

Budget soins de santé 2025

Proposition du Comité de l'assurance au Conseil général

Introduction

Les problèmes des soins de santé sont aujourd'hui plus complexes que jamais. Au niveau de l'organisation et du financement de la sécurité sociale, nous nous heurtons à des limites. C'est un sérieux changement de paradigme que les membres du comité de l'assurance demandent plus que jamais pour le budget des soins de santé. A court terme, une nouvelle approche requerrait de la cohésion et de l'engagement de toutes les parties prenantes pour améliorer la santé et la qualité de la vie moyennant les ressources disponibles. Pour cette transformation et, avec notamment un objectif d'utilisation plus optimale des ressources, les parties prenantes, ensemble avec l'INAMI ont défini, ces dernières années, des domaines prioritaires dans les soins de santé. Le quintuple aim de la politique de la santé est le cadre de référence de leur prise de décision. Le focus lors de l'élaboration du budget est axé sur les besoins de la population, nécessitant davantage de santé pour lesquels la coopération entre les prestataires de soins et le patient doit, du coup, être favorisée. Pour ce faire, le budget soins de santé INAMI doit d'abord être assaini sur le plan financier !

En raison de la situation budgétaire difficile, le Comité de l'assurance ne prendra pas de nouvelles initiatives en 2025. Le Comité de l'assurance souligne néanmoins la nécessité d'investir dans l'assurance maladie obligatoire pour lutter contre les inégalités sociales en matière de santé, rétablir la sécurité tarifaire pour les patients et garantir l'accès à l'innovation, à des soins essentiels et qualitatifs pour les citoyens. Le Bureau fédéral du Plan prévoit une augmentation annuelle moyenne de 3,3 % des dépenses de soins de santé au cours de la prochaine législature (sans tenir compte des recettes des médicaments), et cela, à politiques constantes.

Contexte pour le budget des soins de santé en 2025

A. Contexte politique

L'article 40, §1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités stipule que le Conseil général approuve le budget de l'assurance soins de santé pour 2025, l'objectif budgétaire global et les objectifs budgétaires partiels au plus tard le troisième lundi d'octobre 2024. Cette approbation se fait sur la base d'une proposition du Comité de l'assurance et comprend également les économies structurelles (montant annuel et date d'entrée en vigueur) avec lesquelles la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé sont respectées. L'article 40 §2 de la même loi stipule que si le budget et l'objectif budgétaire ne sont pas approuvés, le Conseil général en informe le ministre et, dans ce cas, le Conseil des ministres, sur proposition du ministre, détermine le budget, l'objectif budgétaire et les objectifs partiels.

Le budget des soins de santé pour 2025 est élaboré avec un gouvernement en affaires courantes. Ce gouvernement est compétent pour établir un budget, mais en même temps, un nouvel accord de coalition fédérale pour 2025-2029 est en train de voir la jour vu la formation en cours d'un nouveau gouvernement fédéral. Le Comité de l'assurance souhaite attirer l'attention sur le fait que l'absence de fixation de l'objectif budgétaire 2025 au 31 décembre 2024 pourrait entraîner le système de soins de santé dans une période d'incertitudes où l'on ne pourrait garantir à 100% l'application de la norme de croissance légale et de l'index même si des solutions techniques existent pour éviter un scénario de blocage des flux financiers et si la

logique des textes réglementaires existants le permet. Le Comité de l'assurance souhaite également insister sur la difficulté qu'il y'aurait à organiser une maîtrise correcte des dépenses, en l'absence de cet objectif budgétaire 2025.

B. Contexte budgétaire

Un budget doit être clair et transparent. Cela suppose qu'il soit clairement précisé ce qui relève ou non de l'objectif budgétaire global des soins de santé et que le contenu de l'objectif budgétaire global soit cohérent avec sa définition juridique. Le Comité de l'assurance a obtenu plus de transparence via les estimations techniques (révisées), au sein desquelles les dépenses relatives à l'accord social ont été regroupées dans l'objectif budgétaire et les dépenses pour les maîtres de stage ont été intégrées dans les objectifs budgétaires partiels respectifs pour les médecins et les dentistes. Cet exercice de transparence n'a pas modifié le calcul de la norme, mais a ramené le montant non affectable à 200,018 millions d'euros. Le Comité de l'assurance insiste pour qu'à l'avenir il n'y ait plus de blocage structurel des moyens financiers dans l'objectif budgétaire global des soins de santé.

Dépassement attendu en 2024 :

Les estimations techniques révisées de septembre 2024 montrent que l'objectif budgétaire global pour 2024 sera très probablement dépassé de 153,768 millions d'euros. Comme mentionné dans le rapport de la commission de contrôle budgétaire, une procédure relative aux mesures d'économie à prendre en raison du dépassement de l'objectif budgétaire global en 2024 existe.

Il est essentiel de pouvoir consulter les prestataires des soins de santé sur les mesures d'économie à prendre. Les mesures d'économie doivent toujours être considérées dans le respect du quintuple aim de la politique de la santé et atteindre les budgets escomptés. Ces mesures d'austérité ne doivent pas nuire au patient (directement ou indirectement).

Dépassement attendu en 2025 :

En 2025, le budget normatif est de 39,812 milliards d'euros. Après corrections techniques des montants réservés (30,148 millions d'euros) et de la sous-utilisation (114,401 millions d'euros) dans les estimations à politique constante, le déficit s'élève à 216, 802 millions.

