

Budget 2021 - Avis du comité de l'assurance

Début de cette année 2020 la pandémie de COVID 19 déferlait sur le monde. Depuis elle a fait plus d'1 million de morts dans le monde entier dont plus de 10.000 victimes dans notre pays. L'économie mondiale est en proie à une récession historique suite aux mesures prises pour lutter contre le coronavirus.

Cette crise sanitaire nous rappelle que la santé est un « bien commun », vital au bon fonctionnement de notre société. Elle nous fait aussi prendre conscience que la santé n'est jamais acquise ; qu'un système de santé et de soins de santé fort et résilient en constitue le socle indispensable ; que ce système doit dès lors être continuellement adapté pour répondre aux enjeux des évolutions démographiques, sociales, écologiques et technologiques. La santé doit figurer à l'ordre du jour de tous les domaines politiques et doit être considérée comme une responsabilité partagée de l'individu, de son milieu de vie et de sa situation sociale dans une approche solidaire et durable. Car il ne s'agit pas uniquement d'investir dans les soins de santé ! Il s'agit également de bien-être, d'autonomisation, de résilience, de participation et de sens.

Depuis dix ans, les budgets publics dévolus à la santé ont été largement insuffisants pour répondre à l'évolution des besoins et encore moins pour prendre de nouvelles initiatives permettant d'améliorer le niveau de qualité et d'accessibilité de notre système de soins de santé, du moins dans la manière dont notre système de santé est organisé aujourd'hui. Si notre système de soins de santé est parmi les meilleurs du monde en termes de qualité et d'accessibilité financière aux soins, les signaux inquiétants se sont multipliés ces dernières années : croissance de la contribution des patients, augmentation des besoins en soins de santé insuffisamment ou non remboursés par l'assurance maladie, détérioration de la situation financière des hôpitaux¹, dégradation des conditions de travail du personnel soignant, augmentation des inégalités sociales de santé, pénurie de certains personnels soignants.

Le refinancement de la santé sur une base solidaire et efficiente est nécessaire pour répondre à l'urgence sanitaire et sociale ! Réinvestir dans la santé c'est aussi choisir une relance qui met l'accent sur le bien-être commun, sur un modèle de développement plus durable et plus équitable.

Le Comité de l'assurance se réjouit dès lors des décisions de l'accord de majorité du gouvernement fédéral concernant le budget de l'assurance maladie pour la prochaine législature. Au total, la trajectoire budgétaire prévue représente un investissement de quelque 3 milliards € dans les soins de santé à l'horizon 2024 par rapport à une politique inchangée (cf. norme de croissance d'1,5%). De plus, les dépenses supplémentaires liées aux mesures de lutte contre le Covid-19 sont financées en dehors de l'objectif budgétaire.

Ce refinancement comprend notamment les initiatives parlementaires récentes ainsi que l'accord social dans les soins de santé. Ces initiatives répondent à des besoins urgents relevés par le Comité de l'assurance dans ses avis précédents. Le Fonds Blouses Blanches, doté d'un budget de 402 millions €, va permettre de renforcer l'encadrement infirmier insuffisant dans notre pays comme l'a relevé une récente étude du KCE. Les moyens supplémentaires à hauteur de 200 millions € seront mis à disposition pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale, entre autre en première ligne. En plus, avec un budget de 600 millions €, dont 500 millions pour des revalorisations salariales, l'accord social dans les soins de santé va permettre de rendre les métiers de la santé plus attractifs. Enfin, 11,5 millions d'euros sont destinés à l'expansion de la contraception. Ces budgets, pour un

¹ Etude Maha 2019 : un tiers des hôpitaux aigus est en perte, le résultat courant moyen ne s'élève plus qu'à 0,2 % du chiffre d'affaires.

total d'1,2 milliard €, viennent s'ajouter aux moyens prévus par l'objectif budgétaire normé de l'assurance maladie en 2021 et sont intégrés dans la base de calcul de la norme de croissance légale à partir de 2022. En outre, il y a l'avance de trésorerie faite aux hôpitaux qui ne doit pas avoir d'impact sur les futurs budgets des soins de santé.

Le Comité de l'assurance se félicite du relèvement de l'objectif budgétaire et de la norme de croissance légale. Ainsi, pour l'année 2021, l'objectif budgétaire normé est relevé au niveau des estimations techniques de l'INAMI, soit 30.073,56 millions d'euro. L'objectif budgétaire est basé à partir de 2022 sur une norme de croissance légale passant à 2,5%, calculée sur l'objectif budgétaire de l'année précédente, ce qui va permettre de financer le taux de croissance des dépenses de soins de santé à politique tel qu'estimé par le Bureau fédéral du Plan sans devoir faire d'économies dans le budget de l'assurance maladie. A l'horizon 2024, ce relèvement de l'objectif budgétaire normé et de la norme de croissance représente un investissement d'1,7 milliards €.

Cette trajectoire budgétaire permet à l'assurance maladie d'opérer un « mouvement de rattrapage » après dix années de rigueur budgétaire et de retrouver enfin l'équilibre. Néanmoins, en dehors du financement complémentaire des initiatives parlementaires et fédérales d'ores et déjà décidées, les moyens octroyés sur base de la norme de 2,5% permettent de financer l'augmentation des dépenses « à politiques constantes ». En d'autres termes, les moyens pour de nouvelles politiques visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins devront être trouvés au sein de l'objectif budgétaire global. Par conséquent, la maîtrise des dépenses et l'allocation et la réaffectation efficace des ressources resteront cruciales dans les années à venir afin de parvenir à un changement de paradigme nécessaire dans les soins de santé.

