondsen (CDZ).

De doelstellingen en principes zijn voor mij alvast duidelijk. Ten eerste moet iedere zorgverlener in de toekomst via een uniek portaal toegang krijgen tot de meest actuele en gevalideerde evidence. EBMPPracticeNet moet hierin een sleutelpositie krijgen. Er zal, ten tweede, ook meer ingezet worden op implementatie en evaluatie van tools. Er zal ruimte gecreëerd worden voor innovatieve IT mogelijkheden, in het bijzonder voor decision support tools. Ten derde blijft een onafhankelijk geneesmiddelenbeleid een solide pijler in het hele EBP-beleid. Er zullen daarom ook volgende stappen gezet worden om ook hier koppelingen te maken met EBMPPracticeNet. 2017 wordt het overgangsjaar waarbij de partners in het consortium zich voorbereiden en organiseren naar het nieuwe meerjarenkader.

Daarnaast voorzie ik in 2017 reeds verschillende specifieke acties voor de verdere ondersteuning van kwaliteit en evidence based practice, zoals op het domein van de medische beeldvorming, farmaceutische zorg, antibiotica, oncologie,

3.2.6. Praktijkgerichte klinische studies gefinancierd door de overheid: KCE Trials

Begin 2016 werd financiering voorzien bij het KCE (5 miljoen EURO in 2016 en 2017, 10 miljoen EURO vanaf 2018) voor de uitvoering van een programma van

3.2.5. Cadre pluriannuel Evidence Based Practice

L'*evidence-based practice* (EBP) ou le fondement scientifique des soins de santé à proprement parler est importante. En 2016, j'ai organisé une concertation avec les acteurs concernés et nous avons dressé un inventaire des principales structures et sources de financement. Sur cette base, en 2017, j'élaborerai une politique EBP plus rationalisée. Les moyens aujourd'hui consacrés à des initiatives indépendantes seront rassemblés dans un cadre pluriannuel baptisé “*Evidence-Based Practice 2018-2021*”. Dans ce cadre, le KCE endossera un rôle moteur en qualité de service public scientifique central et prendra en charge la gouvernance de ce projet. Pour cela, il fera appel à une plate-forme de partenaires EBP clés. En septembre 2016, le KCE a reçu pour mission du management Comité de FedHealth de démarrer les activités. Dans ce comité, créé dans le cadre du redesign des administrations fédérales de santé, siègent tous les fonctionnaires responsables des huit administrations fédérales de santé (SPF SPSCAE, INAMI, AFMPS, KCE, ISP, plateforme *e-health*, la Caisse auxiliaire d'Assurances Maladie-Invalidité (CAAMI) et l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM))

Les objectifs et les principes sont déjà clairs pour moi. Avant tout, il faut qu'à l'avenir, tous les prestataires de soins professionnels aient accès, via un portail unique, aux données les plus récentes, probantes et validées. EBMPPracticeNet doit occuper une position clé à ce niveau. Deuxièmement, il conviendra également de s'investir d'avantage dans l'implémentation et l'évaluation des instruments. Un espace d'accueil pour les projets IT novateurs et, plus particulièrement, pour des outils de support de décision sera créé. Troisièmement, une politique indépendante des médicaments restera un pilier solide de l'ensemble de la politique EBP. Les étapes suivantes seront donc également mises en place pour créer des connexions avec EBMPPracticeNet. 2017 sera une période de transition où les partenaires du consortium se prépareront et s'organiseront pour le nouveau cadre pluriannuel.

En 2017, je prévois également différentes actions spécifiques destinées à soutenir la qualité de l'evidence based practice, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale, des soins pharmaceutiques, des antibiotiques, de l'oncologie, ...

3.2.6. Financement par les pouvoirs publics d'études cliniques orientées sur la pratique: KCE Trials

Début 2016, un financement a été prévu au niveau du KCE (5 millions d'euros en 2016 et 2017, 10 millions d'euros à partir de 2018) pour l'exécution d'un pro-

praktijkgerichte klinische studies. Daarbij wordt, naast het bevorderen van EBP, ook een efficiëntiewinst voor de zorgbetaler nagestreefd.

De opstart van dit programma, KCE Trials, verloopt zeer vlot, ook dankzij de steun vanuit bestaande programma's in Engeland (NIHR) en Nederland (ZonMw). In een eerste oproep begin 2016 werden elf onderwerpen weerhouden uit een totaal van 165 ingediende suggesties. Voor elk van deze vraagstellingen werken onderzoekers uit universiteiten en ziekenhuizen actief samen om via een gepast studieprotocol een antwoord te vinden voor de dagelijkse praktijk. De eerste volledig uitgewerkte studievoorstellen worden nog voor eind 2016 verwacht en in 2017 zal een eerste reeks studies lopende zijn.

Daarnaast wenst het KCE Trials de deelname van Belgische centra aan internationale studies te stimuleren. Zo zal KCE Trials de coördinatie financieren voor de deelname van Belgische centra aan drie studies van ZonMw, opgestart in Nederland.

KCE Trials heeft ook aandacht voor een efficiënte en professionele uitvoering van de klinische studies via een verdere uitbouw van de bestaande coördinatiecentra voor klinische studies. De samenwerking tussen onderzoekers van verschillende instellingen in grootschalige multicentrische studies wordt actief gestimuleerd. Deze activiteiten zullen de Belgische centra ook een attractieve partner maken voor andere actoren in clinical research. Tenslotte worden ook patiënten en burgers zoveel mogelijk actief betrokken bij het programma en de uitwerking van de studies.

3.3. **Kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en adequate zorg**

3.3.1. *Medische beeldvorming*

Ter opvolging van het eerste protocolakkoord uit 2014 inzake de medische beeldvorming zal worden gewerkt aan een vervolprotocol om de verdere modaliteiten te omschrijven met betrekking tot het beperken van de stralingsbelasting van de populatie (kwaliteit en veiligheid), het optimaliseren en het beheersen van het aanbod binnen een budgetneutraal kader en een performant handavingsbeleid. Het vervolprotocol wordt in samenwerking met BELMIP uitgewerkt en zal het referentiekader zijn voor volgende acties:

— Voorstellen voor de implementatie van de kwaliteitssystemen B-QUAADRIL (voor diensten radiologie)

gramme d'études cliniques orientées sur la pratique. Dans ce cadre, outre la promotion de l'*evidence-based practice*, un objectif de gain d'efficience a également été défini pour celui qui paie les soins.

Le démarrage de ce programme des KCE Trials, se déroule très bien, grâce, notamment, au soutien des programmes existant en Angleterre (NIHR) et aux Pays-Bas (ZonMw). Lors d'un premier appel lancé début 2016, onze sujets ont été retenus sur un total de 165 suggestions introduites. Pour chacune de ces questions de recherche, les chercheurs d'universités et d'hôpitaux collaborent activement pour apporter, grâce à un protocole d'étude adapté, une réponse transposable dans la pratique quotidienne. Les premières propositions d'études définitives sont encore attendues avant fin 2016 et en 2017, une première série de ces études seront menées.

En outre, le KCE Trials souhaite également stimuler la participation de centres belges à des études internationales. C'est ainsi que le KCE Trials finance la coordination de la participation de centres belges à trois études de ZonMw, lancées aux Pays-Bas.

KCE Trials s'intéresse également à l'exécution efficiente et professionnelle des études cliniques via la poursuite du développement des centres de coordination des études cliniques existants. La collaboration entre les chercheurs des différentes institutions dans le cadre des études multicentriques à grande échelle est activement stimulée. Ces activités permettront également de faire des centres belges, des partenaires attractifs pour d'autres acteurs de la recherche clinique. Enfin, les patients et les citoyens doivent également être impliqués au maximum dans le programme et l'élaboration des études.

3.3. **Qualité, sécurité, efficience et soins adéquats**

3.3.1. *Imagerie médicale*

Dans le cadre du suivi du premier protocole de suivi de 2014 relatif à l'imagerie médicale, on prépare un nouveau protocole pour élaborer les modalités relatives à la limitation de la charge d'irradiation de la population (qualité et sécurité), l'optimisation et la maîtrise de l'offre dans un cadre budgétaire neutre et une politique de contrôle performante. Ce nouveau protocole sera élaboré en collaboration avec BELMIP et constituera le cadre de référence pour les actions suivantes:

— Des propositions pour l'implémentation des systèmes de qualité B-QUAADRIL (pour les services de

en B-QUANUM (voor diensten nucleaire geneeskunde) aangevuld met audits en in samenwerking met het FANC en het College;

— Beslissingsondersteuning voor het voorschrijven van medische beeldvorming, op basis van Europese guidelines. De voorbereiding gebeurt in 2017 om over meerdere jaren te worden geïmplementeerd;

— Uitbouw van het handhavingsbeleid o.b.v. de nulmeting uit 2016. Onze beleidscultuur vandaag kan niet aanvaarden dat niet vergunde activiteiten een vertekend beeld geven van de situatie op het terrein en de bestaande en toekomstige programmatie verstoren;

— Evaluatie van de uitbreiding van de NMR-programmatie o.b.v. de nulmeting uit 2016, volgens de vooropgestelde voorwaarden van budgetneutraliteit. Een verdere uitbreiding gebeurt in functie van de noden;

— Stralingspaspoort voor patiënten om voorschrijvers te responsabiliseren. Het registreren van patiëntendosissen en de invoer van een stralingspaspoort per patiënt zal worden onderzocht;

— Horizon scanning: om adequaat te kunnen inspelen op nieuwe technologieën en nieuwe toepassingen, zullen deze besproken worden in samenwerking met de industrie en proactief geanalyseerd worden (health technology assessment).

Bestaande acties zoals het evalueren van variaties in het gebruik van beeldvorming en van stralingsbelasting met feedback aan voorschrijvers, Focus on Medical Imaging en de informatiecampagnes zullen worden afgestemd met de maatregelen doelmatige zorg van het actieplan handhaving in de gezondheidszorg.

3.3.2. Antibiotica

BAPCOC (*Belgian Antibiotic Policy Committee*) heeft een beleidsplan uitgewerkt voor de periode 2014-2019 met duidelijke doelstellingen en targets om de consumptie van antimicrobiële middelen bij te sturen en het infectiebeleid verder te optimaliseren. De "One Health" benadering is hierbij cruciaal aangezien de verschillende ecosystemen elkaar impacteren.

Samenwerking tussen FOD en het RIZIV, in het kader van de maatregelen doelmatige zorg van het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg, zal toelaten om synergiën op te starten die effecten zullen hebben op het antibioticaverbruik. De focus zal komen te liggen op

radiologie) et B-QUANUM (pour les services de médecine nucléaire) qui seront complétées avec des audits et en collaboration avec l'AFNC et le Collège;

— L'introduction d'un soutien décisionnel pour la prescription d'imagerie médicale sur base des lignes directrices européennes: La préparation s'effectuera en 2017 et sera implémenté sur plusieurs années;

— Le développement ultérieur de la politique de contrôle sur base d'une mesure zéro effectuée en 2016: Notre culture politique d'aujourd'hui ne peut accepter que des activités non autorisées donnent une image déformée de la situation sur le terrain et viennent perturber la programmation tant existante que future;

— L'évaluation de l'extension de la programmation IRM sur base de la mesure zéro effectuée en 2016, selon les conditions de neutralité budgétaire fixées. Future extension sera exécutée en fonction des besoins.

— Passeport radiologique pour les patients pour responsabiliser les prescripteurs: l'enregistrement des doses aux patients et l'introduction d'un passeport radiologique pour chaque patient seront étudiés.

— Horizon scanning: pour réagir de manière adéquate aux nouvelles technologies et aux nouvelles applications, ces dernières seront analysées de manière proactive (health technology assessment) et discutées en collaboration avec l'industrie.

Les actions existantes comme l'évaluation des variations dans l'utilisation de l'imagerie médicale et la charge d'irradiation avec feed-back aux prescripteurs, Focus on Medical Imaging ainsi que les campagnes d'information seront alignées sur les mesures des soins efficaces du plan d'action contrôle des soins de santé

3.3.2. Antibiotiques

Le BAPCOC (*Belgian Antibiotic Policy Committee*) a élaboré un plan stratégique pour la période 2014-2019 dans lequel il a fixé des objectifs et des cibles clairs pour adapter la consommation des produits antimicrobiens et continuer à optimiser la politique de lutte contre les infections. L'approche «One Health» revêt ici un caractère crucial étant donné les impacts réciproques des différents écosystèmes.

La collaboration entre le SPF et l'INAMI, dans des mesures de soins efficaces du Plan d'action de contrôle des soins de santé permettra de mettre en place des synergies qui auront des effets sur la consommation des antibiotiques. Seront ciblées plus particulièrement:

het overmatig voorschrijven van antibiotica in de eerste lijn en het gebruik van tweede keuze antibiotica.

Aangezien monitoring en opvolging cruciaal zijn, is verdere samenwerking met het WIV aangewezen voor wat betreft de surveillance. Een betere afstemming met het BAPCOC beleidsplan voor wat betreft de publicatie van de resultaten is hierbij een aandachtspunt.

Voor het opvolgen van het beleidsplan van BAPCOC zijn gegevens over voorschrijfgedrag en consumptie nodig. Daarvoor zullen onder meer verschillende enquêtes worden uitgevoerd. In 2017 zal een enquête met betrekking tot het antibioticagebruik in ziekenhuizen (Global PPS en ECDC-PPS) worden uitgevoerd waarbij voor een beperkt aantal ziekenhuizen gegevens aan het ECDC worden geleverd.

Voor de monitoring van het beleidsplan dienen onder meer de verbeteracties op het terrein op basis van de resultaten van surveillancesystemen (WIV) in kaart te worden gebracht. Een aandachtspunt waaraan gewerkt moet worden is een betere afstemming van de publicaties van het WIV met het beleidsplan.

De transversale werkgroep van BAPCOC zal in 2017 een actieplan uitwerken voor de verschillende zorgsettings (ziekenhuis, thuiszorg en rustoorden) met aandacht voor zowel de preventie van urinewegeninfecties als het correct voorschrijven van antibiotica en urinaire antiseptica. Gegevens van specifieke surveillance (WIV) en consumptiegegevens (RIZIV) zijn nodig voor het opvolgen van de activiteiten.

Voor geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik moeten de dierenartsen vanaf einde 2016 alle antibiotica die zij verschaffen of toedienen bij varkens, pluimvee en vleeskalveren verplicht ingeven in de centrale databank Sanitel-Med.

Op basis van deze gegevens zal in 2017 een eerste analyse gebeuren. Hierbij zullen veehouderijen van hetzelfde bedrijfstype en dierenartsen onderling vergeleken worden. Persoonlijke rapporten zullen toelaten de individuele actoren te sensibiliseren over hun persoonlijke rol in de antibioticaconsumptie in de veehouderij. Deze gegevens zullen tevens gebruikt worden voor gerichte inspectie en sensibilisatie-acties.

In het convenant dat de minister van Landbouw en mezelf enerzijds en de sectoren anderzijds sloten werden een aantal concrete acties afgesproken die de betrokken sectoren zullen ondernemen om hun leden

la prescription trop fréquente des antibiotiques en ambulatoire ainsi que l'utilisation des antibiotiques de seconde intention.

Étant donné que le monitoring et le suivi s'avèrent essentiels, la poursuite de la collaboration avec l'ISP est également recommandée en ce qui concerne la surveillance. Une meilleure harmonisation avec le plan politique de BAPCOC au niveau de la publication des résultats constitue un point d'attention à prendre en compte à ce niveau.

En ce qui concerne le suivi du plan politique de BAPCOC, on a besoin entre autres de données sur le comportement prescripteur et la consommation. Pour cette raison, plusieurs enquêtes seront effectuées. En 2017, une enquête sur la consommation des antibiotiques dans les hôpitaux (Global PPS et ECDC-PPS) sera effectuée où les données d'un nombre limité d'hôpitaux seront communiquées à l'ECDC.

Pour le monitoring du plan politique, on doit entre autres cartographier les actions d'amélioration sur le terrain sur base des résultats des systèmes de surveillance (ISP). Un des points d'attention qui devra être travaillé concerne une meilleure harmonisation des publications de l'ISP avec le plan politique.

Le groupe transversal de BAPCOC réalisera un plan d'action en 2017 pour les différents milieux de soins (hôpital, soins à domicile, maisons de repos) en s'attachant aussi bien à la prévention des infections des voies urinaires qu'à la prescription correcte des antibiotiques et des antiseptiques urinaires. Les données de la surveillance spécifique (ISP) ainsi que de la consommation (INAMI) sont nécessaires pour la suite des activités.

En ce qui concerne les médicaments à usage vétérinaire, à partir de fin 2016, les vétérinaires devront obligatoirement déclarer dans la base de données centrale Sanitel-Med tous les antibiotiques qu'ils fournissent ou administrent aux porcs, à la volaille et aux veaux.

Sur la base de ces données, une première analyse sera effectuée en 2017. Cette analyse comparera les exploitations d'élevage de même type et les vétérinaires entre eux. Des rapports personnels permettront de sensibiliser les acteurs individuels sur leur rôle personnel dans la consommation d'antibiotiques dans l'élevage. Ces données seront également utilisées dans des actions de sensibilisation et d'inspection ciblées.

Dans la convention que nous avons conclue, le ministre de l'Agriculture et moi-même avec les secteurs concernés, est prévue une série d'actions concrètes qui seront entreprises par les secteurs concernés pour

te sensibiliseren en het gebruik van antimicrobiële middelen in de veeteelt duurzaam te reduceren. Hierbij werden concrete en ambitieuze reductiedoelstellingen afgesproken en de voortgang zal door een stuurgroep worden gemonitord.

3.3.3. Plan handhaving

Zoals aangekondigd in mijn vorige beleidsnota heb ik in 2016 concrete stappen gezet in de versterking van het handhavingsbeleid in de gezondheidszorg. Op mijn vraag werd door het RIZIV een actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017 uitgewerkt. Dit actieplan werd goedgekeurd door de Algemene Raad van het RIZIV op 18 juli 2016.

De optimale aanwending van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen kan slechts bereikt worden door het bundelen van de krachten van de overheid en de verzekeringsinstellingen. Concreet werd hiervoor een bijdrage geleverd in het actieplan “handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017”, niet alleen om data te analyseren maar ook om concrete stappen op het terrein te zetten.

In die zin zal de samenwerking tussen de verschillende inspectiediensten en de controlerende medewerkers van de ziekenfondsen worden versterkt. Waar nodig en mogelijk zullen gemengde teams worden samengesteld zodat ook een grotere efficiëntie in de aanpak wordt verzekerd en dubbel werk wordt vermeden.

Ook zorgverleners zullen via het Comité DGEC worden betrokken om het nodige draagvlak te realiseren en de praktische expertise aan boord te halen.

In alle projecten voorzien in dit actieplan zal, waar relevant, de DGEC afspraken maken met de medische directies van de Verzekeringsinstellingen via de Hoge Raad van geneesheren directeurs (HRGD), o. a. met betrekking tot de samenwerking op operationeel vlak.

In het bijzonder zal het project “systematische audit ziekenhuizen” gecoördineerd door het RIZIV en uitgevoerd in het kader van een meerjarenprogramma, een grote betrokkenheid vragen van de ziekenfondsen en de FOD Volksgezondheid.

Een doorgedreven handhavingsbeleid is rechtstreeks gelinkt aan de grotere beschikbaarheid en analyse van de diverse gegevens gezondheidszorg. Het vormt een absolute voorwaarde.

Zo zullen vanaf juni 2017 de gegevens van de verzekeringsinstellingen via een gebruiksvriendelijke interface rechtstreeks toegankelijk zijn voor de RIZIV-diensten.

sensibiliser leurs membres et réduire durablement la consommation des produits antimicrobiens dans l'élevage. Dans ce cadre il a été convenu d'objectifs de réduction concrets et ambitieux. Les progrès dans ce domaine seront suivis par un groupe de pilotage.

3.3.3. Plan d'action de contrôle des soins de santé

Comme je l'ai déjà annoncé dans ma note de politique précédente, en 2016, j'ai mis en place des mesures concrètes pour renforcer la politique de contrôle des soins de santé. À ma demande, l'INAMI a élaboré un Plan d'action contrôle des soins de santé 2016 – 2017. Ce plan d'action a été approuvé par le Conseil général de l'INAMI du 18 juillet 2016.

L'utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé et des prestations n'est possible qu'en unissant les forces des autorités et des organismes assureurs. Concrètement, le Plan d'action contrôle des soins de santé 2016-2017 va dans ce sens en préconisant non seulement d'analyser les données mais également de prendre des mesures concrètes sur le terrain.

Dans cette optique, la collaboration entre les différents services d'inspection et les collaborateurs chargés des contrôles des mutuelles sera renforcée. Là où ce sera nécessaire et possible, des équipes mixtes seront créées pour garantir une approche plus efficiente et éviter de faire du double travail.

Les prestataires de soins aussi seront impliqués, via le Comité SECM afin d'atteindre la portée nécessaire et d'acquérir l'expertise pratique nécessaire.

Dans tous les projets prévus dans ce plan d'action, le SECM conclura des accords, lorsque pertinent, avec les directions médicales des organismes assureurs via le Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD), e.a. concernant la collaboration sur le plan opérationnel.

Plus particulièrement, le projet “audit systématique des hôpitaux” sera coordonné par l'INAMI et exécuté dans le cadre d'un programme pluriannuel, requérant une participation importante des mutualités et du SPF Santé publique.

Une politique de contrôle poussée est directement liée à une plus grande disponibilité et à l'analyse de diverses données relatives aux soins de santé. Elle constitue une condition absolue.

À partir de juin 2017, les données des organismes assureurs seront donc directement accessibles aux services de l'INAMI via une interface conviviale. Elle

Het zal ook de aanmaak van atypische patiëntenprofielen mogelijk maken. In partnership met de verzekeringsinstellingen wordt zodoende de analysecapaciteit verbreed en kan ook de wederzijdse expertise worden versterkt.

Primaire controle biedt de voornaamste waarborg voor een correcte terugbetaling van de geneeskundige zorgen. Het RIZIV zal de verzekeringsinstellingen stimuleren om hun primaire controle op de VGVU uitgaven permanent te verbeteren teneinde de kwaliteit ervan hoog te houden.

Het is mijn bedoeling dat er in 2017 concrete handhavingsacties op het terrein worden opgezet via de uitwerking en uitvoering van de verschillende onderdelen van het actieplan handhaving gezondheidszorg.

— Omzetting van de geïdentificeerde kritische succesfactoren, noodzakelijk voor het welslagen van het actieplan, naar daadwerkelijke beleidsdaden;

— De verdere uitwerking van de methodiek voor coördinatie en implementatie van het plan via het administratief platform, opgericht in de schoot van het RIZIV;

— De invoering van de voorziene maatregelen die structureel bijdragen tot een versterkte handhaving en monitoring van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de systematische inlezing van de e-id-kaart, een cartografie van de praktijken van zorgverleners, systematische monitoring van nomenclatuurwijzigingen, enz.,...;

— Het opzetten van de voorziene controleacties in het kader van de fraudebestrijding (oa via outliercontrole);

— Het lanceren en op korte termijn uitvoeren van de gedefinieerde thema's (bepaalde sectoren, bepaalde diagnostische en therapeutische prestaties en geneesmiddelen) die de doelmatigheid in de zorg dienen te verhogen. Dit wordt gecombineerd met de structurele verankering van de werkzaamheden rond doelmatige zorg binnen het RIZIV.

Naast de strijd tegen misbruiken voorziet het actieplan handhaving ook in negen acties voor het bevorderen van de doelmatigheid in de zorg.

De werkwijze voor de bevordering van de doelmatigheid van de zorg zal zoals voorzien in de bestuursovereenkomst RIZIV 2016-2018 volgens een vaste methodiek gebeuren.

permettra aussi la création de profils de patients atypiques. Le partenariat avec les organismes assureurs permettra ainsi d'élargir la capacité d'analyse et un renforcement mutuel de l'expertise.

Le contrôle primaire offre la meilleure garantie d'un remboursement correct des soins médicaux. L'INAMI encouragera les organismes assureurs à améliorer de manière permanente leur contrôle primaire sur les dépenses ASSI afin d'en maintenir la bonne qualité.

J'ai également l'intention de mettre sur pied des actions de contrôle concrètes sur le terrain en 2017 via l'élaboration et l'exécution des différentes parties du Plan d'action Contrôle des soins de santé.

— Transposition des facteurs de réussite critiques identifiés, nécessaires à la réussite du plan d'action en actions réelles;

— La poursuite de l'élaboration de la méthodologie de coordination et d'implémentation du plan via la plateforme administrative créée au sein de l'INAMI;

— L'introduction des mesures prévues qui contribueront de manière structurelle au renforcement du contrôle et de la surveillance des soins de santé, par exemple, sous la forme de la lecture systématique de la carte e-ID, une cartographie des pratiques des prestataires de soins, la surveillance systématique des modifications de la nomenclature, etc;

— La mise sur pied des actions de contrôle prévues dans le cadre de la lutte contre la fraude (entre autres via le contrôle des outliers);

— Le lancement et l'exécution, à court terme, des thèmes définis (certains secteurs, certaines prestations diagnostiques et thérapeutiques et certains médicaments) censées augmenter l'efficacité des soins. Tout cela en combinaison avec l'ancrage structurel des activités en matière de soins efficaces au sein de l'INAMI.

En sus de la lutte contre les mésusages, le Plan d'action politique de contrôle prévoit également 9 actions de promotion de l'efficacité dans les soins.

La méthode utilisée pour promouvoir l'efficacité des soins, telle que prévue dans le contrat d'administration INAMI 2016-2018, suivra une méthodologie fixe.

— Het opmaken van een specifiek performantierapport per sector of weerhouden domein. Dit rapport houdt een doorgedreven analyse in van de gegevens geneeskundige verzorging in het geselecteerde domein of sector. Met andere woorden: het in kaart brengen van de huidige consumptiepatronen onder andere via de analyse van de facturatiegegevens. Dit rapport bevat een cartografie van het domein in zijn huidige status;

— Op basis van dit specifiek performantierapport worden voorstellen uitgewerkt voor remediëring van de vaststellingen en het stimuleren van het gewenste gedrag door de zorgverleners;

— De resultaten van deze analyse worden besproken met de betrokken wetenschappelijke instellingen, die de haalbaarheid van de beoogde wijzigingen in gedrag analyseren en aanbevelingen kunnen doen aan de sector;

— Eveneens wordt een globale en geïndividualiseerde feedback aan de zorgverleners ter beschikking gesteld op basis waarvan zij zich op de vastgelegde doelstellingen kunnen afstemmen, onder andere via besprekingen binnen de LOK's;

— Een monitoring wordt voorzien. Daarbij wordt nagegaan of de ingevoerde maatregelen, na een termijn van aanpassing, geleid hebben tot een verbeterd functioneren;

— Indien nodig worden nadien de zorgverleners die een onverantwoord consumptiegedrag blijven vertonen, bevestigd door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV.

Deze methodologische aanpak van de gezondheidszorgberoepen zal, indien nodig, aangevuld worden met reglementaire en organisatorische aanpassingen of met rapporteringstools (registers, enz.) en met een hervorming van de accreditatie, inclusief de opleidingsmodules.

Bijvoorbeeld verschillende e-learning modules (handhygiëne, GRACE-INTRO voor de eerste lijn, transfusiepraktijken, borstvoeding, benzodiazepines, e.a.) zullen worden aangeboden aan de zorgverleners via het DOKEOS-Platform van het RIZIV. Deze e-learningmodules dragen bij tot meer kennis over het zorgdomein en hebben aandacht voor veilige, doeltreffende en gepaste zorg.

Het is de bedoeling om te komen tot een geïntegreerde en gecoördineerde meerjarenstrategie en een progressieve aanpak inzake handhaving en doelmatig-

— La réalisation d'un rapport de performance spécifique par secteur ou domaine retenu. Ce rapport contient une analyse approfondie des données relatives aux soins médicaux dans les domaines sélectionnés ou secteur via l'élaboration d'un rapport de performance. En d'autres termes: cartographier les schémas de consommation actuels, entre autres via l'analyse des données de facturation. Ce rapport contient une cartographie du domaine en son état actuel.

— Sur la base du rapport de performance spécifique, des propositions sont élaborées pour remédier aux problèmes constatés et pour stimuler le comportement souhaité dans le chef des prestataires de soins;

— Les résultats de cette analyse sont discutés avec les établissements scientifiques concernés qui analysent la faisabilité des modifications de comportement visées et peuvent faire des recommandations au secteur;

— Un feed-back global et individualisé est également mis à la disposition des prestataires de soins qu'ils peuvent utiliser afin qu'ils puissent se conformer aux objectifs fixés, entre autres, via des discussions au sein des GLEM;

— Un monitoring est également prévu. Ce monitoring examinera si, après un délai d'adaptation, les mesures introduites ont réellement mené à une amélioration du fonctionnement;

— Si nécessaire, les prestataires de soins qui continuent à avoir un comportement de consommation irresponsable par la suite, seront interrogés par le Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI.

Cette méthodologie d'approche des professionnels sera complétée si nécessaire par des adaptations réglementaires, organisationnelles ou par des outils de reportage (registers, ...), une réforme de l'accréditation, y inclus des modules de formation.

Par exemple, différents modules d'e-learning (hygiène des mains, GRACE-INTRO pour la première ligne, pratiques transfusionnelles, allaitement, benzodiazépines, e.a.) seront proposés aux prestataires de soins via la plate-forme DOKEOS de l'INAMI. Ces modules d'e-learning contribuent à élargir les connaissances dans le domaine des soins et sont soucieux de présenter des soins sûrs, efficaces et appropriés.

L'objectif est de parvenir à une stratégie à long terme intégrée et coordonnée et à une approche progressive en matière de contrôle et d'efficacité. Cette stratégie

heid. Deze strategie moet erop gericht zijn om de verantwoordelijkheid van alle betrokken actoren voor het beheer, en inzonderheid voor de budgettaire aspecten ervan, te versterken. Het is duidelijk dat de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers prioritaire partners zijn van de overheid in dit vernieuwd handhavingsbeleid. Zij zullen op regelmatige basis geconsulteerd worden bij de uitrol van dit beleid onder andere via het platform binnen het RIZIV.

3.3.4. *Colleges van Geneesheren*

Naar aanleiding van het voorstel om specifieke wetgeving uit te werken m.b.t. de kwaliteit van de zorgpraktijken zal de plaats van de Colleges van Geneesheren herbekeken moeten worden. Dit vergt een grondige evaluatie en reflectie over de bestaande en vroegere initiatieven van de Colleges, hun meerwaarde evenals een evaluatie van de initiële opdrachten zoals bepaald in het KB van 15 februari 1999. De ervaring van meer dan 15 jaar Colleges leert ons dat er grote verschillen zijn in benadering en aanpak, werkwijzen en doelstellingen en dat sommige van de initiële opdrachten nooit werden uitgevoerd.

Wat de medische disciplines betreft die momenteel niet gedekt zijn door de colleges, zou een analoog mechanisme in het leven kunnen worden geroepen in functie van de prioriteiten van het actieplan handhaving in de gezondheidszorg.

3.4. *Toegankelijkheid*

Eén jaar na de inwerkingtreding van de verplichte derdebetalersregeling voor huisartsen met – name dus na 1 oktober 2016 – is voorzien in een evaluatie die doorgaat in het eerste kwartaal van 2017. Momenteel verzamelen de Verzekeringsinstellingen en het RIZIV de nodige gegevens om de evaluatie mogelijk te maken.

Om de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen te garanderen, zodat de foetale sterfte voor specifieke doelgroepen verder kan dalen, zal worden geanalyseerd in het kader van de uitvoering van het witboek hoe het zorgaanbod kan versterkt worden door middel van een pilootproject.

Bij de uitvoering van het witboek wordt verder ingezet op de werking van de 0,5de lijn. Projecten, waaronder medihalte, worden geëvalueerd en mits positieve evaluatie verder gezet.

