

Budget 2022 - Proposition du Comité de l'Assurance

Synthèse

- 2022 sera une année charnière pour l'élaboration d'un plan d'action pour les années suivantes sur différents leviers transversaux qui améliorent le système de santé, à savoir : **le dossier patient électronique partagé de manière sécurisée, l'adaptation des modèles de financement et l'amélioration de l'accès financier en améliorant la sécurité tarifaire et en réduisant les tickets modérateurs. Le Comité des assurances demande fermement au Conseil général de s'engager fermement dans l'introduction du dossier patient électronique partagé de façon sécurisée avec un financement en 2022 en dehors du budget de la santé en raison de la nature et du coût du projet.**
- Depuis quelques années le Comité de l'assurance s'efforce d'élaborer une proposition de budget des soins de santé fondée sur une vision à long terme. Depuis mars 2021, les prestataires de soins, les organismes assureurs, l'INAMI, un comité scientifique et une délégation de la cellule politique du ministre F. Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, s'y attaquent avec un projet de réforme du processus budgétaire. Depuis plusieurs années, le Comité de l'assurance a souhaité mettre l'accent sur **une collaboration efficace entre les prestataires de soins afin que la politique de santé soit alignée sur les besoins réels de la population.** Avec la proposition de budget pour 2022, le Comité de l'assurance souhaite concrétiser cette vision à long terme et s'en servir comme base pour un futur système de soins de santé fondé sur une vision large de la santé.
- L'accord de coalition du 29 septembre 2020 prévoit une norme de croissance de 2,5 % pour les soins de santé à partir de 2022. Cette trajectoire de croissance devrait permettre d'atteindre les objectifs en matière de soins de santé et de mettre en œuvre des réformes. Le Comité de l'assurance s'engage dans ce projet. Un rapport intermédiaire a été remis à la fin du mois de juillet 2021. Au sein du Comité de l'assurance les travaux se poursuivent sur **un rapport final qui affinera et finalisera le rapport intermédiaire. Ce rapport final devrait servir de base à un budget des soins de santé plus transparent et à une politique de santé élaborée en collaboration avec un grand nombre d'acteurs sur la base d'une coordination de valeurs et d'objectifs communs.**
- Dans un souci de continuité, le comité de l'assurance soutient **la poursuite des grands chantiers en cours** (révision de la nomenclature, réforme du financement hospitalier y compris la question des rétrocessions, l'implémentation et le fonctionnement des réseaux hospitaliers, la maîtrise du budget des médicaments et la nouvelle convention avec les réseaux de santé mentale). Ces projets devraient également conduire à une accessibilité financière supplémentaire pour le patient.

La proposition budgétaire 2022 prévoit le **financement de mesures «objectifs de soins de santé»** sur base de la marge budgétaire ainsi que les moyens dégagés par des projets «appropriate care». La priorisation des initiatives se fait sur la base de critères qui permettent d'améliorer au maximum la santé publique. Un modèle d'incitant doit encore être développé.

Introduction

La pandémie de Covid-19 a montré la résilience du système de santé belge. Les prestataires de soins ont fourni un effort énorme pour répondre à une augmentation considérable de la demande de soins, à la difficile continuité des soins dans les cas non urgents, au traitement des complications dues à des soins tardifs, à davantage de soins à domicile, à davantage d'actions préventives pour éviter autant que possible les complications, à la recherche d'une méthode de traitement adéquat pour les patients atteints de Covid-19 etc. ...

La pandémie de Covid-19 a également mis en lumière la vulnérabilité du système de santé pour s'adapter de manière flexible aux fluctuations brusques de la demande, une baisse soudaine de l'activité compromettant le financement des hôpitaux et des médecins et une augmentation soudaine entraînant des problèmes de capacité. Cette crise souligne à quel point, entre autre en cas de pandémie, l'accès aux soins de santé à tous constitue un véritable défi avec un impact sociétal majeur. Elle a non seulement exacerbé les inégalités d'accès aux soins de santé mais également les inégalités numériques, socioéconomiques et celles liées au logement, qui toutes influent sur la santé. « Les personnes pauvres, celles qui vivent dans des quartiers défavorisés et les minorités ethniques ont été touchés de façon disproportionnée »¹.

Nous pouvons tirer deux leçons importantes de cette crise sanitaire. Tout d'abord, elle a mis en évidence la nécessité de la collaboration et de la multidisciplinarité pertinente pour répondre rapidement aux problèmes multiples qui sont apparus. Ensuite, cette crise a aussi mis en exergue la fragilité des soins de santé essentiellement financée à l'acte en provoquant une crise de liquidité à court terme suite à la chute brutale de l'activité due à l'annulation ou au report massif des soins parfois essentiels. A l'échelle mondiale, la pandémie de Covid-19 est un catalyseur pour l'adaptation rapide des systèmes de santé, notamment par la mise en évidence de la nécessité accrue de poursuivre des objectifs communs dans le domaine des soins de santé, le besoin d'analyses comparatives des situations au niveau international ou encore de l'apprentissage de la collaboration, etc...

Cette crise sanitaire nous rappelle que la santé est un "bien commun", vital au bon fonctionnement de notre société. Le concept de "santé dans toutes les politiques" est d'autant plus pertinent : il doit figurer à l'ordre du jour de tous les domaines politiques et doit être considéré comme une responsabilité partagée de l'autorité, 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.

1. Un nouveau cadre et une nouvelle approche budgétaire pour 2022

Le Comité de l'assurance est amené à formuler une proposition de budget 2022 des soins de santé dans un cadre budgétaire innovant.

La norme relevée à 2,5%

Ainsi, le gouvernement a fixé la norme de croissance légale de l'objectif budgétaire des soins de santé à 2,5% à partir de 2022 et pour les années suivantes. L'accord de gouvernement stipule que

¹ "The poor, those living in deprived areas and ethnic minorities have also been disproportionately affected", Health at a Glance: Europe 2020 - State of health in the EU cycle, fact sheet

«cette norme 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 et à la réduction de la facture du patient.» Cette politique de santé ambitieuse ne sera pas possible sans le soutien des acteurs de santé, sans leur implication dans l'identification des besoins, la co-crédation de rćponses approprićes et leur mise en Ńuvre sur le terrain.