Enfin, le Comité de l'assurance note que cette correction des estimations techniques révisées pour 2025 n'est qu'une correction temporaire. Les sous-utilisations devraient continuer à diminuer. Dans les estimations techniques révisées pour 2026, la plupart ou la totalité de ces dépenses devront être réinscrites, ce qui pèsera sur le budget en 2026 avec un risque de déficit plus important en 2026 et davantage de mesures d'économie structurelles à prendre en 2026. L'objectif est donc triple : effacer le déficit de 2024, ramener le budget 2025 dans les marges budgétaires disponibles et prendre les mesures nécessaires pour éviter des dépassements dans le budget 2026.

C. Approche

Le Comité de l'assurance est convaincu depuis longtemps que notre système de soins de santé peut être rendu plus performant grâce à des objectifs de (soins de) santé formulés, en commun, et grâce au développement d'une plus grande capacité d'innovation pour atteindre ces objectifs. Le Comité de l'assurance accueille favorablement la nouvelle commission pour les objectifs de soins de santé, qui permettra d'orienter la politique de santé à mener grâce aux différentes missions qui lui ont été confiées. Le Comité de l'assurance compte sur la nouvelle commission pour être ambitieuse sur le fond, quel que soit le contexte budgétaire. Le Conseil général, avec l'appui de la Commission de contrôle budgétaire et d'un groupe de travail dédié aux rapports couts-efficacité dans le système de soins de santé (voir ci-dessous), préparera le cadre financier

pluriannuel et en assurera le suivi. Actuellement, ce cadre n'est pas encore en place, mais le Comité de l'assurance compte sur des avancées dans ce domaine. Sachant que la réglementation en vigueur ne permet pas un budget pluriannuel, le cadre financier pluriannuel est un engagement différencié sur des trajectoires de croissance pour les différentes rubriques du budget des soins de santé qui sont pertinentes pour la réalisation des objectifs de soins de santé fixés par le Conseil général. Les trajectoires de mise en œuvre des nouvelles initiatives sont minutieusement préparées afin que les décisions budgétaires prises en octobre conduisent à une réalisation effective dès le 1er janvier suivant. Grâce à la méthodologie d'un plan financier pluriannuel, il devrait être possible de réinvestir les gains d'efficacité de l'année T dans l'année T+1 sans ajuster les calculs de "trends" à la baisse dans les estimations techniques et en mesurant le rendement d'une action dans l'année T afin de procéder à un réinvestissement réaliste dans l'année T+1.

Il n'est pas évident d'identifier les inefficacités et de les traduire en mesures. En outre, une question plus générale se pose : quelles dépenses de santé voulons-nous faire à l'avenir avec le budget disponible ? Le Comité de l'assurance demande explicitement un soutien accru pour mener des recherches plus approfondies sur les soins inappropriés et les tendances indésirables en matière de dépenses de santé dans l'ensemble du système de santé et que l'on mette en œuvre rapidement les actions nécessaires à cet effet. Dans cette optique, le Comité de l'assurance entamera, à la fin de la procédure budgétaire 2025, une réflexion sur la manière d'articuler au mieux les travaux des différentes instances compétentes vers une approche "value based" des investissements dans notre système de soins de santé. Cette réflexion devrait déjà donner des résultats pour le début de la procédure d'élaboration du budget 2026.

Cet exercice a déjà débuté pour la réalisation du budget 2025 des soins de santé. La concertation ne s'est pas organisée autour d'une simple prise de mesures linéaires pour combler le déficit mais bien autour de recherche d'améliorations dans l'affectation des moyens disponibles. De nombreuses concertations ont eu lieu pour analyser les dépassements, détecter et agir sur les évolutions des trends des dépenses non souhaitables afin d'augmenter la rentabilité de certains services ou de viser un niveau de qualité de vie supérieure pour chaque patient. Ce type d'approche demande en principe du temps.

La simplification administrative est également un outil pour travailler plus efficacement. Le comité de l'assurance demande aux différentes commissions de convention de faire des propositions concrètes de simplification administrative lors du premier semestre 2025. Enfin, nous attirons l'attention sur les TIC nécessaires et fonctionnelles pour éviter la surconsommation et poursuivre l'excellence des soins.

Un système de santé performant n'est pas une fin en soi, mais un moyen essentiel pour parvenir à la meilleure santé et la meilleure qualité de vie qu'il soit possible d'atteindre pour chacun et chacune. Pour ce faire, sur le terrain les soins doivent être centrés sur le patient, en tenant compte de ses désidérats de vie. Le Comité de l'assurance compte sur le Conseil général, soutenu par le travail fourni par la commission pour les objectifs de soins de santé, pour donner avec toutes les parties prenantes une orientation à l'identification des questions prioritaires dans le système de soins de santé, qui seront ensuite traitées, en partie de manière top down et, en partie de manière bottom up. Un système de soins de santé performant n'est possible que si tous les partenaires s'impliquent et travaillent ensemble.

D. Réalisation du Quintuple Aim

Le rapport du groupe de travail « Quintuple Aim » intitulé « *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024, rapport final* » et le rapport du comité scientifique intitulé « *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et des objectifs 'soins de santé'* » font apparaître plusieurs thèmes prioritaires pour identifier des problèmes dans notre système de soins de santé. Nous les résumons comme suit :