Aangaande de verbetering van de toegankelijkheid tot geneesmiddelen, wat eveneens één van de pijlers is van het Toekomstpact dat ik afsloot met de farmaceuti-

doit viser à renforcer la responsabilité de tous les acteurs impliqués dans la gestion, et en particulier dans les aspects budgétaires. Il est clair que les organismes assureurs et les prestataires de soins sont des partenaires prioritaires pour le gouvernement dans cette politique de contrôle renouvelée. Ils seront régulièrement consultés sur le déroulement de cette politique entre autres, via une plateforme au sein de l'INAMI.

3.3.4. *Collège des médecins*

La proposition d'élaborer une législation spécifique relative à la qualité des pratiques de soins demande un réexamen de la place des Collèges des médecins. Elle exige aussi une évaluation et une réflexion approfondies sur les initiatives existantes et passées des Collèges et leur plus-value ainsi qu'une évaluation de leurs missions initiales, telles qu'elles ont été fixées dans l'arrêté royal du 15 février 1999. L'expérience de plus de 15 ans de ces collèges nous apprend qu'il existe de grandes différences dans leurs approches, leurs méthodes de travail et leurs objectifs et que certaines des missions initiales qui leur avaient été confiées n'ont jamais été exécutées.

En ce qui concerne les disciplines médicales non couvertes par les collèges actuels, un mécanisme analogue aux collèges pourrait être mis en place en fonction des priorités déterminées dans le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé.

3.4. *Accessibilité*

Un an après l'entrée en vigueur de la réglementation relative au régime du tiers payant obligatoire pour les médecins généralistes, donc après le 1^{er} octobre 2016, est prévue une évaluation qui commencera au premier trimestre de 2017. Actuellement, les organismes assureurs et l'INAMI rassemblent les données nécessaires pour permettre cette évaluation.

Pour garantir l'accès aux soins aux femmes enceintes vulnérables et ainsi, continuer à faire baisser la mortalité foetale dans certains groupes cibles, une analyse sera effectuée dans le cadre de l'exécution du livre blanc sur la manière dont l'offre de soins peut être renforcée par le biais d'un projet pilote.

Dans le cadre de l'exécution du livre blanc, on se penchera également sur le fonctionnement de la ligne 0,5 et des projets dont medihalte, qui seront poursuivis en cas d'évaluation positive.

Concernant l'amélioration de l'accès aux médicaments, ce qui est également l'un des piliers du Pacte d'avenir, j'ai conclu avec l'industrie pharmaceutique

sche industrie, zal begin 2017 de terugbetaling worden uitgebreid voor geneesmiddelen voor de behandeling van hepatitis C, hiv-remmers en immunotherapie.

Voor wat betreft de acties die ondernomen werden voor de gedetineerden en geïnterneerden inzake toegankelijkheid verwijs ik naar de desbetreffende rubriek.

In december 2011 werd het Ethealth-rapport aan de pers voorgesteld. In dit rapport werd verslag uitgebracht van een reeks hoorzittingen met experts en veldwerkers in verband met het ontwikkelen van een gezondheids(zorg)beleid voor migranten en etnische minderheden. Het leidde tot de deelname aan de *Task Force Migrant-friendly hospitals* (verbonden aan het *Health Promoting Hospitals*-netwerk van de Wereldgezondheidsorganisatie) en deelname aan het Europese *Equi-health* project (i.v.m. gezondheidszorg voor ROMA, in samenwerking met International Organisation for Migration en POD Maatschappelijke Integratie). Het rapport zal in 2017 up-to-date gebracht worden en de resultaten zullen aan de relevante interkabinettenwerkgroepen gecommuniceerd worden. Dit is onder meer noodzakelijk omwille van de gevolgen van de vluchtelingen crisis voor de gezondheidszorg.

In 2017 zal ik het project waaraan zes Belgische ziekenhuizen deelnamen inzake *Standards for Equity in Health Care for Migrants and other vulnerable Groups* – dat uitgaat van de hierboven genoemde Task Force – verderzetten, en de instellingen de kans bieden om op een systematische wijze werk te maken van hun diversiteitsbeleid.

Op het vlak van interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie) wordt de in 2016 voor de FOD VVVL en het RIZIV ontwikkelde toepassing (intercultbe.apspot.com) geïmplementeerd in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen die dat wensen en uitgerold naar de ambulante sector.

3.5. Health literacy

Het bevorderen en promoten van gezondheidsvaardigheden heeft tot doel het individu in zijn individuele en/of sociale context wegwijs te maken in de mechanismen en de factoren die levenswijze en levensstijl beïnvloeden alsook de mechanismen die een invloed kunnen uitoefenen op een gezondheidstoestand. Op deze manier kunnen de principes en de handelingen die leiden tot een gezonde levensstijl eigen gemaakt worden.

Door in te zetten op health literacy zullen de gezondheidsongelijkheden afnemen. Het verbeteren van de health literacy is een doelstelling in verschillende engagementen, met name:

que début 2017, le remboursement serait prolongé pour les médicaments pour le traitement de l'hépatite C, des inhibiteurs du VIH et de l'immunothérapie.

En ce qui concerne les mesures prises pour les détenus et les internés en matière d'accessibilité, je me réfère à la section concernée.

Le rapport Ethealth a été présenté à la presse en décembre 2011. Ce rapport contenait une série d'auditions d'experts et de travailleurs de terrain concernant le développement d'une politique (des soins) de santé à l'égard des migrants et des minorités ethniques. Ce rapport a mené à la participation à la Task Force *Migrant-friendly hospitals* (liée au réseau *Health Promoting Hospitals* de l'Organisation Mondiale de la Santé) ainsi qu'à la participation au projet européen *Equi-health* (relatives aux soins de santé pour les Roms, en collaboration avec l'*International Organisation for Migration* et le SPP Intégration sociale). Ce rapport sera actualisé en 2017 et ses résultats seront communiqués aux groupes de travail intercabinets pertinents. Cela s'avère nécessaire, entre autres, en raison des conséquences de la crise des migrants sur les soins de santé.

En 2017, je poursuivrai le projet qui émane de la taskforce citée ci-dessus auquel six hôpitaux belges participent pour les *Standards for Equity in Health Care for Migrants and other vulnerable Groups* et je donnerai aux institutions l'opportunité d'élaborer de manière systématique leur politique de diversité.

Sur le plan de la médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence), l'application développée en 2016 pour le SPF Santé publique et l'INAMI (intercultbe.apspot.com) et mise en œuvre dans les hôpitaux généraux et psychiatriques qui le souhaitent a été étendue au secteur ambulatoire.

3.5. Health literacy

L'encouragement et la promotion des compétences en matière de santé ont pour objectif de guider l'individu dans son contexte individuel et/ou social et de le familiariser dans les mécanismes et les facteurs qui influencent sa façon de vivre et son style de vie ainsi que dans les mécanismes qui peuvent avoir une influence sur son état de santé. Cela lui permet de s'approprier les principes et les actes qui mènent à un style de vie sain.

Le fait d'investir dans la health literacy ne pourra que réduire les inégalités en matière de santé. L'amélioration de la health literacy est un objectif qui concerne plusieurs engagements et plus précisément:

- Het plan Geïntegreerde Chronische zorg;
- Het plan e-gezondheid, in het bijzonder m-health;
- De opmaak van het pact met de verzekeringsinstellingen.

3.6. Een coherent beleid over de bestuursniveaus heen

De bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid maakt intens overleg tussen de betrokken ministers onontbeerlijk. De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid is hiervoor een efficiënt instrument. Ik zal in 2017 dan ook verder voluit een beroep doen op deze IMC.

3.6.1. Nationaal

Binnen de IMC Volksgezondheid zijn reeds acht werkgroepen actief met specifieke uitdagingen op nationaal vlak:

- De werkgroep gezondheidsberoepen zal haar overleg intensifiëren in het licht van de herziening van de wet uitoefening gezondheidsberoepen van 10 mei 2015 en de bevoegdheid van de deelstaten inzake het bepalen van de subquota en de erkenningen;
- De werkgroep ziekenhuizen zal verder uitvoering geven aan de Verklaring van 29 juni 2015 inzake een nieuwe rol van het ziekenhuis in het zorglandschap en behandelt verder de impact van de hervorming van de ziekenhuizen op het deelstatelijk beleid;
- De werkgroep geestelijke gezondheidszorg coördineert verder de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (art. 107), kinderen en jongeren, en geïnterneerden. De werkgroep zal bijzondere aandacht geven aan de KCE-studie over de behoeften aan bedden in psychiatrische ziekenhuizen;
- De werkgroep “*Health Systems – Gezondheidsdoelstellingen -gezondheidsongelijkheden*” zal verder de werkzaamheden van de verschillende projecten, performantierapport van de gezondheidszorg, organisatie van de gezondheidsenquête, toekomstig Health status rapport, methodologie en opmaak van gezondheidsdoelstellingen, opvolgen en verder nadenken over de operationalisering van het Instituut voor de Toekomst van de Gezondheidszorg.
- De werkgroep gezondheidsbeleid drugs zal een gemeenschappelijke omzendbrief afwerken voor de

- Le Plan Soins chroniques intégrés;
- Le Plan e-santé et plus particulièrement m-health;
- L’élaboration du pacte avec les organismes assureurs.

3.6. Une politique cohérente au travers des différents niveaux de gestion

La répartition des compétences au niveau de la politique de la santé rend indispensable une concertation intensive entre les ministres concernés. La Conférence interministérielle (CIM) Santé publique constitue un instrument efficient à cet égard. En 2017, je continuerai donc à utiliser pleinement cet instrument efficient qu’est la CIM.

3.6.1. National

Au sein de la CIM Santé publique, huit groupes de travail sont déjà actifs relevant chacun des défis spécifiques:

- Le groupe de travail des professions de la santé intensifiera sa concertation à la lumière de la révision de la loi du 10 mai 2015 relative à l’exercice des professions des soins de santé et de la compétence des entités fédérées en matière de fixation des sous-quotas et des agréments;
- Le groupe de travail hôpitaux continuera à travailler sur la Déclaration concernant le nouveau rôle de l’hôpital dans le paysage des soins de santé du 29 juin 2015 et l’impact de la réforme des hôpitaux sur la politique des entités fédérées;
- Le groupe de travail soins de santé mentale coordonne la réforme des soins de santé mentale pour adultes (art. 107), enfants et adolescents ainsi que pour les internés. Ce groupe de travail accordera une attention particulière à l’étude du KCE relative aux besoins en lits dans les hôpitaux psychiatriques;
- Le groupe de travail “*Health Systems – objectifs de santé – inégalités en matière de santé*» continuera à suivre les activités des différents projets; rapport de performance des soins de santé, Organisation de l’enquête de santé, futur rapport sur Health status Rapport, méthodologie et définition d’objectifs de santé et suivre l’opérationnalisation de l’Institut de l’avenir des soins de santé;
- Le groupe de travail Cellule Politique de Santé Drogues élaborera une circulaire commune sur les

behandelingen door middel van vervangingsmiddelen. Ik zal in deze werkgroep ook aandringen op een betere afstemming van het psychopharmacabeleid;

— De werkgroep chronische zieken zal verder uitvoering geven aan het Plan en de Gids chronische zieken en het preventieprotocol goedgekeurd op 21 maart 2016;

— De werkgroep *e-health* staat in voor de verdere uitrol van de e-gezondheidsroadmap;

— De werkgroep staatshervorming formuleert duurzame oplossingen voor de resterende knelpunten in de bevoegdheidsverdeling.

De analyses van de “task force uitgaven geneeskundige verzorging” met betrekking tot de impact van beleidskeuzes van de deelstaten binnen hun zorg- en welzijnsbeleid op de uitgaven binnen de ziekteverzekering zal ik met de collega’s van de deelstaten bespreken met het oog op een sereen en objectief debat. In geen geval mogen patiënten of zorgverstrekkers de speelbal, laat staan het slachtoffer, worden van een dergelijk debat.

In functie van de noden zullen andere bevoegde ministers uitgenodigd worden om deel te nemen aan de Conferentie. Ik zal de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid samenroepen voor de bespreking van prioritaire thema’s, die worden bepaald in samenwerking met de deelstaten.

3.6.2. *Internationaal*

De werkgroep “internationaal” binnen de IMC Volksgezondheid coördineert de internationale dossiers, met inbegrip van het crisisbeleid.

Om de samenwerking tussen België en de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) te versterken en te oriënteren, hebben we voor de eerste keer een Strategie voor landensamenwerking (*Country Cooperation Strategy*, verder: CSS) uitgestippeld. Deze Strategie biedt een kader voor de samenwerking tussen België en de WGO, met een programma en prioritaire actiedomeinen voor de periode 2016-2022, waaronder:

— gezondheidssystemen die de patiënt en de ontwikkeling van de capaciteiten inzake volksgezondheid centraal stellen;

— niet-overdraagbare ziektes;

— voorbereiding, toezicht en reactie bij noodsituaties op gezondheidsgebied;

traitements de substitution. J’insisterai aussi au niveau de ce groupe de travail pour une meilleure coordination de la politique en matière de psychotropes;

— Le groupe de travail Malades chroniques poursuivra l’élaboration du Plan et du Guide des maladies chroniques et le protocole de prévention approuvé le 21 mars 2016;

— Le groupe de travail e-Health est responsable de la poursuite du développement de la feuille de route e-santé;

— Le groupe de travail Réforme de l’État formule des solutions durables pour les derniers points névralgiques au niveau de la répartition des compétences.

Je vais discuter avec mes collègues des entités fédérées des analyses de la “taskforce dépenses soins de santé médicaux”, afin d’avoir un débat serein et objectif portant sur l’impact de leurs choix politiques au sein de leur politique de soins et de bien-être sur les dépenses de l’assurance maladie. En aucun cas les patients ou les prestataires de soins ne peuvent être les victimes d’un tel débat.

En fonction des besoins, d’autres ministres compétents seront invités à participer à la Conférence. Je convoquerai également la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique pour une discussion sur les thèmes prioritaires qui sont déterminés en collaboration avec les entités fédérées.

3.6.2. *International*

Le groupe de travail “International” de la CIM Santé publique coordonne les dossiers internationaux, y compris la politique de crise.

Afin de renforcer et orienter la collaboration entre la Belgique et l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous avons pour la première fois établie une Stratégie de coopération avec les pays (*Country Cooperation Strategy* (CSS)). Cette stratégie donne un cadre pour la coopération entre la Belgique et l’OMS avec un programme et des axes de travail prioritaires pour la période de 2016 à 2022, notamment:

— Des systèmes de santé centrés sur le patient et le développement des capacités en matière de santé publique;

— Maladies non transmissibles;

— Préparation, surveillance et réaction en cas d’urgences sanitaires;

- leefmilieu en gezondheid;
- overdraagbare ziektes;

Over de samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie en de deelstaten werd tevens een protocolakkoord afgesloten.

Terwijl 2016 het jaar was van de voltooiing van de CCS, zal 2017 het jaar worden van de opstart en de implementatie. Dit zal vanzelfsprekend een goede coördinatie met de deelstaten en federale entiteiten vereisen. Na de staatsvorming is het immers nog belangrijker geworden om een efficiënte en effectieve coördinatie met de deelstaten en tussen de federale entiteiten onderling te verzekeren. Onnodig te zeggen dat die coördinatie van essentieel belang is om een samenhangend en sterk Belgisch standpunt inzake volksgezondheid in te nemen en te verdedigen ten aanzien van onze bevolking en in de verschillende internationale instellingen. Ik nodig de verschillende entiteiten van volksgezondheid uit om actief deel te nemen aan deze coördinatie-inspanningen.

Interventies op vlak van Volksgezondheid kunnen niet beperkt worden tot het pure gezondheidszorgbeleid. Ook andere beleidsdomeinen zoals productbeleid, mobiliteit, handel, leefmilieu etc. hebben een invloed op onze volksgezondheid. Daarom wil ik er in 2017 verder over waken dat in deze transversale dossiers rekening wordt gehouden met aspecten van volksgezondheid, en dit zowel op het internationale als op het federale niveau. In deze context bieden onder andere de strategische ontwikkelingsdoelstellingen uit de agenda 2030 van de VN ons een kader om de verschillende domeinen te verbinden.

4. Patiëntgerichte zorg

4.1. Preventieve gezondheidszorg

De organisatie van preventie is in de eerste plaats een bevoegdheid van de deelstaten. De terugbetaling van prestaties voor geneeskundige verzorging in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering blijft een federale bevoegdheid. Om een coherent preventiebeleid te garanderen, is overleg met de deelstaten dan ook essentieel. Dit overleg in het kader van de IMC Volksgezondheid heeft aanleiding gegeven tot een protocolakkoord inzake preventie, dat op de IMC Volksgezondheid van 21/03/2016 goedgekeurd werd (verder: preventieprotocol). Dit protocol biedt een kader voor beleidsafstemming tussen de verschillende beleidsniveaus met afspraken over de volgende thema's: voeding, tabak, alcohol en drugs, psychofarmaca, gokverslaving, seksuele gezondheid, mondgezondheid,

- Environnement et santé;
- Maladies transmissibles.

Un protocole d'accord sur la collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et les entités fédérées a été conclu.

Alors que 2016 était l'année de la finalisation du CCS, 2017 sera l'année du démarrage et de la mise en œuvre. Cela nécessitera bien entendu une bonne coordination avec les entités fédérées et fédérales. De fait, suite à la réforme d'état il est devenu encore plus important d'assurer une coordination efficiente et efficace avec les entités fédérées et entre entités fédérales. Cela va sans dire, elle est incontournable pour que nous puissions présenter et défendre une position belge cohérente et forte par rapport à la santé publique vis à vis de notre population et dans les différents institutions internationales. J'invite les différentes entités concernées par la santé publique de s'impliquer activement dans ces efforts.

Des interventions concernant la santé publique ne peuvent être réduites à une politique de soins de santé pure. D'autres domaines politiques comme la politique des produits, de mobilité, de marché, d'environnement, etc. ont aussi une influence sur la santé publique. C'est pour cela qu'en 2017, je veillerai que dans ces dossiers transversaux soient d'avantage pris en considération les aspects relevant de la santé publique, et ceci, aussi bien sur le plan international que fédéral. Dans ce contexte, les objectifs stratégiques de développement de l'agenda 2030 de l'ONU nous offrent un cadre pour relier les différents domaines.

4. Soins orientés vers le patient

4.1. Soins de santé de prévention

L'organisation de la prévention est avant tout une compétence qui incombe aux entités fédérées. Le remboursement des prestations des soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie et invalidité, en revanche, reste une compétence fédérale. Pour garantir une politique de prévention cohérente, la concertation avec les entités fédérées revêt donc un caractère essentiel. Cette concertation, organisée dans le cadre de la CIM Santé publique, a donné lieu à un à protocole d'accord en matière de prévention qui a été approuvé lors de la CIM Santé publique du 21/03/2016 (ci-après: protocole de prévention). Ce protocole offre un cadre d'harmonisation stratégique entre les différents niveaux politiques avec des accords sur les thèmes suivants: alimentation, tabac, alcool et drogues, psychotropes, addiction au

suïcidepreventie, vaccinaties, hepatitis C, tuberculose, neonatale screening en screening van baarmoederhalskanker, borstkanker en colorectale kanker. De leidraad hierbij is de gezondheidswinst voor de burgers en de efficiëntiewinst voor alle overheden samen. Dit betekent dat nagegaan wordt wat het meest geschikte organisatie- en financieringsmodel is, rekening houdend met de bevoegdheden en met de menselijke en budgettaire middelen van elke overheid, en de wetenschappelijke evidentie.

In de loop van 2017 zal de uitvoering van het preventieprotocol verder geconcretiseerd worden, waarbij rekening gehouden zal 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. Er werden technische werkgroepen, samengesteld uit de federale en deelstaatadministraties, opgericht die ten behoeve van de IMC Volksgezondheid concrete voorstellen zullen uitwerken op onder meer het vlak van neonatale screening (mucoviscidose), preventieve mondzorg, efficiënte financiering van vaccins, de prioriteiten van het hiv en HCV plan alsook voor de vroegtijdige opsporing van kanker (HPV-test, mamмоgrafie en colonoscopieregister).

4.2. *Chronische ziekten*

4.2.1. *Plan geïntegreerde zorg*

Om een antwoord te bieden op de uitdagingen waarmee ons gezondheidssysteem geconfronteerd wordt door het stijgend aantal chronisch zieken in onze bevolking, heeft de IMC Volksgezondheid het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” goedgekeurd. Het doel van dit Plan is om te streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de hele bevolking, met specifieke aandacht voor personen met een (of meerdere) chronische aandoening(en) zodat deze personen en hun omgeving (familie, school, werk, ...) in de best mogelijke omstandigheden kunnen leven en werken.

Om dit te bereiken, willen we met dit Plan de doelstellingen van het *Triple-Aim-principe* realiseren:

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

jeu, santé sexuelle, santé de la bouche, prévention du suicide, vaccinations, hépatite C, tuberculose, dépistage néonatal et dépistage du cancer du col de l’utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal. Le fil conducteur de ce protocole est le gain de santé pour les citoyens et le gain d’efficience pour tous les pouvoirs publics. Cela signifie qu’il faut déterminer le modèle d’organisation et de financement le plus approprié en tenant compte des compétences et des moyens tant humains que budgétaires de chaque pouvoir public ainsi que des preuves scientifiques.

Dans le courant de 2017, l’exécution du protocole de prévention connaîtra une nouvelle étape de concrétisation dans laquelle on tiendra compte de l’accord de gouvernement qui mentionne que des accords asymétriques peuvent être conclus, en prenant en considération les possibilités et les accents politiques de chacune des entités fédérées. Des groupes de travail techniques ont été constitués, regroupant des représentants des administrations tant fédérales que fédérées. Ils seront chargés d’élaborer des propositions concrètes en vue de la CIM Santé publique, entre autres dans le domaine du dépistage néonatal (mucoviscidose), des soins préventifs de la bouche, du financement efficient des vaccins, des priorités du plan VIH et VHC ainsi que du dépistage précoce du cancer (test HPV, mammographie et registre des colonoscopies).

4.2. *Malades chroniques*

4.2.1. *Plan soins intégrés*

Pour répondre aux défis auxquels est confronté notre système de santé, en raison du nombre croissant de malades chroniques dans notre population, la CIM Santé publique a approuvé le plan commun pour les malades chroniques “Des soins intégrés pour une meilleure santé”. L’objectif de ce Plan est d’améliorer la qualité de vie de l’ensemble de la population, avec une attention plus spécifique pour les personnes souffrant d’une (ou de plusieurs) maladie(s) chronique(s) de sorte que ces personnes et leur entourage (famille, école, travail...) puissent vivre et travailler dans les meilleures conditions possible.

Pour atteindre cet objectif, notre intention est d’utiliser ce Plan pour mettre en pratique le *Triple-Aim Principe*:

- améliorer la santé de la population en général et celle des malades chroniques plus particulièrement;
- améliorer la qualité des soins;
- utiliser les moyens attribués de manière plus efficiente (meilleurs soins avec le budget disponible).

Daarnaast is er binnen de visie van geïntegreerde zorg ook blijvende aandacht nodig voor het aspect van “equity” (het wegwerken van gezondheidsongelijkheden) zodat een gelijke toegang tot betaalbare zorg kan worden verzekerd voor elk individu. Eveneens beoogt het Plan een verbetering van de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals.

De concrete uitvoering van het Plan gebeurt onder meer door pilootprojecten, die de principes van geïntegreerde zorg in praktijk zullen brengen. Samen met de deelstaten heb ik in februari 2016 een oproep voor pilootprojecten gelanceerd, en 20 kandidaat-projecten zijn gestart met de uitwerking van een locoregionaal actieplan voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg in hun regio. In juni 2017 zullen de projecten van start kunnen gaan met de uitvoeringsfase voor een periode van 4 jaar. In functie van de evaluatie van de pilootprojecten kunnen de best practices die geïdentificeerd werden uit de innoverende initiatieven, veralgemeend of geconsolideerd worden en uitgebreid worden naar andere geografische zones of een grotere doelgroep.

Omdat de cultuurverandering naar geïntegreerde zorg enkel tot stand kan komen in samenwerking, in co-creatie, met alle belanghebbenden, werd voor de begeleiding van het Plan een overkoepelend algemeen begeleidingsplatform samengesteld met wetenschappelijke, technische en methodologische experts vanuit de publieke en privé sector (www.integreo.be/sites/default/files/public/content/begeleidingsplatform_website.pdf).

4.2.2. Zeldzame ziekten

Zeldzame ziekten komen voor bij minder dan 1 op 2000 personen, zijn typisch chronisch van aard en niet zelden sterk invaliderend of levensbedreigend. Naar schatting lijdt 6 tot 8 % van de bevolking aan een zeldzame ziekte. Het Plan Zeldzame Ziekten werd gelanceerd in het begin van 2014, met 20 concrete acties op gebied van verbeterde toegang tot diagnostiek en informatie aan de patiënt, optimalisatie van de zorg, kennismanagement en informatie, en governance en duurzaamheid van het Plan.

De uitvoering van het Plan Zeldzame Ziekten veronderstelt een nauwe samenwerking tussen het RIZIV, het WIV, de FOD Volksgezondheid en de deelstaten.

Het merendeel van de acties van het Plan zijn uitgevoerd of in uitvoering, en worden verdergezet. In 2017 zal de focus liggen bij het verder uitbouwen van een centraal register voor Zeldzame Ziekten; de uitwerking

La vision des soins intégrés doit également consacrer une attention permanente à l’aspect “equity” (la suppression des inégalités en matière de santé) pour garantir à chaque individu un accès égal à des soins financièrement abordables. Le Plan vise également à améliorer la qualité de vie des professionnels de la santé.

L’exécution concrète du Plan se fait, entre autres, par le biais de projets pilotes qui mettront en pratique les principes des soins intégrés. Avec les entités fédérées, en février 2016, j’ai lancé un appel à des projets pilotes et 20 projets candidats ont été élaborés dans le cadre d’un plan d’action locorégional de développement de soins intégrés dans leur région. En juin 2017, les projets pourront démarrer leur phase d’exécution sur une période de 4 ans. En fonction de l’évaluation des projets pilotes, des best practices pourront être identifiées à partir des initiatives novatrices, généralisées, consolidées et élargies à d’autres zones géographiques ou à un groupe cible plus important.

Étant donné que le changement culturel vers des soins intégrés ne peut naître que de la collaboration et de la co-création entre tous les intéressés, en ce qui concerne l’accompagnement du Plan, une plateforme faïtière d’accompagnement général a été créée, rassemblant des experts des domaines scientifiques, techniques et méthodologiques, tant du secteur privé que du secteur public (http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plateformeaccompagnement_website.pdf).

4.2.2. Maladies rares

Les maladies rares sont des maladies observées chez moins d’une personne sur 2 000. Elles sont généralement de nature chronique et souvent fortement invalidantes ou mettant en jeu le pronostic vital. On estime que 6 à 8 % de la population souffre d’une maladie rare. Le Plan Maladies Rares a été lancé début 2014 sous forme de 20 actions concrètes d’amélioration de l’accès des patients à un diagnostic et à des informations, d’optimisation des soins, de gestion des connaissances et de l’information ainsi que de gouvernance et de durabilité du Plan.

L’exécution du Plan Maladies Rares suppose une étroite collaboration avec l’INAMI, l’ISP, le SPF Santé publique et les entités fédérées.

La majorité des actions du Plan ont été exécutées ou sont en cours d’exécution et seront poursuivies. En 2017, l’accent sera mis sur la poursuite du développement d’un Registre central des Maladies Rares; l’élaboration

van financieringsmodaliteiten voor diagnostische testen waarvoor momenteel geen terugbetaling is voorzien; het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem voor de genetische centra; de financiering van het multidisciplinair overleg en, in samenwerking met de deelstaten, de organisatie van de zorg voor zeldzame ziekten in netwerken en expertisecentra.

4.2.3. Kanker

Het merendeel van de maatregelen van het Kankerplan werd structureel ingebed. In 2016 maakte het Kankercentrum (WIV) een nieuwe editie van de stand van zaken van de maatregelen in de strijd tegen kanker. Het Kankercentrum werkt hiervoor een algemene strategie uit in samenwerking met alle belanghebbenden binnen de zeven sleuteldomeinen: preventie, vroege detectie, diagnose, behandeling, rehabilitatie, psychosociale en palliatieve zorg.

Aandacht voor kwaliteitsvolle kankerzorg blijft een prioriteit. Hiervoor moet de beste zorg op de beste manier bij de juiste patiënt terechtkomen. Voor complexe ingrepen werd door velen reeds aangegeven dat concentratie nodig is. Ik wens hierin een aanvang te maken in 2017 voor pancreas-, long- en slokdarmkanker. Daarnaast moet het duidelijk zijn voor alle zorgverleners wat hun rol en hun taken zijn in de verschillende etappes van het zorgtraject. Een meer gedetailleerde beschrijving van de verschillende functies dient hiervoor uitgewerkt te worden.

Kanker heeft een belangrijke invloed op veel aspecten in het dagelijks leven van een patiënt maar in het bijzonder op zijn professionele carrière. Het is zeer belangrijk dat patiënten een goede begeleiding krijgen om in optimale condities terug aan het werk te kunnen gaan en te blijven. Op basis van een brede multidisciplinaire begeleiding gesteund op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en klinische studies uitgevoerd door het Kankercentrum moet het mogelijk worden om kankerpatiënten hierin beter te ondersteunen.

Het profileren van tumoren op DNA-niveau gebruikmakend van geavanceerde technieken zoals *next-generation-sequencing* (NGS) vormt een belangrijke meerwaarde bij de behandeling van kankerpatiënten. De NGS piloot "Gepersonaliseerde geneeskunde introductie van *next-generation-sequencing* (NGS) in de routine diagnostiek in de oncologie en de hematocologie" werd in 2016 opgestart en draait nu al op volle toeren. De eerste resultaten werden voorgesteld

des modalités de financement des tests diagnostiques pour lesquels aucun remboursement n'est actuellement prévu; le développement d'un système de qualité destiné aux centres de génétique; le financement de la concertation multidisciplinaire et, en collaboration avec les entités fédérées, l'organisation des soins des maladies rares dans le cadre de réseaux et des centres d'expertise.

4.2.3. Cancer

La majorité des mesures du Plan cancer ont été intégrées de manière structurelle. En 2016, le Centre du cancer (ISP) a réalisé un nouvel état des lieux des mesures de lutte contre le cancer. Le Centre du cancer a pour cela élaboré une stratégie générale en collaboration avec tous les intéressés au sein de sept domaines clés: prévention, détection précoce, diagnostic, traitement, réhabilitation, soins psychosociaux et palliatifs.

Veiller à des soins oncologiques de qualité reste une priorité. Pour cela, les meilleurs soins doivent être dispensés, de la meilleure manière, au bon patient. En ce qui concerne les interventions complexes, nombreux sont ceux qui ont déjà indiqué qu'une concentration de ces interventions s'avérerait nécessaire. Pour répondre à cette demande, cette démarche de concentration sera entamée en 2017 pour le cancer du pancréas, des poumons et de l'œsophage. Il est en outre indispensable que tous les prestataires de soins aient une vision claire de leur rôle et de leurs tâches au cours des différentes étapes du trajet de soins. Une description plus détaillée des différentes fonctions doit donc être élaborée.

Le cancer a un impact majeur sur de nombreux aspects de la vie quotidienne du patient, mais plus particulièrement encore sur sa carrière professionnelle. Il est très important que les patients bénéficient d'un bon accompagnement pour pouvoir reprendre le travail dans des conditions optimales. Sur base d'un vaste accompagnement multidisciplinaire, reposant sur les résultats de la recherche scientifique et des études cliniques menées par le Centre du cancer, il devrait être possible d'offrir un meilleur soutien à ce niveau aux patients cancéreux.