S'il est urgent de réinvestir dans la santé, il faut aussi saisir ce momentum pour tirer les leçons de cette crise et mettre en place les changements structurels nécessaires pour consolider notre système de soins de santé qui rend justice à tous les aspects de l'être humain.

La crise sanitaire a en effet agi comme un « stress test » pour notre système de soins de santé dont elle a révélé les principales carences structurelles. En particulier, elle a mis en lumière :

- une politique de soins de santé déconnectée des enjeux de santé publique - la prévention, les soins primaires, la santé communautaire - et centrée sur la gestion des soins aigus dans un objectif de maîtrise des coûts à court terme.
- une organisation de la santé en silo, avec de forts niveaux de déconnection entre l'hôpital, les soins ambulatoires et les institutions de soins extra-hospitaliers pour personnes âgées dépendantes et patients psychiatriques, même si durant la crise tous les prestataires de soins ont fait preuve d'une entraide exceptionnelle au niveau local.
- un modèle de financement complexe essentiellement à l'acte qui fait face à une crise de liquidité à court terme suite à l'annulation et au report des soins non-essentiels et est un risque économique post crise.
- une forte dispersion des compétences en santé et un manque de coordination qui n'a pas toujours permis d'apporter une réponse commune et efficace à la pandémie, pensons en particulier à la gestion de l'épidémie dans les maisons de repos

Les enseignements que nous tirons de cette crise appellent un changement de paradigme en matière de politique de soins de santé. Comme le Comité de l'assurance l'appelait déjà de ses vœux à l'occasion de son avis sur le budget 2020 « *Nous avons besoin d'une vision politique à long terme avec des objectifs de santé clairs. Cela implique de partir en priorité des besoins des citoyens et des patients. Nous devons aussi développer une approche plus transversale, au-delà des limites de chaque secteur de soins, et une approche pluriannuelle dans un cadre financièrement stable et suffisant* »

Plutôt que de mener une politique à court terme avec une approche exclusivement budgétaire et par silo, l'attention politique doit se focaliser sur une meilleure répartition des moyens en fonction des besoins objectivés et améliorer l'efficacité du système de soins de santé. Cette nouvelle politique s'appuie sur une vision stratégique de santé à moyen/long terme en lien avec des objectifs de santé prioritaires. A cet égard, le Comité de l'assurance relève avec satisfaction que l'accord de Gouvernement s'inscrit dans cette logique puisqu'il stipule que *« la norme légale de croissance sera non seulement affectée pour financer l'effet de volume dans la demande mais devra aussi permettre de nouvelles initiatives de soins qui contribueront à la réalisation des objectifs de santé qui ont été fixés »*.

Réduire les inégalités sociales de santé, améliorer la prise en charge de la santé mentale, renforcer la sécurité tarifaire pour les patients, mettre en place un financement plus transparent, plus équitable et plus efficace de l'institution hospitalière et des médecins hospitaliers, consolider le paysage hospitalier sur base des réseaux, mettre en place des modèles de soins davantage intégrés pour les patients chroniques, investir dans la prévention, développer une offre de soins aux personnes âgées financièrement accessible et respectueuse de leurs besoins, plus de mains au service du patient, améliorer les conditions de travail des soignants et leur assurer un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, supprimer les obstacles réglementaires à la coopération... voilà quelques défis prioritaires qui doivent constituer l'épine dorsale de la nouvelle politique de soins de santé et guider les choix en assurance maladie. L'accord du gouvernement dit d'ailleurs : *« Des soins de santé de première ligne bien structurés, solides et performants sont une clé pour l'avenir. Il convient de continuer à les soutenir dans leur rôle de gardiens et de coaches de notre système. »*

Cette politique de santé ambitieuse ne pourra se concrétiser sans l'adhésion des acteurs de la santé, sans leur implication dans l'identification des besoins, la co-construction de réponses adaptées et leur implémentation sur le terrain. Il faut dès lors redonner un pouvoir d'initiative à la concertation en soins de santé mais dans un cadre de gouvernance renouvelé. L'enjeu est de stimuler une concertation plus transversale au-delà des silos et de placer le patient dans sa globalité – y compris les aspects psycho-sociaux liés à sa maladie - au cœur du processus de décision en assurance maladie².

En particulier, le cadre budgétaire de l'assurance maladie doit être adapté en conséquence pour permettre à la concertation de s'inscrire dans une perspective pluriannuelle prévisible, encourager le décloisonnement et soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires en lien avec des objectifs de soins de santé prioritaires.

De cette manière on assure à l'assurance maladie une perspective budgétaire pluriannuelle nécessaire à la mise en œuvre de réformes et on garantit que les gains d'efficacité qui en découlent soient réinvestis dans l'assurance maladie pour améliorer la qualité et l'accès aux soins.