- Soins préventifs : par rapport à d'autres pays européens, la Belgique obtient de mauvais résultats pour plusieurs indicateurs relatifs à la prévention des problèmes de santé. Le Conseil général a décidé en octobre 2021, sur proposition du Comité de l'assurance, de renforcer la prévention secondaire et tertiaire par le biais de sept parcours de soins pour les patients suivants : ceux, présentant un risque de diabète, les enfants obèses, les femmes enceintes vulnérables, les patients avant et après une transplantation d'organe abdominal, les patients souffrant de problèmes psychiatriques, le déploiement d'une réadaptation pulmonaire améliorée et les patients après covid. Les soins préventifs sont un domaine bien plus large que le champ de compétence de l'assurance obligatoire des soins de santé auquel la réalisation du budget des soins de santé doit se limiter ;
- Soins intégrés et orientés sur les objectifs : il s'agit de la combinaison d'une approche des soins centrée sur les objectifs individuels (centrée sur les objectifs de vie de l'individu) et d'une approche des soins centrée sur la population (soins destinés à une communauté ou à une population plus large vivant dans une zone clairement définie) ;
- Accessibilité des soins : le droit d'accès aux soins de santé est un droit humain fondamental (Nations unies, 1948). Pour le réaliser, il faut que l'offre soit adaptée de manière adéquate pour atteindre la population dans toute sa diversité. Cette question est abordée chaque année lors de l'élaboration du budget, sous l'angle de la capacité à identifier le problème/risque de santé, de l'accessibilité des services (physique ou à distance), du caractère abordable des soins de santé et de la qualité des soins perçue et requise par les patients afin qu'ils consentent aux soins de santé qu'ils leur sont proposés ;
- Bien-être des prestataires de soins dans le cadre de la durabilité des soins : la pénurie des infirmières et aides-soignantes est un phénomène qui s'installe dangereusement dans tous les secteurs infirmiers (hôpitaux, maison de repos et de soins, soins à domicile, etc) De plus, le manque de personnel actuel détériore les conditions de travail de celles qui sont actives, ce qui crée un cercle vicieux ajoutant des effets délétères à une situation déjà fragile. Les burn-out sont fréquents, les carrières des jeunes infirmières sont courtes, nombre de stagiaires sont dégoûtées après leur premier stage et une infirmière sur quatre envisage de quitter la profession. Voici quelques moyens de rendre la profession des soignantes plus attrayante :
 - une plus grande valorisation des professions infirmières et aides-soignantes et plus de respect de la société en générale envers eux
 - les environnements et les conditions de travail doivent être attractifs (adéquation entre staffing et charge de travail, veiller à ce que les staffs soient complets, participation aux décisions
 - attention à la collégialité des relations entre professionnels du soin, amélioration des conditions de travail des stagiaires, diminution des risques de burnout, etc)
 - un temps suffisant pour permettre des relations humaines entre patients et soignants
 - une administration allégée pour permettre beaucoup plus d'attention au patient
 - le partage des données pour des soins plus centrés sur le patient
 - faire attention à l'atomisation des compétences : une réorientation en douceur d'une profession de soins à une autre lorsque c'est possible
 - la réduction de la violence dont on entend de plus en plus parler, la pénurie engendre de la violence qui à son tour alimente la pénurie.

Quelques questions hors du budget soins de santé

Bien que ce ne soit pas le sujet de la proposition budgétaire 2025, nous souhaitons néanmoins encore attirer l'attention sur plusieurs dossiers.

Financement du personnel de soutien et pensions statutaires

En 2022, 2023 et 2024, il a systématiquement été décidé de fournir pour une période d'un an 20 millions d'euros, indexés entre-temps à 21 millions d'euros, pour soutenir le personnel de soins dans les hôpitaux, les soins à domicile et les maisons médicales. Le financement du fonds blouses blanches est structurel, mais ces 21 millions d'euros spécifiques ne le sont pas. Le Comité de l'assurance compte sur le renouvellement de ces contrats et demande donc au gouvernement de prévoir le budget nécessaire à cet effet, mais avec un retour d'information suffisant sur le retour sur investissement (comme des informations (publiques) sur le ratio patient/infirmière et patient/soignant, ou informations sur les ratios personnel soignant nombre ETP/patient, nombre infirmières ETP/patient dans les hôpitaux sur la base des enregistrements existants dans les hôpitaux).

Le secteur hospitalier rappelle que les pensions légales constituent une charge énorme et croissante pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés qui utilisent du personnel statutaire. Ce problème fondamental nécessite une solution structurelle urgente.

Les professions des soins de santé actuellement non incluses

Les décisions ne peuvent être prises qu'en concertation avec les parties prenantes, y compris pour les secteurs pour lesquels il n'y a pas de commissions des conventions ou d'accord. Le Comité de l'assurance comprend la demande de reconnaissance de ces professions de santé :

- Il y a plus de 14.000 ergothérapeutes et 7.000 diététiciens en Belgique. Les podologues et les orthoptistes sont moins nombreux. Ces 4 professions sont des professions de santé 13 reconnues et protégées ainsi que des professions de soins primaires selon la loi coordonnée du 10 mai 2015 ;
- À l'INAMI, après 5 ans de présence, ce sont toujours des « professions exclues » : exclues des négociations structurelles et des conseils (commissions de convention), exclues du droit de vote, exclues du budget, ... ;
- « appropriate care » et les « soins intégrés » peuvent/doivent être la base des futurs soins et budgets de soins. Ces professions sont des partenaires importants dans le cadre des soins intégrés, en particulier dans la première ligne ;
- En raison notamment des réformes au sein des hôpitaux (séjours hospitaliers plus courts, hospitalisations de jour,...), une partie importante des traitements ergothérapeutiques effectués par ces professions en deuxième ligne sera déplacée vers la première ligne.

Ces professions sont également des partenaires essentiels des soins de santé et doivent donc être rendues accessibles.