Le profilage de l'ADN des tumeurs à l'aide de techniques de pointe comme le *next-generation-sequencing* (NGS) offre une plus-value importante dans le traitement des patients cancéreux. Le pilote NGS «Introduction médicale personnalisée du *next-generation-sequencing* (NGS) dans les procédures diagnostiques de routine en oncologie et en hématocologie» a été lancé en 2016 et fonctionne déjà à plein régime. Les premiers résultats ont été présentés dans le cadre d'un sym-

op een wetenschappelijk symposium in oktober 2016. In 2017 hopen we reeds de eerste testen aan patiënten te kunnen aanbieden.

De snelle vooruitgang in dit domein brengt mij ertoe om nu ook al de haalbaarheid van een uitbreiding van deze aanpak tot “*whole-genome-sequencing*” te bekijken. Het KCE samen met het Kankercentrum voeren hiervoor een studie uit om te kijken waar deze techniek al nuttig kan zijn, hoe we het uitbouwen van een gecentraliseerde infrastructuur moeten aanpakken, wat de maatschappelijke implicaties zijn en wat de opleidings- en trainingsnoden zijn om voldoende zorgpersoneel te hebben dat goed opgeleid is om binnen deze nieuwe aanpak te functioneren.

In het kader van de uitvoering van het Preventieprotocol zullen we in 2017 nagaan:

- hoe de HPV-test kan geïntroduceerd worden;
- samen met het uitbouwen van een HPV vaccinatieregister het uitwerken van een colonoscopie register;
- de hervorming van de nomenclatuur van de mammografie. Dit voorstel houdt een belangrijke stap in tot afbouw van niet-aangewezen en potentieel schadelijke “opportunistische” screeningsonderzoeken.

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.

4.2.4. hiv

Het Hiv-plan 2014-2019 kwam tot stand in een protocolakkoord tussen de federale overheid en de deelstaten eind 2013. Het Plan bestaat uit 58 acties om de volgende doelstellingen te realiseren:

- Het aantal nieuwe gevallen van hiv-besmettingen verminderen, door in te zetten op een verantwoorde beleving van seksualiteit;
- De toegang bevorderen tot gespecialiseerde hiv-diensten en -programma's die instaan voor preventie, screening, zorg en een kwaliteitsvolle begeleiding, en dat binnen een kader van de universele toegang tot gezondheid;

posium scientifique en octobre 2016. Nous espérons pouvoir proposer les premiers tests aux patients en 2017.

Les progrès rapides enregistrés dans ce domaine m'incitent à étudier dès à présent, la faisabilité d'un élargissement de cette approche au “*whole-genome-sequencing*”. Conjointement avec le Centre du cancer, le KCE mène une étude sur les cas pour lesquels cette technique peut déjà s'avérer utile, sur la manière d'aborder le développement d'une infrastructure centralisée et sur les implications sociales et les besoins en formation pour disposer de suffisamment de personnel bien formé pour fonctionner dans cette nouvelle approche.

Dans le cadre de l'exécution du Protocole de prévention, en 2017, nous examinerons:

- comment on peut introduire le test HPV;
- conjointement au développement d'un registre de vaccination HPV, développer un registre des colonoscopies;
- la réforme de la nomenclature de la mammographie. Cette proposition contient une étape importante pour la suppression des examens de dépistage non recommandés et “opportunistes”, potentiellement dommageables.

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 dans le cadre de la CIM Santé publique.

4.2.4. VIH

Le Plan VIH 2014-2019 a été élaboré dans le cadre d'un protocole d'accord conclu entre l'autorité fédérale et les entités fédérées fin 2013. Le Plan comprend 58 actions destinées à réaliser les objectifs suivants:

- Réduire le nombre de nouveaux cas de contamination par le VIH en misant sur une sexualité responsable;
- Favoriser l'accès à des services et des programmes VIH spécialisés chargés de la prévention, du dépistage, des soins et d'un accompagnement de qualité dans le cadre d'un accès universel à la santé;

— Alle vormen van stigmatisering en discriminatie terugdringen, in het bijzonder als ze gebaseerd zijn op het serologische statuut of de gezondheidstoestand van mensen.

De federale overheid heeft een aantal acties die onder haar bevoegdheid vallen, gerealiseerd. De subsidiëring van de 4 verenigingen die medische begeleiding aanbieden aan sekswerkers werd gestructureerd en gebeurt nu op 3-jaarlijkse basis; de aidsreferentiecentra worden vergoed voor prestaties in het kader van een profylactische antiretrovirale behandeling van personen die accidenteel aan hiv werden blootgesteld; het aantal referentiecentra werd uitgebreid in 2015; de Positieve Raad van mensen met hiv werd erkend in 2016, zodat mensen met hiv bij de uitvoering van het Plan worden betrokken, zowel op het gebied van preventie en opsporing als bij de zorg en de verbetering van de levenskwaliteit van mensen met hiv.

Aangezien een groot aantal maatregelen in het hiv-plan gericht zijn op preventie, wordt dit overlegd met de deelstaten in het kader van de IMC Volksgezondheid. Het hiv-plan werd dan ook opgenomen in het preventieprotocol dat door de IMC goedgekeurd werd in maart 2016.

De terugbetaling van hiv-remmers wordt versoepeld vanaf januari 2017 zodat de behandeling zal kunnen worden opgestart van zodra de diagnose wordt gesteld, daar waar dat vandaag pas kan onder strikte voorwaarden betreffende het aantal CD4-cellen aanwezig in het bloed. Deze uitbreiding is in lijn met Belgische en internationale aanbevelingen.

4.2.5. 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 hiv, die wel vergoed werden. Met oog op deze doelstelling zijn een aantal studies bij het KCE van start gegaan, met name over nieuwe behandelingen en vergoeding van de betrokken patiënten.

— Éradiquer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination, surtout lorsqu'elles reposent sur le statut sérologique ou l'état de santé des personnes.

L'autorité fédérale a réalisé une série d'actions dans le champ de ses compétences. Le subventionnement de 4 associations qui proposent un accompagnement médical aux travailleurs du sexe a été rendu structurel et il est désormais organisé sur une base de 3 ans; les centres de référence SIDA sont rémunérés pour les prestations effectuées dans le cadre du traitement antirétroviral prophylactique des personnes exposées de manière accidentelle au VIH; le nombre des centres de référence a augmenté en 2015; le Conseil positif des personnes vivant avec le VIH a été reconnu en 2016 de sorte que les personnes vivant avec le VIH ont pu être impliquées dans l'exécution du Plan, aussi bien dans le domaine de la prévention et du dépistage que dans celui des soins et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

Étant donné qu'un grand nombre de mesures du plan VIH sont axées sur la prévention, ces mesures font l'objet d'une concertation entre les entités fédérées dans le cadre de la CIM Santé publique. Le Plan VIH a donc aussi été repris dans le protocole d'accord relatif à la prévention qui a été approuvé par la CIM en mars 2016.

Le remboursement des inhibiteurs du VIH sera assoupli à partir de janvier 2017 pour que le traitement puisse être instauré dès que le diagnostic est posé alors qu'aujourd'hui, il n'est prévu qu'à la stricte condition concernant un minimum de cellules CD4 présentes dans le sang. Cet élargissement du remboursement s'inscrit dans des recommandations tant belges qu'internationales.

4.2.5. 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 pour lesquelles 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. Pour réaliser cet objectif, plusieurs études ont été entamées au KCE, notamment sur les nouveaux traitements et le remboursement des patients concernés.

In mei 2014 heeft de IMC Volksgezondheid het protocolakkoord "HCV-plan" goedgekeurd. Aangezien het aspect preventie een groot deel uitmaakt van dit plan, werd het HCV-plan ook opgenomen in het preventieprotocol dat goedgekeurd werd op de IMC van maart 2016. In de uitvoering van het preventieprotocol wordt in overleg met de deelstaten een evaluatie opgemaakt van het HCV-plan, waarbij de prioriteiten in het beleid voor de aanpak en de preventie van Hepatitis C zullen bepaald worden.

In de loop van 2016 werd een structureel systeem uitgewerkt voor de terugbetaling van hepatitis C geneesmiddelen, waarbij vanaf januari 2017 de terugbetaling wordt uitgebreid naar de patiënten met een fibroestadium 2 en naar patiënten met hoog risico op complicaties, ongeacht hun fibroestadium, volgens internationale richtlijnen.

De nieuwe terugbetaling zal hand in hand gaan met een registratie van de uitkomst van de antivirale behandelingen bij elke hepatitis C-patiënt. Deze nieuwe aanpak betekent een beleid conform aan de Europese aanbevelingen van de *European Centre of Disease Control* om met name hepatitis C patiënten in kaart te brengen in elk EU-land. De registratie van patiëntendata zal ressorteren onder *Healthdata.be* bij het WIV.

4.2.6. Palliatieve zorg

Sinds enkele jaren is er een denkoefening aan de gang om de definitie van de palliatieve patiënt te wijzigen, door het criterium "levensverwachting" te schrappen en in plaats daarvan de specifieke behoeften van de patiënt als uitgangspunt te nemen. De bedoeling is om beter in te spelen op de behoeften van deze personen, op het meest opportune moment.

Het komt er ook op aan om zo vroeg mogelijk personen met palliatieve behoeften te identificeren en er op gepaste wijze op te reageren.

Hiertoe zullen we de analyse van de implementatie van de instrumenten die we tot onze beschikking hebben verder zetten, namelijk het PICT (*Palliative Care Indicator Tool*) en het *InterRAI Palliative Care*, om te zien in welke mate en in welke context deze instrumenten kunnen worden gebruikt om enerzijds de palliatieve patiënt te identificeren en anderzijds zijn specifieke behoeften beter te evalueren.

En mai 2014, la CIM Santé publique a approuvé le protocole d'accord "Plan VHC". Étant donné que l'aspect prévention représente une grande partie de ce plan, le plan VHC a également été repris dans le protocole d'accord relatif à la prévention approuvée lors de la CIM de mars 2016. En exécution du protocole de prévention et en concertation avec les entités fédérées, une évaluation du plan VHC sera effectuée où les priorités stratégiques en matière d'approche et de prévention de l'hépatite C seront fixées.

Dans le courant de 2016, un système structural de remboursement des médicaments utilisés pour le traitement de l'hépatite C a été élaboré, dans lequel le remboursement est élargi aux patients atteints d'une hépatite C avec stade de fibrose 2. À partir du premier janvier 2017, un élargissement est également prévu aux patients dont le foie est moins endommagé et aux patients présentant un risque élevé de complications sur la base des définitions internationales.

Le nouveau remboursement ira de pair avec un enregistrement des résultats des traitements antiviraux pour chaque patient souffrant d'une hépatite C. Cette nouvelle approche s'inscrit dans le cadre d'une stratégie conforme aux recommandations européennes de l'*European Centre of Disease Control* de recenser les patients souffrant d'hépatite C dans chacun des pays de l'UE. L'enregistrement des données relatives au patient ressortira la compétence de *Healthdata.be* au sein de l'ISP.

4.2.6. Soins palliatifs

Depuis plusieurs années, une réflexion est en cours pour adapter la définition du patient palliatif, en abandonnant le critère de l'espérance de vie, mais en se basant sur ses besoins spécifiques. L'objectif est de mieux rencontrer les besoins de ces personnes, au moment le plus opportun.

Il s'agit également de détecter plus précocement les personnes ayant des besoins palliatifs et d'y répondre de manière adaptée.

Pour ce faire, nous allons poursuivre l'analyse de l'implémentation des instruments à notre disposition, à savoir le PICT (*Palliative Care Indicator Tool*) et l'*InterRAI Palliative Care*, pour voir dans quelle mesure et dans quel contexte, ils peuvent être utilisés pour, d'une part identifier le patient palliatif et, d'autre part, mieux évaluer ses besoins spécifiques.

Vervolgens wens ik samen met de Evaluatiecel Palliatieve Zorg, de NRZV en mijn diensten het huidige instrumentarium voor palliatieve patiënten opnieuw te beoordelen. Indien blijkt dat de beschikbare federale middelen die momenteel worden gemobiliseerd, beter aangewend kunnen worden en men op een betere manier kan tegemoetkomen aan de behoeften van de palliatieve patiënten, dan zal een herbestemming van de middelen in de lopende begroting in overweging worden genomen, rekening houdend met de bevoegdheden van de federale overheid.

Om therapeutische hardnekkigheid te vermijden zal worden in kaart gebracht welke acties noodzakelijk zijn om vroegtijdige zorgplanning aan te moedigen en gepaste zorg aan de patiënten aan te bieden, waarbij de levenskwaliteit centraal staat.

4.2.7. *Public Health Genomics*

De informatie en kennis van het menselijk genoom is niet alleen belangrijk voor “gepersonaliseerde geneeskunde” maar vormt een essentiële component in het beter begrijpen van de gezondheid van onze populatie. Ik wens dan ook dat binnen het WIV een start gemaakt wordt met de uitbouw van de nodige capaciteit in epidemiologische en statistische methodologische verwerking van genoompopulatiegegevens o.a. gekoppeld aan de surveillance van infectieziekten, aan gezondheidsenquête onderzoek en aan het aanbieden van populatiebrede genetische testen zoals o.a. *carrier screening* en “*Direct-to-Consumer*” testen.

In 2017 wens ik dat een gedegen maatschappelijk debat rond het gebruik van genoominformatie binnen onze zorg start, in nauw overleg met de lopende initiatieven in gepersonaliseerde geneeskunde.

4.3. **Geestelijke gezondheidszorg**

De hervorming in de geestelijke gezondheidszorg wordt verdergezet. Netwerkvorming houdt veel meer in dan louter samenwerking en biedt de kans om de juiste zorg, op het juiste moment en op de juiste plaats te garanderen. Hoewel we nog grote stappen moeten zetten, onder meer naar juridische verankering, stellen we vast dat er reeds veel vooruitgang is geboekt. Dit is onder meer het geval op het vlak van patiënttevredenheid en het opnemen van gedeelde verantwoordelijkheid voor de patiënt. Dit wil ik, in nauwe samenwerking met mijn collega's van de deelstaten, verder nastreven.

Ensuite, avec la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs, le CNEH et mes administrations, je souhaite réévaluer l'ensemble des dispositifs actuels en faveur des patients palliatifs. S'il s'avère que les moyens fédéraux disponibles mobilisés actuellement peuvent être mieux employés et mieux rencontrer les besoins des patients palliatifs, une réaffectation des moyens dans le cadre du budget actuel sera envisagée, compte tenu des compétences de l'autorité fédérale.

Pour éviter l'acharnement thérapeutique, les actions nécessaires pour encourager une planification précoce des soins et la dispensation de soins adaptés aux patients seront référencées avec comme préoccupation centrale la qualité de vie.

4.2.7. *Public Health Genomics*

L'information sur et la connaissance du génome humain s'avèrent non seulement importantes pour proposer une «médecine personnalisée», mais constituent également un élément essentiel pour une meilleure compréhension de la santé de notre population. Je souhaite donc qu'au sein de l'ISP, on commence également à développer la capacité nécessaire pour permettre le traitement méthodologique, épidémiologique et statistique des données génomiques de la population liées e.a. à la surveillance des maladies infectieuses, au traitement des données de l'enquête de santé et à la proposition de tests génétiques à l'ensemble de la population, p. ex. le *carrier screening*, et les tests “*Direct-to-Consumer*”.

En 2017, je souhaite instaurer un débat sociétal approfondi sur l'utilisation de l'information génomique au sein de nos soins et cela, en étroite concertation avec les initiatives en cours en matière de médecine personnalisée.

4.3. **Soins de santé mentale**

Le chemin pris dans les soins de santé mentale sera poursuivi. Le réseautage, qui englobe bien plus qu'une simple collaboration, reste à mon sens le meilleur moyen de dispenser des soins adéquats, au bon moment et au bon endroit. Et bien qu'il y ait encore beaucoup d'étapes à franchir, notamment au niveau de l'ancrage juridique de cette approche, nous constatons que des progrès ont déjà pu être réalisés. Entre autres, au niveau de la satisfaction des patients et d'un grand sentiment de responsabilité partagée au niveau du patient. Deux objectifs que je souhaiterais voir se développer d'avantage et cela, dans le cadre d'une collaboration pleine et entière avec mes collègues des entités fédérées.

Tevens voorzag ik vanaf 1 juli 2016 een nieuwe financiële injectie voor de specifieke doelgroep van kinderen en jongeren alsook voor volwassenen die een verstandelijke beperking combineren met een psychische stoornis. Daarbij wordt opnieuw gebruikt gemaakt van een verdeling op basis van wetenschappelijke parameters (aantal kinderen, prevalentie van verstandelijke beperking, prevalentie comorbiditeit of “dubbeldiagnose”). Het beheer en de aanwending van deze middelen vallen onder de verantwoordelijkheid van de netwerken voor volwassenen en die voor kinderen en jongeren. De volledige uitrol van deze financiering verwacht ik tegen het eerste semester van 2017.

4.3.1. Kinderen en jongeren

De Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren werd op 30 maart 2015 goedgekeurd door de IMC Volksgezondheid. Dit document blijft het kader voor de uitrol van het nieuwe beleid waarbij ik wil inzetten op het samenbrengen van generalistische invalshoeken met gespecialiseerde hulpverlening. Er is op het terrein zeer hard gewerkt om elk zorgprogramma op te starten en kwalitatief uit te bouwen. Ik blijf er voor opteren om de middelen toe te kennen wanneer duidelijk is dat de nieuwe netwerken hiervoor klaar zijn, en dit op basis van een gezamenlijke beslissing met mijn collega's binnen de IMC. Dit maakt dat de netwerken zich op hun eigen ritme kunnen ontwikkelen. De netwerken, alle betrokken partners, en alleszins de kinderen, jongeren en hun families, wil ik verzekeren dat dit een structureel nieuw beleid betreft met gegarandeerd budget. De programma's rond crisis-, langdurige zorg en intersectorale consult en liaison zijn opgestart in bijna elk provinciaal netwerk.

Om de acties in de Gids (Nationaal Plan 2015-2020) volledig te implementeren, zijn er ook bijkomende investeringen nodig vanwege de deelstaten. Samen met mijn collega's van de deelstaten zal ik erop toezien hoe die investeringen kunnen bijdragen aan de beschreven acties. Daarbij moet onze aandacht onder meer uitgaan naar preventie en vroegdetectie, bij uitstek bevoegdheden van de deelstaten.

4.3.2. Volwassenen – artikel 107

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en de vijf kenmerkende functies (preventie en vroegdetectie, mobiele teams, rehabilitatie, intensifiëring van residentiële behandelunits en specifieke woonvormen) moeten eveneens verder worden uitgebouwd.

J'ai prévu, au plus tôt à partir du 1^{er} juillet 2016, une nouvelle injection financière destinée à un groupe cible spécifique, à savoir les enfants et les adolescents ainsi que les adultes qui combinent un retard mental et un trouble psychique. J'ai de nouveau utilisé une répartition basée sur des paramètres scientifiques (*nombre d'enfants, prévalence du retard mental, prévalence de la comorbidité ou "double diagnostic"*). La responsabilité et la bonne utilisation de ces moyens, je les confie aux réseaux pour adultes ainsi qu'aux réseaux pour enfants et des adolescents. Je prévois le déploiement total de cet investissement financier dans le courant du premier semestre 2017.

4.3.1. Enfants et adolescents

Le Guide vers une nouvelle politique en santé mentale pour enfant et adolescents a été approuvé par la CIM Santé Publique le 30 mars 2015. Ce document reste le cadre de l'implémentation de la nouvelle politique dans laquelle je me m'efforce de réunir une perspective généraliste et l'aide spécialisée. Le terrain a fourni un travail exemplaire pour permettre le développement de programmes de soins, tous de qualité. Je continue de choisir d'accorder les moyens aux réseaux clairement prêts et cela, sur la base d'une décision conjointe avec mes collègues au sein de la Conférence interministérielle. Cette approche permet aux réseaux de se développer à leur propre rythme. Les réseaux, tous les partenaires concernés, les enfants et les adolescents ainsi que leur famille peuvent toutefois être rassurés sur le fait qu'il s'agit d'une nouvelle politique structurelle dont le budget est garanti. Les programmes de soins axés sur les crises – ainsi que les soins mobiles de longue durée, la liaison et la consultation – ont été lancés dans presque tous les réseaux provinciaux.

Pour permettre une mise en œuvre complète des actions prévues dans le Guide, des investissements supplémentaires des entités fédérées seront toutefois nécessaires. Avec mes collègues des entités fédérées, je continuerai à examiner comment leurs investissements peuvent contribuer à ces actions. Notre d'attention doit se porter, entre autres, sur la prévention et la détection précoce, les compétences par excellence des entités fédérées.

4.3.2. Adultes – article 107

Il faut poursuivre le développement de la réforme pour adultes ainsi que des 5 fonctions caractéristiques (prévention et détection précoce, équipes mobiles, réhabilitation, intensification des unités de traitement résidentiel, formes de logement spécifiques).

De IMC Volksgezondheid heeft op 21 maart 2016 een nieuw overlegorgaan opgericht waarin de diverse overheden en de sector van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (via de koepelorganisaties, de verschillende instellingen, artsen, de patiënten en hun naasten) zijn vertegenwoordigd. Er werd overeengekomen om werkgroepen op te richten die volgende thema's prioritair zullen bespreken: het territorium van de netwerken, de grootte en opdrachten van een mobiele werking en de omschrijving en financiering van de medische functie binnen die mobiele werking. Andere thema's zullen ook aan bod kunnen komen in 2017.

Dit overlegorgaan kan concrete voorstellen formuleren om de opdrachten van de netwerken voor volwassenen bij te sturen indien nodig. Daarbij blijft het oorspronkelijke idee van deze hervorming, namelijk de reallocatie van middelen in functie van betere zorg op maat, behouden. Het is belangrijk te benadrukken dat dit een overleg- en geen adviesorgaan is. Daarom is er geen overlapping met de opdrachten van bijvoorbeeld de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, of met de nog op te richten Federale Raad Geestelijke Gezondheidszorgberoepen.

Zowel binnen dit overlegorgaan als binnen de IMC Volksgezondheid zullen alle overheden op basis van hun bevoegdheden de eerder vernoemde functies blijvend ondersteunen teneinde de netwerken alle kansen te geven om betere zorg aan te bieden. Tenslotte werden in 2016 de nodige stappen gezet om de blinde vlekken in het ggz-landschap van een netwerk voor volwassenen te voorzien. Deze nieuwe netwerken zullen door de administraties begeleid worden om tegen eind 2018 op hetzelfde niveau te functioneren als de reeds bestaande netwerken.

4.3.3. *Geïnterneerden*

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

Wat de nieuwe wet van 5 mei 2014 betreffende de internering betreft, is een constructieve samenwerking tussen Volksgezondheid en Justitie noodzakelijk om een beter begrip van de wet te verzekeren en de toepassing ervan door de actoren op het terrein te bevorderen. Er zal bijzondere aandacht uitgaan naar de rol die zal worden toegewezen aan de partners die samenwerken in het kader van deze nieuwe wet (rol van elke betrokken partij bij hoorzittingen in de kamer, bij het plaatsen in een IBM (Inrichting voor Bescherming van de Maatschappij) of een instelling, de procedures tot toekenning van de tenuitvoerlegging zoals de plaatsing, het verlof en de invrijheidstelling op proef, de voorwaarden voor de

Pour cela, la CIM du 21 mars 2016 a institué un nouvel organe de concertation dans lequel les diverses autorités et le secteur soins de santé mentale sont représentés (via les organisations faitières, les différents établissements, les médecins, les patients et leurs proches). Il a été convenu de créer des groupes de travail qui discuteront prioritairement des thèmes suivants: les territoires des réseaux, la taille et les missions des fonctions mobiles et la description et le financement de la fonction médicale au sein des services mobiles. D'autres thèmes pourront également être abordés en 2017.

Cet organe de concertation peut formuler des propositions concrètes pour adapter si nécessaire, les missions des réseaux pour adultes tout en conservant l'idée à la base de cette réforme, à savoir, une réallocation des moyens en fonction de meilleurs soins sur mesure. Il est important de souligner que cela concerne la concertation et non pas un organe d'avis. Il n'y aura donc pas de chevauchement, par exemple, avec le Conseil National des Etablissements Hospitaliers ou encore avec le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale qui doit encore être créé.

Aussi bien au sein de cet organe d'avis qu'au sein de la Conférence interministérielle Santé publique, tous les pouvoirs publics devront, dans le cadre de leurs compétences, continuer à soutenir les fonctions citées ci-dessus afin de donner aux réseaux toutes les chances de réussite pour offrir les meilleurs soins. Enfin, en 2016, toutes les mesures nécessaires seront prises pour supprimer toutes zones d'ombre dans le paysage SSM des réseaux pour adultes. Les nouveaux réseaux seront accompagnés par les administrations pour que d'ici fin 2018, ils puissent fonctionner au même niveau que les réseaux lancés plus tôt.

4.3.3. *Internés*

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

Concernant la nouvelle loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, une collaboration constructive entre la santé publique et la justice est nécessaire afin d'assurer la meilleure compréhension de cette loi et d'en faciliter l'application pour les acteurs de terrain. Une attention particulière sera accordée aux rôles qui sont attribués aux partenaires qui collaborent dans le cadre de cette nouvelle loi (rôle de chaque intervenant lors de l'audience de la chambre, lors du placement en EDS (Etablissement défense social) et en institution, les procédures d'octroi des modalités d'exécution comme le placement, les congés et la libération à l'essai, les conditions d'une libération définitive, les spécificités

definitieve invrijheidstelling, de specifieke bepalingen voor geïnterneerde veroordeelden). In 2017 gaat het forensisch-psychiatrisch centrum (FPC) te Antwerpen open, dit in samenwerking tussen Justitie, Volksgezondheid, het RIZIV en de Regie der Gebouwen. Dit centrum zal plaats bieden aan 182 geïnterneerden met een hoogrisico profiel. Er zullen ook vrouwen terecht kunnen wat niet mogelijk is in het FPC te Gent.

In de schoot van de regering zal ik samen met de minister van Justitie voortwerken aan het masterplan detentie en internering. Dit plan moet voorzien in voldoende plaatsen om alle geïnterneerden op te vangen en te behandelen buiten de gevangenis in een aangepaste inrichting. Daarbij wordt tevens ingezet op ondersteunende maatregelen om de doorstroom naar het regulier zorgcircuit te bevorderen.

4.3.4. *Psychoactieve middelen*

Het gebruik van alcohol, tabak en illegale drugs heeft een grote impact op de volksgezondheid, de economie en de veiligheid. Tabak en alcohol veroorzaken hierbij de grootste gezondheidsproblemen.

Ik zal in 2017 sterk inzetten op het verbeteren van de ziekenhuiszorg voor patiënten met een alcoholprobleem door het sensibiliseren van het personeel en het invoeren van liaisonfuncties alcohol in acht ziekenhuizen. Daarnaast zal ik artsen, gynaecologen en vroedvrouwen sensibiliseren en informeren over betere communicatie over de risico's van alcohol tijdens de zwangerschap.

In overleg met de betrokken partners zal ik een geïntegreerd en breder model van crisispsychiatrie vastleggen dat ook crisissen door het gebruik van psychoactieve stoffen includeert. Dit model moet de toegang tot crisispsychiatrie voor alle zorgvragen optimaliseren.

In 2017 zal ik ook de nieuwe regelgeving publiceren voor de behandelingen door middel van vervangingsmiddelen, zoals methadon. Deze regelgeving benadrukt het volgen van de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en bevat een elektronisch en verplicht registratiesysteem dat shopping van voorschriften moet verhinderen en méér adequate epidemiologische data oplevert.

Enkel een globale en geïntegreerde aanpak van de alcohol- en drugsproblematiek door samenwerking met alle bevoegde ministers heeft duurzame effecten. Als permanente voorzitter van de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid zal ik de uitvoering

des condamnés internés). En 2017, le Centre psychiatrique médico-légal (CPL) d'Anvers ouvrira ses portes, et cela grâce à la collaboration entre la Justice, la Santé publique, l'INAMI et la Régie des bâtiments. Ce centre proposera une place à 182 internés présentant un profil de risque élevé. Des femmes y seront également admises ce qui n'est pas possible dans le CPL de Gand.

Au sein du gouvernement, je travaille conjointement avec le ministre de la Justice pour l'élaboration d'un masterplan détention et internement. Ce plan doit prévoir des places en suffisance afin d'accueillir tous les internés et de les traiter en dehors de la prison, dans un établissement adapté. L'accent est aussi mis sur le soutien des mesures encourageant la transition vers le système de soins traditionnels.

4.3.4. *Substances psychoactives*

La consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales a un impact majeur sur la santé publique, l'économie et la sécurité. Dans ce cadre, le tabac et l'alcool sont les substances à l'origine des plus gros problèmes de santé.

En 2017, je prévois des efforts importants pour améliorer les soins hospitaliers aux patients présentant un problème d'alcool et cela grâce à la sensibilisation du personnel et à l'introduction de fonctions de liaison alcool dans 8 hôpitaux. En outre, je sensibiliserai également les gynécologues et les sages-femmes à l'importance d'une meilleure communication concernant les risques de l'alcool pendant la grossesse.

En concertation avec les partenaires concernés, je définirai un modèle intégré plus large de la psychiatrie de crise qui inclura également les crises provoquées par la consommation de substances psychoactives. Ce modèle devrait permettre d'optimiser l'accès à la psychiatrie de crise, quelle que soit la demande de soins.

En 2017, je publierai également une nouvelle législation relative aux traitements de substitution, notamment concernant la méthadone. Cette législation reposera sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et prévoira un système d'enregistrement électronique obligatoire qui devrait permettre d'empêcher le shopping médical et qui devrait fournir des données épidémiologiques plus adéquates.

Seule une approche globale et intégrée de la problématique de l'alcool et des drogues, basée sur une collaboration entre tous les ministres compétents, pourra avoir des effets durables. En ma qualité de présidente permanente de la Réunion Thématique Drogues de la

van de prioriteiten uit 2015 en 2016 dan ook verder aansturen.

Het inadequaat gebruik van psychopharmaca – in het bijzonder benzodiazepines, antidepressiva en psycho-stimulantia – blijft zorgwekkend. Ik zal in 2017 verder beroep doen op het *Belgian Psychotropics Expert Platform* (BelPEP), waar deskundigen en betrokken administraties adviezen uitbrengen. Zo heb ik onder meer, op basis van adviezen van BelPEP, in 2016 12 coördinatoren aangesteld om in elke provincie goede praktijken uit te werken over de diagnose en behandeling van ADHD bij kinderen en jongeren. Deze praktijken moeten in 2017 beschikbaar zijn voor verdere implementatie. Ik zal daarnaast vormingen ondersteunen voor artsen over het adequaat voorschrijven van benzodiazepines en antidepressiva. Omwille van de belangrijke banden met preventie, gezondheidspromotie en ouderenzorg zal ik bij de deelstaten aandringen op een betere afstemming van het psychopharmacabeleid.

4.4. *Forensische zorg*

Begin 2017 zal het KCE haar aanbevelingen publiceren voor de verbetering van de penitentiaire gezondheidszorg in ons land. Op basis hiervan zal ik samen met de minister van Justitie een gefaseerd actieplan opstellen. Dit actieplan zal van start gaan in de tweede helft van 2017 met een primaire focus op de verzekeraarbaarheid van de zorg voor geïnterneerden en gedetineerden en de versterking van de medische diensten in de gevangenis.

Omwille van de omvang en de impact van de verslavingsproblematiek in onze gevangenis investeer ik tegelijkertijd – samen met de deelstaten en de minister van Justitie – in het uittesten van een hulpverleningsmodel voor deze doelgroep in drie gevangenis. Dit project moet de randvoorwaarden en praktische vereisten voor een uitrol van dit model in alle penitentiaire instellingen duidelijk maken.