Des budgets spécifiques doivent aussi être prévus au sein de l'objectif budgétaire global de l'assurance maladie pour financer de nouvelles initiatives répondant aux objectifs de soins de santé prioritaires en encourageant une concertation transversale au-delà des silos. Il faut envisager de réserver une partie de la norme de croissance à la réalisation des objectifs de santé. Nous nous orientons vers une "politique transversale" en prévoyant une partie des marges budgétaires pour les actions nécessaires à la réalisation des objectifs de (soins de) santé. Ces objectifs de (soins de) santé visent à augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé, d'une part, et à réduire les inégalités sociales en matière de santé, d'autre part. (voir quelques exemples en annexe 2) La réalisation des objectifs de soins de

² Ceci suppose que le processus de décision ne s'appuie pas uniquement sur des critères médico-techniques mais intègre aussi le bien-être psycho-social du patient et de son entourage en intégrant davantage des critères liés à la « qualité de vie » comme cela avait été relevé à l'occasion du « labo citoyens » organisé par la Fondation Roi Baudouin (références /...)

santé adaptée aux besoins de la population exige une "coopération" efficace et efficiente de la part de nombreux acteurs, fondée sur la EBM, les bonnes pratiques, le partage de données et une littératie en santé (Health literacy). Il s'agit de savoir comment les soins sont donnés et non pas où ou par qui ils le seront.

Dans la même optique, le modèle de concertation doit être simplifié et se professionnaliser. Le redesign des administrations fédérales doit à la fois simplifier et renforcer la cohérence du processus de décision au sein du modèle de concertation. Le processus décisionnel doit aussi s'appuyer sur le soutien méthodologique, logistique mais aussi scientifique (Health Research System) des administrations concernées³.

Le Comité de l'assurance pourrait être désigné par le Conseil général de l'INAMI pour formuler, en consultation avec les différentes Commissions des conventions et la Commission du contrôle budgétaire, une proposition visant à ancrer ces principes dans les processus de décisions et à adapter en concertation avec le ministre la procédure budgétaire en conséquence.

Enfin, il est aussi essentiel de restaurer la maîtrise du budget des spécialités pharmaceutiques. Malgré les augmentations du budget des médicaments en 2019 et 2020 de plus de 7% par an, les estimations techniques pour 2021 montrent une croissance de 10,7% (+ 516 millions euro en 1 an!). Financer de telles croissances alors que les ressources sont limitées dans un budget normé n'est pas viable à long terme. Afin de maîtriser ces dépenses, il est nécessaire de rendre plus transparent le système de remboursement actuel et d'améliorer la prévisibilité budgétaire. Compte tenu de la forte évolution dans certains domaines, comme l'oncologie, il faut mettre en place un « horizon scanning » et un système de budget maximum pour certaines pathologies, les firmes concernées étant tenues responsables en cas de dépassement éventuel.

1. Contexte

A l'occasion de sa proposition sur le budget 2021 de l'assurance maladie, le Comité de l'assurance souhaite attirer l'attention du Conseil général sur un certain nombre de points.

La trajectoire budgétaire décidée par le Gouvernement précédent en octobre 2014 a imposé à l'assurance maladie un effort d'économies. Ainsi, la contribution du secteur des soins de santé à l'assainissement budgétaire et/ou au financement d'autres politiques a été de :

Objectif 2015	355.109 €
Objectif 2016	182.700 €
Objectif 2017	894.181 €
Objectif 2018	237.876 €
Objectif 2019	477.372 €
Objectif 2020	124.514 €

Inventaire des économies lors de la fixation des objectifs budgétaires

Source : INAMI

Ces économies ont eu et ont encore des effets indirects sur le modèle d'accord et de convention, tout en menant à une sécurité tarifaire qui apparaît fragilisée. Relevons à cet égard l'augmentation

³ Nous pensons ici en particulier au projet en cours lancé par l'INAMI et le SPF santé publique au niveau fédéral pour soutenir la réflexion au niveau du Comité sur l'assurance sur « l'avenir des soins de santé à l'horizon 2040 » et qui doit permettre de clarifier les différents scénari possibles/souhaitables d'évolution du système de soins de santé et le rôle des différents acteurs.

inquiétante du nombre de dentistes et de kinésithérapeutes non conventionnés et l'augmentation des suppléments d'honoraires et des paiements non remboursables (par exemple, les honoraires non remboursables) facturés aux patients. Ces économies pèsent également sur le personnel de soins qui est au service du patient et donc sur la qualité des soins. L'augmentation des besoins en soins de santé n'a pas été couplé depuis des décennies à un ajustement du personnel soignant autour du patient, cela augmente la charge de travail par soignant et met également le niveau de qualité sous pression et qui explique en partie la pénurie de personnel soignant au chevet du patient.

En d'autres termes, les économies sont défendables d'un point de vue économique-sanitaire quand elles ont pour effet de produire un résultat identique avec moins de moyens. Elles ne sont pas défendables quand elles se font au détriment de l'accessibilité physique et financière ou de la qualité des soins.

Aussi dans un cadre budgétaire strict, il faut éviter que des besoins restent insuffisamment couverts dans certains domaines des soins de santé.

Du fait des économies, le budget de l'assurance maladie a augmenté au cours des dernières années de moins de 1,5% annuellement en moyenne. Le budget de l'assurance maladie a été respecté, mais n'a pas répondu aux besoins de la population.

Plusieurs études démontrent le besoin de ressources supplémentaires pour l'assurance maladie. Le rapport de la Commission d'étude sur le Vieillissement (2020) montre par exemple que jusqu'en 2040, une part croissante du Produit intérieur brut sera nécessaire, à politique égale, pour financer les dépenses de soins de santé. Plus de la moitié de l'augmentation se produit entre 2019 et 2025 essentiellement parce que le PIB sera inférieur au niveau qu'il aurait atteint en l'absence de la crise sanitaire⁴. Dans le même temps, plus de dépenses sont à charge du patient. Non seulement le vieillissement de la population a un impact sur les dépenses de santé, mais aussi les évolutions épidémiologiques et technologiques ainsi que les innovations. En 2020, nous avons constaté que d'autres éléments jouent un rôle, comme l'impact encore à évaluer de la crise sanitaire sur la santé physique et mentale d'une partie de la population.

