

1. Cadre budgétaire 2016

Lors de la fixation du budget 2015, des changements profonds et marquants du cadre budgétaire pour l'ensemble de la législature ont été entérinés. En effet, le gouvernement a diminué la norme de croissance budgétaire réelle de 3% à 1,5% et appliquée cette norme sur les estimations techniques 2015, le budget des soins de santé a été diminué de 1,5 milliards, aucun budget pour de nouvelles initiatives proposées par les divers Comités d'Accords et Commissions de Conventions n'a pu être accepté et 355 millions d'économies structurelles dans divers secteurs ont été imposées. Les soins de santé ont ainsi fourni 22% de l'effort total d'assainissement réalisé en 2015 par la Belgique et a été le secteur de l'économie belge qui a le plus contribué à cet effort¹. Sur plus long terme, pour respecter l'effort d'assainissement nécessaire imposé par le pacte de stabilité (estimé à 11,255 milliards sur l'ensemble de la législature en octobre 2014), le gouvernement a exigé de l'assurance maladie une contribution de 2,8 milliards à l'horizon 2018. Pour 2016, le Comité de l'Assurance doit formuler son avis concernant l'affectation des marges existantes et la répartition des budgets partiels sur base du cadre légal en vigueur. En vertu de l'article 40 §1, 4^e alinéa de la loi AMI telle que modifiée par la récente loi programme, l'objectif budgétaire 2016 devrait s'élever à un montant de **23.812.430 milliers €**, soit une augmentation nominale de 1,9% par rapport à l'objectif 2015 (corrigé pour transfert de compétences).

Les estimations techniques 2016 augmentent quant à elles de 2,25% en terme nominal. Toutefois, elles restent inférieures à l'objectif budgétaire 2016 originel. La comparaison de l'objectif budgétaire 2016 aux estimations techniques 2016 débouche sur une marge de **116,827 millions €** qui aurait pu potentiellement être allouée au financement de besoins pertinents localisés dans l'assurance maladie invalidité :

	En 000 €
Objectif budgétaire 2015	23.851.797
Correction réforme de l'Etat	-486.703
Norme de croissance réelle de 1,5%	350.475
Masse index (0,62%)	82.405
Extra Loi-programme	14.456
(1) Objectif budgétaire légal pour 2016	23.812.430
(2) Estimations techniques 2016	23.695.603
(3) Marge légale pour 2016 (1)-(2)	116.827
Croissance réelle de l'objectif budgétaire	1,5%

Cependant, les différents conclaves et particulièrement celui de juillet 2015, ont modifié cette réalité. En effet, lors du conclave budgétaire de juillet 2015, le gouvernement a estimé qu'un effort supplémentaire était nécessaire pour d'une part respecter le programme de stabilité et d'autre part pour couvrir le coût du nouveau « tax-shift ». A nouveau, la sécurité sociale est une des sources principales de financement de ce nouvel effort. Elle représente 22,8% (c'est à dire 1,7 milliards) du financement déjà déterminé de ce nouvel effort. En comparaison, les impôts sur

¹Cfr Plan budgétaire de la Belgique, octobre 2014.

le capital ne représentent que 8,3% de cet effort². En tant que secteur important de la sécurité sociale, les soins de santé endurent une part substantielle de cet effort financier :

- En 2015, l'écart estimé entre l'objectif et les estimations techniques soit 103 millions € tels qu'estimés à la date du conclave ainsi que 66 millions € de montant réservés (sur un total de 107 millions €) ne seront pas financés.
- A partir de 2016, la marge estimée - par rapport à l'objectif budgétaire - sera prélevée sur une base structurelle. A la date du conclave, cette marge s'élevait à 137 millions. Une économie structurelle à concurrence de 66 millions devrait être réalisée sur les montants réservés. Par ailleurs la marge d'indexation telle que prévue en vertu de la loi ne sera pas accordée, soit une économie supplémentaire de 82 millions €.

Au total ce sont donc 285 millions d'économies structurelles supplémentaires à l'horizon 2018 au sein de l'objectif budgétaire des soins de santé ainsi que 100 millions d'économies hors norme que le gouvernement ajoute, à la date du conclave, à l'effort des soins de santé de 2,8 milliards déjà budgété en 2014.

Entre temps, entre juin et septembre, date des remises des estimations techniques par l'Actuariat de l'INAMI, la marge convoitée par le gouvernement s'est dégradée de 137 à 117 millions. Cela suite à une accélération des dépenses en 2015 en comparaison à l'année 2014 qui avait enregistré des taux de dépenses particulièrement bas. A la date de clôture de la présente note, le gouvernement n'a pas encore communiqué à partir de quelle enveloppe la compensation de cette dégradation de la marge va être financée.

A noter que des mesures pour 700 millions € dans la sécurité sociale ont également encore été planifiées par le gouvernement lors de ce conclave sans avoir été plus précisément déterminées, et qu'un effort supplémentaire de 1,005 milliard - encore nécessaire pour atteindre l'équilibre budgétaire global d'ici 2018 - sera également nécessaire et n'a pas été budgété par le gouvernement. Une épée de Damoclès est donc encore suspendue au-dessus du budget de la sécurité sociale.

Suite à ces différentes diminutions par le gouvernement, les dépenses ne sauraient plus autorisées jusqu'à 23.812.430 milliers d'€ (objectif budgétaire 2016 légal). Elles seraient limitées à **23.527.886 millier d'€**. La norme de 1,5 % fixée par la loi n'est pas respectée, l'objectif maximal « post-conclave » par rapport à l'objectif légal de 2015 croît de seulement 0,63%³. Les dépenses autorisées permettent une croissance globale des dépenses telles qu'évaluées par les estimations techniques de 1,46% alors que sur base des estimations techniques, la croissance des dépenses serait de 1,85% sans index. Ainsi, dès 2016 des dépassements seront à craindre.

Objectif budgétaire légal pour 2016	23.812.430
Croissance réelle de l'objectif budgétaire	1,5%
Objectif post-conclave	23.527.886
Croissance réelle de l'objectif budgétaire <u>post-conclave</u>	0,63%

² Cfr Tableau conclave budgétaire-juillet 2015

³ On ne tient pas compte ici des montants extra loi programme qui ont été annoncés par la Ministre comme venant en complément de la norme de croissance. En tenant compte de ces montants, la croissance réelle serait de 0,70%

Le Comité de l'Assurance prend acte des décisions du conclave et de leur impact sur le budget 2016. Cependant il déplore différents points.

Premièrement, le Comité de l'Assurance signale que le cadre légal en vigueur pour l'établissement budgétaire n'a pas été respecté, mettant l'ensemble des organes de concertation de l'INAMI en difficulté dans la réalisation de leur responsabilité.

Deuxièmement, le Comité de l'Assurance regrette également que le cadre budgétaire qui devait être pluriannuel et stable n'ait pas été respecté et que les organes de concertation et les partenaires sociaux n'aient pas été concertés dans la planification de ces nouvelles économies comme cela avait été assuré dans l'Accord de Gouvernement⁴.

Troisièmement, le Comité de l'Assurance s'inquiète grandement de la possibilité d'honorer sur si court terme de tels montants d'économies sans répercuter ces efforts sur les patients et la qualité des soins et sans mettre en difficulté la viabilité de l'assurance maladie obligatoire et celle de ses organes de concertation.

De plus, parallèlement à ces difficultés, il reste indéniablement de nombreux besoins en soins de santé encore insuffisamment couverts par l'assurance maladie.

Le Comité de l'Assurance souligne qu'il est indispensable de maintenir un investissement suffisant dans les soins de santé pour pouvoir s'adapter aux nouvelles réalités et s'inscrire dès maintenant dans le financement des premières réponses à ces enjeux. En 2015, aucune nouvelles initiatives n'avaient été retenues par le Conseil Général. Pour 2016, les 136,554 millions de marge originellement disponible selon le cadre légal était un minimum nécessaire pour répondre à certaines de ces demandes. Malgré la confiscation unilatérale de cette marge, le Comité de l'Assurance souhaite que ces besoins soient étendus en 2016. Le Comité de l'Assurance propose donc que les initiatives jugées prioritaires pour 2016 soient réalisées sur base de réaffectations des moyens au sein des secteurs, et exige que dans les années à venir le cadre légal soit respecté afin de conserver un cadre budgétaire prévisible, laissant, on l'espère, un minimum d'oxygène au secteur.