L'intćgration des objectifs de soins de santć

Par ailleurs, dans sa proposition de budget au Conseil gćnćral du 19 octobre 2020, la dćlćgation gouvernementale a rejoint le Comitć de l'assurance dans sa volontć d'adapter le cadre budgćtaire de l'assurance maladie «pour permettre Ā la concertation de s'inscrire dans une **perspective pluriannuelle prćvisible, encourager le dćcloisonnement et soutenir la mise en Ńuvre des rćformes nćcessaires en lien avec des objectifs de soins de santć prioritaires**». La note au Conseil gćnćral prćcise ěgalement que «Dans ce cadre, le Ministre des Affaires sociales et de la santć travaillera, en concertation avec le Comitć de l'assurance, Ā l'ćlaboration d'une mćthodologie concrćte pour intćgrer les objectifs de santć dans les choix en assurance maladie. En particulier, **dćs 2022, la procćdure budgćtaire prćvoira que des moyens sont alloućs aux objectifs de santć**». Enfin, le gouvernement a approuvć la proposition du Comitć de l'assurance de «mettre en place au niveau de l'INAMI et en concertation avec les diffćrentes commissions de conventions et les autres organes compćtents, une **Task Force chargće d'ćlaborer un plan de soins efficaces (rćduction des variations de la pratique mćdicale, prescription rationnelle, etc.) avec l'objectif de gćnćrer des gains d'efficacitć en 2022 sur une base structurelle**».

Les dćcisions du Conseil gćnćral du 19 octobre 2020 se sont concrćtisćes par la mise en place le 1er mars 2021 d'un groupe de pilotage et de trois task forces dans le but de mettre au point une mćthode qui intćgre des objectifs de soins pour orienter les choix de l'assurance maladie en combinaison avec un cadre budgćtaire pluriannuel dynamique et une approche centrće sur «l'appropriate care». Ces travaux ont dćbouchć sur un rapport intermćdiaire remis le 14 juillet 2020. Le Comitć de l'assurance tient Ā remercier l'INAMI et les nombreux experts qui se sont investis pendant plusieurs mois pour examiner et prioriser - sur base d'une mćthodologie innovante soutenue par une application numćrique - plus de 300 propositions qui ont ětć soumises de la part des commissions d'accords et de conventions mais aussi du monde acadćmique, des instituts de recherche et des entreprises et des patients. Ce rapport trćs riche tćmoigne de la dćtermination du secteur des soins de moderniser le processus de dćcision selon une approche intćgrće, collaborative et multidisciplinaire dans le but de dćvelopper une vision stratćgique Ā moyen terme pour l'assurance maladie sur base d'objectifs de soins de santć prioritaires afin que la politique de santć soit plus en phase avec les besoins rćels de la population. Le principal avantage du processus est d'avoir intćgrć les objectifs du « quintuple aim » et de mieux prendre en compte ainsi les nombreux dćfis qui se prćsentent dans le systćme de santć. Les orientations politiques sont ainsi rendues plus lisibles pour l'ensemble des acteurs tout en les encourageant Ā prendre leurs responsabilitć.

Il ne s'agit que d'un rapport **intermćdiaire**. Ce rapport est un point de dćpart trćs important pour la proposition de budget 2022, mais il n'ćst pas le seul ۆlćment qui sert de base Ā son ۆlaboration.

Les objectifs de soins de santć

Si, Ā l'avenir, nous voulons une politique de santć cohćrente et bien coordonnće au profit de la population et du patient, un cadre gćnćral avec des objectifs de santć globaux doit ۆtre ۆlaborć conjointement par le gouvernement fćdćral et les autoritćs des communautćs et des rćgions, et formuler des objectifs de soins de santć dans le domaine de la politique des soins de santć (INAMI). Ceux-ci contribuent Ā la rćalisation des objectifs de santć globaux.

Les objectifs de santé s'inscrivent dans le cadre d'une politique de santé plus globale qui vise l'ensemble des politiques menées (« Health in all policies »). Les objectifs de soins de santé sont des objectifs spécifiques, mesurables, partagés et réalistes (cf. le principe SMART) permettant d'améliorer la santé de la population dans un délai déterminé. Quant aux objectifs de soins de santé, ils sont définis pour que le système de santé puisse assurer au mieux son rôle central à la fois dans l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population, la qualité des soins, le bien-être des soignants et la réduction des inégalités sociales de santé. Cette approche vise l'amélioration de la performance du système de santé par une meilleure cohérence des investissements réalisés avec les multiples défis qui se posent pour répondre à l'ensemble des besoins de soins de la population. Un des principaux avantages de cette méthodologie est de fournir des outils d'aide à la décision pour prioriser les investissements et les mesures à prendre en fonction des connaissances scientifiques et des points de vue des acteurs concernés. Elle favorise l'engagement de l'ensemble des acteurs autour d'objectifs concertés et partagés. Concrètement, il s'agit en premier lieu d'obtenir un consensus autour des objectifs poursuivis et d'élaborer des programmes d'actions pour les atteindre.

Appropriate care

Les actions appropriate care visent également à créer une santé additionnelle. Les soins appropriés reposent sur le principe « les bons soins prodigués au bon endroit », selon le principe de la subsidiarité. Cela implique le fait de délivrer moins de « soins inappropriés », tels que la réduction des variations de pratique clinique, la réallocation des ressources provenant de la « surutilisation » pour investir davantage dans la « sous-utilisation » ou de la « sous-évaluation ». Il ne s'agit donc pas de mesures d'économies.

Cela signifie également que l'investissement dans la qualité des soins ne doit pas toujours coûter plus chère. Cela requiert souvent les bons modèles de financement, tels que le paiement à la performance et le paiement à la qualité. En outre, il est nécessaire d'élaborer un modèle afin d'encourager les gains d'efficacité.

Objectifs budgétaires partiels pluriannuels

Un budget pluriannuel doit être conforme au cadre réglementaire sur la comptabilité et la responsabilité financière. À cette fin, le budget pluriannuel des soins de santé doit être établi de manière à ce que l'objectif budgétaire global par an ne soit pas dépassé.

Il est proposé de décrire, au début d'une législature, un cadre budgétaire qui, compte tenu des accents politiques du nouveau gouvernement, débouchera sur des objectifs budgétaires partiels pluriannuels. Le Comité de l'assurance souhaite pouvoir commencer à le faire à partir de 2023.

Une vision à long terme

En juin 2018, le Comité de l'assurance a élaboré une vision sur la future des soins de santé belges. L'exercice de réflexion stratégique s'est concentré sur deux "incertitudes clés", à savoir la mesure dans laquelle les soins de santé seront financés sur la base de la solidarité et la mesure dans laquelle les souhaits et besoins plus complexes des patients, y compris leur environnement, seront pris en compte. Le Comité de l'assurance demande au Conseil général de prendre les mesures nécessaires pour aboutir à un document validé.