Quand les gains d'un investissement dépassent les frais, on ne peut nullement douter de l'intérêt de cet investissement. Nous renvoyons ici au rapport "Investing in Health" (2013) de la Commission européenne, où il est dit dans l'introduction : *"Health expenditure is recognised as growth-friendly expenditure. Cost-effective and efficient health expenditure can increase the quantity and the productivity of labour by increasing healthy life expectancy. However, the relatively large share of healthcare spending in total government expenditure, combined with the need for budgetary consolidation across the EU, requires more efficiency and cost-effectiveness to ensure the sustainability of current health system models. Evidence suggests there is considerable potential for efficiency gains in the healthcare sector."* Les mesures d'efficacité doivent être exploitées pour améliorer la santé avec des moyens identiques.

Le 10 septembre 2020, le Bureau fédéral du Plan nous a informés que l'économie belge devrait se contracter de 7,4 % en 2020 et ne se redresserait que partiellement en 2021⁵. Le 17 juillet 2020, nous étions déjà informés du possible impact à long terme du Covid-19 et d'une croissance économique

⁴ Website https://www.plan.be/press/communique-2019-fr-perspectives_2019_2070_une_augmentation_prononcee_des_depenses_sociales_jusqu_en_2040_mais_une_baisse_du_risque_de_pauvrete.

⁵ Bureau fédéral du Plan. Communiqué de presse du 10 septembre 2020 «L'économie belge devrait se contracter de 7,4% en 2020 puis se redresser partiellement en 2021 (6,5%).»

limitée jusqu'en 2025⁶. Les ressources consacrées à l'innovation et aux nouvelles politiques resteront limitées. La seule façon d'offrir une qualité et une accessibilité des soins durables à tous ceux qui en ont besoin est d'utiliser les ressources existantes et nouvelles de la manière la plus efficace possible sur la base de critères transparents concernant, entre autres, l'équité, les besoins de soins non satisfaits, la lutte contre les inégalités sociales, l'organisation des soins, l'impact budgétaire, etc.

Le coût-efficacité signifie en première instance une meilleure qualité de soins avec les mêmes ressources (par exemple, l'application de l'Evidence Based Medicine et des Evidence Based Practices, la prévention des effets secondaires, etc.) ou la même qualité de soins avec moins de ressources (par exemple, la prescription de médicaments moins chers, la suppression des interventions inutiles, etc.) ou une qualité relativement plus élevée par rapport aux ressources supplémentaires nécessaires pour atteindre cette qualité (par exemple, les soins intégrés, l'empowerment du patient, etc.). À partir de 2021, nous souhaitons réaliser avec tous les acteurs concernés des trajets d'implémentation en nous souciant d'obtenir une meilleure efficacité dans les soins. Une meilleure efficacité doit être obtenue étape par étape et ne signifie pas des économies, mais plutôt une réaffectation des ressources disponibles, en concertation avec chaque Commission de convention.

Le budget du secteur des spécialités pharmaceutiques comporte encore aujourd'hui une partie de la masse d'indemnités des pharmaciens d'officine, qui affiche une sous-utilisation depuis un certain temps en tant que sous-secteur. Le Comité de l'assurance souhaite attirer l'attention sur le fait que les économies dans le secteur des spécialités pharmaceutiques ont également impacté ces dernières années des secteurs tels que les pharmaciens et les hôpitaux, ce qui n'est pas souhaitable. Le Comité de l'assurance renvoie dans ce contexte à la décision du gouvernement du 4 avril 2018 concernant les pharmaciens d'officine. Concernant la marge économique, son exécution a déjà débuté, via l'arrêté d'exécution (MB du 21/12/2018) annexe 1 et son application a débuté en 2019. Cette mesure doit être complètement implémentée et se poursuivre. Le Comité de l'assurance tente également de faire exécuter le plus rapidement possible la décision liée à l'objectif budgétaire partiel pour les pharmaciens d'officine, qui n'a toutefois pas encore été réalisée. En outre, le Comité de l'assurance demande que les mesures d'économie dans le secteur pharmaceutique soient discutées avec les acteurs concernés.

Le budget des spécialités pharmaceutiques connaît une très forte croissance ces dernières années (+7,7% en 2019 et en 2020, après retrait des recettes article 81). En 2021, les estimations techniques prévoient une croissance de 10,7%. Cette croissance diffère fortement de la norme de croissance légale de l'assurance maladie qui sera fixée à 2,5%. Une croissance supérieure à 2,5% peut se justifier pour financer l'innovation mais de tels écarts sont insoutenables. En outre, année après année, les spécialités pharmaceutiques ont dépassé leur objectif budgétaire partiel.⁷ La forte croissance du secteur pharmaceutique ne laisse aucune marge dans le cadre de l'objectif budgétaire pour de nouvelles initiatives dans d'autres secteurs.

Les dépenses pour les montants de rattrapage et les recours juridiques dans le BMF seront désormais ajoutés, sous réserve des adaptations législatives nécessaires, de manière exogène en sus de l'objectif budgétaire. Le Comité de l'assurance apprécie que le budget des soins de santé soit suivi de manière transparente. Pour le secteur hospitalier cela signifie un suivi séparé du budget structurel et politique

⁶ Bureau fédéral du Plan. Communiqué de presse du 17 juillet 2020 «Perspectives régionales à l'horizon 2025 : après la récession de 2020, une reprise économique forte mais partielle dans les trois régions» et «Perspectives économiques» 2020-2025 de juin 2020.