2. Quelle vision des soins de santé de demain pour guider le budget 2016 ?

Sur base de quelle méthodologie faire les choix - qui devront être parcimonieux- des initiatives à soutenir en 2016 ?

Dans une situation où les moyens financiers sont si limités, il n'est plus possible d'adopter une vision annuelle du financement des soins de santé. Il est de plus en plus nécessaire que la répartition des budgets partiels et le financement des nouvelles initiatives soient guidés par une vision de long terme des soins de santé et des priorités transversales.

⁴ Accord de Gouvernement, pg 58 et 59, point 3.6. et pg 65 : « Les objectifs fédéraux en matière de santé sont fixés en accord avec tous les intéressés. Une trajectoire budgétaire pluriannuelle stable est liée aux objectifs en matière de santé ».

Un objectif de long terme de modèle de santé à la fois performant quantitativement et qualitativement, visant un niveau élevé de santé publique, doit être clairement défini. Cela permettra de déterminer transversalement l'affectation privilégiée des moyens pour construire pas à pas ce modèle, plutôt que de fonctionner par silos en réfléchissant secteur par secteur. Ainsi, dans la mesure où les budgets disponibles sont faibles, faire un choix de non-revalorisation transitoire d'un secteur n'est pas à interpréter comme un non-soutien à celui-ci, mais comme un choix de priorités à rencontrer par ailleurs.

Cette méthodologie paraît plus pertinente aujourd'hui que jamais.

Premièrement parce que notre système de santé doit être adapté en profondeur si nous voulons être en mesure de répondre adéquatement aux nouvelles réalités de soins, et principalement à deux enjeux : le vieillissement de la population et le besoin relatif de soins complémentaires qu'il implique ; le développement des maladies chroniques et de maladies complexes, qui impliquent de renforcer l'approche multidisciplinaire et les divers niveaux de prévention.

Deuxièmement, la philosophie derrière la méthodologie proposée trouve écho d'une part dans l'accord de gouvernement qui souligne l'importance de développer une vision à long terme de la politique de santé et des cadres pluriannuels, et d'autre part dans la richesse des initiatives de terrain des prestataires, des académiques, des sociétés qui publient l'une et l'autre de plus en plus de documents sur leurs visions d'organisation des soins⁵.

Quels principes de bases voulons nous définir dans le modèle de santé de demain ?

Premièrement, ce modèle doit être articulé autour d'une première ligne régulatrice de l'utilisation adéquate de ses soins et de ceux des autres lignes. Cela implique différentes dynamiques :

Le rôle centralisateur du médecin généraliste et le développement de l'approche holistique du patient doivent être vus comme une priorité. Les mesures motivant la prise en charge de chaque habitant chez un médecin généraliste⁶, son rôle principal dans la bonne orientation du patient (échelonnement de type non administratif) seront des ingrédients essentiels. Un important

⁵ Together we care, Ziekenhuizen als schakels in een keten van zorg. J. Pauwels, 2013 ; Annemans, L. (5 february 2013). The Health (care) system for the future generations. *Universiteit Gent, VUB UCL, Francqui Chair*. Comité d'Etude sur le Vieillissement . (2014). *Rapport annuel 2014*. Bruxelles : Conseil Supérieur des Finances Dépôt légal : D/2014/11691/7. De Maeseeneer Aertgeerst Remmen Devroey . (2014). *Togheter we change, Soins de santé de première ligne, maintenant plus que jamais*. ISBN 9789491125102. Expert Panel on effective ways of investing in Health . (10 July 2014). *Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*. European Union, 2014 ISSN 2315-1404 ISBN 978-92-79-38382-3. Forum des Associations de Généralistes FAG. (2013). *Note d'orientation sur le mode d'organisation de la médecine générale dans les soins de santé primaires*. FAG, Espace Santé, Boulevard Zoé Drion, 1, 6000 Charleroi, www.forumag.be. Paulus D, Van den Heeck K, & Mertens R. (2012). *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique: développement d'un position paper*. Bruxelles: Health Services Research (HSR) KCE reports 190 B. D/2012/10.273/80. Paulus D, Van den Heede K, & Mertens R . (2012). *KCE Report 190As Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieke in België*. Bruxelles: KCE. Starfield, B. (2012, 26(s)). Primary Care: an increasing important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services . Sespas report 2012. *Elsevier Espana Gac.Sanit*, pp. 20-26. Working Group on Age of the Social Protection Committee dealing with long-term care. (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. Social Protection Committee , Council of the European Union
⁶ Cfr Accord de Gouvernement pg 61

travail est encore à faire pour améliorer le taux de couverture du DMG et en faire un instrument au service de la qualité.

Le développement optimal de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité en 1^{ère} ligne de soins et le soutien aux formes de collaboration et de délégation des tâches entre les différents acteurs de la 1^{ère} ligne sera également à encourager. Cela implique la reconnaissance et l'enregistrement de pratiques monodisciplinaires, des initiatives de soutien à l'implémentation de la collaboration multidisciplinaire. Cela implique simultanément l'adaptation de l'AR 78, afin de faciliter le développement de nouvelles professions facilitant la délégation des tâches sous supervision⁷.

Le développement de programmes de soins génériques pour les patients complexes et/ou à multi morbidité sera un outil essentiel pour faire face aux enjeux de demain.

Soutenir et intégrer le développement de la prise en charge des soins de santé mentale, en mettant l'accent sur la première ligne et le soutien à la mesure visant à la conversion de lits psychiatriques en soins dans la communauté initié par la réforme 107 sera nécessaire.

Un travail sur l'harmonisation des postes de garde et leur meilleure articulation avec les urgences sera également essentiel pour utiliser ces structures de manière efficiente, tout en offrant une image claire à la population des dispositifs en place en attendant l'implémentation complète du 1733 ou pour des patients ne passant pas par le téléphone.

La mise en place de mesures et de mécanismes favorisant la prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, à tout niveau sera nécessaire.

Ces différentes adaptations ne seront possibles qu'en s'appuyant d'une part sur le développement logistique des échanges d'informations électroniques entre acteurs de santé⁸ (médecins, pharmaciens, hôpitaux, ...), patients et l'autorité de santé publique, ainsi que sur une simplification administrative à tous les niveaux.

Deuxièmement, le système de soins de demain devra avoir développé des structures ou des modalités de soins intermédiaires entre l'hôpital, les MRS/MRPA et le domicile, dans des collaborations entre ces divers niveaux qui doivent s'inscrire dans un continuum de prise en charge des patients. Ces initiatives extra-muros devront rester accessibles financièrement pour le patient.

Troisièmement, une centralisation de l'expertise spécifique au niveau de la ligne hospitalière et une concentration des soins complexes et rares devra avoir lieu. Une recherche d'amélioration de la qualité doit être le moteur d'un tel processus. Une attention particulière, dans la réalisation d'un tel objectif, devra être accordée à l'accessibilité financière que ce soit dans la problématique des transports entre les centres d'expertise, des suppléments en fonction des chambres, etc....

Quatrièmement, afin de renforcer la viabilité financière et la qualité des soins perçus, un travail devra être fait pour diminuer la surconsommation et les abus, et inciter au bon usage des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Plus précisément, il faudra diminuer la prescription importante de certains médicaments, de certains examens et implants et renforcer

⁷ Cfr Accord de Gouvernement pg 63

⁸ Cfr Accord de Gouvernement pg 61

le suivi des « outliers ». Des mesures drastiques doivent être prises rapidement pour éviter les fraudes et les abus. Ces mesures doivent avoir des bases juridiques solides pour mettre un terme définitif à de tels agissements qui pénalisent l'ensemble des acteurs du secteur lorsque des diminutions linéaires de budget sont proposées pour endiguer le dérapage du secteur .

Finalement, dans de nombreux secteurs un travail de transparence, à travers la révision de la nomenclature et son réétalonnage en phase avec les besoins et la charge de travail réelle, et la distinction claire dans la facturation entre le prix du matériel et l'honoraire du prestataire permettra d'implémenter plus d'efficience et d'orthodoxie financière.

