

Budget 2023 des soins de santé

Proposition de la délégation gouvernementale au Conseil général de l'INAMI

17 octobre 2022

1. Contexte

La pandémie de Covid-19 a mis la société à rude épreuve, et en particulier les prestataires de soins et les établissements de soins. Dans le même temps, nous sommes confrontés à une nouvelle crise financière et économique, à laquelle le secteur des soins de santé n'échappe pas.

Il est impensable que nous préparions un **budget 2023** pour l'assurance maladie sans inclure de mesures ciblées pour aider tant les patients que les prestataires de soins et les établissements de soins à faire face à la crise.

Trois objectifs prioritaires en matière de soins de santé ont été définis dans le cadre des travaux de la **trajectoire pluriannuelle de l'INAMI**, à savoir : l'accessibilité, les soins de santé mentale et les soins intégrés. Dans les circonstances actuelles, il est logique de mettre l'accent en premier lieu sur **l'accessibilité**. Cet accent est conforme à l'accord de gouvernement, qui précise 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* ». Nous devons éviter de faire peser un fardeau supplémentaire sur les patients, sous la forme de coûts de soins de santé. Nous devons notamment veiller à ce que les mécanismes de protection (régime préférentiel, tiers payant et maximum à facturer) conservent leur plein effet et à éviter autant que possible les factures de coûts supplémentaires (prestations non remboursées, suppléments). Entre-temps, les chantiers qui sont déjà en cours pour les autres grands objectifs en matière de soins de santé (soins de santé mentale, soins intégrés) sont amenés à vitesse de croisière. De plus, les principes de la trajectoire pluriannuelle sont mis en œuvre et le modèle de conventionnement actuel est analysé dans ce contexte.

L'accessibilité signifie également qu'il faut garantir une **offre suffisante de prestataires de soins qui respectent les tarifs**. L'inflation élevée entraîne des coûts directs élevés pour les prestataires de soins (salaires de leur personnel, frais énergétiques et autres frais professionnels, coûts privés), qui sont intégrés avec du retard dans les mécanismes d'indexation applicables. Tout porte à croire que l'inflation restera élevée au cours des prochains mois tandis que leur compensation n'interviendra qu'en janvier 2024. Bien que le problème ne concerne pas exclusivement les soins de santé, il faut éviter que la situation ne soumette les prestataires de soins conventionnés à une pression financière excessive.

Ce qui n'empêche pas de trouver de la marge sur **la masse d'indexation** élevée pour faire des choix en ce qui concerne les dépenses prioritaires au sein du secteur et le renforcement du taux de conventionnement.

L'accord de gouvernement précise également qu'« *au-delà d'un financement structurel suffisant et solidaire, le gouvernement veillera à augmenter l'efficacité et la qualité de notre système de soins de*

santé, sur la base de faits scientifiques et des besoins du patient». C'est la responsabilité conjointe de tous les acteurs des soins de santé. Ce qui suppose un ajustement permanent, pour lutter contre la surconsommation, entre autres, et investir dans de nouveaux besoins.

Le gouvernement a décidé de prévoir des ressources non récurrentes en dehors de l'objectif budgétaire, à la fois pour les coûts liés au Covid et pour compenser de manière ponctuelle la forte augmentation des coûts énergétiques des hôpitaux. Ces ressources sont utilisées de manière ciblée afin que cet investissement contribue également à notre principale priorité, à savoir la protection des ménages.

Le gouvernement a décidé d'investir, aussi bien en 2023 qu'en 2024, dans un nombre de mesures de santé nécessaires et souhaitées qui ne peuvent être financées au sein de l'objectif budgétaire global. Dans ce cadre, la norme de croissance est réduite une fois en 2024 à 2% au lieu de 2,5%. En 2025, la norme de croissance reviendra à son niveau normal.

2. Proposition du Comité de l'assurance du 3 octobre 2022

Le lundi 3 octobre 2022, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé à la majorité des deux tiers une proposition de budget des soins de santé 2023.

La proposition (note CSS 2022-282) est conforme aux dispositions légales. Elle met la priorité aussi bien sur l'accessibilité des soins que sur les initiatives qui contribuent au bien-être des prestataires de soins. Pour ce faire, elle se base sur le souci d'éviter à tout prix que dans la crise actuelle, les ménages reportent les soins ou, pire, y renoncent en raison de la hausse des coûts. C'est pourquoi la proposition met l'accent à la fois sur la protection des patients et sur le soutien des prestataires de soins, en accordant une attention particulière aux prestataires complètement conventionnés qui s'efforcent de fournir des soins accessibles aux patients. Le Comité de l'assurance propose de soutenir ceux-ci par une compensation de la hausse des coûts.

En outre, le Comité de l'assurance estime que les secteurs peuvent concrétiser partiellement la masse d'index octroyée comme masse de politique, par exemples sous la forme d'augmentations sélectives de l'index lorsque c'est nécessaire et souhaitable.