Cybersécurité

Suite à la directive NIS2 de l'Union européenne du 14 décembre 2022, une nouvelle législation sur la cybersécurité entre en vigueur le 18 octobre 2024. Sont concernés, en particulier, toutes les organisations de soins de santé comptant au moins 50 employés à temps plein (ETP) ou dont le chiffre d'affaires annuel et/ou le total du bilan annuel est supérieur à 10 millions d'euros. Au fil du temps, les nouvelles normes de cybersécurité amélioreront considérablement la protection contre les cyberattaques, constituant une menace majeure pour la continuité des soins. Les budgets nécessaires à ces risques sont importants, mais ne peuvent être estimés aujourd'hui pour tous les secteurs car ils impliquent de multiples organisations et nécessitent de réfléchir à la manière d'y collaborer. Les hôpitaux ont évalué en Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) le coût supplémentaire pour leur secteur à 137,5 millions. Pour assurer plus de résistance et de résilience numérique, les hôpitaux et les autres grandes organisations des soins de santé devraient au moins être en mesure d'investir dans du personnel informatique spécialisé, dans la sensibilisation et la formation, et dans la sécurité informatique. Le Comité de l'assurance demande au gouvernement de soutenir financièrement le renforcement de la cybersécurité. Il est aussi réaliste que ces dépenses soient à terme

finançées via le budget de la défense dans le cadre d'une approche collective coordonnée par le Centre pour Cybersecurity.

Dossier patient intégré et électronique

Fin 2021, le Conseil général a décidé de mettre en œuvre la demande du Comité de l'assurance concernant le dossier patient intégré, électronique et interprofessionnel dans un environnement de soins de santé sécurisé. Ce dossier est devenu l'un des principaux domaines du Roadmap eSanté et du Roadmap Health Data 2022-2024. Un total de 29 millions d'euros a été alloué à l'INAMI dans le cadre du plan de relance européen pour investir dans les TIC visant à soutenir les collaborations multidisciplinaires et les prescriptions numériques jusqu'en 2025. Le comité de l'assurance demande un suivi.

Ressources pour recherches et projets

Dans la continuité de 2024, il est préférable de poursuivre le projet du sevrage aux benzodiazépines, d'autant plus que l'évaluation du projet est positive.

Le Comité de l'assurance souhaite attirer l'attention des membres du Conseil général sur les projets suivants de l'article 56 pour l'allocation de modèles spéciaux de fourniture ou de paiement de soins médicaux :

- Un rapide suivi du projet en cours pour un nouveau modèle d'organisation et de financement des infirmières à domicile: comme mentionné dans la note du conseil général du budget soins de santé 2024 ;
- Soins dentaires et santé bucco-dentaire : ce projet en cours finance les hygiénistes dentaires nouvellement diplômés. Le comité de l'assurance demande que le financement de ce projet soit augmenté chaque année en fonction du nombre d'hygiénistes dentaires nouvellement diplômés ; Encore mieux et au vu de la pénurie, les hygiénistes dentaires, doivent être repris dans le budget des dentistes comme des "vrais" prestataires ;
- Un nouveau projet de recherche « Organisation et financement du travail des sages-femmes - VISION 2028 » : une vision globale pour une organisation et un financement durable des soins à la naissance est nécessaire de toute urgence dans notre pays. Sous la direction d'un coordinateur, et en collaboration avec des personnes de liaison du secteur au sens large et une institution académique/KCE, des pistes sont développées pour une refonte innovante et interdisciplinaire du financement des soins de naissance dans notre pays, en tenant compte des spécificités de la période périnatale ;
- L'ajustement du financement du projet en cours des Community Health Workers dans le cadre de la mise en œuvre du Livre blanc sur l'accès aux soins est urgent. : Les Community Health Workers sont des membres de confiance des communautés locales, qui ont une expérience de vie commune avec les personnes qu'ils aident et qui, par leur travail de proximité, remplissent une fonction passerelle entre le système de santé belge et les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale n'ayant que peu ou pas d'accès aux soins de santé généraux. Pour assurer le travail des Community Health Workers également en 2025, un meilleur financement du personnel et des frais de fonctionnement est nécessaire. La demande de budget s'élève à 4.134.800,00 euro ;
- Renforcer le projet de médiation interculturelle existant dans le cadre de la mise en œuvre du livre blanc relatif à l'accessibilité des soins : la recherche montre qu'un soutien linguistique approprié est nécessaire pour fournir des soins accessibles, de qualité et sûrs. À court terme, un financement adéquat des médiateurs actuels est nécessaire, conformément à l'échelle IF-IC, jusqu'à 15 ans d'ancienneté. En outre, 16 ETP supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins non satisfaits sur le terrain. Le coût supplémentaire total est de 2 393 633 euros ;

Une étude KCE est également nécessaire pour étudier le coût des implants en Belgique, ainsi qu'une comparaison internationale.

Proposition du Comité de l'assurance au Conseil Général

Ce projet de budget respecte pleinement le cadre normatif de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance maladie et invalidité.

A. Objectif budgétaire 2025 et estimations techniques révisées

L'objectif budgétaire pour 2025 est de 39,812 milliards d'euros.

Calcul strict de la norme	2025 (en mille euro) Index juin/juin
Objectif budgétaire global 2024	37.824.710
Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2024	-1.842.235
Norme stricte 2025	35.982.475
Norme de croissance réelle 2,5%	899.562
Sous-total	36.882.037
Indice santé (3,34%)	742.138
Masse indice pivot 2024	55.476
Masse indice pivot 2025	131.984
Sous-total	37.811.635
Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2025	2.000.515
Objectif budgétaire 2025	39.812.150

Après déduction des budgets non affectables, l'objectif budgétaire est de 39,612 milliards d'euros. Après correction des montants réservés (30,148 millions d'euros) et des sous-utilisations (114,401 millions d'euros), les estimations techniques révisées s'élèvent à 39,829 milliards d'euros.

B. Proposition financière

La confrontation entre les estimations techniques révisées de septembre 2024 et l'objectif budgétaire pour 2025, diminué du montant non affectable, laisse entrevoir la possibilité d'un déficit de 216,802 millions d'euros en 2025.

