

# Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé

2022-2024

**Rapport Final** 





# Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé

2022-2024

Rapport Final

Février 2022

Illustrations: Mats Claus

**Binst Architects** 

Éditeur responsable: INAMI



## Colophon

#### Premières étapes

Tous les trois ans, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) publie un check up de notre système de santé en collaboration avec l'INAMI et l'Institut scientifique de santé publique (ISP, aujourd'hui Sciensano). La principale conclusion du rapport 2015 du KCE était que les décideurs politiques et les responsables de notre système de santé devaient fixer des objectifs mesurables afin d'améliorer la performance de notre système de santé.

#### Dans les starting-blocks

Entre juin 2018 et juin 2019, un groupe de stakeholders du Comité de l'assurance de l'INAMI, soutenu par l'ASBL Living Tomorrow, a élaboré un document de vision stratégique sur l'avenir des soins de santé.

Lors du Conseil général du 7 décembre 2020, l'administrateur général, M. Jo De Cock, a rendu compte de cette note de vision et a conclu qu' « il est nécessaire de mener une réflexion stratégique qui va au-delà du prochain contrôle budgétaire. Les différents secteurs et partenaires sont demandeurs d'une approche pluriannuelle et d'une vision à plus long terme.

Avant les vacances d'été 2021, il s'agit de fournir un document de travail qui est suffisamment argumenté et qui recueille l'adhésion des différents partenaires ».

#### Le coup de départ

Ces partenaires, représentés au sein du Comité de l'assurance et du Conseil général de l'INAMI, ont relevé le défi, avec un comité scientifique d'experts, d'élaborer une ligne directrice pour l'avenir de notre système des soins de santé, tant au niveau du contenu que du budget. Suivant une approche méthodologique stricte, des objectifs (des soins) de santé et des propositions appropriate care ont été mis sur papier dans différents groupes de travail, et un processus a été élaboré pour une trajectoire budgétaire pluriannuelle dans laquelle l'attention est également portée sur les initiatives intersectorielles ou transversales et leur financement.

Ce travail constitue un jalon pour l'avenir et offre la possibilité de donner un nouvel élan au modèle de concertation.

Nos remerciements vont aux membres du personnel de l'INAMI, aux membres des Task Forces, du Comité Scientifique et du groupe de travail Quintuple Aim, ainsi qu'aux membres du Comité de l'assurance et du Conseil Général. L'engagement et le grand dévouement de tous ces partenaires sont la meilleure garantie d'un avenir largement soutenu de notre système de soins de santé.



Marc Justaert Président CGSS



**Anne Kirsch** Présidente CSS



### **Préambule**

Ce rapport sur la trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé belge est un travail de longue haleine. Il a fait intervenir de nombreux intervenants tant de la société civile que de l'administration fédérale et s'est déroulé en bon nombre d'étapes successives. Afin de permettre à tout lecteur de pouvoir l'appréhender et y trouver les informations qu'il cherche, il était nécessaire d'expliquer la construction des différentes sections qui le compose.

Le « Summary », comme son nom l'indique, est un court résumé de l'ensemble du rapport. Loin d'être exhaustif, il permet toutefois à lui seul d'appréhender les tenants et aboutissants de l'exercice qui a été mené. Pour des informations plus détaillées, le lecteur devra se plonger dans le corps du présent rapport et trouvera toutes les informations recherchées dans les différentes sections qui possèdent chacune leur propre table des matières.

La « Section I » est consacrée à la méthodologie à long terme qu'il convient d'adopter afin d'organiser le travail autour des objectifs de soins de santé. Non sans proposer des pistes de réflexion, cette partie veille surtout à déterminer les moyens nécessaires afin de co-construire les politiques de soins de santé. Différents concepts clés importants sont définis pour mieux comprendre les enjeux et des jalons sont posés pour cadrer cette nouvelle mission.

La « Section II » est une version raccourcie du rapport intermédiaire qui est lui-même déjà disponible sur le site de l'INAMI depuis juillet 2021 (Budget de l'assurance soins de santé : pluriannuel et dynamique à partir de 2022 - INAMI (fgov.be)). Ce rapport intermédiaire avait été écrit suite au travail foumi par les différentes « Task Forces » dans la première partie de cet exercice. Il détaille les nombreux processus novateurs qui ont été utilisés afin de trier et classifier l'ensemble des propositions qui ont été soumises pour cet exercice. Finalement, il liste les domaines de soins de santé retenus comme étant prioritaires et montre une première estimation chiffrée de l'impact des mesures proposées. Son contenu et ses propositions sont non contraignantes mais forment un base pour établir le rapport final (FRF).

La « Section III » constitue la majeure partie du travail foumi par le groupe de travail composé tant de membres du CGSS que du CSS (WGT.QA). Elle retravaille les concepts clés proposés dans la section précédente et foumit des réponses et une orientation au travail restant à foumir pour atteindre les objectifs fixés.

La « Section IV » permet au lecteur de se familiariser avec les nombreux concepts qui sont utilisés dans ce rapport en proposant des définitions claires et validées. De plus, elle reprend également l'ensemble des références bibliographiques qui ont été citées dans l'ensemble du rapport.



