

# Budget des soins de santé 2023

## Proposition du Comité de l'assurance au Conseil général

### Table des matières

Synthèse.....	2
1. Contexte.....	4
2. Principes relatifs à la trajectoire pluriannuelle des objectifs de soins de santé.....	5
3. Domaines prioritaires.....	6
A. Modalités d'indexation des rémunérations des professionnels de la santé et l'augmentation des coûts de fonctionnement.....	6
B. Amélioration de l'efficacité des mécanismes de protection financière des patients.....	6
C. Sécurité tarifaire et concertation.....	6
D. Les professionnels de santé.....	7
E. Chantiers en cours et prévus.....	8
F. Une planification et des ressources pour soutenir les chantiers et évoluer vers des soins plus appropriés.....	9
4. Proposition du Comité de l'assurance au Conseil général.....	9
A. Conclave budgétaire du gouvernement.....	9
B. Objectif budgétaire pour 2023.....	10
C. Proposition d'allocation de la marge budgétaire.....	11

## Synthèse

La pandémie de Covid-19 a exigé beaucoup des prestataires de soins et des établissements de soins pour répondre à la demande croissante de soins de santé. Le vieillissement de la population et les évolutions épidémiologiques, mais aussi la pénurie croissante de personnel, nous poussent aux limites du système de santé actuel. Nous sommes actuellement tous confrontés à une crise financière et existentielle.

Le Comité de l'assurance demande au gouvernement d'accorder avec priorité une attention particulière tant à l'accessibilité financière des soins qu'aux initiatives qui contribuent au bien-être de tous les travailleurs de la santé et à la viabilité des institutions de santé. Le Comité de l'assurance lance un appel au Gouvernement pour qu'il prévoit des moyens non récurrents, hors de l'objectif budgétaire, d'une part pour couvrir les coûts liés au COVID, d'autre part pour faire face à la croissance des frais énergétiques en particulier pour les hôpitaux.

Aujourd'hui, les mécanismes d'indexation existants dans le système d'assurance maladie réagissent trop lentement à une inflation sans précédent. Le Comité de l'assurance demande au gouvernement une approche approfondie et une réponse structurelle à cette problématique.

Bien que ce problème ne soit pas spécifique aux soins de santé, il convient d'atténuer la pression financière subie par les prestataires conventionnés. Un mécanisme de compensation des coûts pour les pratiques est dès lors prévu pour les prestataires conventionnés. Le Comité de l'assurance propose d'octroyer un montant structurel de 100 millions d'euros de la marge budgétaire à cette fin. Le Comité donne ainsi, dans ce contexte incertain, un signal clair : d'une part, les prestataires qui fournissent des efforts pour fournir des soins accessibles aux patients, doivent être soutenus face aux coûts croissants, et d'autre part, la sécurité tarifaire des patients doit être garantie pour chaque type de soins dans chaque secteur.

Le Comité de l'assurances appelle le gouvernement à respecter le cadre budgétaire de l'assurance maladie, tel que prévu dans l'accord de coalition et avec une norme de croissance de 2,5 % définie par la loi. Cela suppose également que la masse d'index de 2023 est entièrement attribuée aux différents secteurs, ce qui ne change rien au fait que les secteurs sont explicitement invités à remplir partiellement cette masse en tant que masse politique, par le biais, par exemple, d'augmentations sélectives de l'indice lorsque cela est nécessaire et souhaitable.

La situation de crise actuelle exerce également une forte pression sur les ménages. Le Comité de l'assurance veut éviter de leur imposer des charges supplémentaires du côté des coûts de santé. Il faut notamment veiller à ce que les mécanismes de protection (régime préférentiel, tiers payant et facture maximale) conservent leur plein effet et à ce que les factures de frais supplémentaires soient évitées autant que possible. Conformément à l'accord de coalition et aux objectifs choisis en soins de santé, des efforts particuliers seront donc déployés en 2023 pour préserver et accroître l'accessibilité et la protection financières, notamment en garantissant la disponibilité effective des soins à des tarifs conventionnels pour chaque type de soins au sein de chaque secteur, dans la mesure du possible.