La commission de contrôle budgétaire a analysé l'évolution des dépenses des soins de santé et établi que les secteurs suivants devaient avant tout être alertés pour le dépassement de leurs objectifs budgétaires partiels :

- Secteur des médicaments
- Honoraires des médecins
- Secteur des implants
- Secteur des dentistes
- Maisons médicales

- Mesures Covid

Les estimations techniques de septembre 2024 indiquent que les secteurs qui affichent un risque de dépassement de leur objectif partiel totalisent un montant de 547,9 millions de dépassement. Quatre secteurs (honoraires médicaux, dentistes, spécialités pharmaceutiques et implants) sont responsables de 92% de ce dépassement à hauteur d'un montant de 501,4 millions. Par conséquent, les mesures d'économie sont concentrées sur 4 secteurs, ce qui n'empêche qu'une analyse dans le cadre d'un exercice plus large porte sur le secteur des maisons médicales à partir de cette fin d'année. Le comité de l'assurance propose, à l'aide du meilleur diagnostic possible des dépassements et des solutions les plus adaptées pour le futur, les mesures d'économies structurelles suivantes à partir du 1er janvier 2025. Celles-ci doivent protéger tant que possible les prestataires et les patients :

- Secteur des médicaments (pour plus de détails, il faut se référer à l'annexe 1 qui fait partie intégrante de la proposition du comité de l'assurance):
 - o le cout total des médicaments oncologiques dans l'assurance maladie augmente fortement. Le comité de l'assurance demande au gouvernement une économie de 88,432 millions d'euros nettes et une meilleure gestion de ces dépenses de soins de santé en fixant un budget partiel s'y référant ;
 - o certains médicaments orphelins ou médicaments considérés comme des médicaments orphelins sur le marché sont déjà remboursés depuis plus de 12 ans et affichent un très grand cout par patient. Plusieurs de ces traitements ne sont plus protégés par brevet, néanmoins il n'y a pas de générique ou de biosimilaires disponibles. Ils n'ont donc pas subi la baisse de prix liée à patentcliff. La recherche pour ces médicaments a entretemps été stoppée. L'inquiétude envers l'indisponibilité est importante à prendre en compte, le comité de l'assurance est convaincu qu'il est responsable de diminuer de 20% du prix de ces médicaments ;
 - o plusieurs mesures de maîtrise des volumes ont été décidées dans le cadre de la trajectoire 2022-2024 pour un total en base annuelle de 36 millions d'euros. Leur exécution a fait l'objet de discussions et décisions en médico-mut. Cependant, l'« Analyse VOLUMES » pointue réalisée par l'Inami et discutée en « werkgroep farmaceutische specialiteiten » ne semble pas montrer d'impact de ces mesures et souligne, à l'inverse, un effet « volume » en 2023 plus important qu'auparavant. Une « mini Task force » rassemblant les parties prenantes à la maîtrise des volumes de prescriptions de médicaments et associant le CNPQ décidera, avant fin 2024, de mesures concrètes à mettre en œuvre au 1er janvier 2025 menant à une prescription rationnelle des médicaments en officines ouvertes au public avec un effet budgétaire de 16 millions d'euros structurels en 2025 et avec une garantie budgétaire.

- Secteur des honoraires médicaux (voir annexe 2 pour plus d'informations) :
 - o Les dépenses pour les consultations téléphoniques des médecins généralistes, et dans une moindre mesure des médecins spécialistes augmentent de manière spectaculaire. Bien que cela montre que les médecins consacrent du temps aux interactions téléphoniques, ces prestations ne sont pas organisées de manière optimale. Il n'existe pas de guidelines et toutes les téléconsultations n'ont pas la même valeur. Par conséquent, il est nécessaire de revoir la rémunération des téléconsultations et de préciser leur guidelines. La formule actuelle est supprimée et une nouvelle formule sera introduite au 1er janvier 2026 avec une période transitoire du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025. La medicomut va travailler à cette réforme des téléconsultations à partir du 1er janvier 2026. Elle pilotera également la période transitoire en 2025 (tant au niveau budgétaire que de contenu). Quant aux

consultations par vidéo, elles continuent à exister, sachant que des guidelines claires s'y rapportent ;

- Une économie supplémentaire sera réalisée à l'aide d'une diminution de tarif pour plusieurs interventions chez les médecins spécialistes ;
 - Enfin, nous constatons que les nouvelles règles relatives aux certificats d'incapacité de travail mises en place le 22 novembre 2022 n'ont eu aucune incidence sur le volume des consultations de médecine générale alors qu'elles auraient dû engendrer une diminution du nombre de consultations pour les absences d'un jour. Le Comité de l'assurance souhaite qu'une analyse de ce problème soit engagée en 2025 au sein de l'INAMI afin d'analyser les raisons de cette absence d'impact, et ce en lien avec les recommandations de la médico-mut reprise au point 4.5.2 de l'accord 2024/2025.
- Secteur des implants : les estimations techniques révisées pour les dépenses du budget des soins de santé en 2025 comprennent 19 millions d'euros pour des nouvelles initiatives en 2025. Ce budget pour des nouvelles initiatives est diminué de 10 000 millions d'euros.
- Secteur des soins dentaires :
- l'analyse du rapport d'audit 2023 révèle une évolution exponentielle de l'utilisation du test DPSI (Dutch Periodontal Scoring Index) avec une croissance annuelle moyenne de 23% du nombre de DPSI entre 2009 et 2024. En 2024, on estime à 1,9 millions le nombre de tests DPSI pour une dépense de 47,2 millions d'euros, soit 80% des dépenses de parodontologie en 2024 ;
 - le remboursement du DPSI introduit en 2006 est cumulable avec le remboursement de l'examen buccal annuel. Sur base des données prestées en 2023, il est constaté que sur un total de 1.455.155 prestations DPSI, 1.285.345 soit 88% ont été réalisées chez un patient le même jour qu'un examen buccal annuel préventif ;
 - afin de limiter la croissance exponentielle des DPSI observée ces dernières années, cet examen est intégré dans l'honoraire pour l'examen buccal annuel qui couvre déjà tout une série d'actes diagnostics et préventifs (cf. radiographies intraorales, élimination de la plaque dentaire, léger détartrages,...). Le cumul du DPSI et de l'examen buccal annuel préventif le même jour n'est donc plus autorisé. Parallèlement, l'examen buccal annuel étant élargi au DPSI, son honoraire est augmenté de 10 €. Ces deux mesures génèrent une économie nette de 18,819 millions d'euros en base annuelle ;
 - par ailleurs, l'honoraire du DPSI est diminué de 28,5 € à 24,5 € pour tenir compte du temps moyen d'administration du test. Cette mesure génère une économie de 1,170 millions d'euros en base annuelle ;
 - ces mesures entreront en vigueur au 1er janvier 2025 et généreront une économie de 19,989 millions d'euros.