4.5. *Intrafamiliaal geweld*

Met betrekking tot de registratie van gegevens over intrafamiliaal geweld is gebleken dat, om tot een kwaliteitsvolle registratie te komen, er allereerst nood is aan sensibilisering en een degelijke opleiding van het ziekenhuispersoneel rond deze problematiek.

CIM Santé publique, je continuerai à piloter l'exécution des priorités de 2015 et de 2016.

L'utilisation inadéquate des psychotropes – et plus particulièrement des benzodiazépines, des antidépresseurs et des psychostimulants – reste inquiétante. En 2017, je continuerai à faire appel à la *Belgian Psychotropics Expert Platform* (BelPEP) dans laquelle des experts et les administrations concernées émettent des avis. C'est notamment ainsi que, sur la base des avis de BelPEP, j'ai engagé en 2016 12 coordinateurs qui ont été chargés d'élaborer des bonnes pratiques concernant le diagnostic et le traitement du TDAH chez les enfants et les adolescents dans chacune des provinces. Ces bonnes pratiques devraient être disponibles en 2017 pour une implémentation ultérieure. Je soutiendrai également les formations des médecins relatives au comportement prescripteur adéquat des benzodiazépines et des antidépresseurs. En raison des liens importants avec la prévention, la promotion de la santé et des soins aux personnes âgées, je continuerai d'insister auprès des entités fédérées sur la nécessité et l'importance d'une meilleure harmonisation de la politique relative aux psychotropes.

4.4. *Soins pénitentiaires*

Début 2017, le KCE publiera ses recommandations en matière d'amélioration des soins de santé pénitentiaires dans notre pays. Sur la base de ce rapport, je mettrai sur pied un plan d'action par étapes avec le ministre de la Justice. Ce plan d'action débutera dans la deuxième moitié de 2017 avec un premier accent mis sur la garantie de l'assurabilité des soins aux internés et aux détenus ainsi que sur le renforcement des services médicaux dans les prisons.

En raison de l'importance de l'impact de la problématique des assuétudes dans nos prisons, j'investirai dans le même temps – en collaboration avec les entités fédérées et le ministre de la Justice – dans des projets d'un modèle d'aide destiné à ce groupe cible dans trois prisons. Ce projet devrait permettre d'identifier les conditions préalables et les exigences pratiques à prendre en compte dans le développement de ce modèle dans tous les établissements pénitentiaires.

4.5. *Violence intrafamiliale*

Concernant l'enregistrement des données en matière de violence intra familiale, il est apparu que pour avoir un enregistrement de données de qualité dans cette thématique, le personnel hospitalier devait avant tout être sensibilisé et bien formé dans ce domaine.

Ik ben van plan om de opleidingen inzake intrafamiliaal geweld in 2017 verder te zetten in ziekenhuizen die nog geen opleiding kregen, en om die opleiding ook uit te breiden naar andere ziekenhuizen. Op die manier wordt ook de registratie van gevallen van familiaal geweld, met inbegrip van seksueel geweld, verbeterd.

Wat de opvang van slachtoffers van seksueel geweld betreft, ben ik van plan om de geleverde inspanningen in onze ziekenhuizen verder te zetten, en dit vooral wat betreft het gebruik van de SAS (Seksuele Agressie Set) door de artsen. Dit aspect kwam uitgebreid aan bod in de opleidingen van 2014-2015 en ik ben van plan om ook de andere ziekenhuizen deze opleidingen te laten volgen in 2017.

Dezelfde conclusie kon worden getrokken wat betreft de registratie van gevallen van vrouwelijke genitale verminking. Daarom ben ik van plan om in de komende jaren de opleidingen aan artsen en verloskundigen in materniteiten verder te zetten, voornamelijk in de steden en omgeving van Antwerpen, Luik en Brussel. Dit zijn de drie regio's met het hoogste aantal besneden vrouwen, en jonge vrouwen en meisjes met een hoog risico om besneden te worden.

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 mei 2015 over de gezondheidszorgberoepen (gemeenzaam nog altijd KB nr. 78 genoemd) en de wet van 22 augustus 2002 betreffende 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 (wet van 10 mei 2015 en de wet Patiëntenrechten).

Pour 2017, je compte poursuivre la formation en matière de violence intra familiale dans les hôpitaux qui ne l'ont pas encore reçue et élargir cette formation à d'autres hôpitaux et ainsi améliorer l'enregistrement des cas de violences familiales, y compris les violences sexuelles.

En ce qui concerne la prise en charge des victimes de violence sexuelle, je compte poursuivre les efforts fournis dans nos hôpitaux, en particulier, l'utilisation du SAS (set d'agression sexuelle) par les médecins. Cet aspect a été largement développé dans les formations données en 2014-2015 et je compte en 2017 faire bénéficier d'autres hôpitaux de ces formations.

Concernant l'enregistrement des cas de mutilations génitales féminines, le même constat a pu être dressé. C'est ainsi que pour les années à venir, je compte poursuivre des formations à l'attention des médecins et des sages-femmes de maternités, principalement dans les villes et environs d'Anvers, de Liège et de Bruxelles puisque c'est dans ces trois régions que l'on recense le plus de femmes excisées ou de jeunes femmes et filles à risque d'être excisées.

5. Les prestataires de soins en qualité de protagonistes des soins de santé

5.1. Vers une nouvelle loi sur les professions des soins de santé

Le cadre juridique de la relation de confiance entre le praticien et le patient dans le droit belge de la santé actuel est constitué de 2 lois importantes, à savoir, la loi du 10 mai 2015 sur les professions de la santé (encore toujours appelé communément l'AR 78) et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. En outre, de nombreuses autres lois sont également d'application sur certains aspects partiels des soins de santé au sens large du terme, notamment la loi sur la transplantation d'organes, la loi sur l'euthanasie, la loi sur l'utilisation du matériel corporel, ... tandis que d'autres traitent plutôt de l'organisation des soins de santé, notamment la loi sur les hôpitaux (loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins) et la loi sur 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 toutefois plusieurs lacunes, notamment dans les deux lois de base du droit de la santé (loi du 10 mai 2015 et la loi sur les droits du patient).

Er is een uitgebreide bevraging gebeurd bij alle stakeholders in dit dossier en bij de betrokken administraties. De adviesraden in de FOD Volksgezondheid werden bevestigd over de generieke omschrijving van hun beroep en de noodzakelijke basiscompetenties.

Op basis van de bekomen informatie werd een conceptnota uitgewerkt die in de maand september 2016 werd voorgelegd enerzijds op politiek niveau en anderzijds aan de stakeholders tijdens een conferentie. Daarnaast werd ook de start gegeven van een publieke consultatieronde.

De concepten worden verder verfijnd rekening houdend met de opmerkingen van de betrokken partijen, en de werkgevers- en werknemersorganisaties.

Prioritair zullen minimale kwaliteits- en veiligheidseisen voor gezondheidszorgbeoefenaars ongeacht in welke setting ze werkzaam zijn, worden uitgewerkt. Deze minimale kwaliteitseisen zullen van toepassing zijn, ongeacht waar de zorg wordt verstrekt: eerstelijnspraktijken, ziekenhuizen, extramurale specialistische praktijken of private klinieken. Er zullen concrete eisen gesteld worden inzake continuïteit van zorg en voor de deelname aan de permanentie van de zorg. Tevens is het de bedoeling om op generieke wijze een minimale inhoud voor het patiëntendossier te bepalen. Voor de toetsing van de kwaliteit zullen daarenboven de nodige mechanismen worden ingebouwd (uitbreiding van de omschrijving van het visum tot "*licence to practice*" gekoppeld aan bewijsstukken van bekwaamheid in een portfolio, controle door gezondheidsinspecteurs en controlekamer. Daarnaast wordt de oprichting van een Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering voorzien. Deze zal bestaan uit twee kamers: een kamer voor handhaving en controle, die de rol van de provinciale geneeskundige commissies zal overnemen, en anderzijds een adviesraad voor kwaliteit. Deze laatste wordt een forum waarin werkgroepen, colleges, instanties die evidence based practice richtlijnen ontwikkelen, en dergelijke meer, samengebracht worden. Bij de structurering van deze Kwaliteitsraad zal er de nodige aandacht zijn voor andere bestaande raadgevende instanties binnen de Federale Gezondheidsautoriteiten en inzonderheid voor de comitologie binnen het RIZIV.

Daarnaast en eerder in een tweede fase zal de wet van 10 mei 2015 worden herschreven. De drie pijlers van de hervorming zijn het vergroten van de autonomie van de patiënt, de interdisciplinariteit, en de bekwaamheid en autonomie van de zorgprofessionals elk binnen hun omschreven zorgdomeinen.

Voortbouwend op de transversale criteria voor de artsen-specialisten worden thans door de Hoge Raad

Une large enquête a été menée auprès de tous les acteurs de ce dossier et auprès des administrations concernées. Les conseils consultatifs du SPF Santé publique ont été questionnés quant au libellé générique de leur profession et aux compétences de base requises.

Sur la base des informations obtenues, une note conceptuelle a été élaborée qui a été présentée en septembre 2016, d'une part au niveau politique et, d'autre part aux acteurs concernés lors d'une conférence. Une consultation publique a également été organisée.

Les concepts ont été affinés sur base des remarques des acteurs impliqués, des employeurs et des organisations patronales.

La priorité sera donnée à l'élaboration d'exigences de qualité et de sécurité minimales pour les professionnels de la santé, quel que soit l'environnement dans lequel ils sont actifs. Ces exigences de qualité minimales seront donc aussi d'application aux professionnels de la santé actifs indépendamment du lieux où ils pratiquent: première ligne, hôpitaux, pratique spécialiste extramurale ou clinique privée. Des exigences spécifiques pour la continuité des soins et la participation à la permanence des soins seront élaborées. En outre, l'objectif est également de déterminer de manière générique le contenu minimum du dossier patient. En ce qui concerne l'évaluation de la qualité, les mécanismes nécessaires seront aussi incorporés (élargissement de la définition du visa "*licence to practice*" couplé aux preuve de compétences dans le portfolio, le contrôle par des inspecteurs de la santé et la Chambre de Contrôle du Conseil de la Qualité). Ensuite, la création d'un Conseil pour la qualité de la pratique de soins de santé est prévue. Celui-ci sera constitué de deux Chambres: l'une pour le maintien et le contrôle, qui reprendra le rôle des commissions médicales provinciales et l'autre pour un conseil d'avis pour la qualité. Cette dernière sera un forum où les groupes de travail, les collèges, les institutions qui développent des ligne directrices *evidence-based* et bien d'autres peuvent se réunir. La structure de ce Conseil de la qualité tiendra dûment compte d'autres organes d'avis existants au sein des autorités fédérales de santé et en particulier, au comitologie au sein de l'INAMI.

Ensuite, mais plutôt dans une deuxième phase, la loi du 10 mai 2015 sera réécrite. Les trois piliers de la réforme sont l'augmentation de l'autonomie du patient, l'interdisciplinarité et le savoir-faire et l'autonomie des professionnels de santé, chacun en fonction de leur domaine de soins définis.

Se fondant sur les critères transversaux pour les médecins spécialistes, le Conseil supérieur revoit

voor geneesheren-specialisten en huisartsen de criteria voor de diverse specialismen herzien om ze beter te doen aansluiten bij de eisen van vandaag. Daarnaast wordt door de Hoge Raad gewerkt aan een beperkt aantal nieuwe titels en bekwaamheden.

5.2. *Deontologie*

Op dit ogenblik bestaan voor drie beroepsgroepen een deontologische Orde: voor de artsen, de apothekers, en voor de psychologen.

Voor wat de Orde der Artsen betreft, is er momenteel een constructieve dialoog lopende over een modernisering van het wettelijk kader. De krachtlijnen hiervan zijn transparantie, ook naar de klager, een positieve deontologie die ook rekening houdt met kwaliteit van de uitoefening en tuchtrecht met een mogelijkheid van beroep. Ik verwacht kortelings concrete voorstellen van de Orde.

De Psychologencommissie valt momenteel onder de voogdij van de minister van Middenstand. We hebben een afspraak om die voogdij uit te breiden met Volksgezondheid. Er wordt gewerkt aan een herinrichting van de Commissie waardoor er een aparte lijst komt van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, zoals bedoeld in de wet van 4 april 2014 gewijzigd op 10 juli 2016.

De tandartsen zijn ook vragende partij voor een deontologisch orgaan. Hier wil ik onderzoeken of er mogelijkheid is van integratie in een bestaande orde.

Ten slotte merk ik op dat ik ook de oprichting van een transversale deontologische kamer binnen de adviesorganen van de FOD Volksgezondheid overweeg. Deze kamer kan zich buigen over een interdisciplinaire deontologische code voor alle gezondheidszorgberoepen.

5.3. *De wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen*

De uitvoering van deze wet is een beleidsprioriteit. In 2016 werden ontwerpbesluiten opgesteld zodat de oprichting van de Federale Raad voor GGZ beroepen kan gerealiseerd worden. Ondertussen zullen de meest dringende en pertinente adviesvragen aan deze Raad opgesteld worden en zal aangedrongen worden om binnen een welbepaalde termijn hierover advies te verstrekken, zodat in de loop van 2017 verordenende besluiten over erkenning en visering van GGZ beroepsbeoefenaars kunnen gerealiseerd worden.

actuellement les critères pour les différentes spécialités pour les médecins spécialistes et généralistes afin de le rendre plus conformes aux exigences d'aujourd'hui. Par ailleurs, le Conseil supérieur continue de travailler à sur un nombre limité de titres et de spécialisations.

5.2. *Déontologie*

Il existe actuellement un Ordre de déontologie pour trois groupes de professions: pour les médecins, les pharmaciens et pour les psychologues.

En ce qui concerne l'Ordre des médecins, un dialogue constructif est actuellement en cours pour une modernisation du cadre juridique. Les grandes lignes de ce cadre sont la transparence, également pour les plaignants, une déontologie positive qui tient compte de la qualité de la pratique et des règles disciplinaires avec la possibilité de faire appel. J'attends prochainement des propositions concrètes de l'Ordre.

La Commission des Psychologues est actuellement sous la tutelle du ministre des Classes Moyennes. Nous avons un accord pour élargir la tutelle avec la Santé publique. On travaille sur une refonte de la Commission, afin qu'il y ait une liste séparée pour les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens, telle que prévue dans la loi du 4 avril 2014 modifiée le 10 juillet 2016.

Les dentistes demandent également un organe déontologique. Je souhaite examiner dans ce cas s'il existe une possibilité d'intégration dans un ordre existant.

Enfin, je tiens à faire remarquer que je réfléchis également à la création d'une chambre transversale déontologique au sein des organes consultatifs du SPF Santé publique. Cette chambre peut examiner un code déontologique interdisciplinaire pour toutes les professions la santé.

5.3. *La loi sur les professions des soins de santé mentale*

Son exécution constitue une priorité politique. En 2016, des projets d'arrêtés ont été élaborés pour permettre la création du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale. Entre-temps, les demandes d'avis les plus urgentes et les plus pertinentes seront adressées à ce Conseil et il sera invité à présenter un avis dans un délai déterminé, de sorte que dans le courant 2017, des arrêtés d'exécution relatifs à la reconnaissance et le visa des professionnels de la santé mentale puissent être réalisés.

5.4. *Planning en contingentering*

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

De planningscommissie heeft de laatste jaren vooruitgang geboekt in het verzamelen en produceren van gegevens betreffende de actieve medische arbeidskrachten.

Dankzij een herziening van het planningsmodel van de arbeidskrachten kon de commissie in 2016 basis-scenario's uitwerken voor 29 actieve medische specialisaties binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De commissie zal haar werkzaamheden verderzetten in 2017 door alternatieve scenario's uit te stippelen voor de 29 artsen-specialismen.

Hetzelfde werk werd ook voor de tandartsen verricht. De commissie zal ook alternatieve scenario's voor de tandartsen uitwerken in 2017.

De commissie onderzoekt verder de mogelijkheid om periodieke data te matchen, wat een gemakkelijker toegang tot gegevens mogelijk maakt en op termijn ook de mogelijkheid biedt om informatie te verstrekken over de actieve beroepsbevolking binnen alle zorgberoepen.

5.5. *Huisartsen*

De verdere uitrol van de huisartsenwachtposten wordt verder in de beleidsnota besproken.

Er zal een nieuwe regelgeving voor de deelname aan de wachtdienst uitgewerkt worden en deel uitmaken van de nieuwe wet op de zorgpraktijk.

Er zullen initiatieven genomen worden om de veiligheid van de huisartsen en alle andere zorgverstrekkers te optimaliseren. Deze initiatieven zullen in samenspraak met Binnenlandse Zaken, Justitie en de Orde van Geneesheren genomen worden. Een verdere uitrol van de wachtposten en het gebruik van een nationaal oproepnummer 1733 moeten onder meer bijdragen tot meer veiligheid.

Ook de werkomstandigheden van de huisartsen zullen aandacht krijgen. Het verder uitrollen van e-Gezondheid, vooral met betrekking tot toegankelijkheid en delen van patiëntengegevens, moet administratieve overlast voor huisartsen verminderen en de zorgkwaliteit verbeteren. De inspanningen om huisartsen op te leiden in e-Gezondheid worden verder gezet en dit samen met de deelstaten. Tenslotte zal ik ondersteu-

5.4. *Planification et contingentement*

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

La commission de planification a depuis ces dernières années progressé dans la collecte et la production de données concernant la force de travail médicale active.

En 2016, la commission a pu, grâce à la réécriture du modèle de planification de la force de travail, développer des scénarios de base pour 29 des spécialités médicales actives dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. La commission va poursuivre ses travaux en 2017 en développant des scénarios alternatifs pour les 29 spécialités des médecins.

Les mêmes travaux ont été réalisés pour les dentistes. La commission va également développer des scénarios alternatifs pour les dentistes en 2017.

La commission se penche également sur la réalisation d'un couplage de données périodique qui permettrait d'accéder plus aisément aux données et de fournir, à terme, l'information sur la force de travail active de l'ensemble des professions de santé.

5.5. *Médecins généralistes*

Le développement ultérieur des postes de garde de médecine générale est discuté plus loin dans la note de politique.

Une nouvelle réglementation relative à la participation au service de garde sera élaborée et fera partie de la nouvelle loi sur la pratique des soins.

Des initiatives seront prises pour optimiser la sécurité des médecins généralistes et de tous les autres prestataires de soins. Ces initiatives seront prises en concertation avec l'Intérieur, la Justice et l'Ordre des médecins. Le développement ultérieur des postes de garde et l'utilisation d'un numéro d'appel national 1733 ont pour but de contribuer, entre autres, à accroître la sécurité.

Les conditions de travail des médecins généralistes seront également prises en compte. Le développement ultérieur d'e-santé, surtout au niveau de l'accessibilité et du partage des données relatives aux patients devrait permettre de diminuer la charge administrative pour les médecins généralistes et d'améliorer la qualité des soins. Les efforts de formation des médecins généralistes en matière d'e-santé seront poursuivis et

ning geven aan initiatieven ter preventie van burn-out bij zorgverstrekkers.

5.6. *Artsen in opleiding*

Om te beginnen wil ik de invoering van een aangepast sociaal statuut voor huisartsen en specialisten in opleiding verder laten onderzoeken door de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen.

De regelgeving over de stages wordt herzien. Dit zal tijd vergen. De omkadering van de stage en de ondersteuning van stagemeesters in de basisopleiding voor alle gezondheidsberoepen worden verbeterd.

Op mijn vraag gaf de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen onder meer advies over het ministerieel besluit dat de algemene criteria voor erkenning van artsen-specialisten, stagemeesters en stagediensten regelt (23 maart 2014). Een aantal punctuele wijzigingen en meer soepele voorwaarden inzake anciënniteit van de stagemeester zijn ondertussen geregeld via het ministerieel besluit van 13 september 2016. Vanuit een bekommernis om kwaliteit van de professionele stage te bevorderen, zal worden voorzien in een periodieke opleiding van stagemeesters. Vergelijkbare aanpassingen worden voorzien voor de opleiding van de huisartsen.

Verder stel ik voor om een reflectie te voeren over de optimale capaciteit aan stagediensten en -stageplaatsen.

5.7. *Apothekers*

Een meerjarenkader voor de officina-apotheker zal worden opgesteld in overleg met de nationale beroepsverenigingen. Dit meerjarenkader streeft naar een optimale farmaceutische zorgverlening voor de patiënt, het versterken en vernieuwen van de rol van apotheker binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en het (verder) digitaliseren van de processen gerelateerd aan farmaceutische zorgverlening.

Voor verschillende domeinen van farmaceutische zorg worden in dit meerjarenkader nieuwe sturingsprincipes vastgelegd.

Voor de opvolging en begeleiding van farmaceutische zorg voor chronische patiënten wordt de rol van huisapotheker bevestigd als beheerder van het gedeeld farmaceutisch dossier, voor de opmaak van medicatieschema's, voor individuele medicatievoorbereiding, voor ondersteuning van therapietrouw, voor medication

cela, en collaboration avec les entités fédérées. Enfin, je soutiendrai les initiatives de prévention du burn-out chez les prestataires de soins.

5.6. *Médecins en formation*

Avant tout, je demanderai à la Commission nationale médico-mutualiste de procéder à une étude plus poussée sur l'introduction d'un statut social adapté pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes en formation.

La réglementation relative aux stages sera revue. Cela prendra du temps. L'encadrement des stages et le soutien des maîtres de stage dans la formation de base seront améliorés pour toutes les professions de la santé.

À ma demande, le Conseil supérieur des médecins et spécialistes a émis entre autres, un avis concernant l'arrêté ministériel fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (23 mars 2014). Une série de modifications ponctuelles et des conditions plus souples en matière d'ancienneté du maître de stage a entre-temps été solutionnée via l'arrêté ministériel du 13 septembre 2016. Dans un souci de qualité des stages professionnels, une formation périodique sera prévue pour les maîtres de stage. Des adaptations similaires seront prévues pour la formation des médecins généralistes.

Je propose également de mettre en place une réflexion sur la capacité optimale en services et en places de stage.

5.7. *Pharmaciens*

Le cadre pluriannuel Pharmaciens sera rédigé en concertation avec associations nationales de professions de santé. Ce cadre pluriannuel a pour objectif de fournir aux patients des soins pharmaceutiques optimaux et par la même occasion, de renforcer et renouveler le rôle des pharmaciens au sein de la première ligne de soins de santé et (la poursuite de la) digitalisation des processus liés aux prestations pharmaceutiques.

De nouveaux principes de gouvernance sont fixés dans le cadre pluriannuel pour les différents domaines des soins pharmaceutiques .

Pour le suivi et l'accompagnement des soins pharmaceutiques pour les patients chroniques, le rôle du pharmacien de famille sera confirmé comme gestionnaire du dossier pharmaceutique partagé, pour la création des schémas de médication, pour les préparations médicales individuelles, pour le soutien à la compliance, la

review, en andere vormen van voortgezette farmaceutische zorg.

Een belangrijke werf is deze met betrekking tot de spreiding van apotheken. Het is de bedoeling om de ingewikkelde wettelijke procedure administratief te vereenvoudigen en de spreidingsregels te herzien met oog op een goede toegankelijkheid van farmaceutische zorgverlening voor elke patiënt

In het kader van het plan handhaving, zal op het niveau van het RIZIV, bovenop het sensibiliseren voor de gevolgen van polymedicatie, geïntegreerde feedback worden gegeven over rationeel voorschrijfgedrag op basis van kwaliteitsindicatoren. Deze indicatoren hebben betrekking op het voorschrijven van antibiotica, psychopharmaca, anti-inflammatoire medicatie en PPI, en cardiovasculaire medicatie (statines).

In september 2016 zijn voor de ziekenhuizen de activiteiten van het Platform Farmaceutische Zorg opgestart. Het Platform zal specifieke acties ontwikkelen m.b.t. continuïteit van zorg, klinische farmacie en medische hulpmiddelen. Voor wat betreft het garanderen van continuïteit van zorg is samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het FAGG nodig voor de uitrol van verschillende acties van het Plan e-gezondheid plan zoals centrale databases en authentieke bronnen (SAM2, CLADIMED, enzovoort), het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift, de samenwerking met eerste lijn, ...

Vanaf 2017 zullen ook stappen worden ondernomen voor samenwerking en ondersteuning van de projecten m.b.t. thuishospitalisatie, m-Health en geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, waardoor er meer aandacht gaat naar de farmaceutische zorg en de rol van de apotheker hierbij.

Voor wat de apothekers klinisch biologen betreft, werd een procedure ingezet om een bijzondere beroepstitel te creëren gelijklopend aan de bijzondere beroepstitel klinisch biologen voor de artsen.

5.8. *Verpleegkundigen*

Met de omzetting van de Europese Richtlijn 2013/55 medio 2016 is het duidelijk wat de minimale competenties en noodzakelijke vorming van een breed inzetbare algemeen verpleegkundige zijn.

In de herziening van de wet op de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen (WUG) heeft de verpleegkundige zorg een belangrijke plaats.

révision de la médication et d'autres formes de soins pharmaceutiques poursuivis.

Un chantier important sera celui de la répartition géographique des pharmacies. À ce niveau, l'objectif est de simplifier la procédure légale administrative complexe et de revoir les règles de répartition afin de faciliter l'accès aux soins pharmaceutiques pour chaque patient.

Au niveau de l'INAMI, dans le cadre du plan d'action contrôle des soins de santé, des feedbacks intégrés aux prestataires cibleront outre la sensibilisation aux conséquences de la polymédication en particulier, la prescription rationnelle sur base d'indicateurs qualité. Ces indicateurs concernent la prescription d'antibiotiques, de psychotropes, d'anti-inflammatoires et IPP, ainsi que la médication cardiovasculaire (statines).

En septembre 2016, les activités de la Plate-forme Soins pharmaceutiques ont été lancées dans les hôpitaux. La Plate-forme développera des actions spécifiques sur la continuité des soins, la pharmacie clinique et les dispositifs médicaux. En ce qui concerne la garantie de continuité des soins, une collaboration est nécessaire entre le SPF Santé publique, l'INAMI et l'AFMPS pour le développement des différentes actions du Plan e-santé et notamment, les bases de données centrales et les sources authentiques (SAM2, CLADIMED, etc.), la prescription médicale électronique, la collaboration avec la première ligne, etc.

À partir de 2017, des mesures seront également prises au niveau de la collaboration et du soutien des projets relatifs à l'hospitalisation à domicile, du m-Health et des soins intégrés pour les malades chroniques. De ce fait, une plus grande attention sera accordée aux soins pharmaceutiques et au rôle du pharmacien à ce niveau.

En ce qui concerne les pharmaciens en biologie clinique, une procédure a été lancée pour créer un titre professionnel particulier équivalent au titre professionnel particulier de biologie clinique destiné aux médecins.

5.8. *Les infirmiers(ères)*

La transposition de la Directive européenne 2013/55 mi-2016 a clairement montré les compétences minimales et la formation nécessaires au niveau d'un personnel infirmier généraliste polyvalent.

Les soins infirmiers ont une place importante dans la révision de la loi sur l'exercice des professions de soins de santé (LEPSS).

Hierbij heb ik bijzondere aandacht voor toepassing van de algemene pijlers van de hervorming van de WUG en de integratie hiervan in het continuüm van verpleegkundige zorg. Functieclassificatie en taakdelegatie zullen binnen de verpleegkunde centraal staan. Ik onderzoek daarom de opportuniteit om het profiel van de Healthcare assistant te introduceren als meerwaarde en versterking in een veranderend zorglandschap. Daarnaast wordt binnen de verpleegzorg gewerkt en de horizontale groeimogelijkheden van verpleegkundigen tot gespecialiseerd verpleegkundige en verpleegkundig specialist. De veranderende rol van de verpleegkundige in patientempowerment en in coaching van patiënten en andere zorgverleners krijgt hierin meer en meer aandacht.

De implementatie van de IF-IC voor loontrekkenden die actief zijn in de zorginstellingen van Paritair Comité 330 onder de federale bevoegdheid dient te worden verdergezet. Ik zal hieromtrent het overleg met de sociale partners verderzetten.

5.9. *Vroedvrouwen*

Er zullen stappen worden ondernomen om de medicalisering in de perinatale zorg te doen dalen. Hiertoe zal ik onderzoeken welke meerwaarde vroedvrouwgeleide zorginitiatieven 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 in 2016-2017 een belangrijke partner vormen voor de ziekenhuizen die zich engageren voor het pilootproject “Bevallen met kort ziekenhuisverblijf”. De verschuiving van intra- naar extramurale zorg binnen de pilootprojecten zal ook voor deze beroepsgroep een grote uitdaging vormen. In de evaluatie van de pilootprojecten zal ook de rol van de vroedvrouw aan bod komen.

De wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen stelt dat de Koning de modaliteiten en de bijzondere kwalificatiecriteria kan bepalen waaraan een vroedvrouw moet voldoen om echografieën uit te voeren. In 2017 zullen de modaliteiten en criteria worden onderzocht om de vroedvrouwen in staat te stellen om functionele, niet-morfologische, echografieën uit te voeren.

Ici, j'ai une attention particulière pour l'application des piliers généraux de la réforme du LEPSS et l'intégration de ceux-ci dans le continuum des soins infirmiers. La classification de fonction et la délégation de tâche seront centrales au sein du nursing. Pour cela, j'étudie l'opportunité d'introduire le profil d'un Healthcare assistant comme plus-value et renforcement dans un paysage de soins évolutif. De plus, on travaillera sur les soins infirmiers ainsi que sur les possibilités d'évolutions horizontales des infirmiers vers des infirmiers spécialisés et infirmiers spécialistes. Le rôle évolutif de l'infirmier dans l'empowerment et le coaching des patients et autres prestataires de soins, bénéficiera dans ce cadre d'une attention croissante.

L'implémentation de l'IF-IC pour les travailleurs salariés actifs dans les établissements de soins relevant de la Commission Paritaire 330 et relevant de la compétence fédérale sera poursuivie. Je continuerai à poursuivre à ce sujet la concertation avec les partenaires sociaux.

5.9. *Les sages-femmes*

Des actions seront entreprises pour faire baisser la médicalisation dans le cadre des soins périnataux. À cette fin, j'examinerai la plus-value des initiatives de soins dirigées 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 constituent en 2016-2017 d'importants partenaires pour les hôpitaux qui se sont engagés dans le projet pilote “Accouchement avec séjour hospitalier écourté”. Le glissement des soins intramurales vers les soins extramurales 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.

La Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé stipule que le Roi peut fixer les modalités et les critères de qualification particulière permettant à la sage-femme de réaliser des échographies. En 2017, les modalités et les critères seront examinés afin de permettre aux sages-femmes la réalisation des échographies fonctionnelles, et non morphologiques.

5.10. *Paramedici*

In 2016 heb ik een vernieuwde versie van het KB betreffende het beroep van podoloog laten publiceren om de kwaliteit en de veiligheid van de podologische zorgen te verbeteren. Ik heb tevens de erkenning verplicht gesteld om dit beroep te kunnen uitoefenen. In 2017 zal ik hetzelfde doen voor het paramedisch beroep van bandagist-orthesist-prothesist dat tevens de nieuwe titel van Orthopedisch Technoloog zal krijgen.

Ik zal in 2017 ook onderzoeken of het mogelijk is om hetzelfde werk te verrichten voor de orthoptie. België leidt sinds vele jaren geen orthoptisten meer op, wat problematisch begint te worden voor de toegang van patiënten tot visuele revalidatie.

Ik wens daarnaast ook na te denken over een modernisering van de wetgeving betreffende technologen in medische laboratoria en technologen in medische beeldvorming.

Verder ben ik van plan om een nieuw paramedisch beroep van mond- en tandhygiënist in het leven te roepen, als antwoord op de groeiende behoefte van de bevolking op dit gebied.

5.11. *Niet-conventionele methoden*

Voor niet-conventionele prestaties en complementaire praktijken zal ik verder een nieuw wettelijk kader uitwerken waarin criteria worden opgenomen waaraan personen die deze handelingen verrichten moeten voldoen om erover te waken dat de evidence based therapie aan deze patiënten/cliënten niet wordt ontzegd. Binnen dit wettelijk kader zullen patiëntveiligheid en informatieverstrekking aan de cliënt centraal staan.