Le Comité de l'assurance demande que la trajectoire d'économies du secteur pharmaceutique, telle qu'elle figure dans l'accord de gouvernement, soit mise en œuvre intégralement. En outre, il s'engage à fournir un effort de 20 millions en 2023 (80 millions en vitesse de croisière) dans le cadre de l'« appropriate care », et ce, sur l'ensemble des secteurs.

Le Comité de l'assurance insiste auprès du gouvernement pour qu'il prévienne des moyens temporaires hors objectif budgétaire, d'une part, pour couvrir les dépenses liées au Covid et, d'autre part, pour compenser la hausse de la facture énergétique de manière ponctuelle, en particulier pour les hôpitaux. Il demande une approche approfondie et une réponse structurelle à la problématique des mécanismes d'indexation existants au sein de l'assurance maladie, qui sont trop lents à réagir à l'inflation inouïe.

Le Comité de l'assurance demande au gouvernement et à l'INAMI de mener avec tous les acteurs concernés une large concertation portant sur des mesures concrètes sur l'avenir du modèle de conventionnement. L'année 2023 doit être mise à profit pour revoir le conventionnement et prendre des mesures qui nous permettront de commencer à négocier sur de nouvelles conventions et de nouveaux accords sur une base nouvelle à la fin de l'année.

3. Proposition de délégation du gouvernement au Conseil général – Budget de l'assurance soins de santé 2023, objectif budgétaire global et objectifs budgétaires partiels

3.1. Objectif budgétaire global pour l'année 2023

Conformément à l'article 40 de la loi AMI, l'objectif budgétaire global pour l'année 2023 est fixé à 35.285.295 milliers d'euros.

Conformément aux mécanismes d'indexation applicables, un montant de 1,475 milliard d'euros est prévu pour l'indexation des honoraires des prestataires de soins de santé (+8,14%). Cette masse d'index restera entièrement préservée. Il est demandé aux commissions de conventions et d'accords d'affecter une partie de leur masse d'index à de nouvelles politiques au sein de leur propre secteur, également dans le but de promouvoir le taux de conventionnement.

Dans le contexte de la problématique des mécanismes d'indexation existants au sein de l'assurance maladie qui réagissent trop lentement à l'inflation galopante, l'INAMI procédera d'ici fin mars 2023 au plus tard à une analyse détaillée des mécanismes d'indexation actuels et des alternatives possibles. L'analyse examinera les avantages et les inconvénients de chaque système et préparera une analyse de l'impact budgétaire.

3.2. Corrections techniques

Une correction technique est apportée aux estimations de septembre 2022 de l'INAMI pour 2023 :

- les estimations concernant les litiges juridiques dans le Budget des moyens financiers sont réduites de 20 millions d'euros en 2023 ; ce montant est ventilé en 15.446 milliers d'euros pour la partie INAMI et 4.554 milliers d'euros pour la partie État.
- le montant des dépenses consacrées aux traités internationaux est réduit de 60 millions d'euros pour 2023.

Cette somme de 80 millions d'euros pour 2023 ne sera pas financée et contribuera à améliorer le solde budgétaire du gouvernement fédéral

3.3. Montants réservés

Les mesures proposées par le Comité de l'assurance le 3 octobre 2022, ainsi que les éventuelles mesures décidées précédemment, n'entreront pas toutes en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Un montant de 40 millions d'euros ne sera donc pas affecté en 2023, montant qui contribuera à l'amélioration du solde budgétaire du gouvernement fédéral ; il sera également déduit des douzièmes budgétaires selon les mêmes modalités que précédemment. Ces montants réservés feront l'objet d'un monitoring continu au cours de l'année 2023.

3.4. Politique en matière de drogue

Conformément aux notifications du Conseil des ministres du 14 septembre 2022 relatives à une politique intégrée en matière de drogue dans le cadre du dossier de l'approche administrative, les montants supplémentaires suivants sont octroyés pour:

- le renforcement des services A pour 20 réseaux de santé mentale : 3.850 milliers d'euros en 2023 (et 7.550 milliers d'euros en 2024) via le Budget des moyens financiers (INAMI); le montant 2023

est ventilé en 2.973 milliers d'euros dans la rubrique 12a (Journée d'entretien) et 877 milliers d'euros dans la partie Loi hôpitaux ;

- un soutien supplémentaire des projets article 56 : 600 milliers d'euros en 2023 (et 800 milliers d'euros) en 2024.

3.5. Mesures de crise 2023

Nous traversons une période exceptionnelle, qui nécessite des mesures exceptionnelles et ciblées.