⁷ Le secteur des spécialités pharmaceutiques (dépenses nettes, après retrait des recettes article 81) a dépassé son budget de 249, 267, 268, 392 et 198 millions d'euros, respectivement en 2015, 2016, 2017, 2018 et 2018, soit un dépassement d'1,4 milliard en 5 ans. En 2020, un dépassement de 108 millions d'euros est attendu.

d'une part et d'autre part le financement des retraites statutaires et l'implémentation des accords sociaux, en plus des éléments one shot.

Malgré cette situation contraignante, le Comité de l'assurance a choisi, ces dernières années, un dialogue constructif et qui propose des solutions aux problèmes. La proposition qui est faite aujourd'hui est encore la démonstration de ce choix. Une concertation approfondie entre les prestataires et les organismes assureurs dans les Commissions de convention dans un respect mutuel est nécessaire.

2. Vision à long terme, objectifs de (soins de) santé, gains de santé

Notre système de santé est confronté à de nombre de défis, au niveau du financement des soins, de l'organisation des soins, du vieillissement de la population, des maladies chroniques et complexes, de la diversité croissante, etc.

L'étude du KCE « Performance du système de santé belge »⁸ mesure tous les 3 ans les performances du système de santé belge. Elle représente une base intéressante pour formuler des objectifs de santé et leur monitoring. Les objectifs de santé permettent de visualiser le gain de santé qu'une société souhaite obtenir sur une période donnée. Il y a aussi l'enquête de santé de Sciensano.⁹

Pour réaliser un objectif de santé, une initiative doit être lancée. Il est parfaitement possible qu'une autorité ne dispose pas des moyens permettant de réaliser toutes les initiatives souhaitées pour les objectifs formulés. Une évaluation économico-sanitaire des actions potentielles est nécessaire pour employer aussi efficacement que possible les moyens limités, en vue d'une santé maximale. Des critères transparents, qui permettent de faire des choix lorsque les ressources sont limitées, sont nécessaires. Ils sont définis en consultation avec le ministre compétent, pour une période de plusieurs années afin que les actions nécessaires puissent être prises et ajustées ou contrôlées. La réalisation des objectifs de santé nécessite souvent la coopération de nombreuses personnes, tant au niveau régional (par exemple, pour la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé) qu'au niveau des prestataires et des établissements de soins (par exemple, les soins coordonnés ou multidisciplinaires). Nous nous référons à l'annexe 2 pour un premier apport des organismes assureurs concernant le concept d'objectifs (de soins) de santé dans l'assurance maladie.

Le secteur des soins de santé est à l'aube d'une transition qui va requérir plus de collaboration et une plus grande transversalité. Certains secteurs sont déjà en pleine réforme, comme c'est par exemple le cas pour le secteur hospitalier. Ces transformations ne peuvent s'envisager que dans un environnement stable et dans une relation de confiance entre toutes les parties prenantes. Il est dès lors indispensable de bénéficier d'un cadre financier prévisible à moyen terme. « *Nos hôpitaux doivent être financés dans le cadre d'un budget pluriannuel de manière à ce qu'ils puissent proposer des soins de qualité et accessibles à tous les patients de manière durable.* »¹⁰ Il est également essentiel que le refinancement aille de pair avec l'accessibilité financière et la transparence dans l'utilisation des ressources. La réforme du financement des hôpitaux doit être couplé à la révision de la nomenclature et une clarification des accords sur le cadre juridique des rétrocessions. Le travail de révision de la nomenclature pourrait peut-être être accéléré. La concertation de toutes les parties concernées est nécessaire pour évoluer dans la bonne direction. En outre, une plus grande attention devra également être accordée aux droits sociaux du médecin stagiaire, à la qualité de sa formation et au remboursement des indemnités journalières tant pour le MGFP que pour le MSF.

⁸ <https://kce.fgov.be/en/node/4695>

⁹ Voir le site web www.belgiqueenbonnesante.be.

¹⁰ Voir la note de formation du 30 septembre 2020, p. 20.

Le Comité de l'assurance propose d'introduire un plan budgétaire pluriannuel en vue d'une flexibilité raisonnable dans le cadre des objectifs budgétaires fixés. Bien entendu, un cadre réglementaire adapté sera nécessaire avant d'introduire un budget pluriannuel pour l'assurance maladie obligatoire.

Le plan pluriannuel et l'horizon plus large qui va de pair, permet aux secteurs, en cas d'économies réalisées par des gains d'efficacité ou des baisses de consommation, que celles-ci y soient réinvesties, par exemple pour répondre à certaines évolutions technologiques prometteuses ou une approche différente dans l'organisation des soins. Nous pensons, par exemple, à la délégation des tâches, à l'échange de données pour une meilleure collaboration, à l'application de l'EBM et des bonnes pratiques, à des modèles de financement adaptés, etc. Nous nous basons sur des études nationales et internationales telles que le KCE, www.healthybelgium.be, etc.