Het proces voor de erkenning van osteopaten en chiropractors wordt verdergezet.

6. **Hervorming van de organisatie en de financiering van de ziekenhuizen**

Eén van de belangrijkste structurele hervormingen van deze legislatuur is de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering. In 2015 werd een meerjarenplan voorgesteld dat een adequaat antwoord bood op de uitdagingen van vandaag. Dit plan van aanpak voorziet in een geleidelijke en coherente uitvoering en past in de budgettaire ontwikkelingen.

In 2017 zullen verschillende acties die al geïmplementeerd zijn, worden voortgezet: vereenvoudiging van de

5.10. *Paramédicaux*

En 2016, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins podologiques offerts aux patients, j'ai fait publier une version modernisée de l'AR relatif à la profession de podologue et j'ai rendu l'agrément obligatoire pour exercer cette profession. Je ferai de même en 2017 pour la profession paramédicale de Bandagiste-Orthésiste-Prothésiste, qui se verra attribuer par la même occasion le nouveau titre de Technologue Orthopédique.

J'examinerai également en 2017 la possibilité d'effectuer le même travail pour l'orthoptie. En effet, la Belgique ne forme plus d'orthoptiste depuis plusieurs années et cela commence à poser des problèmes d'accès à la rééducation visuelle pour les patients.

Je souhaite par ailleurs entamer un travail de réflexion sur la modernisation des législations des technologues de laboratoires médicaux et des technologues en imagerie médicale.

Je compte également créer une nouvelle profession paramédicale d'hygiéniste bucco-dentaire afin de répondre aux besoins croissants de la population dans ce domaine.

5.11. *Méthodes non conventionnelles*

En ce qui concerne les prestations non conventionnelles et les pratiques complémentaires, un nouveau cadre légal est en discussion depuis 2016 au sein du gouvernement, 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 occuperont une place centrale.

Le processus d'agrément des ostéopathes et des chiropracteurs se poursuit.

6. **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. En 2015, un plan pluriannuel permettant de répondre adéquatement aux défis auxquels nous sommes confrontés a été proposé. Ce plan d'approche prévoit une exécution progressive et cohérente et s'inscrit dans l'évolution budgétaire.

Pour 2017, plusieurs actions, déjà mises en œuvre, seront poursuivies: simplification des systèmes de

financieringssystemen, maar ook van de registraties, studies en pilootstudies, raadpleging van belanghebbers om de praktische uitvoering van de voorstellen mogelijk te maken met name op de netten, in het ziekenhuislandschap en de zorgbehoefte, met name bij de spoeddiensten, een P4Q-systeem, prospectieve financiering van de honoraria van de laagvariabele zorg, ...

6.1. Ziekenhuisnetwerken

De ziekenhuishervorming gaat niet enkel over een hervorming van financiering, deze kan niet anders dan ook gepaard gaan met een reorganisatie van het ziekenhuislandschap. De reorganisatie van het zorglandschap zal resulteren in een gerationaliseerd zorgaanbod, waarbij er meer en meer concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg zal zijn, met afbouw van capaciteit.

De ziekenhuizen zijn zich hiervan bewust en reeds erg actief op zoek naar partners, en sommige deelstaten formuleren voorstellen vanuit hun bevoegdheid. Maar de bestaande instrumenten, zoals de fusie, associatie en de groepering volstaan niet om de structurele samenwerking tussen ziekenhuizen in klinische netwerken vorm te geven. Een nieuw concept "netwerk" moet zowel functioneel als juridisch uitgewerkt worden, en dit netwerk wordt in de toekomst de nieuwe hoeksteen van het ziekenhuisbeleid, zoals dat vroeger het individuele ziekenhuis was.

Het netwerk wordt het instrument (middel) voor geformaliseerde taak- en werkafspraken tussen ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, zodat de patiënten (waarvan een toenemend aantal geconfronteerd wordt met chronische aandoeningen die regelmatig zorg behoeven) en hun verwijzers steeds hun weg vinden naar het meest geschikte zorgaanbod.

Netwerkvorming met een gerationaliseerd zorgaanbod is ook het middel om een antwoord te bieden op het streven naar meer kwaliteit tegen lagere kosten.

— Meer kwaliteit omdat er voor sommige zeldzame aandoeningen of complexe ingrepen een aangetoond verband is tussen volume en expertise van een team enerzijds en *outcome* anderzijds, en omdat de continuïteit en coördinatie van de zorg meerwaarde biedt.

— Lagere kosten omdat infrastructuur en apparatuur efficiënter ingezet worden, en er een rationalisatie zal zijn door de afbouw van een aantal diensten met een lage activiteit maar waar wel permanentie vereist is, en

financement mais aussi des enregistrements, études, études pilotes, consultations des acteurs pour permettre l'exécution pratique des propositions entre-autres sur les réseaux, le paysage hospitalier et les besoins de soins notamment d'urgence, le système de P4Q, le financement prospectif des honoraires des soins à faible variation, ...

6.1. Réseaux hospitaliers

La réforme des hôpitaux ne concerne pas seulement la réforme de leur financement, elle se doit aussi d'aller de pair avec une réorganisation du paysage hospitalier. La réorganisation du paysage hospitalier aboutira à une offre de soins rationalisée qui se caractérisera par une concentration et une spécialisation croissante des soins hospitaliers et une diminution de la capacité.

Les hôpitaux en ont conscience et recherchent déjà très activement des partenaires et certaines entités fédérées formulent des propositions dans le cadre de leur compétence. Mais les instruments existants, comme la fusion, l'association et le regroupement ne suffisent pas pour donner forme à la collaboration structurelle entre les hôpitaux en réseaux cliniques. Un nouveau concept "réseau" doit être défini, aussi bien sur le plan fonctionnel que sur le plan juridique et ce réseau est appelé à devenir, à l'avenir, la nouvelle pierre angulaire de la politique hospitalière à l'instar de ce qu'était précédemment l'hôpital individuel.

Le réseau devient l'instrument (le moyen) de formalisation des accords et des tâches entre les hôpitaux ou les services hospitaliers, de sorte que les patients (dont un nombre croissant souffrent de maladies chroniques nécessitant des soins réguliers) et leurs référents puissent trouver l'offre de soins la plus appropriée.

La formation d'un réseau qui propose une offre de soins rationalisée permet également de répondre à l'objectif d'aboutir à une qualité supérieure pour un coût inférieur.

— Qualité supérieure parce que pour certaines maladies rares ou interventions complexes, il existe un lien établi entre le volume et l'expertise d'une équipe d'une part, et les résultats d'autre part, et parce que la continuité et la coordination des soins offrent une plus-value.

— Coût inférieur parce que l'infrastructure et l'appareillage seront utilisés de manière plus efficiente et que la suppression de certains services entraînera une rationalisation et une plus faible activité, avec toutefois

omdat er ook minder complicaties of fouten bijkomende zorg veroorzaken.

Dankzij netwerkvorming zullen zorgbudgetten anders ingezet kunnen worden waardoor niet alleen onderfinanciering weggewerkt zal worden, maar er ook ruimte zal zijn om een antwoord te bieden op nieuwe noden, en dit rekening houdende met de huidige macro-budgettaire context.

In het kader van een nauwere samenwerking tussen ziekenhuizen onderscheiden we verschillende soorten ziekenhuisfuncties. Naargelang de aandoening omvat het zorgtraject voor de patiënt mogelijks zorg in één of meer algemene-, gespecialiseerde, referentie- of universitaire functies.

— De algemene zorgfuncties worden aangeboden in elk netwerk, en kunnen op elke vestigingsplaats van het netwerk aangeboden worden.

— De gespecialiseerde zorgfuncties worden aangeboden in elk netwerk, maar slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen. Voor deze functies dienen de ziekenhuizen binnen het netwerk onderlinge door- en terugverwijsafspraken te maken.

— De referentiezorgfuncties zijn nog sterker gespecialiseerd en worden niet in elk netwerk aangeboden. Hiervoor zijn door- en terugverwijsafspraken tussen referentiepunten in verschillende netwerken vereist.

— De specifieke universitaire functies op vlak van patiëntenzorg omvatten o.a. de laatstelijnsverwijsfunctie en de zogenaamde “tertiaire of quataire” pathologie.

Het klinisch netwerk wordt aldus een verzameling van ziekenhuizen waarin algemene, gespecialiseerde en referentiezorgfuncties complementair aangeboden worden. Ziekenhuizen zullen in de toekomst niet groter worden (i.e. er is géén beweging naar verregaandere concentratie van bedden en apparatuur op één plaats), en in de totaliteit zal er een afbouw zijn van zowel campussen als bedden. In elk ziekenhuis en op elke campus blijft er evenwel de nood aan voldoende aanwezigheid van medische expertise en permanentie.

De federale overheid zal het aantal algemene, gespecialiseerde en referentiefuncties programmeren, en na advies van de Interministeriële Conferentie voor Gezondheid de verdeling over het Belgische grondgebied. De basiskenmerken van elke functie worden

la nécessité d’organiser une permanence et également parce que moins de complications ou d’erreurs entraînant la nécessité de soins supplémentaires.

Grâce à la formation de réseaux, les budgets des soins pourront être utilisés autrement, ce qui permettra d’éliminer non seulement le sous-financement mais laissera aussi de la place pour répondre aux nouveaux besoins et cela, en tenant compte du contexte macro budgétaire actuel.

Dans le cadre d’une collaboration plus étroite entre les hôpitaux, on peut distinguer différents types de fonctions hospitalières. Selon la maladie concernée, le trajet de soins pour le patient peut comprendre des soins dispensés dans une ou plusieurs fonctions générales, spécialisées, de référence ou universitaires.

— Les fonctions de soins générales sont proposées dans tous les réseaux et peuvent être proposées sur tous les sites du réseau.

— Les fonctions de soins spécialisées sont proposées dans tous les réseaux, mais uniquement dans un nombre limité d’hôpitaux. Pour ces fonctions, les hôpitaux d’un réseau doivent conclure entre eux des arrangements en matière de renvoi mutuel.

— Les fonctions de soins de référence sont encore plus spécialisées et ne sont pas proposées dans tous les réseaux. Pour cela des accords de renvoi mutuel doivent nécessairement être conclus entre des points de référence des différents réseaux.

— Les fonctions universitaires spécifiques dans le domaine des soins aux patients comprennent e.a. la fonction de renvoi de la dernière ligne et ce que l’on appelle les pathologies “tertiaires ou quaternaires”.

Le réseau clinique devient ainsi une collection d’hôpitaux dans lesquels sont proposées des fonctions de soins générales, spécialisées et de référence complémentaire. À l’avenir, les hôpitaux ne seront pas plus grands (c.-à-d. qu’il n’y aura pas de tendance vers une plus grande concentration des lits et de l’appareillage à un seul et même endroit), et au final, on notera une diminution aussi bien du nombre de sites que du nombre de lits. Tous les hôpitaux et tous les sites continueront toutefois à avoir besoin d’une présence suffisante en expertise médicale et d’une permanence.

L’autorité fédérale programmera le nombre de fonctions générales, spécialisées et de référence et après avis de la Conférence Interministérielle de la Santé, leur répartition sur le territoire belge. Les caractéristiques de base de chaque fonction sont fixées sur la base

vastgelegd op basis van evidence (o.a. prevalentie, *volume-outcome* relaties,...) en internationale ervaringen (bv. basisbestaffing). Sommige basiskenmerken zullen op het niveau “ziekenhuis” of “site” en andere op het niveau “netwerk” worden vastgelegd. De deelstaten staan in voor de erkenning.

Voor de taakafspraken van de regionale netwerken m.b.t. de gespecialiseerde zorg, de referentiezorg en de universitaire functies, wordt de keuze gemaakt in functie van kwaliteit en kosten.

Het netwerk zal ook een eigen governance structuur krijgen, om de strategische keuzes op het niveau van het netwerk te bepalen: welke algemene en gespecialiseerde functies op welke locatie en de keuze van de partners voor de referentie- en universitaire functie. De medische staf is een zeer belangrijke partner van het ziekenhuis en moet nauw betrokken blijven in de besluitvorming m.b.t. netwerkactiviteiten.

In de loop van 2017 zullen de eerste stappen worden gezet om bovenstaande concepten uit te werken in regelgeving. Het spreekt voor zich dat deze heroriëntering van het ziekenhuislandschap niet in één beweging zal gerealiseerd worden, maar gefaseerd en over meerdere jaren gespreid..

6.2. *Financiering van de laagvariabele zorg*

In het Plan van Aanpak is aangekondigd dat er “financieringsclusters” zullen geïdentificeerd worden en dat er financieringsmodaliteiten per cluster (laag-, medium of hoogvariabele zorg) zullen worden ontwikkeld.

Het KCE heeft intussen aangetoond dat het mogelijk is (onder andere op basis van statistische technieken) om patiënten op basis van pathologiegroepen op te delen in drie clusters, naargelang de variabiliteit van de RIZIV-uitgaven per patiënt. Het gaat hier zowel over variabiliteit in uitgaven tussen patiënten als tussen ziekenhuizen. Uiteraard zal deze groepering in de toekomst regelmatig geactualiseerd moeten worden, onder andere in functie van wijzigingen in de medische praktijkvoering en op basis van bijkomende informatie die beschikbaar wordt.

De KCE-studie laat dus toe om een aantal pathologiegroepen te identificeren die laagvariabel zijn, en waarvoor een financiering in de vorm van een uniform en vast bedrag/patiënt kan vastgelegd worden. Deze nieuwe financiering wordt initieel ontwikkeld voor een beperkt aantal pathologiegroepen. In een eerste fase

de preuves (e.a. la prévalence, les rapports *volume-outcome*,...) et des expériences internationales (p. ex. effectif de base). Certaines caractéristiques de base seront fixées au niveau de “l’hôpital” ou du “site” et d’autres au niveau du “réseau”. Les entités fédérées sont responsables des agréments.

En ce qui concerne les arrangements des accords des réseaux régionaux au niveau des soins spécialisés, des soins de référence et des fonctions universitaires, le choix sera effectué en fonction de la qualité et des coûts.

Le réseau se verra également doté d’une propre structure de gouvernance pour opérer les choix stratégiques qui s’imposent au niveau du réseau: quelles fonctions générales et spécialisées, à quel endroit ou encore choix de partenaires pour les fonctions de référence et universitaires. Le personnel médical représente un partenaire très important de l’hôpital et doit rester étroitement impliqué dans le processus décisionnel relatif aux activités du réseau.

Dans le courant de 2017, les premières mesures seront mises en œuvre pour intégrer les concepts ci-dessus dans la réglementation. Il va de soi que cette réorientation du paysage hospitalier ne se fera pas du jour au lendemain mais par phases réparties sur plusieurs années.

6.2. *Financement des soins à faible variation*

Dans le Plan d’Approche, il est annoncé que des “groupes de financement” seront identifiés et que des modalités de financement seront élaborées par groupe (soins à faible et moyenne variation et soins à variation élevée).

Entretemps, le KCE a démontré qu’il est possible (e.a. sur la base de techniques statistiques) de diviser les patients en trois clusters, sur base de groupes de pathologies classés en fonction de la variabilité des dépenses INAMI par patient. Il s’agit de la variabilité au niveau des dépenses, aussi bien entre les patients qu’entre les hôpitaux. À l’avenir, ce regroupement devra par ailleurs être régulièrement actualisé, e.a. en fonction des changements dans la pratique médicale et sur la base des nouvelles informations disponibles.

L’étude du KCE permet donc d’identifier une série de groupes de pathologies à faible variation, pour lesquels un financement peut être déterminé sous la forme d’un montant uniforme et forfaitaire /patient. Ce nouveau financement sera initialement développé pour un nombre limité de groupes de pathologies. Dans une

zullen de honoraria worden gebundeld tot één vast bedrag.

De komende maanden zullen artsen-experts een grondige klinische analyse uitvoeren van de laagvariabele pathologiegroepen (in functie van hun klinische homogeniteit). Daarnaast moet ook nog een technische oplossing uitgewerkt worden voor de toewijzing aan een pathologiegroep bij het ontslag van de patiënt, de facturatie, de remgelden en de supplementen. Tegen de zomer 2017 moeten deze werkzaamheden afgerond zijn zodat de nieuwe financieringsmethode tijdig naar alle stakeholders (ziekenhuizen, artsen, patiënten, verzekeringsinstellingen, softwarehuizen,...) kan gecommuniceerd worden. Vanaf januari 2018 wordt dan gestart met deze nieuwe financiering voor welbepaalde laagvariabele pathologiegroepen.

In een volgende fase wordt dan de integratie van de financiering van de geneesmiddelen, het BFM (budget financiële middelen), de dagforfaits en ev. andere (bv. implantaten) financieringsbronnen verder voorbereid.

6.3. *Pay for quality*

Tenslotte worden nog initiatieven gepland om nader te onderzoeken hoe de financiering kan worden gekoppeld aan het resultaat van de zorg, het zgn. “*pay for quality*” programma (P4Q). Er moet een geest van “werk-naar-kwaliteit” in de ziekenhuizen en bij de zorgverstrekkers worden gecreëerd met behulp van financiële stimulansen. Het systeem moet verbonden worden aan verplichtingen aangaande effectieve processen of resultaten in termen van impact op de gezondheid en het welzijn van de patiënt, maar ook in termen van lessen en praktijkervaring. We moeten aldus meetinstrumenten en financiële mechanismen ontwikkelen die de effectieve implementering van goede praktijken en de werkelijke voordelen in termen van kwaliteit ondersteunen, zowel op het vlak van de geneeskunde als op het niveau van de organisatie van de zorg (multidisciplinariteit, delen van informatie, toegankelijkheid, enz.). Dit zal gebeuren binnen de bestaande begrotingslimieten en, in eerste instantie, met een bescheiden budget. De bedoeling is ook om de registratielasten voor de ziekenhuizen zo min mogelijk te laten stijgen. Als de ervaring positief is, kunnen we dit principe uitbreiden naar de praktijk.

In het najaar van 2016 wordt een werkgroep opgestart die concrete voorstellen moet uitwerken. In deze werkgroep zullen, naast de administraties, ook diverse experts vertegenwoordigd zijn, vooral artsen. Daarnaast

première phase, les honoraires seront liés à un montant forfaitaire.

Dans les prochains mois, des médecins-experts procéderont à une analyse détaillée des groupes de pathologies à faible variation en fonction de leur homogénéité clinique). Parallèlement, il faut encore élaborer une solution technique d’attribution à un groupe de pathologies au moment de la sortie du patient ainsi qu’au niveau de la facturation, des tickets modérateurs et des suppléments. D’ici l’été 2017, ces activités devraient être terminées et la nouvelle méthode de financement devrait donc pouvoir être communiquée en temps utile à tous les acteurs concernés (hôpitaux, médecins, patients, organismes assureurs, sociétés de développement de logiciels, ...). À partir de janvier 2018, on pourrait alors commencer à travailler avec le nouveau mode de financement pour certains groupes de pathologies à faible variation.

Dans une phase ultérieure, on pourrait préparer d’avantage l’intégration du financement des médicaments, le BMF (budget des moyens financiers), les forfaits journaliers et éventuellement d’autres sources de financement (p. ex. les implants).

6.3. *Pay for quality*

Enfin, d’autres initiatives sont également planifiées pour examiner plus en détail comment relier le financement à la qualité des soins, ledit “*pay for quality*” (P4Q). Il faut créer un esprit de “travail orienté qualité” au sein des hôpitaux et auprès des prestataires, à l’aide d’incitants financiers. Le système doit être lié 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, tant au niveau de la médecine qu’au niveau de l’organisation des soins (multidisciplinarité, partage des informations, accessibilité, etc.). Ceci se fera dans les limites des budgets existants et, dans un premier temps, en utilisant une somme modeste. Le but est aussi d’augmenter le moins possible la charge d’enregistrement pour les hôpitaux. Si les expériences sont positives, nous pourrions alors étendre ce principe dans la pratique.

À l’automne 2016, un groupe de travail a été mis en place pour élaborer des propositions concrètes. Dans ce groupe de travail, outre les administrations, divers experts seront également représentés, surtout des

is het ook belangrijk dat patiënten een stem krijgen in deze werkgroep.

De grote lijnen voor P4Q liggen al vast:

— P4Q is van toepassing op alle algemene ziekenhuizen; het gaat niet over een project waar ziekenhuizen vrijwillig kunnen aan deelnemen of niet deelnemen;

— zowel de verbetering van de kwaliteit als het behalen van een minimumnorm kan beloond worden;

— we moeten vermijden dat de ziekenhuizen enkel voor deze financiering registraties zouden moeten bijhouden. We maken dus zoveel mogelijk gebruik van bestaande indicatoren of indicatoren die kunnen afgeleid worden uit bestaande registraties;

— de sector moet op voorhand goed geïnformeerd worden over de plannen: welke indicatoren worden gebruikt, hoe worden ze gemeten, hoe worden ze gevalueerd...;

— we starten met een bescheiden toepassing van P4Q, en pas als na evaluatie blijkt dat er een positief effect is op de kwaliteit van de ziekenhuizen kunnen we denken aan een uitbreiding;

— patiënten vragen steeds meer informatie over kwaliteit. Dit is een belangrijke stimulans om aan verbetering te werken. Als we middelen verdelen op basis van kwaliteit, dan kan men ook inzage vragen in de verdeling van de middelen.

6.4. *Proefprojecten inzake nieuwe zorgmodaliteiten*

Medio 2016 zijn de eerste projecten van start gegaan die moeten dienen als proeftuinen om transmurale samenwerking, uit te testen, waarbij het de bedoeling is om de kwaliteit van zorg minstens op het huidige niveau te behouden, maar het gebruik van de ziekenhuisaccommodatie voor te behouden voor patiënten die deze medische en verpleegkundige zorg echt nodig hebben. Daarenboven is het de bedoeling dat de tevredenheid van de patiënt minstens gelijk blijft of toeneemt. Het gaat om 7 projecten met betrekking tot een kortere verblijfsperiode na een klassieke bevalling zonder complicaties.

Begin 2017 moet een volgende (en laatste) reeks projecten van start gaan, meer bepaald in het domein van thuishospitalisatie. Het betreft projecten inzake enerzijds intraveneuze antibioticatherapie en anderzijds

médecins. Parallèlement, il est également important que les patients aient une voix dans ce groupe de travail.

Les grandes lignes du P4Q sont déjà définies:

— Le P4Q s'applique à tous les hôpitaux généraux; il ne s'agit pas d'un projet auquel les hôpitaux sont libres de participer ou de ne pas participer;

— Aussi bien l'amélioration de la qualité que l'obtention d'une norme minimale peuvent être récompensées;

— Nous devons éviter que les hôpitaux ne doivent procéder à ces enregistrements uniquement pour ce financement. Nous recourons donc au maximum aux indicateurs existants ou aux indicateurs qui peuvent être déduits des enregistrements existants.

— Le secteur doit être préalablement bien informé des projets: savoir quels indicateurs utiliser, comment les mesurer et les évaluer ...;

— Nous commençons par une application modeste du P4Q et ensuite, uniquement si l'évaluation montre un effet positif sur la qualité des hôpitaux, nous pourrions penser à son élargissement;

— Les patients demandent toujours plus d'informations sur la qualité. Il s'agit d'un incitant important pour œuvrer à l'amélioration de ce point. En répartissant les moyens sur la base de la qualité, nous pourrions également demander un droit de regard sur la répartition des moyens.

6.4. *Projets pilotes en matière de nouvelles modalités de soins*

Les premiers projets qui doivent servir de terrain d'essai de la collaboration transmurale ont démarré mi-2016. Leur but est de maintenir la qualité des soins au moins à son niveau actuel, mais de réserver l'utilisation des lits aux patients ayant vraiment besoin de ces soins médicaux et infirmiers. Qui plus est, l'objectif est aussi d'au moins conserver le niveau de satisfaction du patient ou de l'augmenter. Il s'agit des 7 projets concernant les séjours écourtés après accouchement classique sans complications.

Il est prévu que la série de projets suivante (et la dernière) démarre début 2017. Cette série de projets concerne plus précisément le domaine de l'hospitalisation à domicile. Il s'agit de projets d'une part d'antibio-

andere zorgvormen die thuis worden verstrekt op basis van innoverende organisatiemodaliteiten.

De ontwikkeling van deze alternatieven vergt ook opvolging via de observatie en analyse van het traject van de patiënten met inbegrip van de kwetsbare groepen. Het doel is om de kwaliteit van de zorg waarneembaar te maken en deze desgevallend te verbeteren en tegelijkertijd de extra ziekenhuiskosten te drukken die deze patiëntencategorieën met zich meebrengen, en dit door alternatieven voor hospitalisatie te ontwikkelen in een perspectief van zorgcontinuïteit.

Deze nieuwe benadering gaat gepaard met een analyse van de effecten van de nieuwe zorgvormen op het vlak van kwaliteit, veiligheid en tevredenheid van de patiënten en de betrokken zorgverstrekkers.

6.5. *Studies*

De studies betreffende de vereenvoudiging van het BFM en de identificatie van de praktijkkosten in de honoraria zullen worden voortgezet met het oog op de presentatie van de eindrapporten begin 2018. Op basis hiervan zal het huidige systeem, dat complex en weinig transparant wordt geacht, structureel en grondig kunnen worden hervormd.

Er lopen bovendien nog heel wat studies onder auspiciën van het KCE waarvan de oplevering in 2017 is gepland:

- De bestuursstructuur van de netwerken (voor dit thema zal het eindrapport voor het jaareinde worden voorgelegd aan de Raad van Bestuur van het KCE);

- In welke mate kunnen chirurgische ingrepen waarvoor patiënten momenteel worden opgenomen, naar daghospitalisatie worden overgeheveld?

- Hoe moet traumazorg worden georganiseerd in België?

- Hoe zal het vereiste zorgaanbod evolueren in de komende jaren, rekening houdend met de verwachte evolutie in de demografische samenstelling en het sterftecijfer?

6.6. *Wetgeving op de aflevering van geneesmiddelen en gezondheidsproducten in de ziekenhuisapotheek*

In 2017 zal de geplande herziening van de wetgeving inzake de aflevering van geneesmiddelen en gezond-

thérapie intraveineuse et d'autre part d'autres formes de soins qui sont dispensés à domicile sur la base de modalités d'organisation innovantes.

Le développement de ces alternatives nécessite également un suivi passant par l'observation et l'analyse des trajectoires des patients, y compris les groupes vulnérables.. L'objectif étant de rendre la qualité de la prise en charge observable et le cas échéant, de l'améliorer tout en réduisant les surcoûts hospitaliers engendrés par ces catégories de patients et ce, à travers le développement d'alternatives à l'hospitalisation dans une perspective favorisant la continuité des soins.

Cette nouvelle approche s'accompagne d'une démarche d'analyse de l'impact des nouvelles formes de soins en termes de qualité, de sécurité, mais également de satisfaction des patients et des prestataires de soins qui y sont impliqués.

6.5. *Études*

Les études portant sur la simplification du BMF et l'identification des frais de pratiques dans les honoraires seront poursuivies en vue de permettre une présentation des rapports finaux début 2018. Sur cette base, le système actuel, jugé complexe et peu transparent pourra être modifié de manière structurelle et en profondeur

De nombreuses autres études sont en outre encore en cours, notamment sous les auspices du KCE dont la fin est prévue en 2017:

- La structure de gouvernance des réseaux (pour ce thème, le rapport final sera soumis au conseil d'administration du KCE avant la fin de l'année);

- Dans quelle mesure les interventions chirurgicales, pour lesquelles les patients sont actuellement hospitalisés, peuvent-elles passer en hospitalisation de jour?

- Comment organiser les soins en traumatologie en Belgique?

- Comment évoluera l'offre en soins requise ces prochaines années, tenu compte des évolutions attendues dans la composition de la population et la morbidité?

6.6. *Législation relative à la délivrance des médicaments et produits de santé en officine hospitalière*

La révision prévue de la législation relative à la délivrance des médicaments et produits de santé en

heidsproducten in de ziekenhuisapotheek gefinaliseerd worden. Hierbij wordt een globale benadering van de farmaceutische zorgverstrekking in de verzorgingsinstellingen beoogd, namelijk alle activiteiten vanaf aanschaf tot en met aflevering en verdere opvolging met betrekking tot geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en eveneens voedingssupplementen binnen het kader van de ziekenhuisapotheek. Er wordt uiteraard rekening gehouden met de relatie met andere zorgverstrekkers.

De optimalisatie van de uitvoering van de diverse taken zal worden gerealiseerd door het invoeren van hoogwaardige kwaliteitsnormen (PICs) samen met een rationalisatie van de uitvoering van deze taken onder meer door het voorzien van samenwerkingsverbanden, verplicht gebruik van eenheidsdosisverpakkingen, etc.

Daar waar het overleg met de betrokken sector reeds heeft plaatsgevonden, zal de invoering van deze ingrijpende wijzigingen tevens overlegd worden met de deelstaten conform de principes van de Zesde Statehervorming.

7. Niet-planbare zorg

Niet alle zorg voor een patiënt is vooraf in te plannen. Wanneer een patiënt echter geconfronteerd wordt met een plotse zorgnood is het voor hem niet altijd eenvoudig om zelf het juiste zorgpad te identificeren, vooral wanneer de zorgvraag zich voordoet buiten de beschikbaarheidsuren van de huisarts of het zorgteam, of wanneer de zorgnood acuut of levensbedreigend is.

Vandaag bestaan de verschillende zorgopties of zorgpaden van niet-planbare zorg nog te veel naast elkaar: wachtdiensten van huisartsen of andere gezondheidszorgberoepen, wachtposten, spoedgevallendiensten, dringende geneeskundige hulpverlening, 112, 1733, ... In de toekomst moet het duidelijk worden dat ze samen de puzzel vormen van de geïntegreerde aanpak waarbij de optimale zorg van de patiënt centraal blijft staan, ook buiten het planbare zorgpad.

Binnen mijn geïntegreerde visie van niet-planbare zorg lijkt het belangrijk de pilotstudies terzake verder te zetten en de geleerde lessen uit pilotstudies te gebruiken binnen de aansturing van de nieuwe regelgeving en de organisatie van de niet-planbare zorg.

Binnen de niet-planbare zorg mag ons doel niet enkel zijn het beantwoorden van de individuele niet-planbare zorgvraag. Het recent verleden heeft ons spijtig genoeg aangetoond dat we ook een antwoord moeten kunnen

officine hospitalière sera finalisée en 2017. Dans ce cadre, le but est d'instaurer une approche globale des prestations pharmaceutiques dans les établissements de soins qui englobe toutes les activités, de l'achat à la dispensation ainsi que le suivi des médicaments, des dispositifs médicaux et des suppléments alimentaires de l'officine hospitalière. Dans ce cadre, il sera toutefois également tenu compte de la relation avec les autres prestataires de soins.

L'optimisation de l'exécution des diverses tâches se fera sous la forme de l'introduction de normes de qualité élevées (PIC) et la rationalisation de l'exécution de ces tâches, entre autres, par la mise en place d'accords de collaboration, l'utilisation obligatoire de conditionnements unitaires, etc.

Lorsqu'une concertation avec le secteur concerné a déjà été organisée, l'introduction de ces modifications invasives fera l'objet d'une nouvelle concertation avec les entités fédérées, conformément aux principes de la Sixième réforme de l'État.

7. Soins non planifiables

Tous les soins ne sont pas planifiables. Lorsqu'un patient a soudainement besoin de soins, il n'est pas toujours simple pour lui d'identifier le bon trajet de soins à suivre, surtout quand la demande de soins survient en dehors des heures de disponibilité des médecins généralistes ou de l'équipe de soins ou lorsque le besoin de soins s'avère aigu ou menace le pronostic vital.