Des solutions structurelles sont également nécessaires concernant le non-recours aux mécanismes financiers de protection comme l'intervention majorée. Dans ce contexte, le Comité suggère d'envisager dans les meilleurs délais l'extension de l'octroi automatique à de nouvelles catégories

sociales. En outre, d'ici 2023 des travaux devraient être réalisés pour rénover, ajuster ou réorienter le système de conventionnement sur la base d'une réflexion approfondie en vue de créer une accessibilité financière suffisante à tous les soins, dans toutes les régions du pays..

Le Comité de l'assurance attire également l'attention sur la poursuite des travaux sur un processus budgétaire et un cadre pluriannuel ajustés à partir d'objectifs de soins de santé qui contribuent à une meilleure santé et qualité de vie. Les groupes de travail transversaux mis en place en 2022 autour des initiatives concernant la prévention secondaire et tertiaire ont progressé, mais ils devraient devenir plus concrètes en termes d'objectifs, d'impacts et de financement. L'organe consultatif qui formulera et contrôlera les objectifs de soins de santé communs doit être mis en place en respectant le modèle de concertation.

Le Comité de l'assurance souhaite qu'on porte une attention particulière à la trajectoire de croissance du secteur pharmaceutique. Il demande que la trajectoire d'économies inscrite dans l'accord de gouvernement, qui implique une économie de 210 millions d'euros en 2023 et de 250 millions d'euros en 2024, se concrétise.

Le comité de l'assurance considère qu'il est essentiel d'améliorer en permanence la performance du système de santé en réinvestissant les gains d'efficacité dans de nouvelles initiatives. Le Comité de l'assurance demande que le groupe de travail Appropriate care reprenne ses activités et examine les fiches finalisées (et révisées) pour qu'elles puissent être discutées par les commissions afin que le rapport final du groupe de travail QAIM soit réalisé autant que possible dans les prochaines années. Le Comité de l'assurance s'engage à réaliser un effort de 20 millions d'euros (80 millions d'euros en base annuelle) en 2023.

Pour plusieurs des nouvelles initiatives, la masse d'index sera utilisée à partir du 1er janvier 2023. Il existe également des accords dans certains secteurs concernant la réaffectation des moyens dégagés dans le cadre de l'objectif budgétaire partiel.

# 1. Contexte

Ces trois dernières années, le secteur des soins de santé a dû faire face à un contexte de crise.

La crise sanitaire a nécessité pour les prestataires de soins d'énormes efforts pour répondre à l'augmentation de la demande ainsi qu'une forte capacité d'adaptation pour assurer la continuité des soins réguliers. Ensuite, l'inflation s'élevant à des niveaux historiquement élevés en 2022 entraîne de fortes tensions : l'augmentation du coût de la vie a, d'une part, des répercussions sur l'accessibilité des soins pour la population et, d'autre part, sur les professionnels de santé avec le financement plus tardif de l'indexation des honoraires pour certaines prestations.

La pandémie de Covid-19 a mis en lumière certaines fragilités de notre système de santé et la nécessité de renforcer sa résilience à l'égard de nouvelles crises sanitaires. Il nous faut maintenant gérer l'ère "post-Covid" et mener une réflexion approfondie sur les enseignements à tirer sur le plan sociétal. Quelques initiatives importantes ont déjà été prises au niveau européen<sup>1</sup>. Au niveau belge, la réflexion entamée doit être approfondie. Les partenaires de l'assurance maladie réunis au sein du Comité de l'assurance et le Conseil Général doivent y concourir. Le Comité de l'assurance soutient dès lors l'initiative de la médico-mut de mettre en place un groupe de travail à cet effet avec les associations professionnelles et scientifiques.

En raison de l'accroissement des besoins en soins de santé attendus dans la décennie à venir, il est par ailleurs évident que la pérennité de notre système de soins de santé, solidaire, nécessite des investissements et des réformes. La pénurie de personnel de santé reste préoccupante. L'enjeu est de garantir l'accès à tous<sup>2</sup>. En particulier, l'octroi automatique de l'allocation majorée devrait être étendu à de nouvelles catégories sociales telles que les chômeurs de longue durée, les invalides ou d'autres catégories sociales.