Avec la proposition de budget pour 2022, le Comité de l'assurance souhaite concrétiser une vision à long terme comme cela avait été déjà annoncé dans les précédentes propositions budgétaires sur la base de l'approche telle que décrite ci-dessus. Le rapport intermédiaire pour la trajectoire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024 est ainsi un guide utile pour l'élaboration de la proposition de budget 2022 du Comité de l'assurance. C'est aussi cette même philosophie de

co-création qui a présidé aux concertations approfondies entre les prestataires de soins et les organismes assureurs organisées ces dernières semaines afin d'aboutir à la proposition de budget 2022. La proposition budgétaire 2022 du comité de l'assurance répond en particulier aux objectifs du « quintuple aim » qui vise la r  alisation des objectifs suivants :

1. Améliorer l'état de santé de la population et en particulier des personnes souffrant de maladies chroniques
2. Améliorer l'expérience vécue par les patients et les aidants-proches au niveau de la qualité des soins
3. Utiliser les ressources disponibles d'une manière plus efficace pour assurer la soutenabilité du système de financement des soins de santé
4. Poursuivre l'équité et réduire les inégalités en matière de santé
5. Améliorer le bien-être au travail des prestataires de soins

Enfin, concernant le **rapport final à rédiger**, les attentes suivantes sont formulées:

- le rapport final partira du rapport interm  diaire,
- Le quintuple Aim reste la mission de base du rapport,
- Certains aspects du rapport feront l'objet d'une plus grande attention, comme l'élément d'innovation et le concept de "transversalité",
- les fiches doivent être complétées et concr  tis  es dans un délai raisonnable (  galement celles qui n'ont pas été sélectionnées initialement) et les calculs concernant l'impact budgétaire doivent être vérifiés,
- le rapport final contiendra une proposition politique coh  rente basée sur des objectifs de santé et des objectifs de soins de santé et des mesures d'accompagnement ou efficaces,
- le rapport final développera les propositions du rapport interm  diaire relative au processus budgétaire, à la préparation et au suivi du budget,
- le rapport final fournit un modèle d'incitation (voir ci-dessus).

2. Les grands enjeux et «chantiers» en cours

La réforme de la nomenclature m  dicale des prestations de santé

Le Comité de l'assurance se réjouit des avancées concernant **la réforme structurelle de la nomenclature m  dicale des prestations de santé**. La phase 1, qui restructure et adapte le libellé des prestations, sera finalisée fin 2021 et les deux autres phases - Phase 2 : déterminer le rapport existant entre les diff  rentes prestations sur la base de critères objectifs - Phase 3 :   valuer les frais de fonctionnement n  cessaires à la mise en œuvre des prestations de santé - vont débuter parallèlement. Cette réforme est cruciale en vue de corriger les différences de revenus déraisonnables entre médecins et adapter la nomenclature aux nouveaux modèles de prestations de soins (télémédecine, soins multidisciplinaires,...). Ce rééquilibrage de la nomenclature doit aussi contribuer à améliorer la sécurité tarifaire. Le Comité de l'assurance insiste dès lors pour que le planning actualisé soit effectivement respecté (soit l'étude initiale de base pour l'évaluation des frais de fonctionnement pour décembre 2024 et analyse plus approfondie pour décembre 2026). Dans ce cadre, le Comité de l'assurance demande que le Comité de pilotage puisse se réunir au cours des derniers mois de 2021 pour évaluer l'état des lieux. Enfin, le Comité de l'assurance tient à souligner qu'un même besoin de restructuration de la nomenclature est aussi exprimé par beaucoup d'autres secteurs.

La réforme des hôpitaux généraux

Le Comité de l'assurance insiste pour **qu'on ouvre rapidement les discussions sur la réforme hospitalière**. La crise a en effet révélé la fragilité du système de financement de l'hôpital, dont une partie des coûts fixes est financée par des honoraires à l'acte. Il faut un modèle de financement de l'hôpital qui soit plus simple, plus efficient, plus équitable et plus transparent. La réforme du financement n'est pas indépendante de la réforme de la nomenclature qui doit distinguer dans l'honoraire du médecin la partie intellectuelle de la partie frais de fonctionnement. La réforme du financement devrait aussi clarifier les accords sur le cadre juridique des rétrocessions. La réforme doit permettre de solutionner la problématique des suppléments d'honoraires ou du moins de l'atténuer.

Par ailleurs, l'accord de gouvernement prévoit que le remodelage du paysage hospitalier sur base des réseaux soit approfondi. Dans cette optique, le Comité de l'assurance est d'avis que la collaboration inter-hospitalière au sein des réseaux cliniques pour déployer les infrastructures, les équipements et les services de manière plus efficiente doit être stimulée, en veillant à préserver la disponibilité géographique des soins de proximité et l'accessibilité des soins spécialisés sur l'ensemble du territoire. La poursuite du développement des réseaux exige que l'on s'attaque aux obstacles à la formation des réseaux, tels que la législation sur la TVA. La mise en réseau nécessite également une consultation étroite avec les régions. Il faut aussi renforcer l'articulation entre le réseau hospitalier d'une part et le réseau socio-sanitaire ambulatoire et institutionnel extra-hospitalier d'autre part, la crise ayant ici encore démontré la nécessité d'une forte connexion entre ces différentes lignes de soins. Il s'agit d'un enjeu essentiel afin de garantir un continuum de soins solides et pour faciliter l'externalisation des soins hospitaliers et la réduction des durées de séjours dans des conditions de qualité et de sécurité optimales pour les patients. Enfin, des missions de soins suprarégionales devraient être définies pour assurer la concentration des expertises les plus pointues et renforcer la qualité des soins. En résumé, la consolidation des réseaux doit mener à des soins plus appropriés : des soins pertinents, à leur juste place et au moment opportun.

Le secteur pharmaceutique

Concernant le secteur pharmaceutique, le Comité des assurances se réfère aux passages suivants de l'accord de gouvernement : *"une attention particulière est accordée à la maîtrise du budget des médicaments. (...). »Un nouveau pacte sera conclu avec, entre autres, le secteur pharmaceutique, un secteur innovant que nous voulons garder et renforcer en Belgique. Outre l'innovation, l'accessibilité, les pénuries et la déontologie, le pacte devra également viser la responsabilité budgétaire du secteur pour que les patients puissent en bénéficier au maximum ».*"

Le budget du secteur des spécialités pharmaceutiques comporte encore aujourd'hui une partie de la masse de rémunération 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, et qu'il en soit tenu compte. Le Comité de l'assurance demande de mettre en œuvre le plus rapidement possible pendant cette législature l'objectif budgétaire partiel pour les pharmaciens d'officine, qui avait été décidé par le passé, mais qui n'a pas encore été réalisé.

Les soins dentaires

Le Comité de l'assurance souhaite attirer l'attention sur le financement insuffisant des soins bucco-dentaires et la sous-consommation de soins dentaires d'une partie de la population. Le taux de conventionnement des dentistes qui n'a fait que diminuer ces dernières années est également un

sujet de préoccupation. Cette situation a amené la commission dento mutualiste à prendre, lors du dernier accord dento-mutualiste, des dispositions inhabituelles et expérimentales en introduisant des tarifs maximaux pour certaines prestations afin d'augmenter le taux de conventionnement des praticiens de l'art dentaire. Cette disposition avait toutefois un caractère temporaire, l'objectif à court terme étant que les tarifs maximaux soient intégrés pour être remboursés dans la nomenclature des prestations de santé.