# Liste des abréviations

Abréviation	Libellé complet	Abréviation	Libellé complet
AADM	Alliance pour l'avenir des médecins	IMEC	Interuniversity microelectronics centre
Absym	Association belge des syndicats médicaux	INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
AC	Appropriate care	INASTI	Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants
ACP	Advance care planning	IRI	Intermediair rapport intermédiaire
AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé	KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
AG	Administrateur général	LUSS	Ligue des usagers des services de santé
ANMC	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	MAC	Measures appropriate care
APB	Association pharmaceutique belge	MAF	Maximum à facturer
AR	Arrêté royal	MLOZ	Mutualités libres - onafhankelijke ziekenfondsen
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée	OA	Organisme assureur
BMF	Budget des moyens financiers	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CAC	Commissions d'accords et de conventions	ONSS	Office national de sécurité sociale
CAT	Commission d'accord transversale	OSE	Observatoire social européen
CCB	Commission de contrôle budgétaire	PREM	Patient reported experience measures
CFEH	Conseil fédéral des établissements hospitaliers	Prés.	Président
CGSS	Conseil général de l'assurance soins de santé	PROM	Patient reported outcome measures
CIM	Conférence interministérielle	PROMES	Projecting medical spending
CIN	Collège intermutualiste national	PSAP	Projet de soins anticipé et personnalisé
CMD	Collège des médecins-directeurs	QA	Quintuple Aim
CNMM	Commission nationale médico-mutualiste	RDQ	Direction recherche, développement et qualité
CRM	Commission de remboursement des médicaments	SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
CSS	Comité de l'assurance soins de santé	SMART	Spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et temporellement défini
CTK	Conseil technique de la kinésithérapie	SPAC	Structural projects appropriate care
CTM	Conseil technique médical	SPF SPSCAE	Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et
DG	Directeur général	SPF SPSCAE	environnement
DMI	Dossier médical informatisé	SS	Soins de santé
EB	Evidence based	SSdS	Service des soins de santé
EBM	Evidence based medicine	SSI	Soins de santé et indemnités
EBP	Evidence based practice	Sumehr	Summarized electronic health record
ETP	Equivalent temps plein	TF	Taskforce
FGTB	Fédération générale du travail de Belgique	TF AC	Taskforce appropriate care
FRF	Finaal rapport final	TF Budget	Taskforce cadre pluriannuel dynamique
GBO	Groupement belge des omnipraticiens	TF GDOS	Taskforce objectifs de soins de santé
GBS	Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes	ULB	Université libre de Bruxelles
GDOS	Gezondheidszorgdoelstellingen - objectifs de soins de santé	UNML	Union nationale des mutualités libérales
GIBBIS	Gezondheidsinstellingen Brussel Bruxelles institutions de santé	UNMS	Union nationale des mutualités socialistes
HIS	Health interview survey	WT	Verbond der Vlaamse tandartsen
HPV	Papillomavirus humain	WCS	Wetenschappelijk comité scientifique
IFIC	Institut de classification de fonctions	WGT.QA	Werkgroep Groupe de Travail Quintuple Aim
IMC	Indice de masse corporelle	WHO	World health organization



# Table des matières générale

SUMMARY	7
SECTION I : Méthodologie à long terme	<b>17</b>
SECTION II : Rapport intermédiaire	20
SECTION IT: Kapport intermedialie	30
SECTION III : Rapport additionnel	124
SECTION IV : Définitions	192



# SUMMARY





# I. Contexte et approche du projet

À l'automne 2020, les prestataires de soins, les organismes assureurs, le gouvernement et les partenaires sociaux ont posé les bases des procédures budgétaires futures dans le cadre de la préparation du budget. Désormais, la proposition de budget reposera désormais sur des plans pluriannuels, des objectifs (de soins) de santé, des soins efficaces et une coopération dans le respect des compétences individuelles de chaque prestataire de soins de santé. Cette approche sous-tend à la fois à un meilleur contrôle des dépenses de santé et à une vision plus large de la santé : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social maximal, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette nouvelle approche vise à renforcer la résilience et à améliorer la performance du système de santé.

Le 1er mars 2021, le projet « Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins médicaux 2022-2024 » a débuté. Différentes Task Forces et un comité scientifique ont été chargé de développer une méthodologie concrète afin d'intégrer des objectifs (de soins) de santé pour l'assurance maladie. Ils ont également été chargé « d'élaborer un plan de soins efficaces et de générer des gains d'efficience sur une base structurelle » (Budget des soins de santé 2021, Conseil général, CGSS 2020/066). Plus de 300 propositions ont été soumises par les commissions de conventions et d'accords, mais aussi par le monde universitaire, les instituts de recherche, les entreprises, les prestataires de soins de santé et les associations de patients. Le 14 juillet 2021, un rapport intérimaire a été soumis aux membres du Comité des assurances et au Conseil général, qui ont tous deux pris en charge la rédaction d'un rapport final ultérieur. Ce rapport final est le résultat des travaux du groupe de travail conjoint « Quintuple AIM » (WGT.QA).

L'objectif « ultime » du rapport final est de développer une vision stratégique à long terme et son opérationnalisation pour l'assurance maladie en vue de développer une politique de soins de santé plus cohérente et plus résiliente.