1. **La crise du Covid** n'est pas encore terminée, et nous ignorons comment le virus se comportera en 2023 et quel sera son impact sur la population en général et sur le système de soins de santé en particulier. Ces incertitudes supposent encore une approche en fonction de la santé publique, en mettant l'accent sur la surveillance, le suivi... Nous ne sommes pas encore dans une phase stabilisée où l'impact du Covid est prévisible et où les dépenses peuvent être estimées et structurellement ancrées. C'est pourquoi, pour 2023, une provision de 100 millions d'euros est prévue hors objectif budgétaire pour prendre en charge les coûts liés au COVID-19. Les mesures actuelles seront évaluées régulièrement (y compris concernant les volumes et les prix).
2. La **crise énergétique** frappe durement le **secteur hospitalier** - un secteur à forte intensité énergétique - comme l'a également constaté la Commission européenne. Il s'agit de coûts exceptionnels qui s'ajoutent à l'évolution normale des coûts des soins de santé. C'est pourquoi une compensation unique d'un montant de 80 millions d'euros est prévue pour la hausse des coûts de l'énergie des hôpitaux pour la 1^{ère} moitié de l'année 2023, étant entendu que cette mesure pourra être répétée dans la seconde moitié de l'année, si les prix restent à un niveau exceptionnellement élevés. Cette compensation est maintenue en dehors du budget de l'assurance maladie, et est financée de manière exogène. Il s'agit d'un effort supplémentaire important de la part du gouvernement, sachant que la crise énergétique frappe durement tout le monde. Il est donc demandé au secteur hospitalier de faire preuve du sens des responsabilités à l'égard de la société. Cet effort supplémentaire doit contribuer à protéger les ménages et à mettre en place des incitants pour les médecins conventionnés. C'est pourquoi les conditions suivantes, qui ont déjà été discutées avec le secteur, sont associées à cet ensemble de mesures de soutien :
 - la hausse des coûts de l'énergie ne peut pas être répercutée sur les patients, que ce soit sous la forme d'une augmentation des suppléments de chambre ou d'une augmentation des suppléments d'honoraires
 - la hausse des coûts de l'énergie ne peut pas être compensée par une augmentation des rétrocessions des médecins (totalement ou partiellement) conventionnés.

Le montant est attribué sur base du nombre de lits agréés et en tenant notamment compte du nombre de médecins conventionnés.

Cette compensation est également conditionnée à l'accord des hôpitaux sur un déploiement structurel de l'hospitalisation à domicile en oncologie et antibiothérapie dans un cadre budgétairement neutre et avec des glissements budgétaires, conformément à la proposition de la commission de conventions hôpitaux-OA qui est sur la table. Dans ce cadre, d'une part, les moyens qui sont libérés par la réduction du nombre de journées d'hospitalisation (partie journée d'entretien) en cas d'antibiothérapie pour un montant de 752.743€ et, d'autre part, un budget de 1.349.446€ font l'objet d'un glissement structurel du Budget des Moyens Financiers vers la ligne budgétaire transversale. Au sein des moindres dépenses des honoraires médicaux en cas d'hospitalisation à domicile en oncologie, un budget de 340.300€ est aussi transféré vers la ligne budgétaire transversale. En tenant compte de ces moyens budgétaires

au sein de la ligne budgétaire transversale et sur base de la convention qui règlera le financement de l'hôpital de jour, un montant supplémentaire fera encore l'objet d'un glissement du budget de l'hospitalisation de jour en oncologie afin que, avec ces moyens, le coût de la coordination et de l'administration par un praticien de l'art infirmier puisse être couvert.

3. Non seulement les hôpitaux, mais aussi l'ensemble du secteur des soins de santé, sont touchés par la hausse des coûts, notamment du personnel, de l'énergie... Les mécanismes d'indexation prévus ne permettent de les compenser qu'avec un certain retard. La crise de l'énergie et des coûts touche l'ensemble de la population. Nous devons éviter le déconventionnement des prestataires de soins conventionnés qui respectent les tarifs, ce qui augmenterait encore les coûts des soins de santé pour les patients. Par conséquent, 100 millions seront libérés dans le budget de l'assurance maladie pour la **compensation des coûts structurels** pour les prestataires de soins de santé totalement conventionnés, conformément à la proposition du Comité de l'assurance (voir point 3.7). Et ce, sur la base de l'art.54, §7 de la loi AMI. Cet article est formulé comme suit : « *Outre les avantages accordés dans le cadre du statut social conformément aux dispositions susvisées, le Roi peut, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste, de la Commission nationale dento-mutualiste ou de la Commission de conventions du secteur visé, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, accorder d'autres avantages à toutes ou certaines catégories de dispensateurs de soins réputés avoir adhéré aux termes de l'accord ou de la convention et déterminer les conditions et les règles d'application les concernant* ».

Le Conseil général associe les conditions suivantes à cette intervention :

- la compensation des coûts n'est accordée qu'aux prestataires de soins entièrement conventionnés pour ce qui concerne leur pratique ambulatoire;
- elle est associée à des progrès suffisants dans les travaux sur l'« appropriate care »;
- elle est réservée aux secteurs qui utilisent sélectivement la masse d'index en partie dans leur propre secteur en 2023 ;
- elle est accordée d'une manière administrativement simple sans création de tarifs différenciés, par exemple sous la forme d'une prime.