Aujourd'hui, les différentes options existantes en matière de soins ou de trajets de soins relatifs aux soins non planifiables sont encore trop parallèles: services de garde des médecins généralistes ou autres professions des soins de santé, postes de garde, services des urgences, aide médicale urgente, le 112, le 1733, ... À l'avenir, il doit être clair qu'ils constituent ensemble les différentes pièces du puzzle de l'approche intégrée dans laquelle la dispensation de soins optimaux au patient occupe la place centrale, aussi en dehors du trajet des soins planifiables

Dans ma vision intégrée des soins non planifiables, il me semble important de poursuivre les études pilotes en la matière et d'utiliser les leçons qu'on en tire pour façonner la nouvelle réglementation et l'organisation des soins non planifiables.

Dans le cadre des soins non planifiables, notre objectif ne peut se limiter à vouloir répondre à des demandes de soins non planifiables individuelles. Le passé récent nous a malheureusement montré que nous devons aussi

bieden aan de grotere vraagstukken van niet-planbare zorg: crisissen.

7.1. *Dringende geneeskundige hulpverlening*

De hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening start bij de triage binnen de medische dispatching van de 112 en eindigt aan de toegangsdeuren van de spoedevallendienst.

Na het aanreiken van de adviezen door de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening aangaande de herziening van de organisatie, financiering en programmatie van de dringende geneeskundige hulpverlening ben ik erin geslaagd binnen de eigen enveloppe 12 miljoen euro vrij te maken ter ondersteuning van de DGH. Hiermee is de optimalisatie-oefening van ons 3-traps-model (ziekenwagen, PIT & MUG) echter verre van beëindigd. Er is nog een zeer lange weg te gaan. Voor het eerst sinds 1964, het oprichtingsjaar van onze dringende geneeskundige hulpverlening, wens ik voor de burger een duidelijke service level agreement voorop te stellen: een maximaal vrij medisch interval van maximaal 15 minuten bij 90 % van de dringende geneeskundige interventies. Ik zal in de loop van 2017 deze hervorming verder ontwikkelen.

7.2. *Niet-dringende geneeskundige hulpverlening*

7.2.1. *Wacht*

De consolidatie en redesign van het KB nr. 78 tot een nieuwe wetgeving aangaande de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen moet ook duidelijkheid brengen aangaande de integratie van alle eerstelijnszorgberoepen (huisarts, apotheker, tandarts, thuisverpleegkundigen, ...) binnen alle aspecten van wacht en wachtdienst. De patiënt moet met zijn niet-planbare zorgvraag altijd ergens terecht kunnen, waar hem/haar het meest optimale zorgaanbod gedaan wordt in afwachting van het kunnen plannen van het verdere zorgpad. Deze wacht dient zich op termijn ook geheel in te schrijven binnen de triage welke uitgebouwd zal worden binnen de medische 1733-dispatchings.

7.2.2. *1733*

Het project 1733 is, naast de 112, de tweede telefonische toegang tot de niet-planbare zorg voor de patiënt. In 2017 dienen de voorziene personeelskaders voor de 1733-oproepen in samenspraak met Binnenlandse Zaken verder opgevuld te worden zodat, op korte termijn, een triage van de oproepen voor de huisartsen en hun wachtdienst gerealiseerd kan worden.

pouvoir répondre aux problématiques plus importantes liées aux soins non planifiables: les crises.

7.1. *Aide médicale urgente*

L'aide médicale urgente commence au moment du triage au sein du service de dispatching médical du 112 et se termine à la porte de sortie du service d'urgences.

Après avoir reçu les avis du Conseil National de l'aide médicale urgente concernant la révision de l'organisation, du financement et de la programmation de l'aide médicale urgente, j'ai réussi à libérer au sein de cette propre enveloppe 12 millions d'euros pour soutenir l'AMU. L'exercice d'optimisation de notre modèle à 3 échelons (ambulance, PIT & SMUR) est toutefois encore loin d'être terminé. Et le chemin à parcourir est encore très long. Pour la première fois depuis 1964, année de création de notre aide médicale urgente, je souhaite proposer au citoyen un service level agreement clair: un délai d'intervention médicale de maximum de 15 minutes dans 90 % des interventions médicales urgentes. Je vais poursuivre le développement de cette réforme dans le courant de 2017.

7.2. *Aide médicale non urgente*

7.2.1. *Garde*

La consolidation et la refonte de l'AR 78 en une nouvelle législation relative à l'exercice des professions de la santé doivent également clarifier l'intégration de toutes les professions de la première ligne (médecin généraliste, pharmacien, dentiste, infirmier à domicile) au sein de tous les aspects de la garde et du service de garde. La demande de soins non planifiables du patient doit toujours pouvoir aboutir quelque part, et plus précisément là où il pourra recevoir les meilleurs soins en attendant de pouvoir planifier la suite de son trajet de soins. À terme, cette garde doit être entièrement intégrée dans le triage qui sera développé au sein des dispatchings médicaux 1733.

7.2.2. *1733*

Le projet 1733 constitue, à côté du 112, le deuxième accès téléphonique du patient à des soins non planifiables. En 2017, les cadres de personnel prévus pour les appels 1733, en concertation avec les Affaires Intérieures devront être complétés de sorte qu'à court terme, un triage des appels aux médecins généralistes et à leur service de garde puisse être mis en place.

Op langere termijn, zullen binnen dit project nieuwe protocollen gedefinieerd worden op basis van verschillende pilootprojecten met als doel de integratie van de triage van oproepen voor de huisartsen binnen de 112-triage. Deze pilootprojecten dienen in 2017 verder gezet te worden teneinde de juiste doorverwijzing van de patiënt te garanderen binnen het toekomstig zorgmodel, maar ook teneinde een duurzaam zorgmodel te ontwikkelen voor de zorgverleners.

Dit zorgmodel dient dan verder geïmplementeerd te worden binnen 2 medische dispatchings per taalrol, opdat redundantie binnen de eigen taal verzekerd blijft. In die zin is het project 1733 in grote mate verstrengeld met het redesign-traject van de 112 van mijn collega van Binnenlandse Zaken. Via bilaterale contacten streef ik dan ook de optimale infrastructurele en logistieke ondersteuning van de 112-centra na, opdat deze ook op efficiënte wijze, binnen de medische dispatching, de 1733-taak zouden kunnen opnemen.

7.2.3. Wachtpost

Het Federaal regeerakkoord stipuleert dat de organisatie en de werking van de huisartsenwachtposten wordt geëvalueerd en geoptimaliseerd. De basis voor de uitvoering van dit punt van het regeerakkoord werd gelegd door het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen van 22 december 2015, dat de organisatie van een externe audit voorziet. Deze audit werd in de loop van de periode april-september 2016 georganiseerd en de resultaten ervan zullen de basis vormen voor een vernieuwd financieringskader van de wachtposten. Dit vernieuwd kader moet operationeel worden in de loop van 2017, zoals is gestipuleerd in voornoemd akkoord artsen-ziekenfondsen. Dit akkoord beschrijft ook reeds de krachtlijnen voor een mogelijke hervorming van het financieringskader, daar waar het streeft naar samenwerking tussen wachtposten onderling of tussen wachtposten en andere zorgverleners, in het bijzonder de ziekenhuizen en hun spoedgevallendiensten. Het akkoord draagt op die manier bij tot een andere belangrijke doelstelling van het regeerakkoord, namelijk het ontmoedigen van niet-gerechtvaardigde opnames in de ziekenhuisspoeddiensten en het aansporen van de patiënten om eerst een beroep te doen op de huisarts of de huisartsenwachtdienst. De huisartsenwachtposten worden op die manier ingeschakeld in een globaal geïntegreerd beleid rond niet-planbare zorg, waartoe ook een moderne visie op de beroepsmatige aspecten van de medische permanentie enerzijds en de organisatie van het eenvormig oproepstelsel anderzijds een bijdrage zullen leveren.

À plus long terme, de nouveaux protocoles seront définis au sein de ce projet sur la base des différents projets pilotes dans le but de mettre en place le triage des appels aux médecins généralistes dans le cadre du triage 112. Ces projets pilotes devront être poursuivis en 2017 afin de garantir aux patients une orientation adéquate au sein du futur modèle des soins, mais aussi afin de développer un modèle de soins durable pour les prestataires de soins.

Ce modèle de soins devra ensuite être implémenté dans 2 dispatchings médicaux par rôle linguistique, pour que la redondance dans chaque rôle linguistique reste garantie. En ce sens, le projet 1733 est fortement lié au trajet de redesign ou d'optimisation du 112 de mon collègue des Affaires Intérieures. Par le biais de contacts bilatéraux, mon but est aussi d'arriver à mettre en place un soutien, tant infrastructurel que logistique optimal des centres 112 pour que ceux-ci puissent également assumer les tâches 1733 de manière efficiente au sein du dispatching médical.

7.2.3. Poste de garde

L'accord de gouvernement fédéral stipule que l'organisation et le fonctionnement des postes de garde des médecins généralistes sont évalués et optimisés. La base de l'exécution de ce point de l'accord de gouvernement est posée par l'accord national médico-mutualiste du 22 décembre 2015, qui prévoit l'organisation d'un audit externe. Cet audit a été organisé sur la période d'avril-septembre 2016 et ses résultats constituent la base d'un nouveau cadre de financement des postes de garde. Ce nouveau cadre sera opérationnel dans le courant de 2017, comme stipulé dans l'accord médico-mutualiste précité. Cet accord décrit déjà aussi les grandes lignes d'une éventuelle réforme du cadre de financement en ce sens qu'il vise la collaboration entre les postes de garde entre eux ou entre les postes de garde et les autres prestataires de soins, et plus spécialement les hôpitaux et leurs services des urgences. L'accord contribue ainsi à la réalisation d'un autre objectif important, à savoir la dissuasion des admissions non justifiées dans les services des urgences et l'encouragement des patients à d'abord faire appel à leur médecin généraliste ou au service de garde des médecins généralistes. Les postes de garde des médecins généralistes peuvent ainsi être intégrés dans une politique globale intégrée en matière de soins non planifiables, à laquelle une vision moderne des aspects professionnels de la permanence médicale d'une part et l'organisation d'un système d'appel uniforme d'autre part, contribueront.

8. E-Gezondheid als hefboom voor patiëntgerichte zorg

De verschillende projecten in e-Gezondheid worden in samenspraak en samenwerking met de deelstaten uitgevoerd indien de materie geen exclusieve federale bevoegdheid is.

8.1. Geïntegreerd Elektronisch Patiënten Dossier

Omdat de ziekenhuizen een centrale rol spelen in het gezondheidssysteem is het belangrijk dat zij performante toekomstgerichte elektronische patiënten dossiers hebben. Aangezien dit onvoldoende het geval blijkt te zijn, werd er een accelerator programma opgestart met als doelstelling dat alle ziekenhuizen tegen 2019 investeren in een geïntegreerd Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en het ook effectief gebruiken. In overleg met de sector werd er bepaald welke functionaliteiten zo een geïntegreerd EPD minimaal dient te bevatten. In 2017 zullen alle ziekenhuizen die nog geen keuze van geïntegreerd EPD gemaakt hadden, dit effectief moeten doen, willen ze nog kunnen genieten van de voorziene financiële ondersteuning voor het gebruik van het EPD. Ter ondersteuning werd in de gezondheidszorgbegroting voor 2016 reeds recurrent 40 miljoen euro extra ingeschreven op jaarbasis voor de digitalisering binnen de ziekenhuizen, bovenop de bestaande investering van 16 miljoen op jaarbasis.

Nu het elektronisch patiëntendossier meer vorm begint te krijgen en de uitwisseling van informatie op elektronische wijze de standaard is, wordt duidelijk dat goede afspraken rond terminologie een absolute noodzaak zijn. Er dient dan ook meer ingezet te worden op een overkoepelend terminologiebeleid met SNOMED CT en LOINC als basis terminologieën.

In 2017 zal een terminologiemangement- & distributietool geïmplementeerd worden waardoor het mogelijk wordt een Belgische SNOMED CT Release te distribueren aan alle gebruikers.

In deze Release zullen specifieke subsets in twee landstalen (NL & FR) ter beschikking zijn, met inbegrip van een “starters set” van courante concepten.

Voor de talrijke patiënten die een samenvatting wensen van het medisch dossier bij de huisarts (SUMEHR), zullen wij ons baseren op de voorbereidende werken van 2016 om een vernieuwde versie op te stellen voor wat betreft de inhoud, en volledig gestructureerd en gecodificeerd voor de vorm.

8. L'e-santé en tant que levier de soins orientés patient

Les différents projets d'e-Santé seront exécutés en collaboration avec les entités fédérées s'il ne s'agit pas de compétences uniquement fédérales.

8.1. Dossier patient informatisé

Du fait que les hôpitaux jouent un rôle central dans le système de santé, il est essentiel qu'ils disposent de dossiers patient informatisés performants et axés sur l'avenir. Étant donné que cela s'avère ne pas suffisamment être le cas, un programme accélérateur a été lancé dont l'objectif est que d'ici 2019, tous les hôpitaux investissent dans un dossier patient informatisé (DPI) et l'utilisent effectivement. En concertation avec le secteur, nous avons déterminé les fonctionnalités minimales que doit contenir un tel DPE intégré. En 2017, tous les hôpitaux qui n'auront pas encore fait le choix d'un DPE intégré, devront le faire s'ils veulent pouvoir continuer à bénéficier du soutien financier prévu pour l'utilisation du DPE. À titre de soutien, le budget des soins de santé 2016 a prévu de façon récurrente, 40 millions d'euros supplémentaires par an pour la digitalisation dans les hôpitaux, en plus de l'investissement existant de 16 millions d'euros sur base annuelle.

Maintenant que le dossier patient informatisé commence à prendre forme et que l'échange des informations par voie électronique devient la norme, il est clair que de bons arrangements en matière de terminologie constituent une nécessité absolue. Il faut donc prévoir une politique de terminologie coordonnée avec SNOMED CT et LOINC comme terminologie de base.

En 2017, un outil de gestion terminologique et de distribution sera implémenté qui permettra de distribuer une release belge de Snomed CT à tous les utilisateurs.

Cette Release contiendra des sous-ensembles spécifiques dans deux langues nationales (NL & FR) y compris un “starters set” qui reprendra les concepts les plus courants.

Pour de très nombreux patients qui souhaitent un résumé du dossier médical (SUMEHR) chez le médecin généraliste, nous nous appuyerons sur les travaux préparatoires de 2016 pour en proposer une version revue sur le fond et totalement structurée et codifiée pour la forme.

8.2. Elektronisch voorschrijven

Vanaf 1 januari 2017 zal een “bewijs van voorschrift” worden meegegeven aan de patiënt van zodra er een elektronisch voorschrift is aangemaakt. Het elektronisch bericht zal dan het enige zijn met wettelijke geldigheid. De volledige dematerialisering is gepland voor 1 januari 2018. De uitrol van Recip-e bij tandartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen start in 2017.

8.3. Klinische biologie

Na de aansluiting van de algemene ziekenhuizen op de regionale netwerken voor de uitwisseling van gezondheidsdata, gevolgd door de aansluiting van de psychiatrische ziekenhuizen – die nog in uitvoering is – voorziet een belangrijke stap in het actieplan e-Gezondheid dat de extramurale laboratoria klinische biologie zich ook aansluiten op het netwerk “hub/metahub” tegen het einde van 2016. Deze aansluiting moet ervoor zorgen dat de gegevens van de informatiesystemen van de laboratoria gedeeld worden met de zorgvestrekkers die betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt.

8.4. BelRAI

In 2017 zullen de bestaande instrumenten van BelRAI uitgerold worden. Er zal ook een aanbesteding uitgeschreven worden voor de ontwikkeling van een Mobile App voor de BelRAI Screener in samenwerking met de deelstaten. Tevens zal de technische infrastructuur vernieuwd en geconsolideerd worden om de schaalbaarheid en de groei van het onderliggende IT-systeem te waarborgen zodat alle actoren en het ganse grondgebied naar een productiestatus kunnen overgaan. Verder zullen de bijkomende interRAI-instrumenten die nog niet gevalideerd werden in België, doch in het actiepunt 8 van het e-Gezondheidsplan vooropgesteld zijn, door middel van studieopdrachten aan een validatie onderworpen worden.

8.5. Healthdata.be

Het project Healthdata.be zal ook de huisartsen in staat stellen om op een uniforme wijze aan het beleidsondersteunend wetenschappelijk onderzoek te kunnen deelnemen zoals de Algemene en de Universitaire Ziekenhuizen nu al kunnen. Bovendien zal er werk worden gemaakt opdat ook de patienten via de zogenaamde “Patient Reported Outcome Measures” en “Patient Reported Experience Measures” aan deze projecten kunnen bijdragen.

Verder zal healthdata.be in 2017 ook het FAGG ondersteunen bij de uitbouw van het Centraal Register voor de Traceerbaarheid van medische hulpmiddelen (CRT), het

8.2. La prescription électronique

À partir du 1^{er} janvier 2017, une “preuve de prescription” sera donnée au patient dès qu’une prescription électronique est rédigée. Ce certificat électronique sera le seul à avoir une validité légale. La dématérialisation complète est prévue pour le 1^{er} janvier 2018. L’introduction de Recip-e chez les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers se fera en 2017.

8.3. Biologie clinique

Après la connexion des hôpitaux généraux aux réseaux régionaux d’échange de données de santé, puis celle en cours des hôpitaux psychiatriques, une étape importante de la Plan d’Action e-santé prévoit que les laboratoires extramuraux de biologie clinique doivent eux-aussi se connecter au réseau “hub/meta-hub” pour fin 2016. Cette connexion doit permettre de partager les données des systèmes d’information de laboratoire avec les prestataires de soins concernés par le traitement d’un patient.

8.4. BelRAI

En 2017, les instruments existants de BelRAI seront déployés. Pour cela, un appel d’offres sera publié pour la réalisation du développement d’une Mobile App pour le BelRAI Screener en collaboration avec les entités fédérées. L’infrastructure technique sera également renouvelée et consolidée pour garantir la modularité et la croissance du système IT sous-jacent pour que tous les acteurs et l’ensemble du territoire puissent passer au statut de production. En outre, des instruments interRAI supplémentaires, qui n’ont pas encore été validés en Belgique, mais qui sont proposés dans le cadre de l’action 8 du plan e-santé seront soumis pour validation dans le cadre de missions d’étude.

8.5. Healthdata.be

Le projet Healthdata.be permettra également aux médecins généralistes de participer de manière uniforme à la recherche scientifique de soutien de la politique comme le peuvent déjà aujourd’hui les hôpitaux généraux et universitaires. Qui plus est, on veillera également à ce que les patients puissent participer à ces projets par le biais de ce que l’on appelle les “Patient Reported Outcome Measures” et les “Patient Reported Experience Measures”.

Healthdata.be soutiendra également l’AFMPS en 2017 pour la création du Registre Central de la Traçabilité des Dispositifs Médicaux, le Registre des Traite-

Register voor Vervangingsmiddelen (zoals methadon), en de toegang, door de houder van de ziekenhuisvrijstelling voor geneesmiddelen voor geavanceerde therapie, tot bepaalde gegevens uit het EPD van patiënten die worden behandeld onder deze vrijstelling.

De Pilotprojecten Geïntegreerde zorg zullen eveneens technisch ondersteund worden bij hun wetenschappelijke evaluatie.

8.6. Informatie en betrokkenheid van de patiënt

Een belangrijk beleidspunt is elke burger toegang te geven tot zijn/haar elektronisch medisch dossier.

Dit is opgenomen in het actieplan e-Gezondheid onder actiepunten 10.

We stellen vast dat vandaag een patiënt geconfronteerd wordt met een pallet aan websites en apps, waarbij de patiënt zelf het elektronisch medisch dossier dient bij elkaar te puzzelen.

De oplossing waar naar gestreefd wordt is een “consolidatie platform” creëren, waar voor een patiënt alle informatie tijdelijk samengebracht wordt en van daaruit als 1 dossier gepresenteerd wordt aan de patiënt.

In afwachting hiervan zullen we reeds in 2017 een eerste fase realiseren. Dit door de toegang tot het geheel aan portals te centraliseren.

Met deze eerste fase kunnen we via 1 toegang en een éénmalige identificatie toegang geven tot:

- zijn/haar informatie in de hubs (ontslagbrieven, verslagen OK, verslagen medische beeldvorming, labo-uitslagen)

- zijn/haar informatie in de kluisen (Sumehr, medicatieschema, vaccinatie, ... en nog in 2017 startend dossier thuisverpleging)

- het ingeven van de geïnformeerde toestemming

- het beheer van de therapeutische relaties

- het beheer van de elektronische voorschriften

ments de Substitution (comme la méthadone) et l'accès par le détenteur de l'exemption hospitalière pour des médicaments pour thérapies innovantes, jusqu'à ce que certaines données du DPE des patients soit traitées sous cette exemption.

Les projets pilotes Soins Intégrés seront également soutenus techniquement par une évaluation scientifique.

8.6. Information et implication du patient

Un enjeu politique important sera de donner accès, à chaque citoyen, à son dossier médical informatisé.

Ce point est repris dans le plan d'action e-santé sous le point d'action 10.

Aujourd'hui, nous constatons que le patient est confronté à une pléthore de sites Web et d'applications et qu'il doit lui-même rassembler, tant bien que mal, les différents éléments de son dossier médical informatisé.

La solution visée est celle de la création d'une "plate-forme de consolidation" sur laquelle toutes les informations d'un patient pourraient être temporairement rassemblées et être présentées ou non aux patients sous la forme d'un seul dossier.

En attendant de pouvoir mettre cette solution en place, dès 2017, une première phase sera mise en place en ce sens. Cette première phase consistera à centraliser l'accès à l'ensemble des sites Web.

Elle permettra, via un seul accès et une seule identification de

- donner accès aux patients à ses informations présentes sur les hubs (lettre de sortie, rapports BO, rapports d'imagerie médicale, résultats de laboratoire);

- donner accès aux patients à ses informations conservées dans les coffres-forts (Sumehr, schéma de médication, vaccination,... et encore en 2017, au dossier de soins à domicile qui fera son apparition);

- permettre au patient de donner son consentement éclairé;

- de gérer sa relation thérapeutique;

- de gérer les prescriptions électroniques;

— Onder voorbehoud (om technische redenen): raadpleging orgaandonatie en raadpleging wilsbeschikking euthanasie

— het portaal van de mutualiteit waar de patiënt is aangesloten

— het portaal van de ziekenhuizen waar de patiënt een dossier heeft (indien de betrokken ziekenhuizen zulk een portaal hebben)

8.7. *Mobile Health*

Op basis van een oproep die gelanceerd werd op 30/06/2016 zijn 97 voorstellen van proefprojecten ontvangen. De geselecteerde proefprojecten zullen effectief kunnen starten vanaf begin 2017.

Dit zal gebeuren in de 5 vooropgestelde onderwerpen: stroke, cardiovasculaire zorg, diabetes, geestelijke gezondheidszorg en chronische pijn. Deze pilootprojecten zullen uitgevoerd worden in een reële omgeving, zodat de echte impact kan gemeten worden. Een werkgroep van experts zal begeleiden en evalueren, zodat we tegen einde 2017 een juridisch kader hebben voor mobile health, dat vanaf 2018 kan uitgerold worden.

De proefprojecten worden opgevolgd op velerlei gebieden, zoals privacy, security, interoperabiliteit, wetenschappelijke onderbouwing, evidence, kostenmodel, terugbetalingsmodel, aansprakelijkheid, certificering, ...

8.8. *Naar een papierluwe administratie*

Na de huisartsen (2015), de specialisten en de tandartsen (2016), zullen andere sectoren in 2017 ook elektronisch kunnen factureren. De afschaffing van de papieren getuigschriften voor verstrekte hulp bij de huisartsen zal in een testfase zijn. Ik zal verder blijven investeren in de administratieve vereenvoudiging, de uniformisering en digitalisering door middel van het verder informatiseren van de medische akkoorden.

8.9. *CoBRHA+ en het only-once-principe*

De evolutie en optimalisatie van de bestaande CoBRHA gegevensbank naar CoBRHA+ zorgt ervoor dat de verschillende administraties de gegevens betreffende de gezondheidsactoren (beroepsbeoefenaars en instellingen) die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van hun respectieve opdrachten, kunnen delen. De gegevens-

— Sous réserve (pour des raisons techniques): la consultation des informations relatives à un don d'organe et la consultation de la déclaration de fin de vie et d'euthanasie;

— le portail de la mutualité à laquelle le patient est affilié;

— le portail des hôpitaux dans lesquels le patient possède un dossier (si les hôpitaux concernés ont un tel portail).

8.7. *Santé mobile*

Sur la base d'un appel lancé le 30/06/2016, 97 propositions de projets pilotes ont été reçues. Les projets pilotes sélectionnés pourront effectivement commencer dès le début 2017

Ces projets seront lancés dans les 5 thèmes proposés: AVC, soins cardio-vasculaires, diabète, soins de santé mentale et douleurs chroniques. Ces projets pilotes seront réalisés en environnement réel, de sorte à pouvoir en mesurer l'impact réel. Un groupe de travail composé d'experts accompagnera ses projets et les évaluera pour arriver, d'ici fin 2017, à disposer d'un cadre juridique de la santé mobile qui pourra ensuite être mis en place à partir de 2018.

Les projets pilotes seront suivis au niveau de différents aspects, notamment la protection de la vie privée, la sécurité, l'interopérabilité, les fondements scientifiques, les preuves, le modèle de coût, le modèle de remboursement, la responsabilité, la certification,...

8.8. *Vers une administration avec un minimum de papier*

Après les généralistes (2015), les spécialistes et les dentistes (2016), la facturation électronique sera disponible pour d'autres secteurs en 2017. L'application de la suppression des attestations de soins données sur support papier chez les médecins généralistes sera en phase de tests. Je continuerai à investir dans la simplification administrative, l'uniformisation et la numérisation à travers la poursuite de la digitalisation des accords médicaux.

8.9. *CoBRHA+ et le principe only once*

L'évolution et l'optimisation de la base de données CoBRHA vers CoBRHA+ permettront aux différentes administrations de partager les données relatives aux acteurs de la santé (professionnels et établissements) nécessaires dans le cadre de l'exécution de leurs missions respectives. La base de données facilitera

bank zal het beheer van de verschillende processen bij de respectievelijke partners faciliteren.

CoBRHA+ zorgt ervoor dat administraties slechts eenmalig de gegevens aan de beroepsbeoefenaars dienen op te vragen. Door de ontwikkeling van synergiën tussen de administraties zal de oprichting van nieuwe gegevensbanken kunnen voorkomen worden en zal de efficiëntie toenemen. Dat zal toelaten dat de kosten voor de partners dalen. De gegevens zullen aan betrouwbaarheid winnen. Wanneer een authentieke bron bepaalde gegevens wijzigt, zullen deze nieuwe gegevens voor alle partners toegankelijk zijn in CoBRHA+.

Er zal tevens een historiek van de gegevens worden bijgehouden, zodat toegangen correct beheerd en waar nodig afgesloten kunnen worden.

De ingebruikname van CoBRHA+ wordt eind 2017 voorzien.

8.10. **Juridische garanties en omkadering**

Een groep van juridische experts zal het kader van het e-Gezondheidslandschap verder uittekenen door te werken rond en adviezen uit te brengen aangaande de volgende onderwerpen: informatieveiligheid, privacy, computercriminaliteit, het aansprakelijkheidsrecht, meer bepaald het aspect "afdwingbaarheid", gegevensdeling en mHealth.

Verder zal ook een Q&A (*Questions & Answers*) opgesteld worden rond juridische vragen die vaak gesteld worden.

8.11. **Andere werven in e-gezondheid**

In 2017 wordt ook nog op verschillende vlakken gewerkt aan projecten die pas in 2018 resultaten zullen opleveren.

In actiepunt 3 medicatieschema zal einde 2016 het concept klaar zijn en wordt in 2017 gestart met de realisatie. Het betreft een volledig nieuw concept dat medicatieschema en elektronisch voorschrijven integreert. Dit project, Vidis genaamd, zal zoveel mogelijk gebruik maken van de reeds bestaande realisaties. Het zal zowel in de eerste lijn als de tweede lijn gebruikt worden.

In actiepunt 6 wordt gewerkt aan de mogelijkheid om het elektronisch patiëntendossier van de thuisverpleging en van de kine te publiceren in de kluizen. Dit is de basis voor de elektronische ondersteuning van de interdisciplinariteit en komt bovenop de deling van gegevens die reeds gebeurt door huisartsen, ziekenhuizen en labo's.

la gestion des différents processus par les partenaires respectifs.

CoBRHA+ permettra aux administrations de ne demander qu'une seule fois les données aux professionnels de la santé. Le développement de synergies entre les administrations permettra d'éviter la création de nouvelles bases de données et augmentera leur efficacité. Cela permettra de diminuer les frais pour tous les partenaires. Les données gagneront aussi en fiabilité. Quand la source authentique de certaines données, elle sera mise à jour et les nouvelles données seront accessibles à tous les partenaires dans CoBRHA+.

Un historique des données sera également conservé de sorte à pouvoir gérer correctement les accès et les fermer le cas échéant.

La mise en service de CoBRHA+ est prévue fin 2017.

8.10. **Garanties et encadrement juridiques**

Un groupe d'experts juridiques poursuivra le développement du cadre du paysage de l'e-santé en travaillant sur et en formulant des avis sur les sujets suivants: la sécurité de l'information, la protection de la vie privée, la criminalité informatique, le droit de la responsabilité et plus précisément l'aspect "opposabilité", le partage des données et mHealth.

Une FAQ (*Frequently Asked Questions*) sera également élaboré sur les questions juridiques les plus fréquentes.

8.11. **Autres chantiers de l'e-santé**

En 2017, on travaillera aussi sur d'autres projets dans d'autres domaines qui ne donneront des résultats qu'en 2018.

Au niveau du point d'action 3 schéma de médication, le concept sera prêt fin 2016 et sa réalisation sera lancée en 2017. Il s'agit d'un tout nouveau concept qui intègre le schéma de médication et la prescription électronique. Ce projet, baptisé Vidis, utilisera, le plus possible, les réalisations existantes. Il sera utilisé aussi bien en première ligne qu'en deuxième ligne.

Le point d'action 6 travaille sur la possibilité de publier le dossier patient informatisé des soins à domicile et des soins de kinésithérapie dans un coffre-fort. Ce point constitue la base du soutien électronique de l'interdisciplinarité et s'ajoute au partage des données qui a déjà lieu entre les médecins généralistes, les hôpitaux et des laboratoires.

In actiepunt 16 wordt de werf opgestart voor traceerbaarheid van de geneesmiddelen. Dit traject zorgt meteen ook voor de implementatie van de Europese directieve met betrekking tot Falsified Medicines

Tenslotte zetten we onze inspanningen verder om alle zorgactoren op te leiden in e-Gezondheid, dit te samen met de deelstaten. Dit gebeurt door de jaarlijkse cofinanciering van projecten ter zake vanuit de deelstaten.

9. Toegang tot innovatieve geneesmiddelen en gezondheidsproducten, medische hulpmiddelen en menselijk lichaamsmateriaal

9.1. Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie

Voor wat betreft de uitvoering van het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie kan ik u melden dat ik aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heb gevraagd te onderzoeken waar op basis van de principes van *Evidence-Based Medicine*, het bestaande pakket van vergoedbare geneesmiddelen kan geheroriënteerd worden om een zorgvuldiger, meer kostenefficiënt gebruik van geneesmiddelen mogelijk te maken. Op basis van de voorstellen van de Commissie zal in 2017 in dat opzicht de vergoeding van verschillende klassen van geneesmiddelen worden herzien, voor een totale besparing van 32 miljoen euro die tegelijk de factuur voor de patiënten zal verlagen met 6,4 miljoen euro.

Tegelijk zal een verdere verfijning van het referentieprijzensysteem, met een volle toepassing van de *“patentcliff”* die in 2016 werd ingesteld 3,7 miljoen euro vrijmaken.