L'ensemble de ces axes doivent bien sûr se développer en restant attentif à l'accessibilité, notamment financière, de notre système de soins. Comme l'accord de gouvernement le précise, notre système de soins doit rester accessible et payable par tous les citoyens, et les inégalités de santé tout comme les seuils financiers susceptible d'entraver l'accès aux soins ou susceptible d'entraîner le report de soins doivent être éliminés⁹.

3. Implication pour 2016 de cette vision

Pour poursuivre dès aujourd'hui la mise en place de ce système de soins, malgré les faibles moyens financiers, le Comité de l'Assurance souhaite qu'il soit investi en 2016 dans différentes initiatives.

3.1. Secteur Honoraires médicaux

3.1.1. Médecins spécialistes

Afin d'honorer son travail de qualité, le Comité de l'Assurance demande qu'un certain nombre des mesures, développées par le Conseil Technique médical et relayées au Comité de l'Assurance par la Commission de convention dans le cadre des besoins 2016, soient soutenues pour un montant total de 6,370 millions.

Ces mesures devront être choisies pour la haute valeur clinique ajoutée qu'elles offriraient grâce à l'implémentation de traitements plus appropriés, efficaces, de meilleure qualité et dans certains cas plus personnalisés. Parallèlement cela permettra d'améliorer l'accessibilité aux soins pour le patient en introduisant de nouveaux remboursements et en diminuant le risque de suppléments et de dé-conventionnement.

Le Comité de l'Assurance demande une revalorisation des honoraires de consultations de « petits spécialismes » pour un montant de 11 millions. En effet, le financement des actes intellectuels de ces spécialistes sont relativement faibles en comparaison de nos pays voisins.

Le Comité de l'Assurance souhaite que soit également financé pour un montant de 3,5 millions une revalorisation des interventions multiples dans le même champs opératoire pour des affections oncologique.

Les suppléments d'urgence pour les honoraires des accouchements devrait également être financés pour un montant de 7 millions

⁹ Accord de gouvernement, p 58, point 3.6, et pg 59

L'arbitrage définitif de ces mesures est laissé à l'évaluation de la Commission médico-mutualiste. Cependant, une proposition des mesures suggérées par le Comité de l'Assurance se trouve en annexe 1.

3.1.2. Médecine générale

Au niveau de la médecine de première ligne, le Comité de l'Assurance souhaite que le développement et l'accessibilité des postes de garde continuent à être soutenus. Parallèlement à cela, il faut travailler à une catégorisation des postes de gardes¹⁰ et à l'adoption de normes d'agrément spécifiques, à la mise en place de conventions avec les services d'urgences, à l'évaluation et la poursuite de la standardisation de coûts des services existants et à une meilleure répartition sur le territoire. Le Comité de l'Assurance demande donc une augmentation du budget existant de 18,15 millions, au-delà des 5,25 millions déjà inscrits suite à la programmation du plan de garde, d'un montant complémentaire de 2 millions. Le montant de 7,25 millions au total, destiné au développement des postes de garde, doit être utilisé de manière respectueuse des divers besoins territoriaux, tant de la programmation que des développements internes aux postes de gardes déjà existants.

Pour améliorer l'accessibilité des postes de garde et stimuler leur usage, le Comité de l'Assurance demande que l'application du tiers payants pour les consultations aux postes de garde soit encouragée par la Commission de Convention médico-mutuelliste¹¹.

Le Comité de l'Assurance plaide également pour poursuivre progressivement l'intégration forfaitaire dans l'honoraire du DMG (eDMG) des divers montants visant le soutien à la pratique, l'informatisation et l'utilisation des E-Tools, la prévention, le suivi multidisciplinaire des patients complexes et/ou chroniques (trajets de soins...), l'enregistrement d'indicateurs de processus ou de résultats de soins. L'objectif est de sensibiliser dans un délai court au maximum à l'utilisation de l'eDMG. Le travail initié par l'accord 2014 d'intégration de l'allocation de pratique, de la prime informatique, des suppléments E-Tools et enregistrements de sumerhs, n'est qu'une première étape. Par la mise en place d'une différenciation forfaitaire du DMG (eDMG) en fonction de catégories de typologie de patients on répondra de manière plus adéquate à la réalité de chaque pratique et à l'investissement de travail qu'implique certaines populations cibles. Cette globalisation forfaitaire permet également de stimuler les échanges informatiques et administratifs pour ces public-cibles.

Il est proposé de revaloriser à partir de 2016 le budget DMG-DMG+ pour la réalisation de la première phase de cette globalisation totale dans l'honoraire du DMG (eDMG) - c'est à dire la suppression de la différenciation DMG/DMG+ et la catégorisation DMG suivant l'âge ou le Statut MAF Chronique. Le Comité de l'Assurance demande donc la réaffectation en ce sens du budget actuel du DMG, du DMG+ et des trajets de soins IRC et diabète type 2 (médecins généralistes) ainsi que sa revalorisation à hauteur de 11%, ce qui est estimé à 18 millions. Cette revalorisation

¹⁰ Différenciation à faire entre poste de garde en zone urbaine (différenciation entre pg éloigné d'un centre hospitalier et pg intégré à un centre hospitalier) et poste de garde en zone rurale (pg solo éloigné d'un centre hospitalier, pg intégré à un centre hospitalier, pg et ses satellites).

¹¹ Cfr Accord de gouvernement pg 63 : « La réforme des services de garde médicale sera poursuivie et étendue [...].L'organisation et le fonctionnement des postes de garde de médecins généralistes seront évalués et optimisés [...]. L'admission non justifiée dans un service d'urgence d'un hôpital doit être dissuadée ».

est conditionnée à la mise en place en 2017 de la combinaison entre cette première phase et les dispositions déjà en cours en 2016 (exécution de l'Accord Médico-mut en ce qui concerne l'intégration de l'allocation de pratique, la prime télématique, les sumehrs, etc...), à budget neutre. L'objectif est de favoriser l'utilisation du e-DMG et des e-tools, en respectant toutefois de manière extinctive les mesures actuelles pour une catégorie de médecins à définir par la médico-mut.

Afin de faire un premier pas pour l'implémentation de la délégation et du partage des tâches en première ligne et pour stimuler la collaboration multidisciplinaire dans l'accompagnement précoce de patients chroniques et/ou fortement dépendants, le Comité de l'Assurance propose le financement d'une collaboration avec le secteur infirmier à domicile (voir plus loin). A plus long terme, et une fois les premiers « assistants de pratiques » sur le marché (voir formation UZ Antwerpen), le financement d'une mesure **Assistéo** devra être étudié dans le cadre d'un projet pilote.

Le comité de l'Assurance souligne également l'importance de pouvoir identifier les pratiques organisées de médecins, quels qu'en soient les types. Un enregistrement de ces pratiques doit permettre d'envisager des mesures adaptées, tant sur la simplification administrative que sur le soutien à la pratique. Une collaboration avec les entités fédérées est pour ce faire indispensable.

3.1.3. Financement des mesures

Les mesures demandées par le Comité de l'Assurance dans les honoraires médicaux s'élèvent à 47,87 millions (20 millions concernent la médecine générale et 27,87 millions concernent la médecine spécialisée).

Le secteur ayant déjà fortement contribué aux efforts budgétaires réalisés ces dernières années par l'assurance soin de santé, le Comité de l'Assurance demande que les résultats des efforts budgétaires réalisés dans les honoraires médicaux restent dans le secteur.

Pour financer en partie les différentes propositions dans le secteur, le Comité de l'Assurance propose que des économies sur la biologie clinique d'un montant total de 40 millions avec un résultat final de 20 millions sur base annuelle soient réalisées, après compensation par un montant identique dans le secteur des hôpitaux. De plus, une économie de 5 millions sur base annuelle devrait être enregistrée dans l'imagerie médicale grâce à un travail sur les outliers. Le reste du financement proviendra des économies proposées dans d'autres secteurs.

3.2. Secteur Médicaments

Au sein du secteur du médicament il reste des marges importantes pour des améliorations structurelles tant au niveau de l'usage rationnel et de la diminution des volumes, que de la maîtrise des coûts et de la protection du patient.