Le Conseil général - sur proposition du Comité de l'assurance - définit les paramètres de répartition de l'enveloppe d'ici fin 2022.

4. En ce qui concerne spécifiquement le secteur des **soins infirmiers à domicile**, une compensation complémentaire est prévue pour l'augmentation des coûts (de transport et de personnel). Un montant de 5 millions d'euros est libéré à cette fin dans le cadre de l'objectif budgétaire comme augmentation de l'intervention forfaitaire des services de soins à domicile (voir point 3.7). Nous demandons en outre à la Commission de conventions d'examiner en collaboration avec les partenaires sociaux comment les réserves du Fonds Blouses blanches peuvent être utilisées de manière ponctuelle pour éviter les problèmes de liquidités.

Parallèlement, un mandat est donné à la CC soins infirmiers à domicile, en collaboration avec l'INAMI, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et le Collège national des médecins-conseils, d'élaborer, d'ici au 30 juin 2023, un plan d'action visant à lutter contre la fraude dans le secteur et à renforcer le contrôle de la mise en œuvre. Le projet d'arrêté royal relatif aux seuils de justification, contre lequel un recours est pendant devant le Conseil d'Etat, doit être réalisé au plus vite, le cas échéant par l'adoption d'une nouvelle disposition réglementaire.

Ce processus doit s'accompagner d'une réflexion approfondie sur un nouveau système de financement et d'organisation du secteur, et sur un assainissement des tâches.

5. La décision du gouvernement de baisser exceptionnellement **les cotisations ONSS patronales nettes** de 7,07% aux 1^{er} et 2^e trimestres vaut aussi pour le secteur de la santé. Pour les 3^e et 4^e trimestres, le secteur peut aussi demander de manière automatique un report de paiement s'élevant à 7,07 % des cotisations sociales patronales nettes dues. Le secteur des soins de santé bénéficie également de la réduction de la TVA sur l'énergie à 6 %.

3.6. Appropriate care

Les ressources collectées solidairement et octroyées à l'assurance maladie doivent être utilisées le plus efficacement possible. On attend du secteur des soins de santé qu'il fasse preuve du sens des responsabilités et de la réforme. Dans le cadre de l'exercice pluriannuel de l'INAMI et des *spending reviews* européennes, des efforts ont été faits en la matière l'année dernière, par exemple, chez les médecins. L'accord médico-mutualiste 2021 contenait un ensemble « appropriate care » d'un montant de 40 millions d'euros, qui a été élaboré.

Cet effort sera renforcé à partir de 2023 par la fixation d'objectifs chiffrés concernant l'élimination des dépenses qui ne conduisent pas à des soins appropriés (« appropriate care »), en faisant appel à tous les secteurs. L'objectif est de créer une marge pour répondre aux besoins non satisfaits dès 2023 (20 millions) et surtout en 2024 (80 millions). La moitié de ces moyens peut être utilisée dans le secteur concerné en 2024, et l'autre moitié dans le cadre de l'objectif budgétaire global.

Il est demandé à la Commission de contrôle budgétaire de faire, au plus tard le 15 février 2023, une proposition de répartition de l'effort à fournir entre les secteurs. Après avis du Comité de l'assurance, le Conseil général prendra une décision à ce sujet. Il s'appuiera notamment sur les rapports d'audit existants, les fiches « appropriate care » de la trajectoire pluriannuelle et le plan en matière de contrôle du SECM. Un effort prioritaire sera demandé aux secteurs qui excèdent leur objectif de budget partiel 2022 sans explications adéquates. Après la décision du Conseil général, il appartient aux secteurs d'élaborer des propositions en fonction de l'effort qui leur est demandé. En l'absence d'une proposition appropriée d'ici au 30 septembre 2023, le montant sera déduit linéairement sur le secteur concerné.

Les travaux se poursuivent en ce qui concerne la réforme des hôpitaux, y compris l'exercice d'efficacité de la biologie clinique, la réforme de la nomenclature et le New Deal pour les médecins généralistes. Dans ce cadre, des ressources peuvent être déplacées.

D'autres mesures de soins appropriés – entre autres, dans le domaine de l'hospitalisation à domicile ou de l'hospitalisation de jour - sont également mises en œuvre.

En outre, chaque secteur est vivement invité à faire des efforts supplémentaires dans la mesure du possible en vue de libérer des ressources pour les besoins prioritaires dans son propre secteur.

3.7. Initiatives du Comité de l'assurance

Le Conseil général reprend les initiatives mentionnées au point 4C de la proposition du Comité de l'assurance du 3 octobre 2022 (note CSS 2022/282) comme base et les adapte conformément à ce qui suit. Il souscrit aux trois piliers proposés par le Comité de l'assurance :

1. Accessibilité financière pour les patients;
2. Accessibilité physique pour les patients;
3. Aide sociale aux prestataires de soins (voir aussi le point 3.5).