L'impact du changement climatique se fait également sentir. Les vagues de chaleur, les nouveaux allergènes et les effets sur la santé liés à l'alimentation ou à l'eau font des ravages. Des recherches sont nécessaires pour voir comment réduire les risques liés au changement climatique. Les politiques de santé peuvent également contribuer à la réalisation du "Green Deal" européen, par exemple en réduisant l'impact environnemental par une meilleure gestion des déchets, en effectuant la transition vers des sources d'énergie renouvelables, etc.

---

<sup>1</sup> Commission européenne : mesures visant à gérer la phase actuelle de la pandémie de COVID-19 et à se préparer pour la suivante; Parlement européen : Commission spéciale sur la pandémie de COVID-19

<sup>2</sup> Le « quintuple aim » vise la réalisation des objectifs suivants : la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins ; la santé de la population ; le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées ; l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité ; le bien-être des professionnels de la santé

## 2. Principes relatifs à la trajectoire pluriannuelle des objectifs de soins de santé

Dans le cadre du budget 2022, la marge disponible de 123.650 milliers d'euros a été affectée à de nouvelles initiatives répondant à des objectifs de soins de santé, dont 52,53 millions € (en prix 2023) à sept initiatives complexes qui nécessitent une coopération étendue. Les groupes de travail ont commencé fin avril 2022 et sont un pas dans la bonne direction, même si leur mise en pratique a révélé des difficultés liées à l'organisation des soins et aux modèles de financement actuels. Dans cette 1ère étape la concertation intersectorielle ne dispose pas encore d'un cadre réglementaire. Les partenaires traditionnels de la concertation, les prestataires et institutions de soins de santé, les organismes assureurs, les organisations d'employeurs et d'employés, mais aussi les administrations qui soutiennent et les organisations professionnelles des prestataires de soins rapportent unanimement le problème de la forte pression de travail et du manque de ressources suffisantes pour réaliser de manière optimale le soutien nécessaire.

Le comité de l'assurance souhaite s'engager dans la poursuite de ce processus tout en tirant les leçons des travaux dans le cadre de la trajectoire 2022-2024 :

- Il faut optimiser la concertation, la co-construction et la collaboration multidisciplinaire, avec un soutien de l'expertise nécessaire. Cette concertation doit être organisée de manière à ce qu'elle ne prenne que peu de temps supplémentaire, mais qu'elle débouche en revanche sur une meilleure politique de santé et des solutions innovantes dans la pratique. Le soutien méthodologique par des approches participatives est indispensable pour favoriser l'émergence de solutions innovantes et transformer substantiellement l'offre de soins en fonction des moyens financiers disponibles ;
- Le modèle de gouvernance devrait être ajusté tout en garantissant le rôle du Conseil général et du Comité de l'assurance et tout en préservant la spécificité des commissions de conventions et d'accord e.a. Le gouvernement devrait clarifier ceci ainsi que le rôle de la Commission d'objectifs de santé dès que possible afin que la procédure budgétaire et la prise de décision adaptées puissent être utilisées à partir de 2024 (et au-delà) ;
- Une approche basée sur des objectifs de (soins) de santé nécessite une coordination étroite avec les entités fédérées;
- Inscrire au budget des mesures suffisamment abouties (clairement définies, chiffrées, avec un objectif SMART et une proposition de monitoring) pour être implémentées au cours de l'exercice budgétaire concerné ;
- Nous travaillons avec une vision stratégique sur plusieurs années, même si aucun engagement budgétaire pluriannuel ne peut être pris (le financement de la sécurité sociale étant annuel). Les objectifs de soins de santé sont réalisés sur 5 à 10 ans. Le calendrier final dépend des possibilités budgétaires ainsi que du monitoring des résultats réalisés ;
- Les travaux relatifs aux fiches "Appropriate care" doivent être poursuivis afin de poursuivre l'efficacité du système de soins de santé. Tous les secteurs s'engagent à discuter en 2023 des différentes fiches du rapport final du groupe de travail QAIM du Comité de l'assurance et du Conseil général, à savoir "Trajectoire budgétaire pluriannuelle 2022-2024 pour l'assurance maladie" et élaborer une trajectoire d'implémentation.