Dans ce résumé, après avoir décrit l'approche proposée, vous lirez d'abord quelques propositions concernant la méthodologie pour développer la politique de soins de santé à l'avenir afin que les programmes d'actions soient formulés sur la base d'objectifs prioritaires de soins de santé pour être mis en œuvre en fonction des possibilités budgétaires de façon à assurer un système de soins de santé plus efficace et plus adapté aux besoins réels de la population ainsi que sur le bienêtre des soignants. Le Quintuple Aim est au cœur de cet engagement. Par la suite, le modèle de gestion pour la préparation et le suivi du budget et l'opérationnalisation des décisions budgétaires est discuté plus en détail. Il approfondit également certains des aspects techniques d'un cadre financier pluriannuel et de la transparence budgétaire.

Cette nouvelle approche mais aussi la méthodologie et la gouvernance futures, reposent sur la co- construction avec l'ensemble des acteurs concernés. Une telle méthodologie participative rend les orientations politiques plus compréhensibles pour tous les acteurs tout en les encourageant à prendre leurs responsabilités en vue d'atteindre des objectifs communs. Il renforce la confiance entre un large éventail d'acteurs du système de soins de santé.

Assurer l'accès aux soins de santé et à des soins de qualité pour tous assure la cohésion sociale, mais aussi plus de santé et de bien-être pour le plus grand nombre possible de personnes. Grâce à une approche à l'échelle de la société, nous pouvons rendre les gens plus résilients face aux menaces qui pèsent sur leur santé, leur sécurité et leur bien-être.

La co-construction des soins de santé autour du Quintuple Aim placera également le bien-être des prestataires de soins plus au centre.



# II. Nouvelle méthodologie pour une politique de santé cohérente

#### Objectifs (de soins) de santé et soins appropriés

Un cadre général est nécessaire avec des objectifs de santé globaux qui sont élaborés conjointement par le gouvernement fédéral et les autorités des communautés et des régions afin de parvenir à une politique de santé cohérente et ordonnée à l'avenir. (l'accord fédéral de coalition)

Par conséquent, des objectifs de soins de santé doivent être formulés dans le domaine de la politique des soins de santé (INAMI). Ceux-ci viennent contribuer à la réflexion autour des objectifs de santé globaux. Le quintuple objectif est au cœur de l'élaboration des objectifs de soins de santé. Le système de santé doit contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, au maintien, et, si possible, à l'amélioration la qualité des soins, au maintien ou à l'augmentation de l'utilisation efficace des ressources disponibles, à l'amélioration de l'accessibilité des soins et à l'amélioration du bien-être des prestataires de soins. Par exemple, limiter la prévalence du diabète est un objectif de santé global qui peut être formulé par le gouvernement fédéral et les entités fédérées pour lesquels de multiples domaines politiques peuvent contribuer. Un meilleur suivi des patients diabétiques est un objectif de soins de santé possible pour le système de santé qui vise à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de diabète et à éviter autant que possible les dépenses de santé résultant des complications.

Les objectifs de soins de santé contribuent ainsi à l'atteinte des objectifs globaux de santé. Les objectifs de soins de santé sont également formulés dans le cadre de l'INAMI dans le but d'améliorer la performance du système de santé. Une méthodologie fondée sur des objectifs de santé communs contribue à un système de santé plus efficace en permettant un meilleur alignement des investissements sur les multiples défis qui se posent pour répondre aux besoins de soins de la population.

La première étape est de définir les objectifs de soins de santé. Une fois qu'un consensus a été atteint sur les objectifs de soins de santé à poursuivre, les programmes d'action sont définis conjointement par l'ensemble des acteurs concernés et par consensus. Les programmes d'actions précisent quels groupes d'actions doivent être mis en œuvre ensemble afin de poursuivre, aussi efficacement que possible, chaque objectif de soins de santé proposé. Les programmes d'actions, ainsi que les chantiers actuels, constituent le contenu qui définit les orientations budgétaires du budget pluriannuel.

Chaque année, des choix doivent être faits en fonction des possibilités budgétaires. Il devrait être possible d'étaler l'effort budgétaire et les mesures/actions à prendre sur plusieurs années sous réserve d'une évaluation positive. Alors que les programmes d'actions concernent des décisions stratégiques et se limitent à une description générale, la mise en œuvre des décisions budgétaires annuelles est de nature opérationnelle. Les programmes d'actions doivent être adaptables à court et à moyen terme en fonction des résultats obtenus par rapport aux objectifs à long terme.

Au début de cette législature, nous sommes partis d'un appel général pour déterminer les domaines prioritaires des objectifs de soins de santé. Dans la prochaine législature, nous déterminerons les objectifs de soins de santé en co-construction. Dans le contexte du budget pluriannuel 2022-2024, les objectifs communs de soins de santé pour cette législature doivent être formulés et les chantiers en cours sont également pris en compte. Le budget pluriannuel pour 2023-2024 part des fiches soumises, des 15 projets du budget 2022 et de la co-création qui sera développée. Lors de l'élaboration du budget pluriannuel pour 2023-2024 (après le 7 février 2022), les principaux objectifs de soins de santé pour la période 2022-2024 sont donc d'abord formulés, puis les programmes d'actions pour ceux-ci sont définis en grandes lignes.



#### Elaboration du plan pluriannuel

Les objectifs de soins de santé ne peuvent pas être atteints en un an. Il est nécessaire de formuler les objectifs prioritaires de soins de santé avec une vision partagée et avec un soutien méthodologique pour ensuite élaborer, évaluer et ajuster les programmes d'actions à mettre œuvre sur plusieurs années. Vous trouverez ci-dessous plus d'informations sur la méthodologie participative pour sélectionner les objectifs en matière de soins de santé et élaborer des programmes d'actions pluriannuels. L'objectif de ce chapitre n'est pas de fournir une liste prédéfinie, mais d'encourager la co-construction des politiques en présentant l'intérêt de l'approche par objectif et les possibilités dans le domaine des méthodologies participatives. La façon de procéder par la suite peut ensuite être élaborée, étape par étape. En cohérence avec cela, il y a l'engagement d'un plan financier pluriannuel au niveau des secteurs.