Afin de renforcer le mécanisme de protection dans le contexte des crises, les **plafonds de tickets modérateurs du Maximum à facturer (MàF)** ne sont plus indexés. Comme les estimations techniques revues se basent sur une tendance historique, l'impact de l'inflation élevée sur les plafonds du MàF n'est pas inclus dans les estimations techniques. Par conséquent, la non-indexation des plafonds des tickets modérateurs peut être réalisée dans le cadre des estimations techniques. Ce faisant, nous

protégeons quelque 665.000 ménages, dont 450.000 comporte une personne souffrant d'une maladie chronique, contre la hausse des coûts de santé.

Le Conseil général prend acte de la proposition du Comité de l'assurance d'octroyer automatiquement l'**intervention majorée** aux personnes en incapacité de travail et aux chômeurs de longue durée étant donné qu'ils se trouveraient en dessous des plafonds de revenus. Dans le cadre d'un octroi plus rapide et plus automatique de l'intervention majorée, des propositions du groupe de travail Assurabilité sont attendues d'ici fin 2022. Il va de soi que le groupe de travail doit tenir compte du fait que l'octroi de l'intervention majorée sur la base d'un statut social n'est pas habituel ; l'automatisme est généralement liée à un statut pour lequel une estimation des revenus a déjà été effectué. En outre, les estimations budgétaires nécessaires de cette proposition doivent être préparées.

Des actions sont entreprises pour encore plus promouvoir le régime du tiers payant, et ce dans tous les secteurs.

Au sein de la ligne budgétaire transversale, un montant de 7.635 milliers d'euros est encore disponible pour divers projets de la première ligne. Une partie de ce montant est nécessaire pour la deuxième phase afin de pouvoir fournir aux personnes atteintes de Covid long des soins de qualité et accessibles. Il est proposé de consacrer le montant restant à une convention « **coordinateur de soins SEP spécialisés et consultation SEP multidisciplinaire** » qui peut être mise en place en collaboration avec les Ligues SEPLiga et les hôpitaux spécialisés pour la sclérose en plaques (SEP). Une mesure similaire doit être prise pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Tertio, un projet transversal sur les **hygiénistes dentaires dans les pratiques de première ligne** sera développé.

Le Comité de l'assurance propose un montant de 6.444 milliers d'euros à la rubrique des honoraires des médecins pour les soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques. Il s'agit d'une mesure supplémentaire dans le cadre du projet transversal « **soins somatiques dans les soins de santé mentale** » qui met en œuvre quelques recommandations du KCE. Lors de l'élaboration par le groupe de travail transversal, les autres recommandations du KCE doivent également être prises en compte.

L'accord national médico-mutualiste 2022-2023 prévoit un montant de 4 millions d'euros pour les **honoraires adaptés des neurologues, psychiatres et gériatres auprès des résidents de maisons de repos**. Cette mise en œuvre doit être rapide.

Le secteur de la **kinésithérapie** fait l'objet d'un investissement considérable, qui s'accompagne de mesures concernant les soins appropriés. Cet investissement a pour objectifs d'augmenter le taux de conventionnement dans le secteur et d'entamer la modernisation de la nomenclature du secteur.

Dans le prolongement de la résolution parlementaire 0031/006 du 9 janvier 2020 visant à encourager la mise en place de **banques de lait maternel** au sein des hôpitaux et à encadrer leur fonctionnement, un budget de 1,036 million d'euros est libéré pour soutenir et réaliser une ou plusieurs banques de lait maternel tant internes qu'externes et pour la promotion de l'allaitement maternel et des soins axés sur le développement dans les hôpitaux par le biais de programmes de formation ciblés, en accordant une importance particulière aux services de soins intensifs néonataux. L'importance des 1.000 premiers jours est suffisamment connue. Les enfants prématurés constituent un groupe qui mérite une attention particulière.

Le budget nécessaire est disponible dans le cadre de l'objectif, étant donné que le budget prévu pour le statut social des sages-femmes - qui est retenu - est repris dans le budget administratif actuel. Dans ce contexte, l'intervention pour le lait issu d'un don, qui n'a pas été indexée depuis 1987, est également indexée. Le budget nécessaire de 151.000 euros sera libéré en priorité à partir du budget tampon dont dispose la Commission de remboursement des produits et des prestations pharmaceutiques.