Le Pacte d'avenir signé entre la ministre Maggie De Block et l'industrie pharmaceutique (des originaux et des génériques) en juillet 2015 propose un cadre budgétaire pluriannuel pour les années 2016-2018. Il présente, un taux de croissance des dépenses pour les spécialités pharmaceutiques de 1,29% en 2016, couplé à des économies structurelles de 61,3 millions en 2016. Le Comité de l'assurance soutient les mesures proposées pour 2016 dans le remboursement de référence, à savoir l'instauration d'un « patent cliff » et la diminution du plafond de la marge de sécurité à 5 €.

Les corrections techniques suivantes doivent cependant être apportées au calcul budgétaire du Pacte (pour plus de détails cfr annexe 2) :

1. Le montant pour les dépenses de 4.127 millions qui figure dans le pacte pour 2016 correspond à un taux de croissance de 1.29% par rapport aux estimations IMS de 2015 de 4.074 millions d'euros, utilisées dans le Pacte. Ces estimations présentent un dépassement de 45 millions d'euros par rapport au budget de 2015 (4.029 millions)¹². Le taux de croissance de 1,29% doit donc s'appliquer sur ce montant et comme mentionné dans le Pacte, « *un éventuel dépassement du budget en 2015 ne se répercutera pas sur plusieurs années, mais devra être compensé en une seule fois en 2016.* »
2. Deux mesures présentées comme des économies affectant les dépenses pour les spécialités pharmaceutiques ont en réalité un impact sur d'autres postes ; la diminution de la marge de sécurité représente une économie de 0,9 millions pour le MAF, et la croissance de la taxe sur le chiffre d'affaire de 1,1 millions est une recette Inami supplémentaire. De même l'initiative qui consiste à renforcer les administrations pour 1,1 million d'euros en 2016 ne doit pas être imputée au budget des médicaments.

Une croissance de 1,29% du budget des spécialités pharmaceutiques qui sera alors fixé à 4,081 millions d'euros nécessite dès lors des mesures d'économies supplémentaires de 47 millions d'euros, ce qui donne donc un total de 106,3 millions d'euros d'économies effectives en 2016. **Sans cette correction, la croissance en 2016 des soins pharmaceutiques sera de 2,44%, soit nettement supérieur à la norme de 1,5%.**

Les mesures d'économie suivantes sont proposées :

- « Patent cliff » : regroupement de toutes les baisses de la base de remboursement liées à l'arrivée d'un générique dans le remboursement de référence au moment de l'ouverture du cluster, soit 60,73% pour les médicaments de la catégorie A (remboursés à 100%) et 54,35% pour les autres médicaments. Selon le Pacte, cette mesure rapportera **59,3 millions d'euros en 2016.**

- Mesures concernant les choix thérapeutiques et la problématique des volumes :

L'objectif de moyen terme est d'améliorer la qualité des prescriptions et de diminuer la prescription superflue de certains médicaments.

Concrètement, outre la mise en place d'une concertation-médico pharmaceutique comme mentionné ci-dessous, il faut premièrement lutter contre les messages publicitaires contraires à la santé publique ou à la prescription rationnelle et encourager le développement d'une information pharmaceutique indépendante ainsi que l'existence de délégués médicaux indépendants via des canaux tels que le CBIP, EBMPpracticeNet, Farmaka, CEBAM à destination des médecins, pharmaciens et citoyens. Les logiciels des médecins et des pharmaciens doivent également être adaptés dans ce sens.

Dans cette direction, il est proposé de, dès 2016, conserver voir augmenter le nombre d'ETP de délégués médicaux indépendants actifs en Belgique, parallèlement à un travail de renforcement du caractère scientifique et informatif de la représentation commerciale. Ces délégués indépendants pourraient également consulter les pharmaciens. A cet égard, le Comité de

¹² Sur base des estimations techniques de l'INAMI, base habituelle pour les estimations et calculs des dépassements dans le secteur des soins de santé, le dépassement est près du double que celui calculé sur base des estimations IMS. Il s'élève à 88 millions.

l'assurance souhaite être associé aux discussions prévues dans le Pacte avec l'industrie pharmaceutique visant à mettre en place un système de contrôle de la qualité des informations prodiguées par la représentation commerciale chez les médecins et les pharmaciens.

Deuxièmement, dans l'objectif de responsabiliser les prescripteurs, les montants de la prime d'accréditation pourraient être modifiés pour récompenser ou sanctionner les comportements « EBM » pour les médecins généralistes comme spécialistes. A cet égard, le Comité de l'assurance renvoie au groupe de travail prévu dans le Pacte qui doit faire une proposition pour le 1/9/2016 sur des éventuels « incitants à la modification effective du comportement de prescription dans le sens de la prescription bon marché » ainsi qu'aux discussions en cours au CNPQ pour revoir l'accréditation en lien avec l'accord du Gouvernement.

Parallèlement, des campagnes d'information et de sensibilisation des patients en soutien aux évolutions des discussions EBM doivent être menées. Différents acteurs, les prestataires de soins mais aussi les mutualités, sont impliquées dans cette information aux patients qui doit se développer dès lors de manière coordonnée.

Ces mesures devraient apporter une économie de **5 millions d'euros en 2016**.

- Mesures concernant la prescription économiquement et qualitativement rationnelle :

Un objectif de moyen terme reste d'encourager la prescription en DCI afin d'éviter les erreurs et accroître la connaissance des molécules. Le secteur des maisons de repos est actuellement prioritaire. Pour 2016, la prescription en maison de repos doit se faire uniquement via le schéma de médication et automatiquement considérée comme en DCI. L'utilisation du formulaire Farmaka doit devenir la référence.

Concernant la consommation de médicaments en maisons de repos, le renforcement du rôle du médecin coordinateur et la possibilité d'être suivi par un seul médecin, ainsi qu'un seul pharmacien délivreur par maison de repos est également prioritaire. Un premier pas vers une tarification au forfait dans les MRS doit aussi être envisagé.

Egalement à moyen terme, la forfaitarisation dans les hôpitaux doit être étendue, ensuite également introduite dans les hospitalisations de jour. Lors de l'arrivée d'un générique, la molécule doit automatiquement être incluse dans le forfait médicament pour les patients hospitalisés.

- Mesures concernant la détermination des prix :

L'objectif de moyen terme est d'harmoniser les besoins de médicaments bon marché nécessaires pour une série de maladies et l'offre des fabricants.

Concrètement cela signifie premièrement d'atteindre un niveau de remboursement par DDD identique pour toute la classe au niveau ATC4 où l'inclusion des molécules génériques a déjà eu lieu. Dans cette direction il est proposé d'appliquer le modèle d'appel d'offre de l'écluse ou un remboursement de référence par classe, dans un premier temps aux classes entièrement génériquées comme les SSRI's et IPP's, ce qui générera une économie de **20 millions en base annuelle en 2016**

Deuxièmement, comme prévu dans le Pacte, le passage des anticancéreux en chapitre I ou II doit avoir lieu. Dès 2016, le Comité de l'Assurance demande que cette mesure soit actée et s'accompagne de la fixation d'une enveloppe pour le classe (éventuellement avec un budget partiel dans le cadre du remboursement du dépassement) qui permette une croissance suffisante de la classe (éventuellement supérieure à la norme) mais avec des mesures de correction visant les firmes pharmaceutiques en cas de dépassement des dépenses. Cela devrait être appliqué également aux antidiabétiques prescrit aux diabétiques de type 2 dès 2016. Pour

ces deux classes pour lesquelles nous observons une augmentation des coûts qui n'est plus en rapport avec l'augmentation moindre du nombre de patients traités une **économie de 12 millions d'euros en 2016** sera obtenue.

La classe des anti-TNF (dont les dépenses atteignent les 300 millions d'euros) doit faire l'objet d'un suivi plus structuré des prescripteurs. **Une économie de 10 millions d'euros** peut déjà être réalisée en 2016.

Le Comité de l'assurance soutient l'objectif prévu dans le Pacte de promouvoir davantage l'utilisation des médicaments biosimilaires. Il souhaite être associé au travail préparatoire à la mesure visant à imposer une consommation minimale de 20% de biosimilaires pour les traitements des patients prévu par le pacte pour 2017.

Le Comité de l'assurance soutient également l'utilisation du remboursement forfaitaire par traitement pour certaines pathologies pour lesquelles plusieurs traitements chers existent (notamment hépatite C).