La kinésithérapie

La commission de convention kinésithérapie - oa travaille depuis un certain temps sur un trajet pluriannuel autour de l'accessibilité à des soins de qualité. Le Comité de l'assurance souhaite que la commission de convention poursuive ses travaux et que le rôle essentiel des kinésithérapeutes dans le trajet de revalidation 2022 soit reconnu via la poursuite du développement des trajets de soins et soins intégrés. Des études internationales² montrent qu'une plus grande attention à la revalidation est indiquée. Dans l'étude en question, le fait que *“despite its individual and societal benefits, rehabilitation has not been prioritised in countries and is under-resourced”*.

La crise COVID a clairement montré l'importance de la kinésithérapie dans la revalidation de patients après un long séjour hospitalier. La kinésithérapie joue également un rôle important dans beaucoup d'autres domaines, parmi lesquels la problématique des douleurs lombaires, le rétablissement et l'amélioration de l'état cardiorespiratoire et / ou musculaire lors de pathologies aiguës et chroniques et lors du renforcement de l'autonomie du patient (entre autres dans les soins pour personnes âgées). L'investissement en kinésithérapie réalise des effets retours entre autres grâce à l'attention pour plus de prévention des complications des pathologies chroniques. Dans ce cadre, il est indiqué de travailler aussi en 2022 sur le programme « Stepped Care » pour les Maladie artérielle périphérique. Les thérapies de marche supervisées sont dès lors considéré comme le traitement primaire dans les recommandations (inter)nationales pour patients avec MAP, cf. le projet en cours ClaudicatioNet. D'après le modèle stepped care, un traitement invasif peut découler lorsqu'un trajet « Thérapies de marche supervisées » réalisé correctement a échoué.³ Les possibilités pour utiliser les moyens de manière encore plus efficiente doivent être examinées.

La taskforce kinésithérapie de 2017 préconise que les honoraires soient revalorisés. Ceci nécessite une approche pluriannuelle avec suffisamment de moyens budgétaires.

Soins psychologiques de première ligne

Le Comité de l'assurance se félicite de la conclusion de la **nouvelle convention avec les réseaux de santé mentale adultes et enfants/adolescents**. Cette nouvelle convention constitue une étape importante pour un meilleur accès aux soins psychologiques répondant ainsi à un objectif de santé prioritaire. Ce nouveau modèle de soins renforcera progressivement l'offre de soins psychologiques de façon coordonnée, grâce à un budget d'environ 152 millions € diffusé par le biais de 32 réseaux locaux de santé mentale, couvrant l'ensemble de la Belgique. Il couvrira les soins psychologiques de 1ère ligne des enfants, des adolescents et des adultes, qu'il s'agisse de soins permettant de conserver ou retrouver un bien-être psychique satisfaisant, ou de soins plus ciblés en raison d'une

² Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study, 2019, The Lancet, 1 décembre 2020.

³ Etude récente montre que le traitement de claudication intermittens suivant ce stepped caremodel est efficace et coût-efficace (Fokkenrood HJ e.a. Eur J Vasc Endovasc Surg 2014; 48(4): 423-9.

problématique psychique sous-jacente. Une attention particulière est accordée aux groupes cibles vulnérables les plus touchés, notamment sur le plan psychologique, par la pandémie de COVID-19. Cette réforme d'ampleur sera mise en place progressivement, au fur et à mesure que les réseaux de santé mentale et les professionnels rejoindront le nouveau modèle. L'ambition est qu'à terme, la coordination des soins psychologiques ambulatoires soit totalement confiée à la première ligne. Dans cette optique, il importe aussi de prévoir à court terme un plan global de communication vers les réseaux, les prestataires et la population.

Par ailleurs, la pénurie de lits K pour les patients psychiatriques et de soins somatiques pour les patients psychiatriques ne doit pas être perdue de vue.

Trois leviers pour améliorer le système de santé

Trois leviers doivent être actionnés pour améliorer notre système de soins de santé, pour qu'il réponde davantage aux besoins de la population et que la qualité et l'accessibilité des soins soient améliorées.

1. Tout d'abord, **la poursuite de la digitalisation du secteur des soins de santé** constitue un enjeu essentiel. Selon la task force Appropriate Care, un **dossier patient informatisé**, intégré et interprofessionnel constitue une absolue nécessité pour des soins efficaces en sécurité : pour éviter des examens ou des transferts de patients inutiles, pour assurer la continuité des soins, il faut disposer d'un système performant et sécurisé de partage des données clés du patient transcendant les lignes de soins, en respectant la vie privée du patient et son consentement éclairé. Le dossier électronique interprofessionnel du patient est une priorité pour tous les prestataires de soins de santé, les établissements de soins et les mutualités. Le partage des données de santé, qui sont strictement confidentielles par nature, doit pouvoir s'effectuer de manière sécurisée. La multidisciplinarité, la simplification administrative et l'empowerment des patients sont les axes stratégiques actuels des plans fédéraux et régionaux en matière de e-santé. Ceux-ci doivent être implémentés de manière accélérée, et le développement doit se poursuivre pour l'ensemble du secteur de santé, tenant compte nombreuses initiatives existantes en particulier la plate-forme e-Health et l'expérience réalisée au cours de ces 5 dernières années dans les hôpitaux et les (méta)hubs. Une réflexion approfondie sur les possibilités offertes par les technologies modernes et la définition d'une vision sont nécessaires. Une réflexion approfondie sur la valeur ajoutée souhaitée, le plan d'action, les risques et les moyens à déployer est également nécessaire. Il ne s'agit en tout cas pas de mettre en place une plateforme centralisée, mais bien une plateforme d'échange qui permet d'intégrer le contenu des échanges autorisés dans les logiciels existants. Par conséquent, une large consultation est nécessaire, rassemblant toutes les expériences pratiques et autres expertises (y compris les communautés et les régions, et les éditeurs de logiciels pour résoudre les problèmes de compatibilité entre les systèmes ICT) afin de travailler à court terme sur les 4 thèmes principaux : interopérabilité, structuration des données, systèmes d'aide à la décision, et sécurité du partage de données et des systèmes informatiques. Les cyberattaques constituent une réelle menace pour la sécurité des patients ;
2. Les modèles de financement doivent également être adaptés: les modèles de financement doivent soutenir l'objectif d'une meilleure santé (physique ou qualitative). Cela implique de choisir des modèles de financement davantage axés sur la prévention, l'empowerment des patients, la réduction des soins inappropriés, une multidisciplinarité et collaboration pertinentes... Ces modèles de financement comportent entre autres des paramètres de qualité.