Un remboursement est mis en place pour le **refroidissement du cuir chevelu et des mains/pieds** pour les patients cancéreux sous traitement par chimiothérapie neurotoxique ou toxique pour les cheveux ou les ongles. Le refroidissement du cuir chevelu et des mains et des pieds (par hilotérapie) doit être proposé à tous les patients éligibles afin d'améliorer leur qualité de vie (image de soi, bien-être psychologique, stigmatisation sociale). À cette fin, soit le refroidissement du cuir chevelu et des mains et des pieds est inclus dans le forfait existant de l'hospitalisation de jour en oncologie, soit un forfait distinct est créé. Il n'y a aucune part personnelle pour le patient. Le budget nécessaire de 3,8 millions d'euros est financé par les économies prévues grâce à l'extension de la convention GEP (art.56).

La chimiothérapie peut entraîner une perte de cheveux qui est généralement temporaire, mais qui peut néanmoins affecter gravement le patient. La nomenclature existante prévoit déjà une **intervention pour l'achat d'une perruque**. Les patients peuvent également choisir de porter un foulard, une casquette ou un bonnet après la perte de cheveux. Cependant, aucune intervention n'est prévue dans ce cadre, alors qu'il s'agit d'une alternative valable pour de nombreux patients. La nomenclature sera adaptée pour contribuer à l'achat d'un maximum de trois accessoires, dont au moins un accessoire de type textile (cf. foulard, turban, chapeau, bonnet, béret ou postiche) et ce, dans le cadre du budget existant.

Environ **1.700 jeunes de 16 à 35 ans se voient diagnostiquer un cancer** chaque année. Ces adolescents et jeunes adultes (AYA) constituent un groupe cible spécifique sur le plan médical et psychosocial et des soins de qualité, adaptés spécifiquement à leur âge sont également nécessaires pour eux. Des conventions article 56 sont conclues avec les six hôpitaux belges qui traitent plus de 50 AYA par an afin de créer des équipes de soins pour les AYA par analogie avec l'équipe de soins palliatifs ou l'équipe de liaison gériatrique. Un coach AYA, un psychologue et un travailleur social sont disponibles dans ces équipes de soins AYA et ils soutiennent les AYA sur le plan psychosocial. Un budget de 600.000 euros a été inscrit à cet effet dans le cadre de l'article 56.

Conformément à l'accord de gouvernement, des efforts sont déployés pour promouvoir des alternatives à l'hospitalisation classique. Les **séjours de convalescence** constituent un maillon du continuum de soins domicile/hôpital. Après concertation avec les entités fédérées et les secteurs, un remboursement fédéral est prévu pour les soins offerts dans ces centres. L'objectif est également de garantir un prix abordable pour les patients. Un effort proportionnel est attendu des entités fédérées dans le cadre de leurs compétences. Un groupe de travail interfédéral multidisciplinaire sera également mis en place pour apporter une réponse cohérente aux besoins croissants en matière de revalidation ; ce groupe de travail se penchera sur la place des hôpitaux de revalidation, des services de revalidation, des séjours de convalescence et des soins à domicile.

Le plan d'approche pour la réforme des hôpitaux prévoit un ensemble de mesures dans le cadre de la biologie clinique. De ce fait, deux fois 23 millions d'euros seront libérés d'ici au 1^{er} janvier 2024. Ces fonds seront utilisées à parts égales pour

- les médecins généralistes: dans le cadre du **New Deal pour les médecins généralistes**, un nouveau modèle d'organisation et de financement pour les médecins généralistes est élaboré. Celui-ci sera préparé en 2023 en vue d'une mise en œuvre en 2024.
- les médecins-spécialistes: un exercice similaire sera lancé pour les **médecins-spécialistes sur des** sujets tels que les consultations, la médecine d'urgence, la supervision, la disponibilité, la concertation multidisciplinaire. Une note d'orientation est attendue d'ici fin mars 2023 de la part du groupe de travail dirigé par le président de la Commission Nationale Médico-Mutualiste.

Accessibilité financière pour le patient :

Mesure	Budget annuel (000€)
Non-indexation des plafonds de ticket modérateur du MâF	<i>pm</i>
Verres de lunettes et autres dispositifs : adaptation de la nomenclature et réduction des seuils, notamment réduction de 7,75 à 6 dioptries pour le groupe cible 18-65 ans (voir fiche GDOS-031)	3.354
Soins bucco-dentaires : extension des codes d'âge enfants (sans ticket modérateur) jusqu'au 19e anniversaire	3.527
Extension limitée d'âge jusqu'au 60e anniversaire pour l'examen parodontal	445
Suppression de la limite d'âge pour l'examen buccal annuel	1.500
Intégration tarifs maximum (étape supplémentaire)	1.500
Extension du remboursement des capteurs pour le diabète de type II (par étapes pour obtenir une tarification correcte)	7.000
Oncofreezing (extension des indications) En outre, dans le cadre de mesures ciblées pour les patients atteints de cancer, des efforts sont fournis concernant le refroidissement de la tête et de la peau, les couvre-chefs, les conventions AYA et l'élargissement du groupe cible de la convention GEP.	1.500 <i>pm</i>
Transport interhospitalier	6.494
Augmentation du forfait nutrition entérale à domicile	2.200
Total	27.520