Troisièmement, concernant les médicaments innovants chers et les médicaments orphelins, une réévaluation de la rentabilité des médicaments orphelins doit être réalisée par les affaires économiques dès qu'il y a une extension d'indication ou de patients. Un nouveau prix maximum doit alors être fixé. Comme souligné dans le Pacte, une réflexion doit également avoir lieu au niveau européen sur les incitants et les critères d'obtention du statut de médicament orphelin. En outre, également pour les médicaments orphelins, le calcul du cout incrémental (ICER) doit être un prérequis obligatoire aux dossier soumis à la CRM. Les différentes partie prenante et l'INAMI doivent également continuer à être actif au niveau européen sur le remboursement européen et les prix européens.

Au sein de la CRM les nouveaux remboursements potentiels doivent être examinés avec un regard critique ainsi que les médicaments à éventuellement supprimer et les groupes pour lesquels une révision groupée est possible de manière plus structurelle et régulière, et en fonction des données EBM. En fonction de l'articulation avec un possible modèle de type « Jumbo » ou « Ecluse » les conditions de remboursement des statines et des IPP (notamment sur la durée du traitement) doivent être la priorité. D'après le modèle français nous pouvons réviser au moins tous les 5 ans les prix des médicaments en fonction de leur efficacité. Les procédures doivent être entamées dès 2016 pour que les économies soient effectives en 2017.

Le Comité de l'Assurance soutient en outre la mesure prévue par le Pacte en 2017 visant à ce que les « produits ayant la même efficacité dans la classe ATC-5 (satisfassent) aux mêmes conditions de remboursement » qui fait partie de l'objectif de moyen terme de simplification administrative pour le patient. La révision des molécules inscrites à la fois au chapitre I et au chapitre IV (principalement des médicaments génériques remboursés au chapitre I, tandis que la molécule d'origine est encore remboursée au chapitre IV) doit être entamée en 2016 afin d'être effective dès le 1^{er} janvier 2017. De même, les deux remboursements parallèles pour le paracétamol pour les patients avec des douleurs chroniques crée une complexité administrative dommageable et pour le patient et pour le prestataire qui doit être supprimée.

3.3. Secteur Pharmaciens

Dans notre système de santé, les soins pharmaceutiques doivent être davantage développés pour tirer parti de la valeur ajoutée du pharmacien. Le concept des soins pharmaceutiques s'inscrit dans une approche de soins intégrés et est un modèle de pratique de la pharmacie « centré sur le patient dans sa globalité, orienté vers les résultats et concerté avec les autres prestataires de soins¹³ ».

Vu le contact de proximité entre le pharmacien et le patient, on peut envisager son rôle potentiel de réorientation éventuelle du patient en fonction des plaintes qu'il évoque. La pharmacie est une des portes d'entrée majeures dans la chaîne de soins, le pharmacien peut également jouer un rôle dans l'aide à la détection précoce des pathologies chroniques.

D'autre part, dans le cadre de la prise en charge intégrée des malades chroniques et des patients plus âgés et polymédiqués¹⁴, la qualité et la rationalité de la délivrance médicamenteuse s'appuie sur une collaboration interdisciplinaire constructive entre les pharmaciens et les prestataires de soins¹⁵.

Dans cette optique, il est proposé de planifier, dès 2016, une revalorisation de l'acte intellectuel du pharmacien s'inscrivant dans le financement de tâches spécifiques (« medication reviews » à titre individuel, observance et bon usage, etc) liées prioritairement aux trajets de soins multidisciplinaires pour patients avec polymorbidité actuellement en développement. Dans un premier temps, en parallèle avec ce qui existe au Pays-Bas, un des publics cibles prioritaires pourrait être les personnes âgées de plus de 75 ans, consommant 7 médicaments par jour ou plus (remboursés ou non), avec un mauvais fonctionnement rénal. La sélection de patients pourrait être également basée sur des indicateurs bien précis, établis scientifiquement, à élargir d'une façon progressive. Un montant de 25 millions devrait être dégagé à cette fin.

Parallèlement au développement et à l'extension du projet, le Comité de l'Assurance propose de diminuer progressivement l'honoraire DCI et l'honoraire Chapitre IV, pour le réinvestir dans ce projet jusqu'à un montant de 15 millions. Les économies dégagées par le secteur du médicament, proposées ci-dessus, peuvent compléter cette somme et être en partie réaffectées à cet objectif, le principal devant être affecté à l'accès aux nouveaux médicaments.

Les modalités d'exécution et éventuellement le public-cible sera discuté au sein d'un groupe de travail réunissant pharmaciens et médecins des commissions de convention et d'accord. Il y sera tenu compte des recommandations particulières des projets sélectionnés dans le cadre de l'arrêté royal encadrant la concertation médicopharmaceutique (CMP).

¹³ Guide de bonnes pratiques officinales.

¹⁴ En parallèle avec note d'orientation malade chroniques et note conférence interministérielle

¹⁵ En parallèle avec l'Accord de gouvernement pg 64 : « Nous confirmons le rôle de pharmacien d'officine au sein des soins de santé de première ligne [...] La concertation entre médecins et pharmaciens sera encouragée.

3.4. Secteur Soins dentaires

Le Comité de l'Assurance souhaite continuer à investir dans le secteur des soins dentaires dans les années à venir, car il existe une importante sous-consommation dans ce secteur (Ex : seulement 50% de la population se soigne chaque année).

Cela résulte, entre autres, de problèmes majeurs d'accessibilité financière dans ce secteur, via de nombreux soins non remboursés tels que les prothèses et les couronnes. Les patients, non couverts par une assurance privée, ont des difficultés à payer ces soins et cela entraîne une dentisterie à 2 vitesses.

De plus, la sécurité tarifaire est aussi une condition d'accès indispensable. Celle-ci ne peut être atteinte que via une augmentation du taux de conventionnement dans ce secteur. Les conditions pour améliorer ce taux de conventionnement sont la révision de la nomenclature et un calcul correct des honoraires.

Pour finir, à moyen terme, il sera nécessaire de prévoir l'instauration de l'utilisation du dossier dentaire ainsi que le financement du coût de la télémédecine sur la base de l'utilisation effective des fonctionnalités du dossier informatisé, permettant le contrôle de l'assurabilité, l'utilisation du schéma de médication, de partage de données historiques (évitant ainsi des actes à répétition) et de la e-healthbox.

Vision de Comité de l'Assurance pour 2016 :

En vue d'améliorer le suivi de soins préventifs et de répondre à des enjeux de santé publique soulevés depuis un certain nombre d'années, l'accord Dentomut 2015-2016 prévoit une différenciation du remboursement des prestations prioritaires.

Le Comité de l'Assurance soutient cet accord et l'impact positif qu'il pourra avoir sur la consommation efficiente de soins préventifs, et souligne le travail qui a été fait par la Commission Dento-mut afin de développer une vision et des objectifs pluriannuels. Cependant, deux lacunes risquant de fragiliser la logique sous-jacente au cœur de cet accord dento-mut doivent trouver réponse en 2016.

Premièrement, afin de ne pas renforcer la hausse des tickets modérateurs générée par l'application de l'accord dento-mut et fragiliser sa logique d'accessibilité des soins préventifs, le Comité de l'Assurance demande que la mesure « L5-détartrage » pour 5,3 millions demandée par la Commission de Convention soit financée.

Deuxièmement, le Comité de l'Assurance souligne qu'il y a différents types de publics-cibles particulièrement touchés par la sous-consommation de soins dentaires et pour lesquels la nomenclature actuelle est peu efficiente (c'est particulièrement le cas des personnes précarisées socio-économiquement, des jeunes de 18 à 30 ans et des personnes âgées et handicapées¹⁶). Le

¹⁶ Sur les données CM de 2014, il y a une différence de 15% entre les membres BIM et les non-BIM en ce qui concerne les non-visites chez les dentistes : 65% des BIM n'ont pas eu de prestation de l'art 5§2 en 2014, contre 50% pour les non-BIM. Les personnes âgées à partir de 76 ans sont celles qui consultent le moins en 2014 (de 53% à 90% des membres n'ont pas eu de consultation en 2014). Ce % augmente avec l'âge.

Comité de l'Assurance demande qu'une attention spécifique pour ces profils reste présente dans les demandes budgétaires et que des nouvelles formes de financement et d'organisation des soins dentaires soient étudiées et testées.