Marge disponible sans économies	- 216.802.000
Mesures secteur des médicaments	
- Budget partiel médicaments oncologiques	88.432.000
- Diminution du prix des médicaments orphelins coûteux	9.000.000
- La prescription rationnelle	16.000.000
Total	113.432.000
Mesures secteur des honoraires médicaux	
- Suspension de la téléconsultation	68.404.000
- Diminution de la valeur de la lettre clé pour	
o Angiographie cérébrale	516.000
o Examen duplex couleur bilatéral	2.453.000
o Echographie complète urinaire	1.469.000
o Chirurgie abdominale	539.000
Total	73.381.000
Mesures secteur des implants	10.000.000
Mesures secteur des soins dentaires	19.989.000
Marge disponible avec économies	0

Le tableau budgétaire de la proposition de budget des soins de santé du comité de l'assurance se trouve en annexe (annexe 3).

Annexes

Annexe 1 – Mesures dans le secteur des spécialités pharmaceutiques

1. Maîtrise des volumes de prescription de médicaments en ambulatoire

Plusieurs mesures de maîtrise des volumes ont été décidées dans le cadre de la trajectoire 2022-24 pour un total en base annuelle de 36 millions d'euros. Leur exécution a fait l'objet de discussions et décisions en médico-mut. Cependant, l'« Analyse VOLUMES » pointue réalisée par l'Inami et discutée en « werkgroep farmaceutische specialiteiten » ne semble pas montrer d'impact de ces mesures et souligne, à l'inverse, un effet « volume » en 2023 plus important qu'auparavant.

Une « mini Task force » rassemblant les parties prenantes à la maîtrise des volumes de prescriptions de médicaments et associant le CNPQ décidera, avant fin 2024, de mesures concrètes à mettre en œuvre au 1^{er} janvier 2025 menant à une prescription rationnelle des médicaments en officines ouvertes au public avec un effet budgétaire de 16 millions d'euros structurels en 2025.

Cette mini Task force intégrera les analyses qui ont déjà eu lieu en médico-mut et les mesures prises, afin de les renforcer et de les compléter par des mesures additionnelles. La Task force formulera en priorité des propositions concrètes dans les quatre domaines suivants : la lutte contre l'utilisation abusive du sémaqlutide (dont Ozempic) pour la perte de poids, la déprescription, le démarrage avec le conditionnement adéquat et des mesures ciblées en lien avec les biosimilaires (*voir en-dessous*).

L'atteinte de l'objectif d'économies dans les dépenses de médicaments par les mesures décidées sera évalué en novembre sur base des données Pharmanet du 1^{er} semestre 2025. La méthode d'évaluation sera proposée par la mini Task force et soumise à l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire.

Un mécanisme garantira l'économie structurelle de 16 millions € en 2025. Cette garantie sera prise sur l'objectif partiel des honoraires médicaux. Le Medicomut formulera une proposition concrète d'ici le 31 décembre 2024.

Mesures prioritaires de maîtrise des volumes de prescription de médicaments qui seront discutées en priorité par la mini Task force

1. Lutte contre l'utilisation abusive du sémaqlutide (dont Ozempic) pour la perte de poids :

L'adaptation des modalités d'identification de l'indication diabète (mention « trajet de soin ») et des modalités de contrôle de l'indication et du volume par patient par les organismes assureurs permettra à la fois de s'assurer que cette molécule est en priorité délivrée aux patients diabétiques, et de générer des économies.

Les dépenses (brutes) pour le sémaqlutide représentent plus de 59 millions en 2023 (voir note « Analyse VOLUMES » du 5/7/2024). Une première analyse par le CIN montre que plus de 15% des patients se voient délivrer plus que 13 conditionnements par an (soit le volume théorique nécessaire pour 1 an de

traitement), semblant montrer une facturation excessive de ces médicaments. **Un contrôle strict par les organismes assureurs** permettra d'éviter la mauvaise facturation.

La **suppression de la mention** « trajet de soin diabète » comme preuve d'indication permettra un contrôle plus correct de respect des conditions du chapitre IV par le pharmacien. D'autres mentions (comme « tiers payant applicable ») pouvant mener à des mauvaises utilisations devraient également être analysées et adaptées en même temps.

2. Déprescription et sevrage :

Sur base des guidelines identifiés par la médico-mut en 2022, des actions ciblées de prescription rationnelle seront mise en place sur **certaines classes problématiques** identifiées dans la note « Analyse VOLUME ». La prolongation de certains traitements (comme les hypolipidémiantes chez les personnes âgées) sera visée en priorité, avec des objectifs de déprescription clairement identifiés par la mini Task force. Le pharmacien, notamment dans le cadre de son rôle de pharmacien de référence, pourra soutenir le médecin.