Un plan de plusieurs années offre d'autres avantages :

- le plan pluriannuel permet une flexibilité : un secteur qui dépasse son objectif budgétaire de 1% maximum ne sera pas sanctionné s'il sous-utilise son budget au cours de l'année suivante;
- le plan pluriannuel permet de réaliser une vision stratégique quand diverses mesures sont prises, mais ne peuvent pas être introduites simultanément. Si l'impact financier d'une première mesure doit être mesuré afin de pouvoir prendre une décision définitive concernant une deuxième mesure, ces mesures doivent être mises en œuvre ensemble, et ce sur une période de plus d'un an. Si la première mesure est par exemple une mesure d'économies, les estimations techniques de la deuxième année ne tiendront pas compte des dépenses moindres effectuées, parce que la mesure d'économies a pour but, au cours de la deuxième année, de réaliser une deuxième initiative, où le secteur, sur la base des gains d'efficacité, a fourni une contribution dans le surcoût de la nouvelle initiative;
- dès que des objectifs de santé sont visés et contrôlés sur une période de deux ou trois ans, on voit clairement quels investissements sont nécessaires pour obtenir certains gains de santé. Grâce à ces objectifs de santé et à un budget sur plusieurs années, l'assurance maladie sera menée de manière transparente, avec une vision claire dans le sens d'une meilleure accessibilité et d'une meilleure qualité des soins pour les personnes qui en ont besoin;
- Une telle méthode permettra aux secteurs et aux acteurs des soins de santé d'anticiper l'impact budgétaire des réformes structurelles. Ainsi, du temps sera disponible pour réserver des budgets qui permettront d'atténuer ou de compenser cet impact budgétaire la deuxième année.

A l'avenir, le budget de l'assurance maladie devrait encore mieux refléter les besoins réels des citoyens. La technique relative à la détermination du budget partiel (politique constante et nouvelle politique) et le budget de la politique transversale sur la base des objectifs de soins de santé et de la vision à long terme doit être étudiée. À cette fin, un groupe de travail du Comité de l'assurance sera mis en place avec une double mission :

- proposer l'élaboration des politiques transversales en fonction des objectifs de soins de santé et basée sur une vision à long terme;
- proposer des critères sur la base desquels à l'avenir les choix d'investissement seront faits dans l'assurance maladie. Les objectifs de soins de santé clarifieront les avantages des investissements. Les choix d'investissement peuvent alors être fondés sur les avantages escomptés pour la santé, à côté des autres objectifs de la politique, et en tenant compte du budget disponible. Le Comité de l'Assurance fait des propositions au Conseil Général qui détermine le cadre budgétaire, le plan pluriannuel et les objectifs prioritaires en matière de santé en concertation avec tous les acteurs.

Une bonne gestion de ce budget requiert que les mesures prises soient mises en place dans un certain timing. Dans ce cadre les délais de décision de l'Inspection des Finances et du Ministre du Budget doivent par ailleurs être fixés légalement en vue d'une publication rapide d'un arrêté au Moniteur belge. Le Comité de l'assurance, l'INAMI et la Cellule stratégique doivent s'engager à une fluidité rapide des dossiers.

3. Réaction du Comité de l'assurance au dépassement budgétaire dans le secteur des spécialités pharmaceutiques

Les dépenses publiques pour les médicaments ont fortement augmenté ces dernières années. Les principales causes de cette hausse sont les prix élevés des nouveaux médicaments, l'usage croissant de thérapies plus onéreuses (surtout dans les hôpitaux) et l'augmentation des volumes prescrits.

Pour garder les dépenses sous contrôle, un ajustement du système actuel de remboursement est requis. Il peut être obtenu en mettant davantage l'accent sur les véritables besoins médicaux des patients et les priorités des soins de santé, en optimisant le fonctionnement de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) auprès de l'INAMI et en responsabilisant plus fortement le secteur pharmaceutique.

Le secteur pharmaceutique est un secteur international par excellence. Une collaboration accrue au niveau européen et international est importante pour parvenir à plus de transparence sur les coûts réels des médicaments et pour développer à plus long terme des modèles économiques alternatifs pour l'industrie pharmaceutique.

En encourageant un usage correct et rationnel des médicaments, nous pourrions optimiser la consommation de médicaments en Belgique. Concrètement, nous voulons miser sur une concertation régulière du médecin et pharmacien sur la prescription des médicaments, sur davantage de prescriptions conformes aux directives (guidelines), sur la prévention et sur un usage accru des médicaments bon marché comme, par exemple, les biosimilaires et d'autres médicaments hors brevet.

Voir l'annexe 3 pour plus de détails concernant la note de vision des organismes assureurs relative à la politique des médicaments.

4. Proposition du Comité de l'assurance

Malgré les ressources limitées, il faut soutenir les efforts visant à organiser des soins de santé de qualité, avec une accessibilité optimale pour tous et visant à augmenter la qualité de vie de tous les citoyens. Ceci est un objectif de l'ensemble du secteur des soins de santé, prestataires et organismes assureurs.

Il est primordial que les prestataires soient inclus dans ce débat afin d'introduire ces principes au niveau de la concertation mais également sur le terrain. Le Comité de l'assurance souhaite continuer à investir dans le modèle de concertation impliquant l'ensemble des acteurs de santé. Dans ce cadre, et malgré le contexte rendu difficile par la formation d'un gouvernement, des rencontres bilatérales et même multilatérales ont été réalisées afin de tenter que la proposition du Comité d'assurance puisse refléter au mieux les préoccupations et les prérogatives de l'ensemble du secteur.