Plus spécifiquement, le Comité de l'Assurance demande qu'en 2016, conformément à l'article 56 de la loi SSI, soit ouverte la possibilité de lancer des projets pilotes de dentisterie intégrée à l'équipe multidisciplinaire de centres de santé de première ligne, ainsi que des projets pilotes finançant des structures offrant des soins dentaires aux personnes âgées et handicapées (du type Gerodent), pour un montant de 1 million €.

Parallèlement, concernant le public des jeunes adultes de 18 à 30 ans, le Comité de l'Assurance demande aux prestataires du secteur et aux organismes assureurs de collaborer pour mettre en place des outils informatifs innovants à destination de cette tranche d'âge.

De plus, le comité de l'Assurance demande qu'une étude soit menée sur la manière dont des hygiénistes dentaires pourraient être intégrés dans des pratiques de soins dentaires et l'impact que cela aurait pour l'assurance obligatoire. En effet, ces hygiénistes dentaires peuvent avoir un rôle important à jouer dans le contact avec ces publics-cible particulièrement touchés par le sous-consommation (visites auprès de personnes âgées, ...)

3.5. Secteur Infirmier à domicile

Pour stimuler le développement optimal de la multidisciplinarité en première ligne et la collaboration entre médecins généralistes et infirmiers, le Comité de l'Assurance préconise le financement, pour le secteur infirmier, d'une visite préventive et de suivi chez les patients avec des situations complexes à domicile, avec dans un premier temps un focus sur les pathologies chroniques. Cela pour un montant d'environ 23 millions €, dans un premier temps.

La proposition de la commission de convention doit être revue dans ce sens et dans un premier temps se limiter au public-cible des patients qui seront repris dans le cadre de la nouvelle nomenclature des médecins généralistes pour l'approche générique des patients chroniques (*prétrajet diabète type 2 en remplacement du Passeport diabétique*)

Afin de financer en partie cette nouvelle initiative, le secteur des soins infirmiers devra concrétiser des économies pour 6 millions d'€. Une évaluation des mesures du 01-07-2014 sur l'application de l'échelle de KATZ lié à la problématique du désengagement doit avoir lieu dans le courant du premier trimestre 2016 au niveau de la commission de convention et du collège national des médecins-conseils. Le Comité de l'assurance insiste pour une collaboration optimale entre le SECM et les OA afin que les contrôles soient suivis de sanctions suffisamment rapides et dissuasives sur des bases juridiques solides.

En ce qui concerne la transparence et la lutte contre la fraude, le Comité de l'Assurance salue l'engagement du secteur qui sera le premier à implémenter la mesure « *lecture systématique de la carte d'identité* ». La lutte contre l'attestation de soins non prestés n'en sera que renforcée.

Les 18-30 ans sont également un public consommant peu : de 58% à 54% des membres n'ont pas consulté en 2014. En een verschil van zo'n 10% tussen de jongvolwassen en de 30-ers en 40-ers dus. Les données IMA confirment ces tendances.

3.6. Santé mentale

Concernant la santé mentale de multiples études témoignent de l'importance croissante des problèmes psychiques dans notre société, pas seulement chez les adultes, mais également chez les enfants, les jeunes et les personnes âgées. Nous savons grâce à diverses études qu'investir dans la psychothérapie rapporte rapidement plus que cela ne coûte (1€ investi rapporte entre 1,14 et 1,95€¹⁷). En effet, les personnes suivies par un psychologue pour des problèmes de santé mentale consomment moins de médicaments, sont moins absents au travail (absentéisme, incapacité primaire, invalidité), ont moins recours aux urgences et séjournent moins à l'hôpital. Afin de soutenir la prise en charge des soins de santé mentale en première ligne¹⁸ et stimuler un modèle de soins « échelonnés », le comité de l'Assurance demande que des projets-pilotes d'interventions de psychologues de première ligne soient financés, pour un montant d'environ 16 millions €.

Le Comité de l'Assurance souhaite rappeler qu'il soutient la modification de l'AR 78 actant la reconnaissance légale des psychologues cliniciens, des orthopédagogues et des psychothérapeutes et demande sa mise en place pour 2016.

Le Comité de l'Assurance appuie également l'objectif des projets « article 107 » qui consistent à développer les soins de santé mentale qui sont axés sur l'intégration dans la société et focalisés sur les réseaux et les circuits de soins, plutôt que sur les soins en institution.

Ceci doit se faire en concertation avec les entités fédérées.

3.7. Hôpitaux Généraux

Les besoins du secteur hospitalier sont nombreux. La plupart d'entre eux (réduction du sous-financement, développement de l'hôpital de jour, ICT, mesures en faveur de la qualité, ...) entrent dans le périmètre du « plan d'approche » de la Ministre De Block. L'année 2016 sera essentiellement une année de préparation et il serait dès lors peu cohérent de prendre des mesures isolées alors que ces besoins doivent être rencontrés dans le cadre de la réforme qui constituera le gros chantier des prochaines années.

De plus, le Comité de l'Assurance souhaite rappeler ici que la restructuration du secteur hospitalier et l'articulation et la collaboration qu'elle impliquera avec la première ligne, comme évoqué dans la vision à long terme, nécessitent le respect d'une stabilité budgétaire pluriannuelle. C'est pourquoi nous insistons, comme dans l'introduction et en écho à la demande du secteur, sur la nécessité de respecter de la norme de croissance de 1,5%. Sans cela, nous hypothéquerons d'entrée de jeu la mise en place de la réforme envisagée.

¹⁷ De Zetter et al. (2013). Analyses épidémiologiques et socio-économiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies

¹⁸ En parallèle avec l'Accord de Gouvernement, pg 65 : « En concertation avec le secteur [...] une vision intégrale des soins de santé mentale sera élaborée. [...] La première ligne sera renforcée. En fonction de cela, un éventuel financement et remboursement des soins de santé mentale, par exemple dans le cadre de certains trajets de soins et circuits de soins, seront examinés. »

Le Comité de l'Assurance adhère également au principe de la neutralité budgétaire à moyen terme de la réforme qui « *veut contribuer à une utilisation plus intelligente des budgets de soins, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins croissants et nouveaux en matière de soins de santé* »¹⁹. Cependant, la modification de notre paysage hospitalier nécessitera dans un premier temps une série d'investissements dont les effets attendus tels que l'amélioration de la qualité, des procédures, ou la diminution des dépenses, ne se concrétiseront qu'après quelques années.

Plus précisément, dans le cadre de la collaboration entre institutions de soin, l'échange d'informations est un facteur clé de succès. Le développement de réseaux informatiques internes et externes, accompagné de l'introduction d'un dossier patient électronique (DPE) solide, est indispensable. Le financement est quasi inexistant, par rapport à des besoins importants²⁰. Le gouvernement doit déployer un calendrier et un financement clairs et suffisant afin de réaliser ces échanges de données. La feuille de route e-Health (2013-2018) devrait le prévoir.

En tout état de cause, et en cohérence avec les principes évoqués ci-avant, le développement d'un nouveau paysage hospitalier doit être sous-tendu par le principe de « *shared savings* ».

Tout d'abord, si des marges sont libérées au sein d'un réseau de par la réorganisation de l'offre, le Comité de l'Assurance soutient la demande qu'elles soient réinvesties, en autogestion, au sein du même réseau.

Pareillement ce principe devrait être appliqué aux économies réalisées dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments pour les patients hospitalisés et les moyens réinvestis pour le développement de la pharmacie hospitalière. En effet, le développement qualitatif de la pharmacie hospitalière doit être soutenu davantage²¹

En outre, concernant les projets pilotes, la disposition du secteur pour y participer ne pourra être stimulé qu'à condition que les moyens libérés puissent être ré-employés par les hôpitaux pour implémenter de nouvelles initiatives et que la garantie que les hôpitaux ne supporteront pas eux-mêmes le coût de ces initiatives soit accordée au secteur.

Par ailleurs, lors de la mise en place d'une prise en charge extra-muros, la réflexion doit être élargie à l'ensemble des acteurs et professionnels concernés, de première comme de deuxième ligne.

Par ailleurs l'application de la réduction de charge patronale prévue dans le cadre du « *Tax Shift* » permettrait sans doute au secteur de répondre en partie au problème de sous-financement. Un équilibre doit être trouvé entre ce qui reviendra directement aux hôpitaux et ce qui peut transiter via le maribel social.