- La mise en place opérationnelle du dossier patient intégré électronique est indispensable à cet égard. Nous renvoyons à la note « Description conceptuelle du dossier de santé électronique intégré ».

### 3. Domaines prioritaires

#### A. Modalités d'indexation des rémunérations des professionnels de la santé et l'augmentation des coûts de fonctionnement

Le comité de l'assurance attire l'attention sur les tensions des modalités d'indexation qui résultent du décalage dans le temps entre une inflation galopante, l'indexation des salaires et l'indexation des honoraires liés au dépassement de l'indice pivot et de l'indice santé.

En juin 2022, le gouvernement a accordé une rétribution supplémentaire unique de 207 millions € aux prestataires de soins dont les honoraires sont liés à l'indice santé, tout en garantissant les masses d'index pour 2023. Le comité de l'assurance remercie le gouvernement pour cet effort, mais constate que la tension reste importante et demande que la question des modalités d'indexation soit examinée rapidement de manière globale afin qu'une réponse structurelle soit apportée.

Le secteur des soins de santé est également confronté à une hausse des prix de l'énergie sans précédent. Il en est ainsi pour la population et les entreprises en général. Le Comité de l'assurance lance un appel au Gouvernement pour que le secteur des soins de santé et ses particularités soient pris en compte dans une approche globale concernant cette problématique, entre autre, la problématique de l'énergie et de la hausse des prix.

#### B. Amélioration de l'efficacité des mécanismes de protection financière des patients

Afin d'atteindre les patients socio-économiquement vulnérables, il est nécessaire que les mécanismes de protection financière soient efficaces :

- MAF : en période de forte inflation, il faut faire en sorte que les gens atteignent plus rapidement les plafonds MAF ;
- BIM Nous atteignons mieux le groupe cible de l'Intervention Majorée à court terme. La quasi-totalité des chômeurs de longue durée et des personnes en invalidité sont en dessous par les plafonds de revenus. Les chiffres montrent qu'il y a un grand non-recours dans ces catégories sociales. Pour cela, l'attribution automatique du droit doit être plus efficace.

#### C. Sécurité tarifaire et concertation

Le Comité de l'assurance souhaite faire part de sa préoccupation concernant l'évolution de la sécurité tarifaire liée au système de conventionnement. Pour certaines professions (dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes) mais aussi pour certaines disciplines médicales (dermatologie,

ophtalmologues, gynécologues, ... ), le taux de déconventionnement a fortement augmenté ces dernières années et atteint des niveaux préoccupants. Ainsi, dans certains secteurs, le seuil de 40% au-delà duquel la convention ou l'accord tarifaire ne s'applique pas est atteint voire dépassé. De fortes différences sont observées entre les régions et les arrondissements. Jusqu'ici les investissements parfois conséquents consentis dans certaines de ces professions pour revaloriser leurs honoraires n'ont pas permis de freiner la croissance du déconventionnement.

Cette « spirale du déconventionnement » est une menace non seulement pour l'accessibilité des soins mais aussi pour l'équilibre global de notre système de soins de santé dont la concertation est un des piliers.

C'est la raison pour laquelle, le Comité de l'assurance invite les représentants du Gouvernement et de l'INAMI à une large concertation avec tous les acteurs concernés sur des mesures concrètes pour l'avenir de ce modèle. L'année 2023 doit être mise à profit pour une remise à plat du conventionnement et l'implémentation de mesures permettant, dès la fin de l'année, d'entamer la négociation des nouveaux accords et conventions sur de nouvelles bases. Et ce, afin de faire en sorte que le système de conventionnement réponde à son objectif originel : la fixation des honoraires et des tarifs pour toutes les professions médicales et paramédicales en vue d'une accessibilité financière suffisante aux soins de santé dans tous les arrondissements du pays.