2021 est une année particulière. La présence du Covid-19 se traduit à deux niveaux : d'une part, il y a un coût supplémentaire lié aux mesures qui doivent être prises pour lutter contre le Covid-19 et, d'autre part, il y a l'impact du Covid-19 sur les dépenses à politique inchangée en raison des mesures sanitaires toujours en cours. Étant donné que l'impact structurel du Covid-19 est encore insuffisamment chiffré aujourd'hui, une ligne budgétaire séparée est encore nécessaire. L'impact de la crise du Covid-19 sur l'activité de soins de santé en 2020 n'est pas négligeable : la diminution des dépenses est estimée à 1,4 milliard d'euros au premier semestre 2020. Ces fonds seront mobilisés en 2020 pour des mesures d'indemnisation des hôpitaux. Il est difficile de prévoir quel sera l'impact de la crise du Covid-19 sur les dépenses en 2021.

L'application stricte du cadre normatif fixé par l'article 40 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994¹¹ implique que l'objectif budgétaire 2021 des soins de santé soit fixé à 29,5 milliards d'euros, en tenant compte de certaines décisions politiques récentes dans le budget des soins de santé pour 2020 et au-delà. Nous entendons par là :

Aperçu des décisions parlementaires:	Coût supplémentaire total sur base annuelle :
Fonds blouses blanches	€ 402 millions
Equipes mobiles hôpitaux	€ 22 millions
Elargissement santé mentale	€ 200 millions
Elargissement contraception	€ 11,5 millions
Accord social	€ 600 millions (*)
Total	€ 1.235 millions

(*) En 2021, il s'agit de 250 millions d'euros pour les salaires et de 100 millions d'euros pour financer l'amélioration qualitative des conditions de travail. La première partie doublera en 2022.

Objectif budgétaire pour 2021:

Calcul strict de la norme	2021 (in 000 eur)
Objectif budgétaire global 2020	27.975.913
E-attest dentisterie	-25.000
Facturation mensuelle hôpitaux psychiatriques	-36.000
Montant compensation recettes totales art. 111/81 – 2020	-697.048
Montants de rattrapage / Litiges juridiques BMF 2020	-185.095
Norme stricte 2020	27.032.770
Norme de croissance réelle 1,5%	405.492
Sous-total	27.438.262
Indice santé (1,01%)	166.608
Masse indice pivot 2021 (dépassement pivot février 2020 + août 2021)	49.169
Sous-total	27.654.069
Elargissement soins de psychologie de 1ère ligne	16.700
Solde Fonds blouses blanches	34.898
Solde Equipes mobiles hôpitaux	2.550
Solde Santé mentale	131.995
Solde Contraception	7.632

¹¹ « A partir de 2016, le montant de l'objectif budgétaire annuel global correspond au montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente, majoré d'une norme de croissance réelle de 1,5 p.c., ainsi que du montant qui correspond au surcoût dans l'année budgétaire de l'indexation des salaires, des interventions de l'assurance, des tarifs et des prix tels que prévus par ou en vertu de la présente loi coordonnée. »

Accord social	350.000
Sous-total	28.197.814
Montant compensation recettes totales art. 111/81 – 2021	876.153
eAttest médecins-spécialistes	44.752
eAttest dentisterie	21.061
Montants de rattrapage / Litiges juridiques BMF 2021	394.416
Proposition Objectif budgétaire 2021	29.534.196

Les estimations techniques revues de septembre de l'INAMI pour 2021 s'élèvent à 30 milliards d'euros.

Les estimations techniques de l'INAMI sont donc supérieures de 539 millions d'euros à l'objectif budgétaire normé :

Estimation 2021 (p2020)	29.846.260
Indexation honoraires	166.608
Indice pivot	60.692
Estimation 2021 (p2021)	30.073.560
OB 2021	29.534.196
Différence avec OB 2021	-539.364

Le 1er octobre, nous avons été informés des décisions politiques dans le cadre du budget des soins de santé 2021. Pour l'année 2021, la norme de croissance légale sera déterminée sur la base des estimations techniques de l'INAMI, compte tenu de possibles corrections techniques. Par conséquent, il n'y aura plus de déficit.

Estimation 2021 (p2020)	29.846.260
Indexation honoraires	166.608
Indice pivot	60.692
Estimation 2021 (p2021)	30.073.560
OB 2021	30.073.560
Différence avec OB 2021	0

Le weekend du 2 octobre, nous avons été informés par le ministre compétent de la ligne budgétaire fixée par le gouvernement pour l'année 2021. L'accord de gouvernement et le tableau budgétaire correspondant stipulent ce qui suit :

- Pour l'année 2021, l'objectif budgétaire est égal au CTI2021 (Note CSS 2020/210), soit 30.073.560 kEuros ;
- Une économie en faveur du solde budgétaire de 150.000 kEuros est demandée, qui doit être recherchée sur le budget des spécialités pharmaceutiques au sens strict.

Le ministre compétent demande aux membres du Comité de l'assurance de tenir compte de ces contours budgétaires.

La note de formation stipule que la norme légale de croissance sera non seulement affectée pour financer l'effet de volume de la demande mais devra aussi permettre de nouvelles initiatives de soins

qui contribueront à la réalisation des objectifs de santé qui ont été fixés et à la réduction de la facture du patient. Le comité de l'assurance a depuis longtemps constaté l'urgence de nouvelles initiatives pour améliorer les soins de santé. À cette fin, le comité de l'assurance se réfère aux listes de besoins des différentes commissions de convention. De plus, il y a également les initiatives parlementaires en cours (projet de loi sur le maximum à facturer,...) pour améliorer l'accès aux soins en cours de discussion à la Commission.