Le Comité de l'Assurance attire l'attention sur une nécessaire évaluation avant l'extension de l'implémentation des titres et des qualifications particulières et sur l'impact financier qu'inévitablement l'emploi de ces TPP et QPP implique. En effet, les moyens nécessaires pour financer les décisions du passé ne sont pas octroyés aux hôpitaux.

¹⁹ « Plan d'approche réforme du financement hospitalier » page 3

²⁰ Voir fiches budgétaires n°1 et 2 besoins 2015

²¹ Voir fiche budgétaire n°5 besoins 2015.

La réforme du financement hospitalier et sa viabilité financière est intimement liée à la révision de la nomenclature, censée faire la transparence quant à la partie professionnelle et la partie frais de fonctionnement dans les honoraires. Le Comité de l'assurance estime que ce deuxième aspect de la réforme doit être initié le plus rapidement possible pour ce qui concerne les principaux services techniques (labo, imagerie médicale, scintigraphie nucléaire, radiothérapie, pathologie anatomique et radiothérapie). Cela est en effet essentiel pour éviter que le passage à des honoraires prospectifs manque l'objectif de diminution de la sur-consommation des actes. Actuellement, cela a peu de sens de s'engager dans la séparation des honoraires et des montants de référence, pour des honoraires relativement faibles. Cela aura en effet un impact très limité sur le financement des hôpitaux, et la charge de travail investie proportionnellement à l'argent libéré grâce à ce travail contribuera très faiblement à faire avancer la réforme. Nous estimons qu'il est également très important par ailleurs de neutraliser les différences injustifiées d'honoraires qui persistent entre les différentes disciplines et de neutraliser l'impact du prix du matériels ou des produits utilisés lors de la fixation du tarif facturé par le dispensateur de soins (point 3.6.4. de l'accord du gouvernement).

La réorganisation de soins exige aussi la diminution ou l'adaptation de la capacité des hôpitaux, afin de mieux répondre aux besoins de la population, aujourd'hui et demain. Cependant, il faut rester attentif à la couverture géographique, à l'obligation de reconnaissance des fonctions spécialisées des collaborateurs, et au fait que le paysage de soins doit évoluer vers une concentration des soins spécialisés tout en maintenant par ailleurs une offre de base de proximité. Les petites maternités pourraient par exemple prendre part à une telle stratégie de restructuration de l'offre et de la capacité, en restant cependant attentif à la répartition géographique.

Enfin, l'accessibilité doit rester au centre des préoccupations, c'est pourquoi les réflexions sur la sécurité tarifaire (les suppléments et leur variabilité à l'hôpital mais aussi en-dehors de l'hôpital) et sur le financement des facteurs sociaux doivent être engagées d'emblée. Prioritairement, en terme d'accessibilité, afin d'éviter que la concentration des centres d'expertises soit un frein à l'accessibilité des patients, le Comité de l'Assurance demande qu'un montant d'1 millions € dédié au transport des patients entre hôpitaux pour les interventions programmées et non-programmées soit inscrit à titre conservatoire dans le budget des transports.

La garantie du financement et la poursuite du développement de projets article 107 doivent être assurés. Sur base d'une évaluation positive, la structuration de ces projets sous la forme de réseaux et de programmes de soins, en articulation avec la proposition du Comité de l'Assurance reprise au point 3.6. devra être atteinte et envisagé pour l'ensemble du territoire.

3.8. Secteur Sages-femmes

Dans le cadre du développement de modalités de soins intermédiaires à l'hôpital, le Comité de l'Assurance soutient le « trajet de maternité multidisciplinaire » tel que développé par la Commission de convention sage-femme pour un montant de 6 millions €. Ce trajet de soins, avec la sage-femme dans un rôle de référente, a comme objectif de mettre en place dès le début de la grossesse chez des femmes primipares un réseau où il est certain que au minimum le médecin généraliste et le gynécologue soient identifiés et consultés, qu'un suivi puisse être assuré tout au long du parcours de maternité (période prénatale, périnatale et postnatale). Ce trajet est à la fois

une opportunité d'éducation transversale à des bons réflexes de santé pour les patientes concernées, et une opportunité pour l'Assurance maladie de développer chez ces femmes primipares un réflexe pour éviter les grossesses sous-médicalisées.

3.9. Secteur Kinésithérapeutes

Le comité de l'assurance ne propose pas de nouvelles initiatives ni de revalorisation de prestations dans ce secteur en 2016 . Il reste toutefois conscient des enjeux de celui-ci dans la prise en charge du vieillissement et des malades chroniques. Une révision et simplification de la nomenclature et de l'application des tickets modérateurs doit avoir lieu en 2016 et permettra de fixer de nouvelles balises de financement pour les années à venir.

Le Comité de l'Assurance tiendra également à supporter et élargir le projet de promotion de la qualité en cours lorsque les modalités pratiques de ce projet seront déterminées.

3.10. Diététiciens.

Parallèlement à l'implémentation d'une visite préventive et de suivi du secteur infirmiers, le Comité de l'Assurance demande que 4 millions soit investi pour les diététistes pour la mise en place en 2016 du prétrajet patients diabète.

3.11. Logopédie

La convention 2015-2017 entre les logopèdes et les organismes assureurs engage le secteur sur un programme de réforme en profondeur de la nomenclature, de la qualité des traitements logopédiques, et du nombre de séances remboursées. Avant d'envisager une revalorisation des prestations dans ce secteur , le Comité de l'Assurance souhaite que l'impact de la réforme engagée soit mieux connu. Le Comité de l'Assurance demande également que des mesures soient prises pour ralentir la forte augmentation des dépenses constatées suite aux différentes réformes récentes (taux de croissance 2014 de 9,19% contre 5,70% en 2013 et 4,20% en 2012) et à venir dont celles de l'enseignement spéciale et des centres de revalidations ambulatoires (CRA).

Parallèlement aux préoccupations de la Commission d'Accord, et afin de répondre à une situation difficile vécue par un nombre restreint de patients, le Comité de l'Assurance demande que les troubles des patients atteints du Locked-in Syndrôme soient pris en charge par l'Assurance maladie pour un montant de 262.945 €

3.12. Opticiens

La part à charge du patient reste relativement importante dans ce secteur. La couverture des soins doit absolument être améliorée. Sous réserve de chiffres fiables délivrés par le secteur, et d'une amélioration de la transparence des prix, le Comité de l'Assurance demande qu'une somme de 7 millions soit réservée à une diminution du seuil de dioptrie de 8,25 à 7,25 dans un premier temps.

Si le seuil de dioptrie est progressivement réduit, ce qui signifie que l'intervention de l'Assurance soins de santé augmente dans ce secteur, il faut étudier sous quelles conditions les exigences valables pour les paramédicaux, entre autre en termes de suivis des dossiers, peuvent être élargies au secteur.

3.13. Audiciens

Dans les secteurs des audiciens, la part à charge du patient reste relativement importante. La couverture des soins doit absolument être améliorée dans ce secteur. Afin de faire un premier pas en ce sens, le Comité de l'Assurance demande que la préoccupation première de la Commission d'Accords depuis un certain nombre d'année soit entendue, à savoir la suppression de l'intervention personnelle pour les plus de 18 ans, et cela pour un montant de 3,7 millions. Cependant, la mise en place de cette mesure doit être conditionnée à la maîtrise des prix, ce qui exige également un travail sur la transparence des prix que nous invitons le secteur à implémenter dès aujourd'hui. La possibilité de catégoriser les appareils auditifs et d'introduire un remboursement différencié doit être examinée

3.14. Bandagistes et Orthopédistes

Un premier pas vers la transparence des prix dans ces secteurs en opérant une distinction claire entre le prix du produit et les honoraires a été réalisé en 2014. La mise en application concrète de cette mesure doit maintenant être progressivement introduite dans les sous-domaines de ce secteur afin de libérer un budget pouvant financer les nouvelles initiatives.

Cependant, cette dynamique est actuellement bloquée par une suspension, dans le chef de l'INAMI, du groupe de travail, dû à un manque de personnel. Le Comité de l'Assurance demande de relancer de manière prioritaire le groupe de travail concerné, afin de permettre au secteur de financer les nouvelles initiatives qu'il envisage, de manière neutre.