3. Conditionnement approprié :

Chaque année, 14 millions de traitements sont démarrés, dont 9 millions ne font l'objet que d'une seule délivrance. Pour des objectifs de santé publique et afin d'éviter le gaspillage, le **démarrage automatique** avec le conditionnement adéquat sera mis en place. La mini Task force déterminera les classes où cette mesure est pertinente et les mesures d'encadrement éventuelles (comme la prescription d'office en DCI dans ces situations et la prescription « par traitement »).

4. Mesures ciblée en lien avec les biosimilaires : inhibiteurs de l'interleukine et JAK :

Dans les fiches de la trajectoire 22-24, plusieurs propositions visant au développement du marché des médicaments biosimilaires en Belgique ont été introduites.

Les mesures proposées reflétaient des pistes discutées dans la « Task force biosimilaires » qui a été relancée en 2024, dont les premières conclusions et pistes devraient être intégrées dans la « mini Task force » de fin 2024.

Dans l'esprit du « plan d'action » évoqué par les organismes assureurs dans la Task force de 2020 lors de l'arrivée des biosimilaires afin d'adopter une stratégie pour l'ensemble de la classe impactée, des **mesures visant une utilisation rationnelle devraient être prises en 2025 pour la classe des immunosuppresseurs**. Les nouvelles générations d'inhibiteurs de l'interleukine (Stelara, Cosentyx, Ilaris, etc) et d'inhibiteurs du JAK (Xeljanz, Rinvoq, Olumiant, Jyseleca) qui ont remplacé les anti-TNF (Enbrel, Humira et Remicade) de lors de l'arrivée de leurs biosimilaires pour les pathologies d'arthrite rhumatoïde, de maladie de Crohn et de psoriasis ont en effet été pointées parmi les premiers responsables de l'effet volume (avec 35 millions rien qu'en 2023). Dans les rapports MORSE, on voit d'ailleurs que les dépenses pour la classe L04A sont passées de 407,9 millions en 2019 à 571,4 millions en 2023 avec un coût moyen qui a augmenté de 14%.

La « mini Task force » sera chargée de formuler des propositions, reprenant notamment des engagements de la part des prescripteurs.

5. Révisions de groupe en cours :

En outre, des révisions de groupe censées rapporter 28,5 millions en 2025 avec une entrée en vigueur le 1^{er} janvier concernent également en partie la prescription rationnelle et peuvent être suivies par cette « mini Task force » et éventuellement renforcées par des actions de sensibilisation ou d'information.

2. Mesures concrètes pour les médicaments chers.

La croissance des dépenses pour les médicaments reste principalement liée aux nouveaux traitements délivrés en ambulatoire hospitalier. Bien que fortement réduits dans le cadre des contrats confidentiels entre le ministre et la firme, les prix finaux restent très élevés et le volume de prescription des nouveaux traitements est parfois interpellant.

a. Orphelins anciens sans générique :

Certains médicaments orphelins (traitant des maladies rares) ne sont plus protégés par un brevet sans pour autant qu'un médicament générique ou biosimilaire ne soit commercialisé en Belgique. Ces médicaments peuvent être difficiles à développer ou à produire, ou le marché peut être trop petit. Ils représentent cependant un coût excessif pour des médicaments qui ne doivent plus amortir de la recherche.

Il est donc demandé d'appliquer **une baisse de prix (ou de coût net en cas de contrat) de 20% pour les médicaments qui ont ou ont eu le statut de médicaments orphelins, remboursés la première fois depuis plus de 12 ans et dont le coût de traitement de certains patients dépasse 100.000 euros**, tant qu'aucune alternative générique ou biosimilaire n'est disponible. Cette mesure vise tant les médicaments délivrés en hôpital qu'en officine ouverte au public. Un filet de sécurité pourra être mis en place afin de s'assurer que la mesure n'entraînera pas de retrait du marché.

b. Maîtrise de l'enveloppe pour l'oncologie :

Le dernier rapport MORSE montre des dépenses pour les médicaments oncologiques de plus de 1,5 milliards d'euros (en brut) en 2022.

De plus en plus de traitements, dont certains sont très innovants et apportent une vraie plus-value thérapeutique, sont proposés pour de plus en plus de cancers et de plus en plus de lignes de traitement à une population de plus en plus affectée par le cancer. L'enveloppe attribuée à l'oncologie peut donc bénéficier d'un taux de croissance spécifique, supérieur à celui de certaines autres classes.

Cependant, le coût par DDD des médicaments remboursés avant 2011 et sans contrat comparé à celui de ceux remboursés après 2011 et avec contrat, en retirant une ristourne moyenne de 41.19% (cf.rapport MORSE 2022), a été multiplié par 5, sans pour autant apporter un bénéfice du même ordre (voir rapport KCE 343b). Cette augmentation des coûts de traitement en oncologie est également décrite très largement dans la littérature internationale.

Différentes analyses belges et internationales pointent une utilisation excessive (en dose^[1] en en durée^[2]) de certains traitements oncologiques, nuisant tant à la qualité de vie des patients qu'au budget des soins de santé. La mini Task force pourrait demander au « Groupe de travail permanent oncologie » de formuler avant fin décembre des recommandations visant un usage plus rationnel (via notamment la désescalade de dose et la prise en charge en toute fin de vie). Les recommandations pourront faire l'objet de révisions des conditions de remboursement ou d'engagements des prescripteurs. Par ailleurs un meilleur contrôle sur le respect des indications remboursées via le chapitre IV par les organismes assureurs devrait être mis en place, également en collaboration avec les oncologues.