Les objectifs de santé sont avant tout un moyen d'aider à faire des choix budgétaires éclairés afin d'initier un processus d'amélioration continue du système de santé, avec une vision stratégique à moyen et long terme. Cette approche permet de :

- > améliorer la capacité d'élaborer une politique de santé en intégrant des objectifs de soins de santé dans les procédures de prise de décision et dans la trajectoire budgétaire,
- ➤ favoriser l'engagement de tous les acteurs autour d'objectifs communs,
- rassembler différentes expertises, où chaque acteur peut à la fois apporter ses réflexions dans son domaine de compétence et bénéficier de l'apport des autres acteurs concernés,
- > prendre en compte à la fois les connaissances scientifiques actuelles et les points de vue des acteurs concernés,

- > développer un savoir-faire commun pour élaborer des politiques de santé,
- > améliorer la capacité d'innovation dans le domaine des soins de santé
- renforcer la continuité des orientations budgétaires à court et moyen terme en adoptant une vision stratégique à long terme et par l'évaluation à court et à moyen terme sur la base de critères objectifs et transparents.

#### a. Définition des objectifs SMART

La première étape consiste à parvenir à un consensus sur les objectifs prioritaires de soins de santé. Concrètement, cela signifie identifier les principaux problèmes auxquels le système de santé est confronté pour répondre aux besoins de la population en premier. Il est essentiel de parvenir à un consensus sur la sélection des objectifs prioritaires pour garantir l'engagement des parties prenantes dans les prochaines étapes. La deuxième étape consiste à élaborer des programmes d'actions pour atteindre les objectifs. La troisième étape consiste à hiérarchiser les actions en fonction des possibilités budgétaires et de leur opérationnalisation. L'effort budgétaire et la mise en œuvre de nouvelles actions devraient être étalés sur plusieurs années conformément au cadre convenu.

La définition des objectifs stratégiques (liés à l'état de santé ou la qualité de vie) et opérationnels (liés au processus, à la législation, aux infrastructures, au personnel...) permet d'utiliser un langage commun et de réfléchir de manière appropriée aux propositions d'actions. Il est donc nécessaire de définir des objectifs SMART (spécifique, mesurables, acceptable, réaliste et limité dans le temps) pour la détermination de politiques cohérentes.



#### b. Le soutien méthodologique

Compte tenu de la difficulté d'aborder des problèmes parfois complexes, de la nouveauté de l'exercice et du calendrier relativement court, il est essentiel de soutenir activement la réflexion collective sur les objectifs et les programmes d'actions de soins de santé. Ce soutien peut consister à :

- fournir un soutien et une expertise pour la synthèse des connaissances scientifiques et les discussions entre les parties prenantes
- ➢ le développement et la fourniture d'outils méthodologiques pour encadrer les questions à traiter
- organiser des rencontres entre les acteurs concernés en utilisant des techniques de facilitation de réunions dans le domaine des méthodes participatives afin de promouvoir la qualité des échanges et de s'assurer que toutes les questions pertinentes sont discutées dans le temps disponible,
- utiliser certaines méthodes plus spécifiques pour encourager l'innovation.

#### c. L'évaluation de l'atteinte des objectifs

L'évaluation de la réalisation des objectifs de santé à court et à moyen terme devrait être effectuée conjointement par tous les acteurs impliqués dès le départ dans la réflexion sur les objectifs et les actions :

- ➢ elle doit permettre de réfléchir aux ajustements nécessaires des actions,
- ➢ elle peut être fondée à la fois sur un retour d'information sur le terrain et sur des données publiées sur la mise en œuvre effective des actions.
- il s'agit d'améliorer continuellement la performance du système de santé.

Le processus d'évaluation devrait également être coordonné avec tous ceux qui peuvent calculer et mettre à jour les indicateurs pertinents.

#### Définition d'un cadre financier pluriannuel

Il s'agit avant tout de pouvoir définir un cadre financier pluriannuel. Les estimations techniques actuelles sont basées sur une « politique constante » et ne conviennent donc pas aux extrapolations qui tiennent également compte de l'impact financier des décisions prises au cours de l'année 1 (et au-delà) sur l'année 2 (et au-delà). Le modèle Promes du Federal Planning Bureau est basé sur une « politique moyenne » des dernières années qui s'étend à plus long terme et prend en compte un certain nombre de variables telles que les évolutions démographiques. Le plus grand défi est peut- être d'élaborer un modèle dans lequel l'INAMI, en collaboration avec le Bureau fédéral de la planification, ajoute des paramètres dynamiques au modèle INAMI et peut également prendre en compte les effets financiers plus importants de la nouvelle politique.

Il faut garder à l'esprit qu'un cadre financier pluriannuel fixe ne peut jamais être mis en place à cause du cadre réglementaire en matière de comptabilité et de responsabilité financière. Un cadre financier pluriannuel est un engagement, ni plus ni moins.