3. Enfin, il faut poursuivre le renforcement de l'accessibilité financière des soins de santé. Cet objectif de résultat ne peut être atteint que s'il est envisagé dans toutes ses dimensions. La première est la garantie de la sécurité tarifaire et la nécessité d'améliorer le taux de conventionnement. En ambulatoire, la garantie d'être soigné correctement à des prix accessibles et dans des délais raisonnables est menacée par l'augmentation du nombre de prestataires de soins déconventionnés dans certaines professions de santé. Dans certains arrondissements du pays, il devient très difficile de trouver certains soins à un tarif conventionné. Les suppléments d'honoraires augmentent, aussi bien en ambulatoire pour les prestataires non conventionnés que à l'hôpital chambre particulière. A l'hôpital, l'augmentation des suppléments d'honoraires et les écarts parfois importants de pratiques tarifaires entre institutions de soins préoccupent l'opinion publique. Cette privatisation larvée du financement de nos soins de santé nous fait dériver dangereusement vers un système de santé à « deux vitesses ». Le Comité de l'assurance est d'avis que **tout investissement public visant à combler des besoins objectifs** (tant au niveau de l'hôpital que de la nomenclature des prestations de soins de santé) **doit avoir pour contrepartie une amélioration de l'accessibilité financière pour le patient**. La deuxième dimension est la limitation des contributions personnelles des patients. Plusieurs études ont démontré la persistance des inégalités d'accès aux soins et l'importance du fardeau financier pour certains groupes vulnérables. La levée des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé reste un enjeu majeur qui doit être considéré dès 2022. Sachant que la population susceptible de rencontrer des difficultés d'accès représente un ensemble large de situations individuelles diverses (par exemple, les personnes en arrêt de travail), il faut veiller à assurer un bon équilibre entre des mesures spécifiques en faveur des bénéficiaires de l'intervention majorée et les mesures au bénéfice du reste de la population. Dans ce cadre, une meilleure couverture financière doit pouvoir être offerte à la fois par rapport à l'étendue des soins couverts par l'assurance maladie et la réduction de la quote-part personnelle pour les soins déjà remboursés.

3. Faire des choix

Les choix sont faits à la fois dans la marge budgétaire et dans les budgets existants de l'assurance maladie.

L'objectif est toujours de dépenser les ressources disponibles de la meilleure façon possible pour améliorer le système de santé. Nous partons d'une définition large de la santé (voir introduction).

La méthodologie que nous appliquons est celle des objectifs de soins de santé et des soins appropriés, dans le cadre du Quintuple Aim.

Dans les limites de la marge budgétaire

Nous proposons quelques conditions minimales qu'une intervention de soins doit remplir afin d'ouvrir un droit à la couverture de l'assurance maladie.

Conditions minimales :

- Effet sur la santé : la nouvelle intervention doit permettre d'améliorer l'espérance de vie ou la qualité de vie par rapport aux soins habituels, en tenant également compte des effets indésirables possibles. Cela peut être démontré sur la base de l'Evidence Base, des directives de pratique, de l'avis d'experts ou d'autres sources de preuves suffisantes. Ces directives prévoient souvent l'innovation ainsi que la collaboration et la fourniture de soins

multidisciplinaires. Les problèmes les plus importants sont abordés en premier lieu. Une demande en ce sens a été formulée dans le rapport intermédiaire et sont documentés dans de nombreuses études. Les objectifs de soins de santé sont des exemples parfaits d'une poursuite commune des effets sur la santé. Voir dans ce contexte les opportunités dans le domaine de l'accessibilité, de la prévention, des parcours de soins, des soins de santé mentale, des soins intégrés... ;

- le rapport coût-efficacité : il doit être préférable de consacrer les ressources disponibles à la nouvelle intervention plutôt qu'à une intervention existante. Nous recherchons ici des preuves d'efficience sur la base d'une analyse de la littérature ;
- les soins proposés doivent pouvoir être introduits de manière soutenable dans le système de soins de santé afin d'éviter une situation dans laquelle nous devrions, à un moment donné, réduire les services fournis par l'assurance maladie obligatoire ;
- équité : ne jamais inclure une intervention dans l'assurance maladie qui augmente l'inégalité de santé ;
- accessibilité : l'intervention doit être accessible à tous, à savoir
 - o l'accessibilité financière doit être garantie : aucune contribution financière n'est demandée ou la contribution doit être limitée, en particulier, pour les groupes de population vulnérables (les personnes socioéconomiquement défavorisées et personnes avec d'importants problèmes de santé)
 - o les actions proposées ne doivent pas accroître les inégalités de répartition géographique des services de santé (par exemple, listes d'attentes)
 - o il ne doit pas y avoir d'autres obstacles à l'accès aux services (par exemple, des problèmes de transports).

Nous énumérons également quelques critères supplémentaires qui permettent de faire les meilleurs choix possibles.

Critères supplémentaires :

- un indicateur est nécessaire pour mesurer de manière indiscutable si nous atteignons notre objectif ou si nous devons ajuster les actions mises en œuvre, et il doit nous permettre de rendre compte au grand public des ressources dépensées (y compris des rapports spécifiques entre les prestataires de soins de santé (par exemple sur des Indicateurs Clés de Performance prédéfinis - KPI) et des rapports au patient);
- les actions choisies pour atteindre les objectifs de soins de santé ou les soins appropriés dans le budget de l'année T doivent être réalisables à l'année T ;
- de plus, l'impact budgétaire de l'année T doit être connu pour que le coût puisse être inclus dans la proposition de budget.

Dans les limites des budgets existants

Des soins plus appropriés et des objectifs supplémentaires en matière de soins de santé peuvent être atteints à tout moment sur la base de transferts budgétaires dans le cadre de l'objectif budgétaire partiel.

4. Proposition du Comité de l'assurance pour le budget 2022

Ce projet de budget respecte pleinement le cadre normatif de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance maladie et invalidité. Le rapport intermédiaire "Plan budgétaire pluriannuel pour l'assurance soins de santé 2022-2024" constitue une source d'inspiration pour cette proposition de budget 2022.

Dossier patient intégré, électronique et interprofessionnel

La priorité soutenue par tous les prestataires de soins et les mutualités, à savoir le dossier patient intégré, électronique et interprofessionnel, ne devrait pas relever du budget des soins de santé (poste prestations) mais être soutenu, comme pour d'autres initiatives de digitalisation du secteur santé, par d'autres postes de financement notamment au sein du budget des soins de santé (par exemple poste Charges INAMI hors frais de gestion INAMI), éventuellement complétés par des ressources tels que le plan EU4Health 2021-2027 ou des ressources dans le cadre du "Recovery and Resilience facility" (Health) de l'Union Européenne ou le plan de relance belge.