En outre, et en parallèle avec les discussions sur les nouvelles initiatives, la priorité doit être donnée à certains dossiers cruciaux (stomie zitorthesen, ..), de sorte qu'ils puissent être menés à bien.

3.15. Implants

Le processus de soumission pour remboursement des implants à la Commission de Remboursement des Implants (CRIDMI) est dépendant d'une mise sur le marché simpliste (marquage CE) émanant d'une directive européenne. Cette procédure ne permet pas à la CRIDMI de se forger la certitude que cet implant est sûr, cliniquement effectif et qu'il constitue une avancée thérapeutique nouvelle ou une plus-value par rapport à d'autres existants. Le coût de fabrication de ces implants n'étant pas connu, la marge bénéficiaire ne peut également pas l'être et le remboursement de l'INAMI est peut-être trop généreux.

Le Comité de l'Assurance demande que la transparence la plus grande soit faite dans ce secteur. Il semble que l'obligation européenne d'appels d'offres publics gérés par les pharmaciens d'hôpitaux libèreront encore des marges et des ristournes à l'avenir. Celles-ci servent probablement à alimenter le financement de l'hôpital. Le comité de l'Assurance propose de revisiter le financement des implants sans que toutefois les équilibres financiers des hôpitaux ne

soient remis en question. Nous demandons ici de tenir particulièrement compte de la part patient dans ce secteur où le cout pour le patient reste important.

3.16. Rééducation fonctionnelle et professionnelle

Sous condition d'un travail sur l'efficacité et la transparence des conventions conclues conformément aux recommandations de la CCB, le Comité de l'Assurance propose d'octroyer un montant de 2,9 millions pour ce secteur, afin de financer les dossiers prioritaires en attente portés par le Collège des médecins directeurs.

3.17. Maisons médicales

Pour faire face aux enjeux auxquels sera confrontée la première ligne de soins (prise en charge de patients chroniques à polymorbidité, prise en charge à domicile, pénurie des médecins généralistes), le Comité de l'Assurance souligne la pertinence du développement de centres multidisciplinaires de première ligne, permettant une collaboration poussée entre prestataires de soins.

Le Comité de l'Assurance souligne le travail qui a été réalisé pour concrétiser l'organisation et l'assurance de la continuité des soins dans le secteur. Il encourage maintenant la mise en place effective des recommandations d'organisation de la continuité et de limitation de la sous-traitance et d'occupation minimale au sein des équipes de soignants élaborée par la Commission dans ce cadre.

Cependant la continuité ne reste qu'un outil, dont le but est la qualité et l'efficacité des soins dispensés, réels objectifs finaux. Le Comité de l'Assurance restera donc attentif aux enjeux que cela représente tels que l'adaptation du financement forfaitaire aux case-load des patients et l'enregistrement de données de qualité. Dans une approche plus globale, il est demandé de réitérer une nouvelle étude scientifique évaluative de l'efficacité tant financière que qualitative des divers modes de pratiques entre elles. Dans cette étude, il est indispensable de tenir compte de l'analyse tant des médecins généralistes que spécialistes, ainsi que des paramédicaux et éventuellement autres acteurs de la santé.

3.18. Accessibilité

Le Comité de l'Assurance souhaite que le travail de simplification administrative et augmentation de la cohérence concernant l'intervention majorée, les cotisations, le statut de personnes à charge et le calcul du MAF soit poursuivi.

Afin d'améliorer l'accessibilité aux soins, nous demandons également de libérer un budget de 10 millions d'€ pour financer des demandes permettant d'augmenter l'accès aux soins de santé de publics fragilisés et d'augmenter la cohérence de règles d'assurabilité.

Plus particulièrement, le Comité de l'Assurance demande que les projets développés par Médecins du Monde dans le cadre de l'axe III et l'axe IV du Livre Blanc soit soutenu.

Le Comité de l'Assurance confirme également son soutien au projet de forfaitisation des cotisations pour les résidents d'origines étrangères, pour un montant de 6,2 millions, devant en principe entrer en vigueur pour le 01-01-2016 et en attente d'un feu vert politique

Le Comité de l'Assurance demande également que le travail d'intégration des internés/ détenus dans l'Assurance soins de santé soit poursuivi et qu'une analyse de la faisabilité et de l'impact financier d'un tel transfert soit pris en compte.

4. Résumé des initiatives soutenues par le Comité de l'Assurance et des source de financement proposées

Le Budget légal s'élève à **23.851.797** milliers €.

Selon les informations connues à la date de clôture de la présente note, des économies au sein de la norme ont été décidées par le gouvernement suite au conclave de juillet et correspondent à la confiscation de la marge, aujourd'hui à 107 millions, la confiscation de 82 millions de masse d'index et la suppression de 66 millions dans les montants réservés dont nous ignorons la répartition.

Au-delà de cela, le gouvernement doit encore communiquer comment la dégradation de la marge entre juin et septembre de 19,7 millions doit être compensée.

Au sein de cette proposition, nous ne prenons pas la responsabilité d'affecter ces différentes économies et attendons de plus amples informations de la part du gouvernement pour nous positionner.

Nonobstant ces incertitudes, nous proposons de poser les premiers jalons de la réalisation de la vision à long terme (cfr pt 2), ceci également dans l'intérêt des patients. A cette fin, nous formulons donc un ajustement interne pour 173,04 millions afin de financer diverses nouvelles initiatives.

Annexe 1 : mesures suggérées par le Comité de l'Assurance concernant les honoraires médicaux.

- Testen chemie (fructosamine, cystatine C, jodium) - klin bio -	622.000 €
- Testen HER2 en EGFR - maagkanker - klin bio	547.000 €
- Testen hepatitis C PCR	186.000 €
- Coupe APD - art 32	362.000 €
- HLA-typeringen in kader van transplantatie - eerste fase transplantatie	1.267.000 €
- Detectie antilichamen en crossmatching - tweede fase transplantatie	1.306.000 €
- PCR infectueuze agentia tijdens een orgaantransplantatie	800.000 €
- Calprotectine in faeces	816.000 €
- Osteo-geïntegreerde implantaten - heekunde - nomenclatuur	26.000 €
- Herwaardering behandeling blaasexstrosie - heekunde - nom art 14 j)	5.000 €
- Abdominale heekunde : uitbreiding indicaties debulking + uitbreiding	420.000 €
- Bijkomende honorarium Centraal veneuze katheter <7j - inw	1.493 €
- Lymfeklierpunctie - inwendige geneeskunde - nomenclatuur art 11	11.000 €

Annexe 2 : Cadre budgétaire fixé dans le Pacte d'Avenir des médicaments versus budget soins de santé Inami

	2015	2016	2017	2018	2019
Présentation dans le pacte :					
Estimations techniques IMS-INAMI (1)	4.074	4.187	4.226	4.261	4.324
croissance vs ET (2)	0,41%	2,76%	0,94%	0,84%	1,47%
nouvelles économies (année t) : (3)		-61,3	-72,2	-32,1	
• Patent cliff		-59,3			
• Marge de sécurité à 5€		-0,9			
• Croissance taxe sur le chiffre d'affaires		-1,1			
nouvelle initiative (année t)		1,1	36,1	2,5	
• Renforcement des administrations		+1,1			
cumul des nouvelles mesures		-60,2	-96,3	-125,9	
Dépenses proposées dans le pacte	4.074	4.127	4.130	4.135	NA
croissance vs dépenses du pacte		1,29%	0,08%	0,14%	
croissance vs OB Inami (4)	4.029	2,42%	0,08%	0,14%	
Adaptation au budget Inami:					
correction mesures hors OB spécialités pharmaceutiques / soins de santé		+0,9 +1,1 -1,1	+1,1 -1,1 -35	+1,1 -2,5	
Correction hors OB		+0,9	-35,0	-36,4	
Dépenses corrigées pour mesures hors OB		4.126			

SS					
Correction dépassement 2015		-45			
OB corrigé	4.029	4.081			
croissance vs OB Inami pour 2015 (5)		1,29%			
Total des corrections – mesures proposées :		-47			
<i>Mesures volume</i>		-5			
<i>Remboursement ATC4 via écluse ou jumbo</i>		-20			
<i>Enveloppe par classe passées en chapitre I</i>		-12			
<i>Suivi structuré anti-TNF</i>		-10			