Les choix annuels sont faits sur la base de la comparaison annuelle de l'objectif budgétaire global et des estimations techniques. Cela peut également prendre en compte la réaffectation des ressources. En outre, de nouvelles initiatives peuvent être prises par chaque secteur individuellement qui poursuivent clairement des objectifs de soins de santé, mais qui sont financées dans les limites de leur propre budget.



#### À la suite de cette procédure:

- > le Conseil général et le Comité des assurances s'engageront à respecter la planification pluriannuelle et le cadre financier pluriannuel.
- > tous les acteurs expriment leur accord pour traduire autant que possible le plan pluriannuel dans les accords et conventions.
- > la commission du contrôle budgétaire assure désormais également le suivi du cadre financier pluriannuel
- > un groupe de travail « Quintuple Aim » (WGT.QA) surveille les décisions budgétaires concernant les objectifs de soins de santé et les soins appropriés par rapport au contenu (voir partie 3).

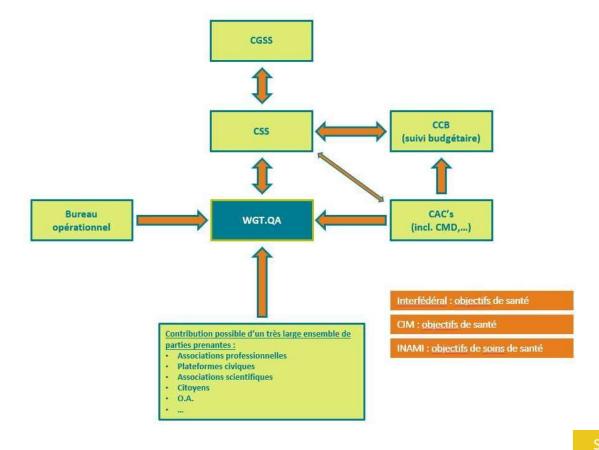
Plus concrètement, cela signifie qu'au cours du premier semestre 2022, un plan pluriannuel pour cette législature sera établi sur la base de programmes d'action en cours d'élaboration, entre autres, sur la base des fiches qui ont été soumises. Le rapport intérmédiaire a identifié les domaines prioritaires pour les objectifs de soins de santé. L'intention est maintenant de mener un débat entre les parties prenantes du WGT.QA et éventuellement les experts invités par ce groupe de travail en vue d'élaborer les objectifs de soins de santé et des plans d'actions qui doivent être mis en œuvre pour les atteindre.



# III. Un nouveau modèle de gestion

#### La gouvernance

La même philosophie de co-création devrait également constituer la base du nouveau modèle de gestion. Le nouveau modèle de gestion doit également former un ensemble cohérent avec les organes consultatifs existants à l'INAMI dont le rôle ne change pas. Une condition nécessaire à la réalisation de la co-création est le développement participatif de la politique de soins de santé. Avec un seul organe supplémentaire, il est possible de réorienter suffisamment la gouvernance vers l'élaboration de politiques intégrées. Cependant, il faut du temps pour essayer et affiner cette méthodologie participative. La poursuite du WGT.QA est prévue avec l'engagement concret d'évaluer et d'ancrer juridiquement la nouvelle méthodologie et le nouveau modèle de gestion d'ici la fin de 2024 au plus tard. Étant donné que le souhait du WGT.QA est de se limiter à ce dernier en tant que seul organe subsidiaire (principe KIS), la nécessité d'un statut clair pour le WGT.QA doit être examinée. Un bureau opérationnel soutiendra le WGT.QA au niveau opérationnel (HRM, juridique, etc.).





Au début de la législature, il y a plus de travail à faire que les années suivantes, car les objectifs prioritaires de soins de santé et le budget pluriannuel sont fixés. Bien entendu, les objectifs prioritaires en matière de soins de santé ne sont pas forcément atteints en une seule législature. Il est donc important de poursuivre un nombre limité d'objectifs en matière de soins de santé dans chaque législature pour garantir la cohérence dans le temps des engagements budgétaire. Le budget pluriannuel doit également tenir compte des dossiers actuels et de l'accord de coalition. Pour la législature actuelle, la formulation des objectifs et des programmes d'actions de soins de santé se fait dans le cadre général défini par le Quintuple Aim, en tenant compte des 15 projets approuvés par le Comité de l'assurance pour l'année 2022 (voir décisions budgétaires 2022).

Chaque législature formulera donc d'abord des objectifs de soins de santé. Ces objectifs de soins de santé sont fixés par le WGT.QA et proposé au Comité de l'assurance et au Conseil général, qui décide des politiques générales. Ensuite, ces objectifs font l'objet d'un suivi régulier, y compris sur la base des rapports HSPA de performance du KCE. La préparation de la surveillance est également effectuée par le WGT.QA, qui, par exemple, invite les experts de la KCE à sa réunion sur ce sujet. La préparation, ainsi que le procès-verbal de la réunion du Comité de l'assurance, sont transmis au Conseil général, qui assurera le suivi ultérieur. Les domaines prioritaires des objectifs de soins de santé pour la législature actuelle sont énumérés à la section 2 du rapport final. L'approbation de ce rapport par le Conseil général est suffisante pour fixer les objectifs de soins de santé pour 2022-2024. Un cadre général théorique d'objectifs de soins de santé doit être élaboré pour appuyer les travaux à partir de 2025 dès qu'il y aura un nouveau gouvernement.