Pour 2022, le développement de ce projet demandera essentiellement d'en définir concrètement le scope contextuel et technique en travaillant sur 4 thèmes principaux: interopérabilité, structuration des données, systèmes d'aide à la décision et sécurité du partage des données. Cette phase de concertation et d'analyse/étude devrait permettre de préciser l'architecture technique à mettre en place ou à renforcer pour permettre l'accès sécurisé aux informations pertinentes devant faire l'objet d'un échange et d'un partage interprofessionnel. Sur base de l'architecture retenue, cette phase devrait également permettre d'en définir les coûts et le plan financier de prise en charge de ces coûts tant d'investissement que de maintenance ou d'utilisation. Il faudra également analyser et définir quelles seraient les impositions auxquelles devraient répondre tout dossier patient électronique ou tout dossier médical électronique ou tout logiciel à cet usage pour permettre les échanges constituant le dossier patient intégré, électronique et interprofessionnel.

Le Comité de l'assurances invite expressément l'ensemble du Conseil général à s'engager en faveur de cette priorité et à en prévoir le financement hors du budget des soins de santé (poste Prestations) tant pour la première phase (définition de l'architecture et des coûts de mise en œuvre) que, sur cette base, pour les phases opérationnelles à partir de fin 2022.

La Belgique occupe la 9ème place dans le World Index of Healthcare Innovation. Le même index place la Belgique à la 22ème place en ce qui concerne la digitalisation de la santé. La Belgique est innovante dans les soins de santé, mais ne progresse pas suffisamment sur le plan de la digitalisation⁴. Les efforts demandés doivent permettre de faire mieux. L'importance de cette priorité nécessite un effort structurel de moyens supplémentaires.

Rémunération des prestataires

Le projet de révision des honoraires et le soutien financier des pratiques est un projet important et urgent qui doit être mené sur tous les secteurs. Ce projet doit être associé à une augmentation du taux de conventionnement. Plutôt que de comparer les prestations, une rétribution correcte doit être déterminée sur base de paramètres analysés de manière approfondie et validés, de manière à ce qu'ils s'inscrivent dans les objectifs du Quintuple AIM.

⁴ <https://freopp.org/belgium-freopp-world-index-of-healthcare-innovation-e8221286bcfb>

Le Comité de l'assurance souhaite que ce projet démarre en 2022 avec un accompagnement externe. Sa réalisation nécessitera une approche pluriannuelle, mais l'étude doit démarrer rapidement. Cette étude peut se dérouler parallèlement à l'étude dans le cadre de la nomenclature médicale.

Moyens pour des études

Il est demandé à l'INAMI de débloquer des ressources en 2022 pour des études qui adaptent les modèles de financement aux objectifs stratégiques de la politique de santé, tels que plus de soins de proximité avec le patient et le renforcement de la première ligne. Le Comité de l'assurance demande dans le cadre de 2022 une étude concernant les réseaux de soins autour du patient en collaboration avec d'autres prestataires de soins ("réseaux de soins de première ligne") en vue de soins intégrés, et propose de commencer par l'étude du financement actuel des infirmiers à domicile.

L'étude d'une nouvelle méthode de calcul dans le cadre du financement des maisons médicales est par ailleurs planifiée par le KCE (HSR 2020-06).

Financement des associations professionnelles

Le Comité des assurances demande également une révision du financement actuel de certaines associations professionnelles et le financement d'organisation professionnelles pour les professions paramédicales et les maisons médicales qui ne disposent pas encore de ce financement. A partir de 2022, ces groupes professionnels seront plus souvent invités à participer à la concertation relative aux soins en réseau autour du patient.

Le Comité de l'assurance compte sur la poursuite des travaux des groupes de travail concernés au sein de l'INAMI. L'objectif budgétaire 2022 :

	2022 000 EUR
Calcul de la norme	
Objectif budgétaire global 2021	30.072.305
Montant compensation recettes totales art.111/81 - 2021	-876.153
Norme stricte 2021	29.196.152
Norme de croissance réelle 2,5%	729.904
Sous-total	29.926.056
Indice santé (0,79%)	138.708
Masse indice pivot 2021 (surcoût en 2022 par rapport objectif 2021)	115.064
masse indice pivot 2022	45.322
Sous-total	30.225.150

Accord social	250.000
Sous-total	30.475.150
Montant compensation recettes totales art. 111/82-2022	1.280.272
Proposition Objectif budgétaire 2022	31.755.422

Les estimations techniques de septembre de l'INAMI s'élèvent à 31.631.772 milliers d'euros.

Ces estimations techniques comportent un montant de 180 millions € 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 123.650 milliers d'euros sous l'objectif budgétaire.

Gains d'efficience en 2022

En 2022, il est exceptionnellement convenu que les gains d'efficacité puissent être réinvestis dans le secteur à condition que ce réinvestissement serve à réaliser un objectif de soins de santé ou de soins appropriés. Les fiches du rapport intermédiaire doivent être discutées plus avec les secteurs concernés, tant au niveau du contenu que de leur impact budgétaire. L'industrie pharmaceutique s'est engagée à discuter avec le cabinet des gains d'efficacité possibles en 2022-2024 dans le cadre du nouveau pacte.

Les secteurs des opticiens, des audiciens, des bandagistes et orthopédistes, des kinésithérapeutes, des logopèdes, des sages-femmes, des infirmières à domicile, des dentistes, des orthodontistes demandent à l'INAMI des effectifs ou des ressources pour examiner l'actualisation du contenu de la nomenclature par commission de convention. Cette nomenclature n'est souvent pas adaptée à la réalité actuelle. Une adaptation de cette nomenclature conduira à une plus grande accessibilité des soins pour le patient. La mise à jour sera effectuée dans le cadre de l'objectif budgétaire partiel, à l'exception de certains nouveaux besoins et innovations pour lesquels des ressources supplémentaires seront nécessaires (à partir de 2023).

Une nouvelle ligne budgétaire "Objectifs de santé et soins appropriés"

Une nouvelle ligne budgétaire "Objectifs de soins de santé et soins appropriés" est introduite pour engager les ressources nécessaires aux actions relevant des objectifs de soins de santé ou de soins appropriés. Ces ressources seront trouvées dans la marge budgétaire disponible en 2022.

La marge disponible est allouée à des initiatives qui améliorent la santé publique, au sens large du terme, et qui s'inscrivent dans le cadre du Quintuple Aim.

Le cadre budgétaire dans lequel la proposition de budget pour 2022 doit être élaborée ne permet pas encore de faire des déclarations pour plusieurs années. Par conséquent, la proposition budgétaire sera limitée à l'année 2022, mais repose sur une méthodologie que le Comité de l'assurance a demandé l'année dernière dans le cadre de la proposition budgétaire, en particulier "L'objectif est de développer un plan pluriannuel et de prévoir des moyens visant des soins efficaces et la réalisation d'objectifs de soins de santé". Comme indiqué ci-dessus, le Comité de l'assurance demande que le calendrier de la révision de la nomenclature, à condition que chaque phase précédente soit approuvée, et de la réforme des hôpitaux soit respecté.