Le comité de l'assurance prend acte de ce cadre budgétaire. Compte tenu du calendrier extrêmement serré, des investissements substantiels déjà décidés dans les soins de santé mentale et le personnel de santé en 2021, qui doivent encore être traduits en mesures concrètes en concertation avec les acteurs concernés, du relèvement de la base budgétaire aux estimations techniques et de la trajectoire d'économies imposée par le gouvernement dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, le Comité de l'assurance décide de ne pas introduire de propositions supplémentaires dans le cadre de la proposition du budget 2021. Chaque secteur devrait, si nécessaire et si possible dans le cadre de son propre objectif budgétaire partiel en 2021, libérer des ressources pour de nouvelles initiatives urgentes.

2021 est une année de transition afin de préparer un certain nombre d'éléments comme mentionné ci-dessus pour 2022.

Le Comité de l'assurance propose de travailler en concertation avec le gouvernement pour les thèmes suivants:

- Conformément à l'accord de gouvernement, la vision de cette proposition de budget et le rapport final de Living Tomorrow, à partir de l'exercice 2022, une partie de la norme de croissance supérieure à 2 % sera utilisée pour la réalisation des objectifs de soins de santé. Les propositions doivent être faites avant juin 2021 afin d'être intégrées dans le budget prévu à cet effet. Ceci est conforme à l'accord de gouvernement, qui stipule : *"En outre, la norme légale de croissance sera non seulement affectée pour financer l'effet de volume de la demande mais devra aussi permettre de nouvelles initiatives de soins qui contribueront à la réalisation des objectifs de santé qui ont été fixés et à la réduction de la facture du patient."*. À cette fin, le comité de l'assurance a déjà présenté les projets suivants, qui s'inscrivent dans le cadre des objectifs en matière de santé (soins) :
 - Les soins préventifs. Nous voulons une approche différente des soins et de l'aide où le patient est au centre et où ces soins sont personnels, prédictifs, préventifs et participatifs. Nous voulons nous concentrer davantage sur les soins préventifs et les visites de suivi, y compris dans le domaine des soins dentaires et des soins à domicile. Nous voulons également accorder une plus grande attention à la prévention de l'obésité, de la toxicomanie, des maladies chroniques, etc.
 - L'accessibilité financière des soins. Nous pensons, entre autres, à une meilleure accessibilité des soins dentaires, des soins de première ligne (par exemple ; un renforcement de la rémunération forfaitaire ou des financements pour encourager la coopération et des actions préventives et ciblées), des appareils auditifs ou des coûts de transport pour les patients, comme le prévoient par exemple les fiches de besoins des secteurs et l'Observatoire des malades chroniques, et plus d'hospitalisation de jour là où c'est possible. Le Comité de l'assurance travaille également sur des accords tarifaires équilibrés qui conduisent à un plus haut degré de convention et ainsi à une plus grande sécurité tarifaire pour le patient;

- Soins intégrés. Nous pensons au déploiement de programmes de soins pour améliorer la prise en charge des patients en collaboration avec différents prestataires de soins, tels que les programmes de soins pour les femmes enceintes, le prétrajet diabète avec un recours accru à l'éducation par les pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens et les podologues, les programmes de soins pour les personnes atteintes d'une maladie rare, pour les patients éligibles à la chirurgie bariatrique ou pour les personnes à risque ou souffrant de malnutrition... Des initiatives en faveur des soins à domicile pour les patients atteints de cancer (par exemple le projet OncoHome) peuvent être incluses dans ce cadre ainsi que le soutien aux réseaux hospitaliers et réseaux de l'article 107. Les soins intégrés doivent être soutenus par un échange de données fluide entre les acteurs dans le respect de la vie privée (par exemple, l'élaboration du DPI est importante ici comme investissement dans les TIC). L'augmentation du niveau de connaissances en matière de santé, une plus grande concertation entre le médecin et le pharmacien concernant la prescription de médicaments dans le but, entre autres, de réduire le nombre de polymédication chez les plus de 75 ans, une meilleure coordination des soins pour les patients atteints de maladies chroniques et les patients qui se rétablissent d'une infection par Covid-19 sont compris également dans ce cadre, et plus de soins de santé mentale. Des éléments se trouvent également dans les fiches de besoins des secteurs. De plus, les projets pilotes sur la prise en charge intégrée des malades chroniques sont en cours jusqu'à la fin de 2021, ceux-ci doivent être évalués et peuvent être prolongés sous réserve d'une évaluation positive;
- Conformément à l'accord du gouvernement, la vision de cette proposition budgétaire et le rapport final de Living Tomorrow, nous demandons que le Comité de l'assurance mette en place une Task Force chargée d'élaborer, en concertation avec chaque commission de convention et les autres organes de concertation compétente, un plan de soins efficaces (réduction des variations de la pratique médicale, prescription rationnelle, etc.) avec un budget spécifique pour générer des gains d'efficacité en 2022 sur une base structurelle et de faire rapport au Comité de l'assurance avant le 30 juin 2021, qui en assurera la supervision et la coordination. Nous pouvons réinvestir cela intégralement dans les soins de santé.

Enfin, le Comité de l'assurance demande qu'un pacte pluriannuel soit élaboré avec le secteur des spécialités pharmaceutiques, en concertation avec tous les acteurs concernés. Ce pacte devra tenir compte du trajet d'économies imposées et viser une plus grande transparence, ainsi que l'adaptation du système de remboursement actuel et la promotion de l'utilisation rationnelle et correcte des médicaments, comme le décrit également l'annexe 3 de la présente note.