Accessibilité physique pour le patient :

Mesure	Budget annuel (000€)
Transgenre : création de centres satellites en raison de listes d'attente de plus de 700 personnes	471
Maladies rares : financement de la fonction de coordination des soins pour 4 maladies pilotes	675
Soins de santé mentale : soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques (première étape)	6.444
Continuité domicile/hôpital - première phase : séjour de convalescence / unités de convalescence après concertation avec les régions et les secteurs (deuxième phase : extension aux lits SP et soins à domicile)	8.390
Résolution banque de lait maternel et lait de donneuses	1.036
Coordinateur de soins spécialisé en et consultation multidisciplinaire pour les patients souffrant de sclérose et de Parkinson	<i>pm</i>
Hygiénistes bucco-dentaires dans les cabinets de soins de première ligne	<i>pm</i>
Total	17.016

Bien-être du prestataire de soins :

Mesure	Budget annuel (000€)
Mesure structurelle supplémentaire pour les prestataires de soins conventionnés (compensation de l'augmentation des coûts de fonctionnement)	100.000

Statut social des sages-femmes cf. infirmières à domicile	<i>pm</i> (budget frais d'administration: 1.036)
Revalorisation des soins de kinésithérapie sur la base de la masse d'index, de la marge budgétaire et de l'indexation (voir ci-dessous) : 17,29 millions d'euros au 1/1/2023 et 11,162 millions d'euros à partir du 1/7/2023 pour laisser le temps de rédiger des mesures « appropriate care », bien que cette description n'empêche pas la réalisation de la revalorisation au 1/7/2023	25.000
Amélioration du code du week-end pour les soins postnatals au 5e jour	492
Statut social pour les MGF et les MSF	5.000
Soutien des hôpitaux contre les cyberattaques	15.000
Soutien soins à domicile	5.000
New deal médecins généralistes	<i>pm</i>
Médecins-spécialistes (groupe de travail consultations, concertation multidisciplinaire...)	<i>pm</i>
Total	150.492

Totaal 1 + 2+ 3	195.028
------------------------	----------------

3.6. Spécialités pharmaceutiques

D'une part, des efforts sont faits pour l'extension de la **pharmacie de référence** et, d'autre part, pour indexer partiellement les **grossistes-répartiteurs**. Avec la masse d'index 2023 de la marge économique des pharmaciens (9.183 milliers d'euros), diminuée des moyens mis à disposition dans le cadre de l'intervention supplémentaire au 1^{er} juin 2022 (1.392 milliers d'euros), les mesures suivantes sont reprises:

- un nouveau projet sevrage benzodiazépines (150 milliers d'euros) ;
- l'extension de l'honoraire de bon usage des médicaments (BUM) asthme pour les patients COPD (1.800 milliers d'euros);
- une indexation des marges des grossistes-répartiteurs de 2%. Au cours de l'année 2023, il sera analysé dans quelle mesure il pourrait être, à partir de 2024, procédé à une indexation annuelle selon les modalités de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 'fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé'.

Pour ce qui est de la **masse d'honoraires des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public** pour l'année 2023, le calcul du Service, tel qu'il a aussi été approuvé par la Commission de conventions Pharmaciens-organismes assureurs, est retenu pour l'année 2023.

Les spécialités ayant subi la mesure combi-cliff seront exemptées de l'application de la mesure 'vieux médicaments'. Le prix de ces spécialités sera mis au niveau d'une spécialité de référence uniquement lorsque le remboursement de référence sera appliqué à l'ensemble des principes actifs 'mono' de la combinaison ou directement à la combinaison elle-même.

Modulation des taxes pharmaceutiques. Suite à la décision de la Commission Européenne de prolonger les règles de l'UE en matière d'aides d'État afin d'atténuer l'impact de la pandémie de coronavirus au sein des entreprises bénéficiaires, la modulation des taxes dues par les firmes pharmaceutiques décrite dans l'article 191quinquies de la loi AMI est prolongée pour 2 années supplémentaires, 2022 et 2023 (avec des effets budgétaires en 2023 et 2024).

Appels d'offres pour les biosimilaires dans les hôpitaux. Les arrêtés en exécution des articles 74 et 75 de la loi du 18 mai 2022 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé seront présentés en groupe de travail inter-cabinets dans le courant du 1^{er} trimestre 2023, après concertation avec le secteur (entre autres les coupoles hospitalières).

Le trajet d'économies du secteur pharmaceutique, tel que repris dans l'Accord de gouvernement, sera intégralement exécuté.

A partir du 1^{er} janvier 2023, **l'ouverture des clusters aura lieu mensuellement** au lieu de trimestriellement (R1 : quand un médicament off-patent arrive sur le marché, le prix du médicament original baisse au début du mois qui suit). Cette mesure va de pair avec une simplification des exceptions : toutes les exceptions qui demandent une évaluation sont supprimées. De cette manière, l'économie de 210 millions d'euros en 2023 est garantie. Les entreprises notifieront à l'INAMI le lancement de leur générique 6 semaines au préalable ce qui permettra à l'INAMI d'informer l'entreprise du médicament original et les autres parties prenantes.