Le Comité de l'assurance est conscient des investissements réalisés par le gouvernement l'année dernière, notamment dans le cadre du Fonds Blouses Blanches⁵, de l'accès aux soins de santé mentale et de l'accord social. Dans le projet de budget 2022, le Comité de l'assurance a choisi certaines lacunes urgentes dans les remboursements au sein de l'assurance maladie sur base de la littérature ou d'expertise et pour lesquelles aucune voie n'a été tracée en 2023 ou 2024 ou ne peut être réalisée par des gains d'efficacité. Les initiatives sélectionnées ne sont pas en contradiction avec le rapport final encore à rédiger car elles sont en ligne avec les plus grands besoins des patients.

L'éventuelle mesure à prendre dans le cadre des patients avec des soins lourds suite à l'infection au COVID-19 (COVID long) est un thème important qui mérite également notre attention et sur lequel le KCE va publier un rapport. Le Comité de l'assurance demande au gouvernement d'être ouvert à des mesures supplémentaires en 2022 pour fournir les soins nécessaires à ces patients. La pandémie COVID-19 n'est pas encore passée.

Le Comité de l'assurance soutient la poursuite de l'extension et du financement dans un cadre budgétairement neutre, des soins à distance avec l'implémentation des téléconsultations, télé-expertise lorsqu'ils peuvent constituer un élément essentiel et qualitatif de la pratique des prestataires. Des mesures supplémentaires devraient également être prises en matière de simplification administrative, notamment la suppression, la numérisation ou l'harmonisation des échanges administratifs entre les organismes assureurs et les prestataires de soins de santé.

La marge budgétaire de 123 650 milliers d'euros est allouée en 2022 aux initiatives qui répondent aux critères énumérés ci-dessus. Cela implique que, sur base d'indicateurs, il est possible d'effectuer une évaluation afin de procéder à des ajustements ou prendre la décision d'interrompre une initiative si elle ne répond pas aux attentes. Cela suppose également que les mesures soient mises en œuvre de manière durable. Nous ne prévoyons pas d'augmentation annuelle des dépenses pour les autres mesures, sauf si les évolutions démographiques, épidémiologiques et socio-économiques prévalent. Au contraire, lorsque des investissements sont réalisés dans la prévention (secondaire et tertiaire), on peut s'attendre à des gains qui pourront être réinvesties dans l'assurance maladie.

Les rapports de performance du KCE⁶ fournissent déjà de nombreux indicateurs avec lesquels nous pouvons mesurer le résultat des mesures prises, tant dans le contexte d'un objectif de soins de santé que dans celui de soins appropriés. L'étude KCE 292A montre qu'il existe différentes possibilités de suivi des objectifs de santé. Dans le cas où un indicateur n'existerait pas aujourd'hui, il peut tout de même être développé sur la base de chiffres jusqu'en 2021, afin de disposer d'une mesure de référence. Des mécanismes d'ajustement peuvent aussi être développés. Cette approche offre des garanties sur la qualité et la performance des soins.

La mise en œuvre concrète n'est pas encore prête pour chaque mesure, mais pour chacune d'entre elles, beaucoup de choses ont déjà été préparées, de sorte qu'une mise en œuvre en 2022 est réaliste. Nous pensons qu'il est opportun de discuter de la mise en œuvre concrète avec les acteurs concernés. Bien que certains groupes professionnels ne s'identifient peut-être pas directement au sein des trajets de soins, l'objectif est justement de mieux intégrer le rôle de la première ligne dans chaque trajet que par le passé. De cette manière, les initiatives ci-dessous offrent une perspective et pas le moins du monde aussi, bien qu'à titre expérimental, un cadre pour plus de coopération dans la préparation de la mise en œuvre de la politique esquissée.

⁵ Le Comité de l'assurance note que le Fonds Blouses Blanches n'est pas indexé en 2021. A partir de 2022, son indexation doit être prévue dans l'indice global.

⁶ www.healthybelgium.be.

Un budget a été prévu qui ne peut être dépassé. Si l'évaluation des initiatives lancées montre que des ajustements doivent être apportés qui nécessitent davantage de ressources, ces ajustements seront financés par les ressources allouées l'année suivante.

La procédure ci-dessus s'applique à toutes les mesures décrites ci-dessous.

1. Prévention, notamment via entre autre des trajets de soins, des parcours de soins et de soins intégrés (48,63 millions)

Les trajets de soins, les parcours de soins et les soins intégrés sont basés sur la collaboration du médecin généraliste et de tous les prestataires de soins de 1ère lignes, parfois du médecin spécialiste et d'autres prestataires de soins, afin d'améliorer le suivi des patients, y compris la prévention secondaire et tertiaire.

48,63 millions d'euros sont prévus pour prendre quelques mesures dans ce sens d'ici 2022, notamment pour :

- un pré-trajet pour le patient à risque de diabète et le suivi des patients diabétiques (5 millions d'euros)
- un trajet de soins pour les enfants obèses (5 millions d'euros)
- un parcours multidisciplinaire de soins périnataux et postnatals pour les femmes vulnérables, voir l'étude KCE 326 (10 millions d'euros)
- un itinéraire de soins autour du patient avant et après une transplantation d'organe abdominal pour prévenir les facteurs de risque cardio-vasculaires, réduire les complications après une transplantation abdominale et améliorer la qualité et l'espérance de vie du patient (4,9 millions d'euros)
- Plus d'investissement dans des soins psychiatriques, mais aussi dans les soins somatiques pour les jeunes ayant des problèmes psychiatriques. Les jeunes ayant des besoins spéciaux et les jeunes souffrant de troubles psychiatriques sont vulnérables à une augmentation des psychopathologies. Il s'agit par exemple de la prise en charge adéquate et intégrée des troubles alimentaires graves chez les jeunes et de l'amélioration de l'accessibilité des soins pour les jeunes souffrant de troubles psychiatriques complexes dans des situations de crise telles que les comportements suicidaires et les psychoses aiguës (5 millions d'euros) ;
- Réduire les réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) par le déploiement d'une meilleure réhabilitation pulmonaire et l'augmentation de la qualité de vie des patients concernés par l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles (5 millions d'euros)
- Plusieurs projets dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire dans la première ligne.

2. Amélioration de la qualité de vie (0,4 million d'euros)

Planification avancée des soins :

Le Comité de l'assurance souhaite attirer l'attention sur la planification préalable des soins par le biais d'une campagne de sensibilisation des prestataires de soins et du grand public en 2022. En effet, la santé n'est pas seulement une question d'espérance de vie et de limitations physiques, mais aussi de qualité de vie.

A partir de 2023, le budget annuel de 400.000 euros sera attribué à des campagnes similaires, mais le thème de la campagne doit encore être déterminé et peu changer d'année en année.