Afin de s'assurer de la maîtrise de l'enveloppe budgétaire pour l'oncologie, un **budget partiel** tels que déjà prévue par la loi (article 69 de la loi du 14 juillet 1994) sera créé ; le budget net global sera scindé en 2 parties avec pour chacune une enveloppe reflétant un taux de croissance acceptable. Les agents antinéoplastiques mais aussi les autres classes en forte croissance (comme le L04A et B01A) pourraient ainsi bénéficier d'une croissance supérieure au reste des médicaments (malgré la diminution des estimations de dépenses de 81 millions de correction structurelle), sans toutefois entraîner un dépassement de l'objectif budgétaire global des spécialités pharmaceutiques. Chaque sous-budget net sera donc responsabilisé sur son dépassement via la clawback. Un certain nombre de contrats, dont le seul objectif est de limiter les dépenses, pourraient en outre être résiliés à long terme grâce à ce mécanisme de sécurisation budgétaire, améliorant grandement la transparence. Cette mesure a cependant le désavantage de ne pas être structurelle et de ne pas corriger le dépassement de l'année.

Une alternative à cette prescription rationnelle sécurisée par un budget partiel peut être une **baisse de coût net des L01E et L01F remboursés depuis moins de 12 ans**, le cas échéant via contrat ; une base légale peut être prise qui imposera une diminution de prix, qui peut être remplacée, à la demande de la firme pharmaceutique et de manière automatique, par une diminution du coût net (et donc une augmentation des compensations) sous contrat^[3].

c. Gestion de l'enveloppe des nouveaux médicaments :

Le système d'évaluation et de remboursement des nouveaux médicaments (ou de leurs nouvelles indications) ne permet pas une gestion de l'enveloppe allouée aux « initiatives » comme dans tous les autres secteurs. En 2025, les estimations techniques faites sur base d'une analyse de trend par l'Inami et les chiffres communiqués par l'industrie pharmaceutique donnent une croissance de 646 millions par rapport à l'objectif budgétaire de 2024, sans la moindre justification pour ce montant d' « initiatives ».

Les décisions qui sont ensuite prises par la Commission de remboursement des médicaments (CRM) se font sur base du coût du médicament sans aucune notion d'enveloppe disponible. La CRM face à l'explosion des dépenses devrait pouvoir être plus stricte et allouer l'enveloppe disponible pour les nouveaux traitements aux priorités. Il faut donc développer un mécanisme budgétaire plus transparent et continu qui donne une vision en temps réel de la situation. Le travail dans le cadre de la « roadmap » devrait se pencher sur les aspects budgétaires au plus vite.

^[1] [Doseringsadviezen voor nivolumab en pembrolizumab - NVMO](#)

^[2] <https://corporate.solidaris-vlaanderen.be/wp-content/uploads/2020/12/Studie-Therapeutische-hardnekkigheid-bij-kankerpatienten-2019.pdf>

^[3] La baisse sera appliquée d'office en vertu de l'article 2 alinéa 2 des contrats qui prévoit que « En cas d'application de dispositions légales ou réglementaires ayant des conséquences sur le prix et/ou la base de remboursement de la spécialité concernée, le prix et/ou la base de remboursement de cette spécialité seront adaptés de plein droit. » La base légale doit en outre prévoir que le chiffre d'affaires déclaré par les firmes pour leurs médicaments sous contrat doit être corrigé en fonction du montant de la nouvelle baisse de coût afin que les mécanismes de compensation linéaire ou par tranche prévus dans le contrat ne soient pas affectés par la nouvelle baisse.

Annexe 2 - Bijlage 2 : maatregelen in de sector honoraria voor de artsen - mesures dans le secteur honoraires pour les médecins

Aanpassingen nomenclatuur artsen - Adaptations nomenclature médecins:

- Art. 17-17ter: Cerebrale angiografie - Angiographie cérébrale

- 454031 454042 Cerebrale angiografie langs de arteria carotis bilateraal N 425
- 454031 454042 Angiographie cérébrale de l'artère carotide bilatérale N 425
- 454075 454086 Cerebrale angiografie langs de arteria vertebralis bilateraal N 425
- 454075 454086 Angiographie cérébrale de l'artère vertébrale bilatérale N 425

- vermindering van de sleutelletter waarde van N425 naar N350 - diminution de la lettre-clé de N425 à N350 = 516.000 EUR

- Art. 17bis - 17quater

- 460331 460342 Bilateraal kleurenduplexonderzoek van de arteria carotis en van de arteria vertebrales N 112

- 460331 460342 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales N 112

- 469733 469744 Bilateraal kleurenduplexonderzoek van de arteria carotis en van de arteria vertebralis N 112

- 469733 469744 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales N 112

- vermindering van de sleutelletterwaarde N112 naar N94 - diminution de la lettre-clé de N112 à N94 = 2.452.814 EUR

- Art. 17bis-17quater : Complete urinaire echografie - Echographie complète urinaire

- 460611 460622 Bidimensionele complete urinaire echografie, niet cumuleerbaar met de verstrekkingen... N 60

- 460611 460622 Echographie bidimensionnelle urinaire complète, non cumulable avec les prestations ... N 60

- 469556 469560 Complete urinaire echografie N 60

- 469556 469560 Echographie urinaire complète N 60

- vermindering van de sleutelletterwaarde van N60 naar +/- N52 - diminution de la lettre-clé de N60 à +/-N52 = 1.469.008 EUR

Totaal/Total : Art. 17-17ter-17bis-17quater = 4.437.822 EUR

Art. 14d) Heelkunde op het abdomen - Chirurgie abdominale

- 244871 244882 Appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem N 400

- 244871 244882 Appendicectomie nécessitant la résection du fond caecal N 400

- de verstrekking met een sleutelletterwaarde van N400 wordt verminderd tot een waarde N200 - la prestation avec une valeur lettre-clé de N400 est diminuée à une valeur N200 = 539.216