Une fois que les objectifs de soins de santé ont été formulés, le WGT.QA élaborera les programmes d'actions et préparera le budget pluriannuel pour être ensuite proposé au Comité de l'assurance et au Conseil général. Les programmes d'actions sont des groupes d'actions qui poursuivent l'objectif pertinent de soins de santé aussi efficacement que possible. Il s'agit de programmes globaux d'actions qui ne sont pas finalisés d'un point de vue opérationnel. Le Conseil général s'engage à respecter le budget pluriannuel et tous les secteurs traduisent cet engagement au maximum dans leurs propres activités et ont en tête un plan pluriannuel cohérent pour leur secteur à cela. En l'absence de consensus au sein des commissions de conventions et d'accords, il peut v être dérogé sous réserve d'une décision motivée formulée par ces commissions.

Ce n'est qu'après la décision budgétaire annuelle qui détermine les ressources financières disponibles pour des actions et mesures qu'elles sont implémentées. Elles sont déterminées par les secteurs concernés (accords et commissions de convention, collèges des médecins directeurs, conseils techniques, etc.) qui peuvent inviter des experts (universitaires et de terrain) à tout moment. Les propositions de mise en œuvre sont soumises au Comité de l'assurance avec l'avis de la du Contrôle Budgétaire. Les décisions budgétaires Commission annuelles comprennent également des décisions sur les actions qui génèrent des ressources, conformément à l'objectif d'efficience du Quintuple Aim. Le budget tient également compte des demandes motivées de chaque secteur.

Enfin, les programmes d'actions pour lesquels des fonds ont été mis à disposition doivent être évalués et l'atteinte des objectifs de soins de santé doit être évalués.



#### <u>Chronologie</u>:

Quand?	Quoi?	Par qui ?
7 février 2022	Domaines prioritaires objectifs de soins de santé 2022- 2024 à partir desquels d'abord et avant tout les premiers objectifs de soins de santé pour 2022- 2024 seront formulés	Le Conseil général décide des domaines prioritaires des objectifs de soins de santé pour cette législature. Ceux-ci se trouvent à la section 2 du présent rapport final.
15 juillet 2022 (date cible)	Budget pluriannuel 2023-2024	Le WGT.QA prépare un budget pluriannuel pour cette législature sur base des informations actuellement disponibles. PS : un cadre financier pluriannuel ne peut être que dynamique.
1 septembre 2022	Listes des besoins et calcul de l'impact budgétaire par le WGT.QA pour les actions pertinentes	Ces informations sont disponibles pour les concertations en vue de la préparation du budget 2023.
19 septembre 2022	Estimations techniques revues et avis indicatif du WGT.QA sur le budget annuel	Ces informations sont disponibles pour les concertations en vue de la préparation du budget 2023
Octobre	Décision budgétaire	La proposition de budget est votée par le Comité de l'assurance le premier lundi d'octobre. Ensuite, la Commission du contrôle budgétaire donne son avis sur la proposition de budget. Le troisième lundi d'octobre, un budget est approuvé par le Conseil général.
Après la décision budgétaire	Mise en œuvre de l'opérationnalisation des actions et mesures	Les secteurs le préparent pour le Comité de l'assurance qui décide après un avis de la commission du contrôle budgétaire (qui tient également compte du budget pluriannuel pour lequel chacun s'est engagé).
2023-2024	Préparation du budget et exécution des décisions budgétaires	Même méthodologie que celle décrite ci-dessus
2024	Évaluation de la nouvelle méthodologie et du nouveau modèle de gestion	Les ajustements sont analysés par le WGT.QA, en concertation avec tous les secteurs, et décide lors d'une réunion conjointe du Conseil général et du Comité de l'assurance
Début d'une nouvelle législature	Objectifs de soins de santé supplémentaires et budget pluriannuel	La même méthodologie que celle décrite ci- dessus, mais les objectifs de soins de santé sont formulés en co-construction sur base d'une méthodologie qui sera déterminée au cours de cette législature en vue d'un système de santé plus performant



Dans la partie 2 ci-dessus, chapitre 2, il est expliqué avec quelles méthodologies les décisions stratégiques au sein de l'assurance maladie peuvent être prises de manière participative. Il est important qu'un consensus soit atteint avec un grand nombre d'acteurs. Un autre élément est la mise en œuvre concrète d'actions et de mesures pour la réalisation de l'objectif Quintuple Aim.

Les objectifs de soins de santé qui seront définis sont repris dans la nouvelle ligne budgétaire transversale GDOS. Cette nouvelle ligne est financée par la marge budgétaire, mais éventuellement aussi par les gains d'efficience réalisés par les secteurs. Dès que les actions correspondantes sont stables et qu'il est clair quel budget peut être explicitement alloué à un ou plusieurs secteurs, le transfert est effectué de la ligne budgétaire transversale GDOS vers une ligne GDOS dans l'objectif budgétaire partiel. Toutefois, certaines actions resteront toujours dans la ligne budgétaire transversale parce que toutes les incidences budgétaires des mesures ne peuvent pas être imputées par secteur.

Le WGT.QA regroupe de nombreux acteurs et peut décider d'inviter des experts. Le WGT.QA peut décider de lancer un appel à idées supplémentaires autour de thèmes spécifiques. D'autre part, il est essentiel que la co-construction soit la plus large possible. Il existe donc un canal de communication ouvert en permanence par lequel les associations professionnelles, les associations de patients, les associations scientifiques, les citoyens, les organismes assureurs, etc. peuvent soumettre des idées via un modèle fixe. Ces idées peuvent également inclure des propositions relative à l'efficience. Les appels du WGT.QA doivent être organisés en collaboration avec l'INAMI. En ce qui concerne le canal de communication ouvert, il est convenu d'un suivi trimestriel par le WGT.QA si possible.