Specifieke maatregelen die ertoe moeten leiden dat biosimilaire geneesmiddelen een werkelijke plaats krijgen in de ziekenhuizen en in de ambulante praktijk – ik verwijs hiervoor naar het Convenant dat ik afsloot met de medische en farmaceutische sector – zullen in 2017 versterkt worden. Het belang hiervan kan niet genoeg worden benadrukt, en een zorgvuldig opgevolgde *“biosimilaire politiek”* krijgt een sleutelrol. De opvolging van het effect van het convenant wordt aangescherpt in die zin dat het verbruik van biosimilaire geneesmiddelen zal worden opgevolgd op het niveau van elk ziekenhuis, daar waar dit tot nu toe geconsolideerd gebeurde. Dankzij een verhoogd en vooral een goed gebruik van biosimilaire geneesmiddelen zullen middelen kunnen vrijgemaakt worden om innovatieve therapieën toegankelijk te maken voor patiënten. Daarnaast dragen deze geneesmiddelen bij tot het uitbouwen en handhaven van een duurzame geneesmiddelenpolitiek.

Le point d'action 16 lance le chantier de la traçabilité des médicaments. Ce trajet prévoit également l'implémentation de la directive européenne sur les Médicaments Falsifiés.

Enfin, nous poursuivons également nos efforts en matière de formations à l'e-santé de tous les acteurs des soins et cela, en collaboration avec les entités fédérées. Ces efforts comprennent, entre autres, le cofinancement annuel de projets en la matière par les entités fédérées.

9. Accès aux médicaments novateurs, aux produits de santé, aux dispositifs médicaux et au matériel corporel humain

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

En ce qui concerne l'exécution du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, je peux déjà communiquer que j'ai demandé à la Commission de remboursement des médicaments d'étudier où il était possible, sur la base des principes de la médecine factuelle, de revoir le paquet existant des médicaments remboursables pour permettre une utilisation plus adaptée et un meilleur rapport coût efficacité des médicaments. Sur base des propositions de la Commission, en 2017 le remboursement des différentes classes de médicaments sera revu, ce qui devrait aboutir à une économie de 32 millions d'euros et diminuer la facture des patients de 6,4 millions d'euros.

Dans le même temps, un nouvel affinement du système des prix de référence, incluant l'application pleine et entière du *“patent-cliff”* instaurée en 2016 devrait permettre de libérer 3,7 millions d'euros.

Les mesures spécifiques ayant pour objectif de donner une place réelle aux médicaments biosimilaires dans les hôpitaux et dans les pratique ambulatoires – et je fais référence ici à l'avenant que j'ai conclu avec le secteur médical et pharmaceutique – seront renforcées – en 2017. L'importance de cette mesure ne peut être suffisamment soulignée et le suivi scrupuleux de la politique des biosimilaires y joue un rôle clé. Le suivi de l'effet de cet avenant sera affiné en ce sens que la consommation des biosimilaires sera suivie au niveau de chaque hôpital, alors que jusqu'à présent ce suivi n'était possible que de manière consolidée. Grâce à l'augmentation, mais surtout à la bonne utilisation des médicaments biosimilaires, des moyens pourront être libérés pour rendre accessibles les thérapies novatrices aux patients. En outre, ces médicaments contribuent à la construction et au maintien d'une politique en matière de médicaments durables.

In 2017 zal ook de belangrijke hervorming van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen in werking treden, met waar mogelijk een verdere vereenvoudiging en inkorting van de terugbetalingsprocedures, en het versterken van wetenschappelijke evaluaties door nog meer beroep te doen op de expertise die in de Belgische wetenschappelijke instituten en universiteiten aanwezig is. Ik blijf dus ook verder investeren in ondersteuning van de administraties die uitvoering moeten geven aan het pact, en aan een doordacht en duurzaam geneesmiddelenbeleid, met in de eerste plaats aandacht voor de patiënt, maar ook voor verdere investering in innovatie. Voor wat betreft de toegang tot innovatieve therapieën treedt sinds 1 september 2016 mijn beslissing voor terugbetaling van nieuwe geneesmiddelen of van nieuwe indicaties een maand sneller in werking. In 2017 wordt verder gewerkt aan het informaticasysteem dat moet toelaten om de periode tussen mijn beslissing en de inwerkingtreding van de terugbetaling nog verder in te korten.

Specifiek voor de innovatieve immunotherapie in oncologie zal de toegankelijkheid voor de patiënten vanaf januari 2017 worden verbeterd, en deze geneesmiddelen zullen worden terugbetaald van zodra de indicatie geregistreerd is. Dit betekent een versnelling van de toegang met minstens 1 jaar en dit met 100 % zekerheid voor alle indicaties.

9.2. *Wet klinische proeven*

Naar aanleiding van de inwerkingtreding van Verordening (EU) nr. 536/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 16 april 2014 betreffende klinische proeven in 2018, wordt de nationale wetgeving aangepast en worden de noodzakelijke nationale maatregelen vastgesteld.

Voor de toepassing van de nieuwe procedures vastgesteld door de verordening, zal het FAGG de rol opnemen van nationaal contactpunt. Het agentschap zal de aanvragen voor de toelating van een klinische proef evalueren in parallel met een ethisch comité. Een onafhankelijk College opgericht in de schoot van de FOD Volksgezondheid wordt verantwoordelijk voor de selectie van het ethisch comité op basis van vooraf door de Koning vastgestelde criteria. Het College is daarenboven verantwoordelijk voor de coördinatie van en de kwaliteitscontrole op het werk van de ethische comités. Het bewaakt de coherentie van de procedures, de consistentie van de beslissingen en het respecteren van de tijdslijnen. Het College zal zelf niet deelnemen aan de evaluaties maar het unieke contactpunt met de ethische comités zijn voor het FAGG.

En 2017, l'importante réforme de la Commission de Remboursement des Médicaments prendra effet et, là où ce sera possible, on poursuivra la simplification et la réduction des procédures de remboursement et on renforcera les évaluations scientifiques, en sollicitant d'avantage l'expertise présente dans les instituts scientifiques et les universités belges. Je continuerai aussi à investir dans le soutien des administrations chargées d'implémenter le Pacte et dans une politique des médicaments réfléchi et durable, avec en premier lieu, une attention spécifique pour le patient tout en veillant à continuer à investir dans l'innovation. En ce qui concerne l'accès aux thérapies novatrices, depuis le premier septembre 2016, le délai entre la décision de remboursement des nouveaux médicaments ou des nouvelles indications et le remboursement effectif sera raccourci d'un mois. En 2017, on poursuivra le développement d'un système informatique, qui devrait permettre de raccourcir encore plus le délai entre ma décision de remboursement et le remboursement effectif.

Spécifiquement en ce qui concerne l'immunothérapie innovante en oncologie, à partir de janvier 2017, les patients auront un meilleur accès à ces médicaments qui leur seront remboursés dès l'enregistrement de l'indication concernée. Ceci signifie un raccourcissement du délai d'accès d'au moins un an et cela avec 100 % de sécurité pour toutes les indications.

9.2. *Loi sur les essais cliniques*

Suite à l'entrée en vigueur du règlement (UE) n°. 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 concernant les essais cliniques en 2018, la législation nationale sera adaptée et les mesures nationales nécessaires fixées.

Pour l'adaptation des nouvelles procédures fixées par arrêté, l'AFMP fera office de point de contact national. L'évaluation des demandes d'autorisation d'essai clinique sera effectuée par l'AFMPS en parallèle avec un comité d'éthique. Un Collège indépendant, créé au sein du SPF Santé publique, sera chargé de la sélection du comité d'éthique sur base des critères préalablement fixés par le Roi. Le Collège sera également responsable de la coordination et du contrôle de la qualité du travail des comités d'éthique. Il sera le garant de l'harmonisation des procédures, de la cohérence des décisions et du respect des calendriers. Le Collège n'est investi d'aucune fonction d'évaluation, il est le point de contact unique avec les comités d'éthique pour l'AFMPS.

Door professionalisering en harmonisering van de procedures, hoop ik dat België erkend zal worden als rapporterende lidstaat voor een groot aantal klinische proeven en zijn leidende positie voor de evaluatie van klinische proeven zal behouden. De nodige werkgroepen zullen hiervoor worden opgericht (zoals onder meer met betrekking tot de workflow, IT ondersteuning, retributies, Kwaliteitssysteem, Rapporteringssysteem, transitieperiode en de erkenning van de ethische comités). In pilootprojecten zal het systeem worden getest vanaf het begin van 2017 en er wordt een communicatieplan uitgewerkt. De accreditatie van fase 1-centra en het faciliteren van de rekrutering van deelnemers aan klinische proeven krijgt de nodige aandacht. Voorlichtingscampagnes over klinische proeven voor het grote publiek, patiënten en huisartsen zullen van start gaan in 2017.

9.3. Medische hulpmiddelen en implantaten

In analogie met het “Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie” sloot ik in 2016 een meerjarige raamovereenkomst af met de industrie van de medische hulpmiddelen. Op het niveau van het RIZIV ligt de focus van die overeenkomst voor 2017 op de volgende elementen.

Zo is er de voorbereiding van de omzetting van de resultaten van de evaluatie van de Commissie Tegevoetkomst Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (CTIIMH) naar een aanpassing van het KB waarin de terugbetalingsprocedures van de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen zijn opgenomen. Hierbij zal ook gewerkt worden aan een optimalisatie van de procedures waarbij het administratief afhandelen van sommige dossiertypes mee in overweging wordt genomen. Het stimuleren van de beperkt klinische toepassingen en van de contracten om innovatie te bevorderen en sneller toegankelijk te maken voor de patiënten maken eveneens deel uit van deze herziening van het KB.

De analyse van de revalidatieovereenkomsten met tot doel een onderscheid te maken tussen het budget toegekend voor de multidisciplinaire (medische) activiteiten en het budget verbonden aan het materiaal zal eveneens in 2017 aangevat worden. Dit kan zorgen voor een stimulatie van het gebruik van efficiënte en veilige nieuwe technologieën.

Om een transversale budgettaire analyse van de tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor alle medische hulpmiddelen toe te laten, wordt er een permanente werkgroep (WG) opgericht binnen RIZIV. De doelstellingen van deze WG “Budget

J’espère que, grâce à la professionnalisation et l’harmonisation des procédures, la Belgique pourra être reconnue comme un état membre rapporteur pour un grand nombre d’essais cliniques et conservera sa position de leader en matière d’exécution d’essais cliniques. Les groupes de travail nécessaires seront créés à cet effet (notamment concernant le flux du processus des travaux, le soutien IT, les rétributions, le système qualité, le système de rapportage, la période de transition, la reconnaissance du comité d’éthique, etc.) Des projets pilotes seront organisés pour tester le système dès le début 2017 et un plan de communication sera établi. L’accréditation des centres de phase 1 et la facilitation du recrutement des participants aux essais cliniques bénéficient de toute l’attention nécessaire. Une campagne d’information sur les essais cliniques destinée à la population générale, aux patients et aux médecins généralistes sera organisée en 2017.

9.3. Dispositifs médicaux et implants

Par analogie avec le “Pacte d’avenir pour le patient avec l’industrie pharmaceutique», j’ai aussi conclu une convention-cadre pluriannuelle en 2016 avec l’industrie des dispositifs médicaux. Au niveau de l’INAMI, en 2017, l’accent de cette convention sera mis sur les éléments suivants.

La transposition des résultats de l’évaluation de la Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs (CRIDMI) vers une modification de l’AR relatif aux procédures de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. Dans ce cadre, on s’attellera également à l’optimisation des procédures. Le traitement administratif de certains types de dossiers sera également pris en compte. La stimulation d’un nombre limité d’applications cliniques et des contrats destinés à favoriser l’innovation et à accélérer l’accès des patients à ces innovations font également partie de cette révision de l’AR.

En 2017, nous lancerons également l’analyse des conventions de rééducation fonctionnelle dans le but d’opérer une distinction entre le budget accordé aux activités (médicales) multidisciplinaires et le budget lié au matériel. Cette analyse pourra promouvoir l’utilisation des nouvelles technologies efficaces et sûres.

Pour permettre une analyse budgétaire transversale de l’intervention de l’assurance soins de santé au niveau de tous les dispositifs médicaux, un groupe de travail (GT) permanent sera créé au sein de l’INAMI. Les objectifs de ce GT “Budget et Évaluation des dispositifs

en *Evaluatie Medical Devices*” zijn veelvoudig. Enerzijds is er het maken van de progressieve evaluatie van het deel van het RIZIV-budget dat aan medische hulpmiddelen wordt besteed. Anderzijds zal een analyse van de optimalisering van het budget specifiek voor implantaten opgestart worden met als doel optimaliseringsmechanismen te implementeren via responsabilisering van de verschillende actoren (industrie, gezondheidsbeoefenaars en patiënten) volgens een meerjarige aanpak.

Voor de vereenvoudiging en harmonisering van de procedures voor de vergoeding van farmaceutische verstrekkingen andere dan geneesmiddelen en het verhogen van de toegang voor patiënten tot nieuwe dergelijke verstrekkingen worden de procedures voor de inschrijving en de wijziging van de vergoeding van magistrale bereidingen, diagnostische middelen, de vergoedbare verstrekkingen van moedermelk, dieetvoeding voor medisch gebruik en parenterale voeding, de vergoedbare medische hulpmiddelen en de vergoedbare haarprothesen gewijzigd (evaluatie en vastgestelde termijnen). De uitvoeringsbesluiten daarvoor zullen in 2017 voorbereid worden.

Op het niveau van het FAGG liggen ook een aantal elementen.

Het principe van de autocontrole zal worden ingevoerd in de distributiesector (en mogelijk reeds gedeeltelijk in andere sectoren zoals de fabricage en de aflevering van medische hulpmiddelen). Verschillende initiatieven kaderen in deze context, zoals het opstellen van een nieuw KB over de registratie van de distributeurs/exporteurs, het ontwikkelen van een portaalsite voor inspecties, het aanpassen van de authentieke bronnen (uitbreiding van de beschikbare gegevens), de publicatie van een Autocontrole gids voor distributie en een reflectie over de nieuwe distributieregels.

Een impactanalyse van de nieuwe Europese regeling (recast: MDR en IVDR) zal worden gemaakt teneinde te komen tot een concreet implementatieplan ervan.

Om de ondersteuning van de behandeling van de patiënt buiten het ziekenhuis beter te omkaderen, is een wettelijke erkenning nodig die een duidelijk onderscheid maakt tussen enerzijds de geleverde dienst en de technische ondersteuning van de thuiszorg en anderzijds de verantwoordelijkheden van de gezondheidszorgbeoefenaar in het kader van de behandeling van de patiënt. Deze omkadering van de technici zal georganiseerd worden door het fagg in lijn met de herziening van het KB nr. 78.

médicaux” sont multiples. D’une part, la réalisation de l’évaluation progressive de la partie du budget de l’INAMI consacrée aux dispositifs médicaux. D’autre part, on lancera également une analyse de l’optimisation du budget, plus spécifiquement au niveau des implants dans le but d’implémenter des mécanismes d’optimisation par le biais de la responsabilisation des différents acteurs (industrie, professionnels de la santé et patient) sur base d’une approche pluriannuelle.

Concernant la simplification et l’harmonisation des procédures de remboursement des prestations pharmaceutiques autres que le remboursement de médicaments ainsi qu’afin de permettre un meilleur accès des patients aux nouvelles prestations de ce type, les procédures d’inscription et de modification des remboursements des préparations magistrales, des produits diagnostiques, des prestations remboursables comme le lait maternel, les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales et d’alimentation parentérale, les dispositifs médicaux remboursables et les prothèses capillaires remboursables sont modifiés (évaluations et délais fixés). Les arrêtés d’exécution s’y rapportant seront préparés en 2017.

Il y a également plusieurs éléments au niveau l’AFMPS.

Le principe d’autocontrôle sera introduit dans le secteur de la distribution (et peut-être déjà partiellement dans d’autres secteurs tels que ceux de la fabrication et de la fourniture de dispositifs médicaux). Différentes initiatives s’inscrivent dans ce contexte, notamment l’élaboration d’un nouvel AR relatif à l’enregistrement des distributeurs/exportateurs, la création d’un portail pour les inspections, la modification des sources authentiques (élargissement des données disponibles), la publication d’un Guide d’autocontrôle pour la distribution et une réflexion sur les nouvelles règles de distribution.

Une analyse d’impact de la nouvelle réglementation européenne (recast: MDR et IVDR) sera effectuée afin d’arriver à un plan d’implémentation concret la concernant.

Afin de mieux encadrer le traitement du patient en dehors de l’hôpital, une reconnaissance légale établissant une distinction claire entre, d’une part, le service et le soutien technique délivrés lors des soins à domicile et, d’autre part, les responsabilités du professionnel des soins de santé dans le cadre du traitement du patient est nécessaire. Cet encadrement des techniciens sera organisé par l’afmps en ligne avec la révision de l’AR n° 78.

Het Fagg zal ook werken aan het versterken van de deontologie, de transparantie en de omkadering van de publiciteit zoals door de invoering van het platform betransparant.be en de publicatie van de verklaringen van belangenconflicten. Ten slotte, zal het Fagg werken aan het omkaderen van mobiele toepassingen op basis van het actieplan e-Gezondheid.

9.4. **Bloed, weefsels, menselijk lichaamsmateriaal**

9.4.1. *Productie van bloedderivaten*

De wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid stelde een systeem van zelfvoorziening in op het gebied van stabiele plasmaderivaten om te vermijden dat beleveringsproblemen zouden ontstaan of forse prijsstijgingen zouden worden doorgevoerd. Voortaan zal de vervaardiging van stabiele bloedderivaten uit in België verkregen plasma worden verzekerd door een opdrachthouder die wordt aangewezen op grond van een overheidsopdracht. Hierdoor wordt transparantie gecreëerd en gewaarborgd dat deze activiteit op de meest efficiënte manier wordt uitgevoerd.

Dit systeem treedt in werking op 1 december 2017. Tevens zal de afnameplicht van de ziekenhuizen worden verzekerd en zullen de nodige technische aanpassingen worden gemaakt aan de subsidiëring van het Rode Kruis voor het verzekeren van voldoende labiel plasma voor de zelfvoorziening.

Naast de beleving van de ziekenhuizen wordt de opdrachthouder belast met het aanleggen van een strategische stock van stabiele plasmaderivaten die enkel zal worden aangesproken in geval het gezondheidssysteem wordt geconfronteerd met een tekort aan stabiele plasmaderivaten. Voor het gebruik van deze strategische stock wordt een procedure uitgewerkt. Ten slotte wordt er een hiërarchie van indicaties vastgesteld om, in het geval van tekorten, de beschikbare stabiele plasmaderivaten efficiënt aan te wenden.

9.4.2. *BeQuinT of Belgian Quality in Transfusion*

Naast het opvolgen van activiteiten gerelateerd aan hemovigilantie staat BeQuinT in voor het verder optimaliseren van het transfusiebeleid in de ziekenhuizen. BeQuinT voorziet verschillende op elkaar aansluitende initiatieven zoals het terugkoppelen van individuele resultaten naar ziekenhuizen van een enquête (uitgevoerd in 2016) en het ontwikkelen van het concept PBM (*Patient Blood Management*) met richtlijnen en acties voor een doeltreffend transfusiebeleid.

In 2017 wordt – in samenwerking met Healthdata.be – een project gepland waardoor ziekenhuizen intern

L'Afmps va également travailler au renforcement de la déontologie, de la transparence et à l'encadrement de la publicité notamment par l'introduction de la plateforme betransparent.be et la publication des conflits d'intérêts. Enfin, l'Afmps travaillera à un encadrement des applications mobiles sur base du plan d'action e-Santé.

9.4. **Sang, tissus, matériel corporel humain**

9.4.1. *Production de dérivés du sang*

La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé a introduit un système d'autosuffisance en matière de dérivés plasmatiques stables pour éviter l'apparition de problèmes d'approvisionnement ou de fortes augmentations des prix. Désormais, la préparation de dérivés de sang stables à partir de plasma obtenu en Belgique sera garantie par un chargé de mission qui sera désigné sur la base d'un marché public. Cela permettra de faire toute la transparence nécessaire et de garantir que cette activité soit effectuée de la manière la plus efficiente possible.

Ce système entrera en vigueur le 1^{er} décembre 2017. L'obligation d'utilisation des hôpitaux sera également garantie et les modifications techniques nécessaires seront effectuées au niveau du subventionnement de la Croix-Rouge afin de garantir une quantité suffisante de plasma labile pour assurer l'autosuffisance.

Outre l'approvisionnement des hôpitaux, le chargé de mission devra également constituer un stock stratégique de dérivés plasmatiques stables qui ne sera utilisé que si le système de santé est confronté à une pénurie de dérivés plasmatiques stables. Une procédure sera élaborée concernant l'utilisation de ce stock stratégique. Enfin, une hiérarchie des indications sera établie pour permettre une utilisation efficiente des dérivés plasmatiques stables en cas de pénurie.

9.4.2. *BeQuinT of Belgian Quality in Transfusion*

Outre le suivi des activités liées à l'hémovigilance, BeQuinT est aussi responsable de la poursuite de l'optimisation de la politique de transfusion dans les hôpitaux. BeQuinT prévoit différentes initiatives complémentaires, notamment un feed-back pour les hôpitaux sur les résultats individuels de la troisième enquête (effectuée en 2016) et le développement du concept PBM (*Patient Blood Management*) ainsi que de recommandations et d'actions pour une politique de transfusion efficace.

En 2017 – en collaboration avec Healthdata.be – un projet est prévu qui permettra aux hôpitaux de suivre

de consumptie van bloedproducten systematisch en op gestandaardiseerde wijze kunnen opvolgen aan de hand van een “dashboard”. De verzamelde gegevens zullen ziekenhuizen toelaten om intern terug te koppelen naar het transfusiecomité, de bloedbank en de verschillende specialisten, om indien nodig verbeteracties op te starten en bij te sturen.

BeQuint heeft eveneens een “Frame of reference and recommendations for the electronic order and prescription of blood components in Belgian hospitals” uitgewerkt. Het concept zal worden voorgelegd aan de stuurgroep van het plan e-gezondheid en kan eventueel model staan voor andere domeinen waar wordt voorgescreven.

9.4.3. Doneren van bloed door MSM

Mannen die seks hebben met mannen (MSM) werden op grond van een risicoanalyse volgend op de hiv-epidemie als een hoog-risicogroep beschouwd en dientengevolge permanent uitgesloten als donor van bloed en bloedbestanddelen. Ethische en maatschappelijke discussies, alsook significante vooruitgang inzake de donorscreening, stelden het behoud van deze voorzorgsmaatregel in vraag. Ook het Europees Hof van Justitie heeft recentelijk geoordeeld dat de betrokken permanente uitsluiting niet aanvaardbaar is wanneer er efficiënte technieken bestaan voor de detectie van ernstige bloedoverdraagbare infectieziekten of, bij gebreke aan dergelijke technieken, methoden die minder belastend zijn dan een dergelijke contra-indicatie om een hoog niveau van bescherming van de gezondheid van de ontvangers te waarborgen. Op 27 mei 2016 organiseerde ik een Rondetafel rond dit thema en in 2016 heeft de Hoge Gezondheidsraad zijn advies gepubliceerd.

Rekening houdend met het voorgaande, beoog ik in 2017 de Belgische wetgeving aan te passen. Het is de bedoeling om de interpretatie die het Europees Hof aan EU-richtlijn 2004/33/EG heeft gegeven, in de wet op te nemen. De levenslange uitsluiting, voorzien bij voormelde EU-richtlijn, zou blijven gelden maar er zou een zeer precieze tabel met tijdelijke uitsluitingen worden ingevoerd waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen diverse vormen van seksueel risicogedrag. Voor de doelgroep MSM zou de uitsluiting om bloed te doneren worden opgeheven na een abstinentie van MSM-contacten gedurende 12 maanden. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de donatie van volbloed en van bloedbestanddelen. Het FAGG, dat bevoegd is voor de hemovigilantie, zal samen met het WIV een strikte opvolging van de epidemiologische gegevens verzekeren. De bloedinstellingen staan op hun beurt in voor het voorkomen van “non-compliance” via een

en interne et de manière systématique et standardisée la consommation des produits de sang à l'aide d'un “dashboard”. Les données collectées permettront aux hôpitaux de donner un feed-back au comité de transfusion, à la banque de sang et aux différents spécialistes pour ainsi pouvoir mettre en place les actions d'amélioration et de correction nécessaires.

BeQuint a également élaboré un «Frame of reference and recommendations for the electronic order and prescription of blood components in Belgian hospitals». Ce concept sera présenté au groupe d'experts du plan e-santé et pourra éventuellement servir de modèle dans d'autres domaines si indiqué.

9.4.3. Don de sang des MSM

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (MSM) sont considérés, sur la base d'une analyse des risques réalisée à la suite de l'épidémie de VIH, comme un groupe à risque élevé et doivent donc être exclus de manière permanente du don de sang et de composants sanguins. Des discussions tant éthiques que sociétales, ainsi que les progrès significatifs réalisés en matière de dépistage des donneurs, ont remis en question la conservation de cette mesure de précaution. La Cour européenne de Justice, a également récemment estimé que cette exclusion permanente n'était pas acceptable lorsqu'il existait des techniques de détection efficiente des maladies infectieuses graves transmissibles par le sang ou, à défaut de telles techniques, s'il existait des méthodes moins pesantes qu'une telle contre-indication pour garantir un niveau élevé de protection de la santé des bénéficiaires. Le 27 mai 2016, j'ai organisé une table ronde sur ce thème et en 2016, le Conseil supérieur de la santé a publié un avis à ce sujet.

Compte-tenu de ce qui précède, j'ai l'intention de modifier la législation belge en 2017. L'objectif est de transposer dans la loi, l'interprétation de la Cour européenne de la directive UE 2004/33/CE. L'exclusion à vie prévue par la directive susmentionnée devrait rester valable, mais un tableau très précis des exclusions temporaires sera introduit, dans lequel une distinction sera opérée entre les différentes formes de comportements sexuels à risque. Concernant le groupe cible des MSM, son exclusion du don de sang devrait être supprimée après une abstinence de contacts MSM de 12 mois. Il n'est fait aucune distinction entre le don de sang complet et le don de composants sanguins. En collaboration avec l'ISP, l'AFMPS qui est responsable de l'hémovigilance, assurera un suivi strict des données épidémiologiques. À leur tour, les établissements de transfusion sanguine seront responsables de la prévention des cas de “non-compliance” par le biais d'une information appropriée

gedegen voorlichting van de kandidaat-donoren en door kennistoetsing van het begrip *risicogedrag* bij de donor.

9.4.4. *Beheer van de stamcelbanken*

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. In het kader van het Kankerplan worden stamcel- en navelstrengbloedbanken sinds 2009 forfaitair gefinancierd. Om de financiering beter af te stemmen op de reële activiteit en de noden inzake stamcellen, zal op basis van een evaluatie door het Kankercentrum binnen het WIV het beheer van de stamcelbanken gewijzigd worden. In overleg met de sector zal onderzocht worden hoe deze doelstelling optimaal kan gerealiseerd worden.

9.5. *Samenwerking met Nederland, Luxemburg en Oostenrijk rond geneesmiddelen*

Midden juli werden de Raadsconclusies over “Het versterken van het evenwicht in het farmaceutische systeem in de EU en haar lidstaten” door de 28 lidstaten aangenomen. Voor de Commissie is samenwerking het sleutelwoord om een antwoord te vinden op het probleem een juist evenwicht te vinden om innovatie te bevorderen en de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van de geneesmiddelen (duurzaamheid voor het systeem) te garanderen.

Ik blijf het belang van die samenwerking benadrukken. Oostenrijk heeft intussen het Belgisch Nederlands Luxemburgse samenwerkingsinitiatief vervoegd. In 2017 zullen de vier landen samen in een reeks pilootprojecten voor gezamenlijke HTA, onderhandelingen en horizon scan die samenwerking verder concretiseren. Heldere Terms of Reference zullen intussen beschikbaar zijn, zodat duidelijk en transparant kan gecommuniceerd worden over de concrete samenwerking, en hoe geantwoord wordt op de grote interesse van zowel de industrie als van andere lidstaten.

10. Crisismanagement

10.1. *Terreur*

2016 was het jaar waarin het land geconfronteerd werd met één van zijn ergste crisissen ooit: de terreuraanslagen van 22 maart. Na de aanslagen in Parijs van 13 november 2015, waren mijn diensten reeds begonnen zich voor te bereiden op een mogelijke aanslag in België.

aux candidats donneurs et un questionnaire de concept de comportements à risques.

9.4.4. *Gestion des banques de cellules souches*

Pour que les patients puissent bénéficier des traitements les plus innovant, 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. Dans le cadre du Plan Cancer, les banques de cellules souches et de cordon ombilical sont financées de manière forfaitaire depuis 2009. Pour mieux adapter le financement à l'activité réelle et aux besoins en matière de cellules souches, le mode de financement de ces banques sera modifié sur base d'une évaluation effectuée par le Centre du Cancer au sein de l'ISP. En concertation avec le secteur, on évaluera comment cet objectif peut être accompli de manière optimale.

9.5. *Collaboration avec les Pays-Bas, le Luxembourg et l'Autriche concernant les médicaments*

Mi-juillet, les conclusions du Conseil sur “Le renforcement de l'équilibre au sein des systèmes pharmaceutiques de l'UE et de ses États membres” ont été adoptées par les 28 États membres. Pour la Commission, la collaboration est le mot-clé qui permettra d'apporter une réponse à la problématique du juste équilibre permettant à la fois de promouvoir l'innovation et de garantir la disponibilité et le caractère financièrement abordable des médicaments (durabilité du système).

J'insiste sur l'importance de cette collaboration. Entretemps, l'Autriche a rejoint l'initiative de collaboration entre la Belgique, les Pays-Bas et le Grand-Duché de Luxembourg. En 2017, ces quatre pays concrétiseront cette collaboration sous la forme d'une série de projets pilotes incluant des évaluations HTA, des négociations et un “horizon scanning” communs. Des termes de référence clairs seront également disponibles d'ici là et permettront de communiquer de manière claire et transparente sur la collaboration concrète et de répondre à l'intérêt marqué, aussi bien de l'industrie que des autres États membres.

10. Gestion de la Crise

10.1. *Terrorisme*

En 2016, notre pays a été confronté à une des pires crises qu'il lui ait été donné de traverser dans son histoire: les attaques terroristes du 22 mars. Après les attentats de Paris du 13 novembre 2015, mes services avaient déjà commencé à se préparer à une possible attaque du même type en Belgique.

Als voorbereiding op mogelijke multisite-incidenten in ons land, was het Maxi-mip reeds in opbouw op 22 maart. Het heeft op dat moment zijn deugdelijkheid al bewezen. In 2017 moet dit geformaliseerd worden zodat we bij grootschalige incidenten op een gestructureerde wijze de dringende geneeskundige hulpverlening kunnen versterken in drie golven.

De eerste golf is het plaatselijk Medisch Interventieplan (MIP), de tweede golf de middelen uit de omliggende provincies (Maxi-mip) en als derde golf de logistieke middelen van het Rode Kruis en de teruggeroepen versterkingen uit de rest van het land.

Naast de ontwikkeling van het Maxi-mip, zal ook de operationele capaciteit van mijn departement versterkt worden, zowel in de strijd tegen de terreur als bij andere grootschalige crisissen. Het gaat hier dan om de verbetering van de coördinatie met het lokale niveau, de uitrusting van de DGH-voertuigen, het aanpassen en beschermen van de uiterlijke kenmerken van de DGH-voertuigen en de hulpverleners en een verbetering van de psychosociale opvang van de slachtoffers én de hulpverleners.

Ook zullen onze strategische stocks verder aangevuld worden. Aan de Hoge Gezondheidsraad werd gevraagd een advies uit te brengen aangaande de producten die beschikbaar moeten zijn in België, rekening houdend met de huidige situatie en risicoanalyse.