Pour juin 2023, la Direction pharmaceutique de l'INAMI proposera, en collaboration avec les représentants de l'industrie pharmaceutique, **une simplification du système des cliffs**. La proposition doit permettre de réaliser au moins 40 millions d'euros d'économies (en année pleine) à partir de 2024.

Cotisations. La cotisation de base qui est prévue depuis 2006 à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^onovies, de la loi coordonnée SSI est reconduite en 2023. Le pourcentage appliqué est de 6,73%. Vu la conjoncture budgétaire actuelle, la contribution de 1% décrite à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^oduodecies, de la même loi coordonnée est également maintenue pour 2023. La cotisation orpheline décrite à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^oterdecies de la même loi, visant à faire participer aux dépenses de la solidarité, les médicaments orphelins dont les chiffres d'affaires sont supérieurs à 1,5 million d'euros est également reconduite en 2023.

3.8. Calendrier de réforme

Le Conseil général rejoint le Comité de l'assurance dans son évaluation de la priorité du calendrier de réforme en cours et du réinvestissement des gains d'efficience qui en résultent dans les soins de santé, et notamment les éléments suivants :

- Réforme du financement et de l'organisation des hôpitaux, y compris l'hospitalisation de jour et les B7 et B8¹
- Réforme de la nomenclature médicale

¹ En 2023, après avis du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitalier, le gouvernement révisera les différents éléments et critères d'attribution des sous-parties sociales du BMF afin d'évaluer si une plus grande concentration des moyens disponibles vers les hôpitaux qui accueillent le plus de patients socio-économiquement défavorisés est indiquée. Cette révision sera réalisée à périmètre budgétaire constant. Par la suite, lorsqu'on mettra en place des forfaits all-in par DRG, une étude doit être menée pour évaluer la faisabilité de les différencier en fonction du statut socio-économique du patient de manière telle qu'ils reflètent au mieux la réalité des coûts encourus par l'hôpital et permettent ainsi un financement équitable de chacun d'entre eux. Si cette différenciation des forfaits s'avère être d'un degré de complexité trop important, les sous-parties sociales du BFM seront revues à concurrence de ce qui est nécessaire pour compenser l'impact de la réforme. Cette étude sera réalisée à périmètre budgétaire constant.

Une enquête sera également menée sur l'adéquation de la partie B7 du BMF.

- Plan interfédéral Soins intégrés
 - Soins de santé mentale
 - Agenda pour l'avenir des soins de santé, pour lutter contre la pénurie de personnel
 - New Deal pour le médecin généraliste
 - Plan 2022-2025 « Autorité pour les données de santé et dossier patient partagé et intégré sécurisé »
 - Un nouvel accord avec le secteur pharmaceutique, entre autres, axé sur la responsabilité budgétaire de ce secteur
 - Trajectoire pluriannuelle des objectifs de soins de santé. Travail sur sa mise en œuvre réglementaire, en partie sur la base de la Note de principe Trajet pluriannuel du gouvernement qui a été présentée au Conseil général et au Comité de l'assurance le 4 juillet 2022. Ses objectifs sont :
 - o Veiller à ce que les ressources disponibles soient affectées à des objectifs de soins de santé en vue d'améliorer la santé publique et la qualité des soins aux patients, et ce, sur la base de données scientifiques probantes et des objectifs 5 AIM,
 - o Faire en sorte que les acteurs collaborent mieux pour atteindre ces objectifs,
 - o Assurer une méthodologie budgétaire affinée pour soutenir ce changement de paradigme.
- Dans ce cadre, les mesures réglementaires nécessaires, ainsi que la création d'une Commission pour les objectifs de soins de santé sont en cours de préparation en vue d'une mise en œuvre au plus tard à partir du processus budgétaire 2025.
- A la suite de l'appel du Comité de l'assurance et en vue de la conclusion de nouveaux accords et de nouvelles conventions pour 2024, le Service des soins de santé de l'INAMI mène un exercice de réflexion approfondie sur le modèle de convention. Cet exercice devrait apporter une réponse nouvelle aux fondements de notre assurance maladie :
 - o Faire en sorte de disposer de suffisamment de prestataires de soins qui respectent les tarifs
 - o Offrir des soins accessibles et abordables pour tous
 - o Offrir des soins de qualité où les ressources issues de la solidarité sont utilisées de manière appropriée
 - o Faire en sorte de disposer de prestataires de soins en mesure de fournir un travail de qualité

Une réflexion aura également lieu au sein du Comité de l'assurance sur l'harmonisation des primes télématiques, les frais de déplacement, le financement des organisations professionnelles,....