#### D. Les professionnels de santé

Le Comité de l'assurance souhaite porter une attention particulière à la revalorisation des professionnels de santé. Celle-ci comporte 2 axes : une réflexion sur l'attrait pour la profession, le bien-être et le sens au travail (principe de la subsidiarité, délégation des tâches, simplification administrative, ...) et d'autre part l'aspect financier. Pour les infirmières et les médecins prioritairement (spécifiquement certaines spécialités), mais aussi pour d'autres professionnels de santé, des problèmes d'attractivité et de rétention sont de plus en plus aigus et ils compromettent, à cause de la pénurie, l'accessibilité aux soins et leur continuité, surtout dans certaines régions.

Une réflexion globale concernant l'ensemble des professions de santé doit être poursuivie afin d'analyser les problèmes et trouver des solutions pratiques rapidement. Des choix devront être faits à cet égard.

Les modalités de financement sont également à étudier, en prenant en compte les différentes dimensions (notamment les frais de fonctionnement, déplacement, ...), en utilisant des paramètres pertinents et validés. Ceci afin de permettre une rétribution correcte et équilibrée entre les différents prestataires, tenant compte d'une partie forfaitaire et d'une partie à l'acte, tout en favorisant la qualité et la multidisciplinarité et en renforçant la sécurité tarifaire nécessaire à l'accessibilité aux soins. Aussi bien la sur-consommation que la sous-consommation devront être découragées.

## E. Chantiers en cours et prévus

Le Comité de l'assurance considère comme prioritaire la concrétisation de l'agenda des réformes en chantiers et le réinvestissement dans les soins de santé des gains d'efficacité qui en découleraient, en particulier :

- La réforme du financement et de l'organisation des hôpitaux, y compris l'hospitalisation de jour
- La réforme de la nomenclature des honoraires médicaux
- Le Plan interfédéral des soins intégrés
- Les soins de santé mentale
- L'Agenda pour l'avenir du personnel soignant<sup>3</sup> pour lutter contre la pénurie en améliorant l'attractivité de la profession (en complément du fonds blouse blanche, IFIC, ...)
- Le New deal pour la médecine générale<sup>4</sup>
- Le Plan 2022-2025 "Health Data Authority et dossier patient intégré et partagé en toute sécurité" (cf. point 3.11 de la note CGSS 2021/169 concernant le budget 2022)

L'accord de majorité prévoit à cet égard un nouvel accord conclu avec, entre autres, le secteur pharmaceutique visant notamment la responsabilité budgétaire du secteur. Le Comité de l'assurance réitère son appel pour que cet accord sur les points clés d'une nouvelle politique en matière de médicaments soit concrétisé au plus vite et que tous les acteurs concernés soient impliqués, notamment le prescripteur. Le taux de croissance des dépenses pharmaceutiques nécessite un encadrement et un traitement correct du dépassement de l'objectif budgétaire partiel.

Une attention suffisante doit être accordée à la disponibilité et à l'accessibilité des médicaments. Outre les baisses de prix et de volume, il faut également examiner quels secteurs peuvent être sensibilisés (et responsabilisés) afin d'éviter les dépassements dans le secteur des spécialités pharmaceutiques et où ces dépassements se produisent principalement (médicaments ambulatoires versus médicaments hospitaliers).

Aujourd'hui, le budget du secteur des spécialités pharmaceutiques contient encore une partie de la masse de remboursement des pharmaciens d'officine. Le comité des assurances souhaite attirer l'attention sur le fait que les économies réalisées dans le secteur pharmaceutique ont également un impact sur des secteurs tels que les pharmacies et les hôpitaux et doivent être prises en compte. Le Comité de l'assurance demande à nouveau que l'objectif budgétaire partiel distinct pour les pharmacies, qui a été décidé précédemment mais n'a pas encore été atteint, soit mis en œuvre dès que possible. Le Comité de l'assurance se réfère à la recommandation 28 (Nota CGV 2022-281 p. 163) du « Rapport de la Commission de Contrôle Budgétaire » ainsi qu'au phasage et à la méthodologie qui y sont proposés.

---

<sup>3</sup> [Soins de santé mentale | Frank Vandenbroucke \(belgium.be\)](#).