10.2. *High Infection Diseases*

In de regeringsverklaring die werd afgelegd in volle Ebola-epidemie in West-Afrika, hebben we ons ertoe verbonden om na te denken over de oprichting van een eenheid die zich zou bezighouden met dit soort zeer besmettelijke ziekten. In afwachting van de oprichting van een dergelijke eenheid, hebben we akkoorden gesloten met ziekenhuizen zodat we voortaan een snel en doeltreffend antwoord kunnen bieden in geval van een ingevoerde besmetting. We werden gelukkig niet geconfronteerd met een dergelijke situatie.

De Ebolacoördinatrice en haar adjunct hebben verschillende zorginfrastructuren voor dergelijke pathologieën bezocht en hebben hierover een rapport overgemaakt aan mijn Beleidscel. Op basis van dit rapport en hun aanbevelingen, zal ik verder gesprekken voeren om een permanente polyvalente en duurzame structuur op te zetten in België, zodat we in de toekomst beter gewapend zijn tegen dergelijke situaties. Het is mijn bedoeling om dit dossier in 2017 af te ronden.

En préparation à d'éventuels incidents multisite dans notre pays, le 22 mars dernier, le Maxi-mip était déjà en phase d'élaboration. Ces événements lui ont permis de prouver toute sa pertinence. En 2017, il sera formalisé pour nous permettre de renforcer de manière structurée l'aide médicale urgente en trois vagues, en cas d'incidents à grande échelle.

La première vague est celle que représente le Plan d'intervention médicale (PIM), la deuxième est celle de la réquisition des moyens des provinces environnantes (Maxi-mip) et la troisième, enfin, est représentée par les moyens logistiques de la Croix-Rouge et les renforts mobilisés dans l'ensemble du pays.

Outre le développement du Maxi-mip, la capacité opérationnelle de mon département sera également renforcée, aussi bien au niveau de la lutte contre le terrorisme qu'au niveau des autres crises à grande échelle. Il s'agit ici d'améliorer la coordination avec le niveau local, l'équipement des véhicules AMU, d'adapter et de protéger les caractéristiques externes des véhicules AMU et des prestataires de soins ainsi que d'améliorer la prise en charge psychosociale, tant des victimes que des prestataires de l'aide.

Nos stocks stratégiques seront également augmentés. Il a été demandé au Conseil Supérieur de la Santé, de formuler un avis concernant les produits qui doivent être disponibles en Belgique, en tenant compte de l'analyse des risques et de la situation actuelle.

10.2. *High Infection Diseases*

Dans la déclaration gouvernementale prononcée en pleine période d'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, nous nous sommes engagés à réfléchir à la mise en place d'une unité destinée à prendre en charge ce type de maladies hautement contagieuses. En attendant la réalisation de cette unité, nous avons conclu avec des hôpitaux, des accords qui nous ont permis d'apporter une réponse rapide et efficace à la menace d'un éventuel cas importé. Nous n'avons heureusement pas eu à faire face à cette situation.

La coordinatrice Ebola et son adjoint ont visité différentes infrastructures de prise en charge de telles pathologies et en ont fait un rapport pour ma Cellule stratégique. Sur base de ce rapport et de leurs recommandations, je vais poursuivre les discussions pour la mise en place d'une structure permanente polyvalente et durable en Belgique, qui nous permettra de faire face plus facilement à l'avenir à ce genre de situation. Il est dans mes intentions de finaliser ce dossier en 2017.

10.3. *Evaluatie implementatie internationale health regulations door België*

Om onze hoge mate van gezondheidsveiligheid te vrijwaren, heb ik ook de *World Health Organization* verzocht om een externe evaluatie van de uitvoering van de Internationale Gezondheidsregeling (IGR) in België. De doelstelling van de IGR is om de verspreiding van ziekten over de landsgrenzen heen te voorkomen en om verantwoorde antwoorden te bieden op eventuele dringende volksgezondheidskwesties. Met deze evaluatie geeft België blijk van engagement en verantwoordelijkheid op dit gebied, vooral in de huidige context van wereldwijde volksgezondheidsrisico's zoals Ebola en Zika.

10.4. *Nucleair noodplan: bescherming van de burgers tegen ioniserende stralingen*

In het kader van de herziening van het nucleair noodplan heb ik mijn administratie de opdracht gegeven om nauw samen te werken met de FOD Binnenlandse Zaken en de nodige input te leveren om een predistributie alsook een reactieve distributie van jodiumtabletten uit te werken. Deze strategie zal in 2017 op punt gesteld worden.

10.5. *Betere samenwerking bij voedselgerelateerde uitbraken: nationaal plan voedselvergiftigingen*

In 2015 werden in België 881 uitbraken van voedselvergiftigingen geregistreerd met 2197 zieken waarvan 75 personen werden gehospitaliseerd. Het is noodzakelijk goed voorbereid te zijn voor het geval zich een nationale crisis zou voordoen zoals de *E. coli* O104 uitbraak in Duitsland in 2011.

Ondanks het feit dat België beschikt over een behoorlijk netwerk voor de surveillance en het beheer van voedselvergiftigingen, kent het huidige systeem voor het toezicht en het beheer van voedsel toxi-infecties (VTI's) enkele moeilijkheden. Deze hebben onder andere te maken met de verspreiding van de bevoegdheden tussen de diverse betrokken actoren. Tevens ontbreekt het België aan surveillancetool die een abnormale toename van zieken of VTI's detecteert en aan een crisisstructuur en procedures voor het beheer van een grootschalige uitbraak.

Daarom is een gecoördineerde benadering van de VTI tussen het federale niveau en de Gemeenschappen een noodzaak.

De IMC Volksgezondheid heeft de supervisie over het monitoring- en beheersplan voor de VTI toe vertrouwd aan de *Risk Management Group* (RMG). Het nationaal referentielaboratorium voedselvergiftigingen

10.3. *Évaluation de l'implémentation des health regulations internationales par la Belgique*

Pour assurer notre bon niveau de sécurité sanitaire, j'ai en outre demandé à l'Organisation mondiale de la Santé une évaluation externe de l'implémentation du règlement sanitaire international (RSI) en Belgique. En effet l'objectif du RSI est de prévenir la propagation internationale des maladies et d'assurer des réponses proportionnées à des éventuels urgences de santé publique. A travers de l'évaluation, la Belgique montrera son engagement et sa prise de responsabilité à ce niveau, notamment dans le cadre des risques de santé de publique mondiaux actuels, comme l'Ebola et Zika.

10.4. *Plan d'urgence nucléaire: protection des citoyens contre les rayonnements ionisants*

Dans le cadre de la révision du plan d'urgence nucléaire, j'ai donné pour mission à mon administration de collaborer étroitement avec le SPF Intérieur et de fournir l'input nécessaire pour mettre en place une prédistribution proactive et une distribution réactive de comprimés d'iode. Cette stratégie sera mise au point en 2017.

10.5. *Meilleure collaboration pour les intoxications alimentaires: plan national intoxications alimentaires*

En 2015 en Belgique, 881 cas d'intoxication alimentaire ont été enregistrés auprès de 2197 patients, pour lesquelles 75 personnes ont dû être hospitalisées. Il est nécessaire d'être prêt au cas où le cas d'une crise nationale telle que l'épidémie de *E. coli* O104 survenue en Allemagne en 2011.

Malgré le fait que la Belgique dispose d'un réseau convenable pour la surveillance et la gestion d'une intoxication alimentaire, le système actuel, fait pour la supervision et la gestion des toxi-infections alimentaires (TIA), connaît quelques difficultés. Ceux-ci concernent entre autres la répartition des pouvoirs entre les différents acteurs impliqués. Aussi, la Belgique manque d'outils de surveillance pour détecter une augmentation anormale de maladies ou de TIA et d'une structure de crise et des procédures pour la gestion d'une épidémie à grande échelle.

Par conséquent, une approche coordonnée pour les TIA entre le niveau fédéral et les Communautés est une nécessité.

La CIM Santé publique a confié la supervision du plan de monitoring et de gestion pour les TIA au Groupe de gestion des risques (RMG). Le laboratoire national de référence de l'intoxication alimentaire de l'ISP le mettra

van het WIV zal het concreet uitwerken. Het doel is tot een concreet voorstel te komen voor een beheersstructuur, een crisisdraaiboek en een surveillancetool om de uitbraken sneller te detecteren, zodat de omvang van de voedselvergiftiging beperkt kan worden door snelle actie en uiteindelijk kosten zullen bespaard worden.

10.6. *Internationale inzet bij crisis en participatie aan B-FAST*

Voor een optimale en efficiënte inzet van B-Fast wordt gestreefd naar internationalisering en verdere specialisatie van de beschikbare modules. Om zich maximaal in te schakelen in de internationale rampenmanagementstructuur werd de procedure opgestart om de B-Fast modules te registreren in de “*EU Voluntary Pool*” en “*EU Medical Corps*”, twee nieuwe instrumenten van de Europese Commissie inzake Europese Civiele Bescherming.

Om de kwaliteit van het veldhospitaal te verzekeren en beter af te stemmen op nieuwe richtlijnen die van toepassing zijn op nationale en internationale medische teams, wordt onderzocht of het huidige niveau 1 van het veldhospitaal (EMT1) kan worden opgetrokken naar niveau 2 (EMT2). Via de uitbreiding van de EMT1 met basisgezondheidszorg, medische spoedhulp via “out-patient care” en minimale chirurgische behandeling, wordt gestreefd naar een verdere specialisatie van de module en versterking van B-Fast op het internationaal humanitair toneel.

11. Gezondheidsbescherming

11.1. *Voeding en gezondheid*

In juni jongstleden heb ik met FEVIA en COMEOS een Overeenkomst getekend om de calorie-inname van de bevolking met 5 % terug te schroeven tegen eind 2016 ten opzichte van 2012 en met nog eens 5 % tegen 2020. Dit gebeurt door de zogenaamde “herformulering van voedingsmiddelen”, met de bedoeling om de toegevoegde suikers en vetten en de portiegroottes te reduceren en/of de samenstelling van producten te verbeteren (bijvoorbeeld door het vezelgehalte te verhogen) waar mogelijk.

De overeenkomst voorziet in 2017 in een eerste evaluatie van de effecten van deze aanpak over de vijf laatste jaren. Het is belangrijk dat men op een onafhankelijke manier kan nagaan of de energiebeperkingen hun vruchten afwerpen en of de bevolking daadwerkelijk minder calorieën inneemt ten opzichte van 2012. Mijn diensten bereiden momenteel de nodige monitoring voor

concrètement au point. Le but est d’arriver à une proposition concrète pour une structure de gestion, un script de crise et un outil de monitoring pour détecter rapidement les foyers, de sorte que la taille de l’intoxication alimentaire puisse être limitée via une action rapide et, en fin de compte, épargner des coûts.

10.6. *Engagement international dans les crises et participations à B-FAST*

Afin de permettre une intervention optimale et efficiente de B-Fast, notre objectif à ce niveau sera une internationalisation et une spécialisation plus poussée des modules disponibles. Afin de permettre une intégration maximale dans la structure de gestion des crises internationales, la procédure d’enregistrement des modules B-Fast dans l’“*EU Voluntary Pool*” et dans l’“*EU Medical Corps*”, deux nouveaux instruments de la commission européenne en matière de protection civile européenne, a été entamée.

Pour garantir la qualité de l’hôpital mobile et mieux s’adapter aux nouvelles directives d’application aux équipes médicales nationales et internationales, nous avons étudié si le niveau 1 de l’hôpital mobile (EMT1) ne pouvait pas être rehaussé jusqu’au niveau 2 (EMT2). L’ajout à l’EMT1 de soins de santé de base, d’une aide médicale urgente via des “outpatient care” et d’un traitement chirurgical minimal ont pour but d’arriver à une spécialisation plus poussée du module et au renforcement de B-Fast sur la scène humanitaire internationale.

11. Protection de la santé

11.1. *Nutrition et santé*

En juin dernier, j’ai signé avec la FEVIA et COMEOS, une Convention visant à réduire de 5 % les calories ingérées par la population d’ici fin 2016 comparé à 2012 et de 5 autres % d’ici 2020. Ceci se fait par le biais de ce que l’on appelle la reformulation des produits alimentaires, ayant comme but la réduction de la teneur en sucres ajoutés, en graisses et de la taille des portions et/ou d’améliorer la composition des produits (par exemple en augmentant la teneur en fibres) là où c’est possible.

La convention prévoit pour 2017 une première évaluation de l’impact des engagements au cours des cinq dernières années. Il est important de pouvoir évaluer de manière indépendante, si les réductions énergétiques ont porté leurs fruits et qu’effectivement, la population consomme moins de calories qu’en 2012. Mes services sont en train de préparer le monitoring nécessaire,

op basis van, onder andere, gegevens uit de databank van de vzw NUBEL.

Begin oktober 2016 publiceerde het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) de definitieve resultaten van de Voedselconsumptiepeiling die in 2014 werd uitgevoerd. Het gaat om een zeer omvangrijke enquête die de werkelijke consumptie van voedingsmiddelen meet en de voedingsgewoonten van de bevolking in kaart brengt. Het koppelen van haar resultaten aan de Voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad die eveneens recent werden geactualiseerd zal ons toelaten de grootste uitdagingen te definiëren op het vlak van herformulering.

Voedingsgerelateerde niet-overdraagbare aandoeningen (NCD's) zoals hart- en vaatziekten, diabetes type-2, hoog cholesterolgehalte, bepaalde kankers en hoge bloeddruk kennen complexe oorzaken. Ze moeten dan ook op een globale manier worden aangepakt. Daarom heb ik samen met de collega's gezondheidsministers van de deelstaatregeringen binnen de IMC beslist een gezamenlijk plan van aanpak voedinggezondheid uit te werken. Dat plan zal in de loop van 2017 worden voorbereid.

11.2. *Tabak en alcohol*

Om effectief te zijn in de strijd tegen tabaksgebruik, zal ik een "federale strategie voor een doeltreffend anti-tabaksbeleid" implementeren. Het doel is om het aantal volwassenen die dagelijks roken tot minder dan 17 % terug te dringen tegen 2018. Om die doelstelling te bereiken, moeten gecombineerde maatregelen worden genomen, die zowel mikken op het aanbod als op de vraag.

De accijnzen op tabaksproducten zullen sneller verhoogd dan wat eerder beslist was. De prijs is inderdaad de meest effectieve factor om rokers aan te sporen om te stoppen met roken. Om rokers hierbij te helpen, zal de Commissie voor de terugbetaling van de geneesmiddelen onderzoeken of er meer terugbetaling mogelijk is voor middelen die rokers helpen om te stoppen met roken.

Tabaksproducten worden strenger geregeld sinds de Europese richtlijn 2014/40/EU van kracht is geworden. Zoals aangegeven in het federaal antitabaksplan bereid ik samen met mijn diensten een mogelijke invoering van de neutrale verpakking voor, met uitzondering voor sigaren. Hiervoor zal er nauw overlegd worden met de Europese landen die een dergelijke maatregel reeds hebben ingevoerd (*in casu* Verenigd Koninkrijk, Ierland en Frankrijk). Het is voor mij essentieel dat we hun ervaringen betrekken in deze discussie. Tot slot zal

entre autres sur base des données rassemblées dans la banque de données de l'asbl NUBEL.

Début octobre, l'institut scientifique de santé publique (ISP) a publié les résultats définitifs de l'enquête de consommation alimentaire effectuée en 2014. Il s'agit d'une très grande enquête qui mesure la consommation réelle des denrées alimentaires et cartographie les habitudes alimentaires de la population. Le fait de coupler ces résultats aux Recommandations alimentaires du Conseil supérieur de la santé qui ont, elles aussi, été récemment actualisées, nous permettra de définir les plus grands défis sur le plan de la reformulation.

Les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (NCD) comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie, certains cancers et l'hypertension ont des causes complexes. Elles exigent donc une approche globale. C'est la raison pour laquelle, avec mes collègues ministres de la santé des entités fédérées, nous avons décidé, au sein de la Conférence interministérielle, d'élaborer un Plan alimentation-santé conjoint. Ce plan sera préparé dans le courant de 2017.

11.2. *Le tabac et l'alcool*

Afin de lutter efficacement contre le tabagisme, je vais mettre en œuvre une "stratégie fédérale pour une politique anti-tabac efficace". L'objectif est de réduire le nombre d'adultes fumeurs quotidiens à moins de 17 % dès 2018. C'est en combinant les mesures touchant à la fois à l'offre et à la demande que cet objectif sera atteint.

Les accises sur les produits du tabac seront augmentées plus rapidement que ce qui avait été préalablement décidé. Le prix est en effet le facteur unique le plus efficace pour pousser les fumeurs à stopper leur consommation. Afin d'accompagner les fumeurs, la Commission de remboursement des médicaments examinera la possibilité de prévoir un remboursement accru des moyens d'aide à l'arrêt.

Les produits du tabac sont réglementés de manière plus stricte via la mise en œuvre de la directive européenne 2014/40/UE. Comme indiqué dans le plan anti-tabac du gouvernement fédéral, je prépare, avec mes services, une possible introduction du paquet neutre, à l'exception des cigares. Pour ce faire, nous aurons une intense concertation avec les pays européens qui ont déjà introduit une telle mesure (dans ce cas, Royaume-Uni, Irlande et France). Il est pour moi essentiel que nous prenions en compte leurs expériences dans cette

de uitwerking van een verbod op roken in de wagen in aanwezigheid van kinderen het voorwerp uitmaken van een initiatief van het Parlement.

In kader van de strijd tegen schadelijk gebruik van alcohol zal ik als minister van Volksgezondheid mijn verantwoordelijkheid nemen. Zo zal onder meer de controledienst van de FOD VVVL in staat worden gesteld de verdeelautomaten dewelke geen, of een niet-werkende, identiteitskaartlezer hebben snel te verzegelen om zo het aantal inbreuken te doen dalen.

Om de naleving van deze nieuwe maatregelen te controleren, binnen het tabaksbeleid én het alcoholbeleid, zal de controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid versterkt worden met 12 controleurs en 1 jurist. Dankzij de versterking van het controleurs-team zullen we ook de prioritaire opdrachten beter kunnen verzekeren. Zo zal de inspectiedienst Tabak en Alcohol meer toezicht houden op de beperking van de toegang tot alcohol en tabak voor minderjarigen, op het tabaksgebruik 's avonds en zal hij zeer nauw toezien op de naleving van de nieuwe regelgeving betreffende de elektronische sigaret.

12. Ziekenfondsen

De ziekenfondsen zijn een belangrijke actor in de gezondheidszorg. Binnen de ziekteverzekering zijn ze medebeheerder, uitvoerder en controleur. Ook met betrekking tot de ruimere organisatie van de gezondheidszorg zijn ze belanghebbende.

Met het oog op het uitvoeren van de doelstellingen in het regeerakkoord om de werking van de ziekenfondsen te moderniseren, transparanter en efficiënter te maken, hebben in 2016 intensieve besprekingen plaatsgevonden met het oog op het vast stellen van een meerjarenkader met betrekking tot hun rol in de verplichten en aanvullende gezondheidszorgverzekering.

6 strategische moderniseringsassen werden gedefinieerd en operationaliseerd:

- Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden
- Bijdrage tot de kennisopbouw en beleidsvoorbereiding in de gezondheidszorg
- Rol van de ziekenfondsen in het beleid inzake handhaving en doelmatigheid
- Modernisering en professionalisering van het adviserend geneesherenkorps

discussion. Enfin, l'élaboration de l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants fera l'objet d'une initiative du Parlement.

Dans la lutte contre l'usage nocif d'alcool, je prendrai mes responsabilités en tant que ministre de la Santé. Ainsi, les distributeurs automatiques qui ne disposent pas d'un lecteur de cartes d'identité ou que ce dernier ne fonction pas, seront placés sous la surveillance de mes services de contrôle et pourront être scellés en cas d'infraction.

Afin de contrôler la mise en œuvre de ces nouvelles mesures, aussi bien au niveau de la politique du tabac que de celle de l'alcool, le service de contrôle Tabac et Alcool de SPF Santé publique sera renforcé de 12 contrôleurs ainsi que d'un juriste. Le renforcement de l'équipe de contrôleurs permettra également de mieux assurer les missions prioritaires. Ainsi, le service d'inspection Tabac et Alcool renforcera le contrôle des restrictions d'accès à l'alcool et au tabac aux mineurs, les contrôles relatifs au tabagisme en soirée et sera très attentif à l'application de la nouvelle réglementation relative à la cigarette électronique.

12. Les mutuelles

Les mutuelles représentent un acteur important dans les soins de santé. Au sein de l'assurance maladie, elles sont des co-gestionnaires, des exécutants et des contrôleurs. En outre, elles sont également parties prenantes au niveau de l'organisation des soins de santé à un niveau plus vaste.

En vue de l'exécution des objectifs de l'accord de gouvernement qui vise à moderniser le fonctionnement des mutuelles et à les rendre plus transparentes et plus efficaces, en 2016, des discussions intensives ont eu lieu en vue de fixer un cadre pluriannuel relatif à leur rôle dans l'assurance obligatoire et complémentaire des soins de santé.

6 axes de modernisation stratégique ont été identifiés et opérationnalisés:

- Information aux membres, aide et coaching santé;
- Contribution à l'accroissement des connaissances et à la préparation de la politique en matière des soins de santé;
- Rôle des mutuelles dans la politique en matière de contrôle et d'efficacité;
- Modernisation et professionnalisation du corps des médecins-conseils;

— Modernisering van het aanbod in de verplichte aanvullende verzekering

— Verhogen van de bestuurskracht en versterken van het goed bestuur en transparantie

Voor het einde van 2016 wens ik dit meerjarencader samen met de ziekenfondsen en de betrokken administraties af te ronden. 2017 zal in het teken staan van de implementatie van de wederzijds overeengekomen actieverbintenissen.

13. Redesign van de federale gezondheidsadministraties

Om als overheid adequaat te kunnen ingrijpen in een maatschappij die razendsnel verandert, is een doeltreffende en efficiënte structuur van de overheidsinstellingen noodzakelijk. Op het vlak van de gezondheidszorg, zijn er vandaag 8 verschillende federale administraties (FOD VVVL (DGGS), RIZIV, FAGG, KCE, CDZ, HZIV, WIV en het eHealth-platform) met elk verschillende statuten, structuren, culturen, overlegsysteem, competenties, e.d. De samenwerking tussen de instellingen verloopt hoofdzakelijk *ad hoc* of operationeel. Noch voor de instellingen, noch voor de partners, noch voor de beleidsmakers, noch voor de burgers/patiënten/klanten, is het steeds duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Daarnaast worden onze gezondheidszorgadministraties momenteel geconfronteerd met belangrijke uitdagingen. Het betreft enerzijds het gezondheidszorgbeleid zelf waarin ze een ondersteunende, coördinerende, voorbereidende, uitvoerende of evaluerende rol spelen. Anderzijds betreft het beheersmatige uitdagingen, rekening houdend met de impact op hun interne werking ten gevolge van de bijdrage die ze leveren bij de sanering van het federale overheidsbudget, alsook de impact van de zesde staatshervorming.

De hervorming van de gezondheidsadministraties die ik wens door te voeren, focust op de principes uit het regeerakkoord rond een moderne organisatie van de overheid in het algemeen en van de gezondheidszorgadministraties in het bijzonder.

Ik beoog, samen met de partners van het gezondheidsbeleid en de ziekteverzekering en de administraties, hervormingen door te voeren met het oog op een meer patiëntgericht, vraaggestuurd en doelmatig gezondheidszorgsysteem en meer klantgerichte dienstverlening. Specifiek wens ik te komen tot meer beleidsmatige en beheersmatige coherentie binnen een geïntegreerd netwerk van de 8 betrokken administraties die bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid en ziekteverzekering. Binnen de hervorming zal worden onderzocht hoe opdrachten kunnen worden herschikt,

— Modernisation de l'offre au niveau de l'assurance complémentaire obligatoire;

— Renforcement de la capacité de gestion, de la bonne gestion et de la transparence.

J'aimerais clôturer ce cadre pluriannuel, en collaboration avec les mutuelles et les administrations concernées, d'ici fin 2016. 2017 sera placé sous le signe de la mise en œuvre des actions auxquelles nous nous serons mutuellement engagés.

13. Redesign des administrations fédérales de la santé

Pour pouvoir intervenir de manière adéquate en qualité d'autorité dans une société en mutation fulgurante, il faut pouvoir disposer d'une structure d'administrations publiques efficiente et efficace. Dans le domaine des soins de santé, notre pays compte aujourd'hui 8 administrations fédérales (SPF SPSCAE, DGGS), INAMI, AFMPS, KCE, OCM, CAAMI, ISP et la plate-forme e-Health) qui ont chacune des statuts, des structures, des cultures, des systèmes de concertation, des compétences etc. différents. La collaboration entre ces administrations est généralement *ad hoc* ou opérationnelle. Ni les institutions administratives, les partenaires, les décideurs politiques, ni les citoyens/patients/clients ne savent très bien qui est responsable de quoi. En outre, nos administrations de la santé sont actuellement confrontées à d'importants défis. Il s'agit d'une part de la politique des soins de santé même, dans laquelle ils ont un rôle de soutien, de coordination, de préparation, d'exécution ou d'évaluation à jouer. Et d'autre part, il y a les défis de gestion, relative à leurs contributions à l'assainissement du budget fédéral et l'impact sur le fonctionnement interne de ces administrations, ainsi que de l'impact de la Sixième réforme de l'État.

La réforme des administrations de la santé que je souhaite mener, met principalement l'accent sur les principes issus de l'accord de gouvernement pour une organisation moderne de l'Autorité en général et des administrations des soins de santé en particulier.

Je souhaite mener des réformes, en collaboration avec les partenaires de la politique de santé publique, de l'assurance maladie et des administrations, visant un système de soins de santé efficace, axé sur le patient et adapté en fonction de la demande ainsi qu'un service orienté vers le client. Nous souhaitons dès lors arriver à une cohérence au niveau de la politique et de la gestion au sein d'un réseau intégré des 8 administrations compétentes en matière de politique de santé et d'assurance-maladie. Dans le cadre de cette réforme, il sera examiné comment réaménager les différentes missions

alsook hoe de afstemming en samenwerking tussen de betrokken instellingen verbeterd kan worden.

In 2016 heb ik met diverse actoren overlegd om de visie van de hervorming tot stand te brengen. Ik stemde af met de leidend ambtenaren van de betrokken instellingen; de beheerders, partners en klanten van de instellingen; alsook op politiek niveau. Als resultaat van deze visieontwikkeling en draagvlakopbouw, werd de hervorming die ik beoog, opgesplitst naar vijf “werven” of deelprojecten, waarvan de grote lijnen zijn:

Werk 1. Een versterkte coördinatie van het huidige netwerk van federale gezondheidsadministraties. In 2016 werd reeds het “*Managementcomité FedHealth*” opgericht, dat bestaat uit de topambtenaren van de acht instellingen. In 2017 zal ook gewerkt worden aan de creatie van een gemeenschappelijk service center dat de behandeling van vragen en klachten van burgers in het domein van gezondheidszorg coördineert, en zullen ook andere initiatieven ontplooid worden die de synergie tussen en de coördinatie van de activiteiten van de gezondheidsinstellingen versterken, bijvoorbeeld op het vlak van internationale relaties, parlementaire vragen en reglementaire processen.

Werk 2. De versterking van de interfederale coördinatie van het gezondheidsbeleid, onder meer met de opbouw van het Instituut voor de Toekomst van de Gezondheidszorg.

Werk 3. De ontwikkeling van een gecoördineerd en gestructureerd Health Research System (HRS) en de creatie van één kennisinstelling inzake gezondheid en gezondheidszorg. De nieuwe instelling (Sciensano) wordt begin 2017 opgericht en omvat de huidige kennisinstellingen WIV en CODA. Tegen begin 2018 zal ook het KCE en de Hoge Gezondheidsraad geïntegreerd worden. Tevens zal een HRS uitgewerkt worden dat door Sciensano zal worden beheerd.

Werk 4. De stroomlijning en samenwerking inzake inspectie en controle binnen de Federale gezondheidszorgadministraties. Binnen deze werf zal een screening gebeuren van het huidige beeld van de controle- en inspectieopdrachten in de gezondheidsadministraties, de raakpunten en de reeds bestaande samenwerkingsverbanden. In functie daarvan zal een plan van aanpak worden voorgesteld waarbij de werking, coherentie, doeltreffendheid en efficiëntie van de controle- en inspectieactiviteiten voorop staan.

et comment améliorer l’harmonisation et la collaboration entre les institutions concernées. .

En 2016, j’ai organisé une concertation avec divers acteurs afin de forger ma vision de cette réforme. J’ai mené une concertation avec les fonctionnaires dirigeants des institutions concernées; les gestionnaires, partenaires et clients de ces institutions, ainsi qu’au niveau politique. Le résultat de l’élaboration de cette vision et de la délimitation de sa portée est la réforme que j’envisage de mettre en place, sous la forme de cinq «chantiers» ou projets partiels dont les grandes lignes sont:

Chantier 1. Une coordination renforcée du réseau actuel des administrations fédérales de la santé. En 2016, on a déjà créé le “*Managementcomité FedHealth*” qui regroupe les hauts fonctionnaires des huit institutions. En 2017, on créera également un service center commun qui sera chargé de coordonner le traitement des demandes et des plaintes des citoyens dans le domaine des soins de santé. D’autres initiatives seront également déployées destinées à renforcer les synergies et la coordination des activités entre les institutions de soins de santé, par exemple sur le plan des relations internationales, celui des questions parlementaires ou encore des processus réglementaires.

Chantier 2. Le renforcement de la coordination interfédérale de la politique de santé publique, entre autres via la création de l’Institut de l’avenir des soins de santé.

Chantier 3. Le développement d’un Health Research System (HRS) coordonné et structuré et la création d’un seul centre d’expertise en matière de santé et de soins de santé. La nouvelle institution (Sciensano) sera créée début 2017 et regroupera les centres d’expertise actuels ISP et CERVA. Début 2018, le KCE et le Conseil supérieur de la santé y seront également intégrés. Un HRS sera également élaboré qui sera géré par Sciensano.

Chantier 4. La rationalisation et la collaboration en matière d’inspection et de contrôle au sein des administrations fédérales des soins de santé. Dans le cadre de ce chantier, on procédera à une analyse de la situation actuelle des missions de contrôle et d’inspection dans les administrations de la santé ainsi que des points de contact et des accords de collaboration existants. En fonction de cette analyse, un plan d’approche sera proposé qui mettra en avant le fonctionnement, la cohérence, l’efficacité et l’efficience des activités de contrôle et d’inspection.

Werk 5. De eventuele creatie van een Federale Gezondheidsdienst. In 2016 wordt een impact- en haalbaarheidsstudie uitgevoerd naar de creatie van een Federale Gezondheidsdienst, met al dan niet de oprichting van een afzonderlijk controle-agentschap. Voor deze werf voert een consortium van consultants een opportuniteits- en haalbaarheidsanalyse uit. Daarbij worden ook de administraties en belanghebbenden betrokken. Ik zal samen met de regering onderzoeken of een Federale Gezondheidsdienst wenselijk is en, zo ja, onder welke voorwaarden en binnen welke termijn we dit project kunnen realiseren.

*De minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,*

Maggie DE BLOCK

Chantier 5. La création éventuelle d'un Service fédéral de la santé. En 2016, une étude d'impact et de faisabilité sera réalisée sur la création d'un Service fédéral de la santé associé ou non à la création d'une agence de contrôle distincte. Pour ce chantier, un consortium de consultants conduit une analyse d'opportunité et de faisabilité. En outre, les administrations et les parties prenantes sont également impliquées. Je vais explorer avec le gouvernement si un service fédéral de la santé est souhaitable et, si oui, dans quelles conditions et dans quel temps nous pouvons réaliser ce projet.

*La ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique,*

Maggie DE BLOCK