3. Soins appropriés (13,320 millions €)

Soins de kinésithérapie adaptés aux besoins des patients atteints de paralysie cérébrale :

Les soins de kinésithérapie sont adaptés aux besoins des patients atteints de paralysie cérébrale (820 000 euros).

Optimisation de la consommation de médicaments :

La consommation rationnelle des médicaments est une priorité absolue. Plusieurs initiatives sont en cours à ce sujet. Le Comité de l'assurance avance les mesures complémentaires suivantes :

- Revue de médication via un entretien de bon usage de médicament « BUM Medication review pour patients polymédiqués » par le pharmacien de référence dans le secteur ambulatoire (2,91 millions) avec avis et rapport au médecin qui a le DMG du patient. Un budget total de 3,5 millions (arrondi) est prévu pour démarrer également cette revue de médication dans le secteur des maisons de repos et des MRS sur base d'une concertation interprofessionnelle (CIP), conformément aux recommandations de l'étude Come-on.
- Le remboursement d'un plan de sevrage aux benzodiazépines et « Z drugs » via des préparations magistrales, en concertation et sur prescription du médecin généraliste. Ce projet peut être neutre budgétairement, pas au sein du secteur des pharmacies mais au niveau du budget global des soins de santé (impact sur les chutes en institution).

**BUM = Bon usage des médicaments*

Plus d'hospitalisation de jour :

Le développement de l'hôpital de jour s'appuie sur plusieurs axes complémentaires (cf. étude KCE 282 de 2017) :

- supprimer les obstacles financiers (tant pour l'hôpital que pour le médecin et le patient) au développement de l'hôpital chirurgical de jour
 - o d'une part, un financement temporaire de 9 millions d'euros jusqu'en 2024 est accordé à titre d'incitation au développement de l'hôpital de jour chirurgical. L'incitation temporaire de 9 millions d'euros sera récupérée en 2024 et pourra être réinjectée pour financer d'autres mesures d'efficacité dans le secteur des hôpitaux,
 - o d'autre part, une analyse constitue un premier pas vers la suppression des obstacles à l'accessibilité financière de l'hôpital de jour pour les patients, la priorité étant donnée à l'élimination des coûts supplémentaires que le patient doit supporter en hôpital de jour par rapport à une hospitalisation classique (mesures concrètes à déterminer)
- Encourager les spécialistes à recourir aux hôpitaux de jour lorsque la situation du patient le permet, par le biais d'un feedback régulier sur le pourcentage d'opérations réalisées dans leur établissement en chirurgie de jour (benchmarking) (cf. rapport KCE 282B). Ce retour d'information servira également d'indicateur pour évaluer la mise en œuvre de la mesure.

4. Accessibilité financière (61,3 millions euro)

L'amélioration de l'accessibilité financière des soins de santé d'ici 2024 se traduit par les objectifs suivants :

- réduire de 50 % la proportion de personnes à faible revenu qui renoncent à des soins médicaux ou dentaires pour des raisons financières (respectivement 4,3 % en 2019 et 10,5 % selon l'enquête EU-SILC, site web d'Eurostat) ;
- réduire de 50 % la proportion d'enfants de ménages exposés au risque de pauvreté qui déclarent ne pas pouvoir donner des soins médicaux nécessaires à leurs enfants (7,8 % en 2017, voir l'enquête EU-SILC) ;

- réduire de 50 % la proportion de personnes qui n'ont pas besoin de soins médicaux pour des raisons financières (9,7 % en 2017, voir l'enquête EU-SILC) et qui se déclarent en mauvaise santé ;
- réduire de 50 % la proportion de personnes en risque de pauvreté ayant une charge financière élevée pour les soins de santé (28,5 % en 2017, cf. EU-SILC).

Pour 2022, les actions prioritaires dans le domaine de l'accessibilité financière visent à supprimer certains des principaux obstacles financiers comme le montrent les études

- améliorer la protection financière des bénéficiaires de l'allocation majorée en abaissant le plafond de la facture maximale à 250 euros (13,3 millions d'euros) ;
- extension du système de tiers payant (budget neutre) : suppression de l'interdiction. Cette suppression devrait être complétée par des mesures d'accompagnement, telles que la lecture obligatoire de l'e-ID ou des engagements sur la rapidité de paiement des organismes assureurs, afin que l'impact budgétaire soit nul
- augmentation du remboursement et de la sécurité tarifaire des soins dentaires et bucco-dentaires (50 millions d'euros), e.a.
 - o l'élimination de la limite d'âge, au moins pour les prestations liées à des fins préventives
 - o une première étape dans le remboursement des tarifs maximaux
 - o de nouvelles avancées dans le remboursement des soins buccaux, notamment par la création d'une nomenclature qui fait défaut aujourd'hui
 - o introduction d'une nomenclature de base pour les hygiénistes dentaires
- un meilleur remboursement des frais de transport (3 millions d'euros) : le remboursement des transports en série sera étendu à tous les patients atteints de cancer et le remboursement sera actualisé pour tous. En outre, le coût du transport inter-hospitalier devrait être calculé en 2022.

Certaines autres priorités dans le contexte de l'accessibilité financière ne sont pas mentionnées car elles doivent encore être élaborées, comme l'élaboration de nouvelles conditions pour l'indemnisation majorée qui permettent une automatisation poussée de l'octroi du droit.

	Objectifs de soins de santé et appropriate care	Montant en 000 EUR
Prévention secondaire et tertiaire entre autres au moyen de trajets de soins et soins intégrés		
1	Pré trajet pour les patients à risque de diabète et suivi des patients diabétiques	5.000
2	Trajet de soins pour enfants obèses	5.000
3	Trajet de soins périnatal (prénatal et postnatal) pour les femmes fragilisées, cf. KCE étude 326	10.000
4.	Itinéraire de soins autour du patient avant et après une transplantation d'organe abdominal	4.900
5.	Plus de soins psychiatriques mais aussi soins somatiques pour les jeunes avec problèmes psychiatriques	5.000
6.	Réduire les réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) par le déploiement d'une meilleure réhabilitation pulmonaire et l'augmentation de la qualité de vie des patients concernés par l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles	5.000
7.	Plusieurs projets dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire dans la première ligne	13.730
Améliorer la qualité de vie		
8.	Advanced care planning	400
Appropriate care		

9.	Soins de kinésithérapie adaptés aux besoins des patients atteints de paralysie cérébrale	820
10.	Optimaliser l'utilisation des médicaments	3.500
11.	Développement de l'hospitalisation de jour en supprimant les obstacles financiers (au niveau des hôpitaux d'une part et des patients d'autre part)	9.000
Accessibilité financière		
12.	Réduction du plafond de la facture maximale, en particulier pour les personnes ayant droit à l'allocation majorée	13.300
13.	Extension du système de tiers payant	0
14.	Soins dentaires accessibles	45.000
15.	Coûts de transport	3.000
	TOTAL	123.650