<sup>4</sup> [Vers un New Deal pour le \(cabinet de\) médecin généraliste | Frank Vandenbroucke \(belgium.be\)](#)

## F. Une planification et des ressources pour soutenir les chantiers et évoluer vers des soins plus appropriés

Il faut tenir compte de l'interdépendance de certains de ces chantiers (outre l'objectif propre de chaque chantier) et qu'une prise en charge globale et cohérente de l'ensemble de ces chantiers soit mise en place avec un timing réaliste.

Nos administrations de santé requièrent suffisamment de ressources humaines et financières pour accomplir leurs missions et soutenir les différents chantiers, qui nécessitent des études et des projets pilotes. Il en est de même pour les associations professionnelles.

## 4. 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. Conclave budgétaire du gouvernement

Le Comité de l'assurance présente au Conseil général sa proposition pour le budget soins de santé 2023 alors qu'il ne connaît pas encore l'issue du conclave budgétaire du gouvernement.

Le Comité de l'assurance a lu le rapport de monitoring du 22 septembre et se rend compte que le gouvernement est confronté à de nombreux défis. Afin de maintenir la population en aussi bonne santé que possible, le Comité de l'assurance demande au gouvernement d'investir suffisamment dans les soins de santé pour que ceux-ci soient accessibles à tous :

- La masse d'index doit rester garantie pour le secteur des soins de santé, comme expliqué ci-dessus, afin de pouvoir financer la rémunération et les frais de fonctionnement croissants, y compris l'augmentation importante des coûts des achats des matières premières et du matériel;
- Les mesures spécifiques au COVID-19 doivent continuer en 2023 à faire l'objet d'une dotation spécifique via une provision interdépartementale ou tout autre dispositif budgétaire ad hoc. Le Comité de l'assurance appelle à une évaluation des mesures actuelles (y compris sur les volumes et les prix), avec, à terme, en fonction des résultats de l'évaluation, une éventuelle intégration dans l'objectif budgétaire (avec ou sans augmentation de la norme) ;
- La proposition budgétaire du Comité de l'assurance est conforme à la norme de croissance légale. Cette proposition est basée sur des mesures à prendre dans le cadre de l'accès aux soins et du bien-être des prestataires de soins;
- Une solution à l'augmentation des coûts énergétiques (en dehors du budget des soins de santé).

## B. Objectif budgétaire pour 2023

	<b>2023</b> 000 EUR
Strikte nomberekening / Calcul strict de la norme	
Globale begrotingsdoelstelling 2022 Objectif budgétaire global 2022	32.126.154
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - 2022 Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2022	-1.280.272
Bijkomende vergoeding aan de zorgverleners Indemnité supplémentaire aux prestataires	-207.000
<b>Strikte norm 2022 / Norme stricte 2022</b>	<b>30.638.882</b>
Reële groeionorm 2,5 % Norme de croissance réelle 2,5 %	765.972
<b>Sub-totaal / Sous-total</b>	<b>31.404.854</b>
Gezondheidindex (8,14%) Indice santé (8,14%)	1.475.727
Spilindexmassa 2022 (meerkost in 2023 t.o.v. doelstelling 2022) Masse indice pivot 2022 (surcoût en 2023 par rapport objectif 2022)	673.170
Spilindexmassa 2023 Masse indice pivot 2023	282.743
<b>Sub-totaal / Sous-total</b>	<b>33.836.494</b>
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - 2023 Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2023	1.429.348
Hervorming gedetineerden - Réforme Détenus	19.453
<b>Voorstel Begrotingsdoelstelling 2023 Proposition Objectif budgétaire 2023</b>	<b>35.285.295</b>

Les estimations techniques de septembre de l'INAMI s'élèvent à 35.110.267 milliers d'euros.

Ces estimations techniques comportent un montant de 210 millions d'euros non affectable en accord avec la décision du gouvernement fin 2020. Nous comprenons que le gouvernement va concrétiser ce montant, comme prévu dans l'accord de gouvernement.

Les estimations techniques de l'INAMI se situent 175.028 milliers d'euros sous l'objectif budgétaire.