#### **Transparence budgétaire**

Les propositions concernant une plus grande transparence budgétaire seront élaborées plus avant (techniquement, juridiquement) dès que possible, comme décrit dans le rapport final.



# SECTION I : Méthodologie à long terme





### Table des matières

- Introduction
- II. Methodology
- 1. Description globale de l'approche par objectifs SMART
- 2. Approche méthodologique pour déterminer les objectifs de soins de santé
- 3. Approche méthodologique pour élaborer les objectifs de soins de santé
- 4. Evaluation annuelle de l'atteinte des objectifs de soins de santé et ajustement des actions

- III. GDOS & AC
- 1. Objectifs d'amélioration de la santé de la population
- 2. Objectifs d'amélioration de la qualité des soins
- 3. Objectifs d'amélioration de l'efficience
- 4. Objectifs d'amélioration de l'accès aux soins de santé
- 5. Objectifs de soins de santé pour l'amélioration du bienêtre des professionnels de santé
- IV. Conclusions

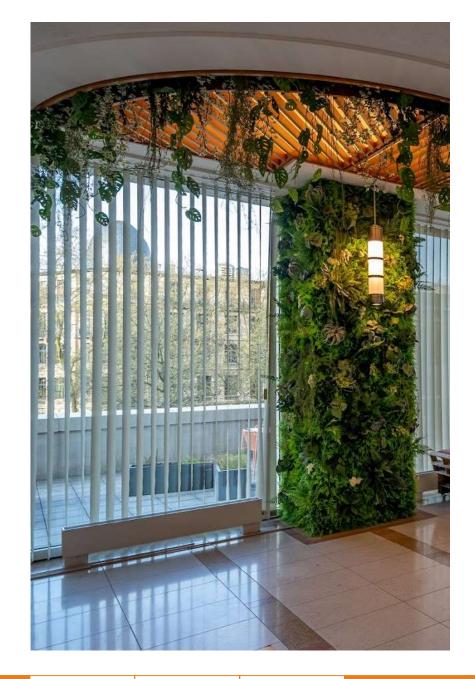


## I. Introduction

- ❖ Une politique de santé cohérente pour la population est basée sur des objectifs de santé globaux élaborés conjointement par le gouvernement fédéral et les autorités des communautés et des régions. Ces objectifs de santé sont des objectifs spécifiques, mesurables, acceptés et réalistes (cf. le principe SMART), qui visent à améliorer la santé de la population sur une période prédéterminée. Ces objectifs de santé globaux visent les domaines politiques (Health in all policies), et s'accordent sur les compétences en ligne avec l'INAMI en tenant compte des objectifs de tous les domaines d'action pertinents.
- Les objectifs de soins de santé sont définis de manière à ce que le système de soins de santé puisse remplir au mieux son rôle central, à savoir à la fois améliorer la santé de l'ensemble de la population, améliorer la qualité des soins, utiliser plus efficacement les ressources disponibles, réduire les inégalités sociales en matière de santé et améliorer le bien-être des prestataires de soins. Par exemple, la réduction de la prévalence du diabète est un objectif général de santé qui peut être formulé par le gouvernement fédéral et les gouvernements des communautés et des régions, et auquel plusieurs domaines politiques peuvent contribuer. Un meilleur suivi des patients atteints de diabète est un objectif de soins de santé possible qui permet, au sein du système de santé, d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de diabète et d'éviter autant que possible des dépenses de santé supplémentaires.
- Le travail ne consiste pas seulement à budgétiser des moyens financiers, mais aussi à réfléchir plus largement aux transformations à apporter dans le système de soins de santé au travers des mesures sélectionnées (groupes de mesures) pour atteindre les objectifs de soins de santé choisis. Cette réflexion a lieu avec tous les prestataires de soins concernés et avec des experts compétents. En partant des besoins du patient, on détermine quelle offre de soins doit être développée et ce n'est qu'ensuite que l'on étudie quelles initiatives ou mesures sont nécessaires en plus de ce qui existe déjà dans l'assurance maladie. Ce faisant, il est tenu compte d'une éventuelle réorientation des ressources vers une utilisation plus efficace.
- ❖ Une question préliminaire concerne la méthodologie pour arriver aux bonnes priorités. Le soutien scientifique n'est pas le seul élément pertinent dans la réflexion sur une politique de santé cohérente. Les outils d'aide à la prise de décision sont tout aussi pertinents, comme l'utilisation de méthodologies participatives dans les différentes phases de réflexion, l'utilisation de méthodologies pour promouvoir l'innovation et l'utilisation d'outils de gestion de l'information.
- ◆ Cet objectif est décrit par l'organisation mondiale de la santé comme: "Strengthening leadership in health requires a focus on ensuring an eco-system that enables participation from diverse actors, nurtures debates and provides an opportunity for all actors to assert their leadership potential, as the need arises, to the benefit of improved health-system performance." (WHO, 2016 et 2021).