Le Comité de l'assurance déclare que, pour gérer efficacement l'assurance soins de santé, un ensemble de mesures appropriate care doivent être réalisées à concurrence de 20 millions d'euros au cours du dernier trimestre 2023, soit 80 millions d'euros structurels en 2024. Pour la mise en œuvre de celles-ci, il sera fait appel aux propositions appropriate care soumises dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle, du plan handhavingsplan du SECM, ainsi qu'à une analyse approfondie des secteurs qui dépassent leur objectif budgétaire partiel, ceci également sur base des rapports d'audit permanent de l'INAMI.

Suite à la décision du Conseil général, il appartient aux secteurs d'élaborer des propositions en fonction de l'effort demandé. En l'absence d'une proposition appropriée d'ici le 30 septembre 2023, le montant sera déduit de façon linéaire des secteurs pour leur part convenue des soins appropriés.

La marge budgétaire disponible totale pour 2023 s'élève dès lors à 195.028 milliers d'euros.

### C. Proposition d'allocation de la marge budgétaire

Le Comité de l'assurance alloue la marge disponible aux initiatives qui améliorent la santé publique, au sens large du terme, et qui s'inscrivent dans le cadre du Quintuple Aim.

Dans un contexte économique particulièrement difficile, la priorité est mise sur les mesures d'accessibilité financière et physique des soins aux patients et sur les mesures pour le bien-être du prestataire de soins.

Des informations détaillées sur les calculs et l'(es) objectif(s) de la mesure se trouvent en annexe.

#### **Accessibilité financière pour le patient :**

Mesures	Budget annuel proposé
Verres de lunettes et autres dispositifs: adaptation de la nomenclature et réduction des seuils, en particulier réduction de 7,75 à 6 dioptries pour le groupe cible des 18-65 ans (voir fiche GDOS-031)	3.354.000,00
Soins bucco-dentaires : extension des codes d'âge enfants (sans ticket modérateur) jusqu'au 19ème anniversaire	3.527.000,00
Extension limite d'âge jusqu'au 60ième anniversaire pour l'examen buccal parodontal	445.000,00
Suppression de la limite d'âge pour l'examen buccal annuel	1.500.000,00
Intégration tarifs maximum (étape supplémentaire)	1.500.000,00
Extension du remboursement des capteurs pour le diabète de type II (en deux étapes pour obtenir une tarification correcte)	7.000.000,00
Oncofreezing (extension des indications)	1.500.000,00
Transport interhospitalier	6.493.930,00
Augmenter de forfait pour la nutrition entérale à domicile	2.200.000,00
<b>Total</b>	<b>27.519.930,00</b>

### Accessibilité physique pour le patient :

Mesures	Budget annuel proposé
Transgenre : création de centres satellites en raison de listes d'attente de plus de 700 personnes	470.912,00
Maladies rares : la création de centres de référence coûtera plus cher que le budget qui peut déjà être mis à leur disposition	675.000,00
Soins santé mentale : soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques (première étape)	6.443.999,32
Continuité domicile/hôpital - première étape : les centres/unités de convalescence selon concertation avec les régions et les secteurs (deuxième étape: extension aux lits SP et soins à domicile)	8.389.532,44
<b>Total</b>	<b>15.979.443,76</b>

### Bien-être des prestataires

Mesures	Budget annuel proposé
Mesure structurelle supplémentaire pour les prestataires conventionnés (compensation augmentation des coûts de fonctionnement)	100.000.000,00
Statut social des sages-femmes aligné sur celui des infirmières à domicile	1.036.146,24
Revalorisation des soins de kinésithérapie sur la base de la masse d'index, de la marge budgétaire et de l'indexation : 17,29 millions d'euros au 1.1.2023 et 11,162 millions d'euros à partir du 1.7.2023 afin de prendre le temps de rédiger des mesures appropriées bien que cette description n'empêche pas la réalisation de la revalorisation au 1.7.2023	25.000.000,00
Amélioration du code du week-end pour les soins postnatals au 5ième jour	492.480,00
Statut social pour les ASO's et HAIO's	5.000.000,00
Soutien hospitalier contre les cyberattaques	15.000.000,00
Soutien pour les coûts de transport infirmiers à domicile	5.000.000,00
<b>Total</b>	<b>151.528.626,24</b>