- → Dans cette première section du rapport final, des propositions sont faites concernant la méthodologie à long terme pour développer une politique de soins de santé cohérente. Comment les grands problèmes de notre système de soins de santé sont-ils détectés, les programmes d'action mis en place, ajustés et évalués ?
- Les objectifs de soins de santé présentés dans cette section sont des exemples. Les questions soulevées sont un peu plus larges que les cinq dimensions des rapports de performance du KCE qui évaluent les performances du système de soins de santé belge et qui traitent de la qualité, de l'accessibilité, de l'efficacité, de la durabilité et de l'équité des soins, où l'équité des soins couvre tous les niveaux. Dans le cadre du Quintuple Aim, l'enquête de santé de Sciensano est examinée cidessous et les indicateurs se retrouvent également dans d'autres études. Des indicateurs pour le suivi des politiques peuvent également être développés si nécessaire.
- ❖ Enfin, la cohérence entre l'approche fondée sur les preuves et l'approche agile utilisée avant l'été est établie. Les domaines plus larges pour les objectifs de soins de santé dans le rapport intermédiaire correspondent à l'approche fondée sur la science. Il est donc assez facile de formuler des objectifs prioritaires en matière de santé pour les années 2022 à 2024 et d'élaborer des programmes d'action pour ces objectifs, tâche qui sera accomplie au cours du premier semestre 2022. Le choix final entre les objectifs et les actions en matière de soins de santé dépend chaque année des possibilités budgétaires et fait donc l'objet des discussions budgétaires annuelles.



**SECTION I** 

GDOS & AC



# II. Methodology

#### II.1. Description globale de l'approche par objectifs SMART

- L'amélioration de la capacité politique
- ◆ Cette approche est avant toute chose un moyen d'améliorer la capacité politique : « Policy capacity refers to the ability to develop policy that is aligned with resources in pursuit of goals » (Forest et al., 2015).
- → En effet, la complexité des problématiques de santé que ce soit à l'échelle d'une population, d'une communauté ou d'un individu, implique que les choix en matière de politiques de santé s'appuient nécessairement sur un ensemble diversifié d'éléments tels que des valeurs, des connaissances scientifiques, les points de vue des acteurs concernés tout en intégrant les incertitudes inhérentes.

- L'approche par objectif est une opportunité pour élargir le champ de la réflexion dans le cadre des orientations budgétaires futures et favoriser ainsi une politique ambitieuse en adoptant une vision stratégique à long terme.
- → Dans le cadre de la politique des soins 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.
- ◆ Cette approche s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la gouvernance : «The point of improving governance is to improve policy performance, meaning better formulated and implemented policies.» (Greer et al., 2016).
- → L'axe principal d'amélioration de la capacité politique est le fait d'intégrer de façon explicite et directe les résultats recherchés en terme de santé dans les procédures de gouvernance et de concertation administratives au niveau budgétaire.



#### Les avantages de l'approche par objectifs

- ♦ Cette approche permet tout d'abord de mieux circonscrire les politiques d'investissement par une meilleure identification des problèmes au sein du système de santé, qu'ils soient objectivés par des sources scientifiques ou par des expertises de terrain. Elle favorise ainsi l'engagement de l'ensemble des acteurs autour d'objectifs concertés et partagés et assure une meilleure convergence des efforts collectifs à travers différents types de mesures possibles, que ce soit au niveau financier ou sous d'autres formes possibles comme des modifications d'ordre structurel. organisationnel ou encore règlementaire (ces mesures peuvent être prises à différents niveaux, macro, méso, micro).
- ♦ Un des principaux avantages de cette méthodologie est de fournir des outils d'aide à la concertation et à la décision en permettant tout d'abord une meilleure intégration des connaissances scientifiques et des points de vue des différents acteurs concernés. La mise en avant d'objectifs à atteindre offre l'occasion de rassembler différentes expertises et perspectives de façon décloisonnée, où chaque acteur peut à la fois apporter ses réflexions dans son champ de compétence et bénéficier de l'apport des autres participants. Cette nouvelle façon de structurer la réflexion budgétaire autour d'objectifs est plus à même de favoriser l'émergence de propositions innovantes, transversales, pluridisciplinaires et coordonnées.
- ♦ La détermination d'objectifs fournit l'opportunité d'améliorer la capacité d'innovation en permettant de réunir l'ensemble des acteurs concernés pour résoudre un problème bien documenté. Cette capacité à mobiliser les acteurs et les savoirs est tout à fait essentielle pour aborder les problèmes complexes.

- L'explicitation d'objectifs pour le système de santé et des valeurs sousjacentes permet également de renforcer la continuité à moyen et long terme des orientations budgétaires de façon à garantir une meilleure cohérence de la politique d'investissement au cours du temps, celle-ci étant non seulement guidée par une perspective à long terme mais surtout elle peut être évaluée à court et moyen terme selon des critères plus objectifs et transparents. Elle permet alors de déterminer des ajustements réguliers et des actions qui tiennent compte non seulement des buts poursuivis, mais aussi des résultats de l'évaluation à plus court terme et des facteurs contextuels susceptibles d'influencer les résultats. Ainsi, l'élaboration des politiques des soins de santé relève avant tout d'un processus d'ajustement dynamique à court et moyen terme au sein d'un cadre structurant formalisé d'objectifs à long terme.
- ♦ La mise en avant d'objectifs et de programmes d'actions pour le système de santé rend également plus lisible la politique de soins de santé pour les autres secteurs concernés par les politiques de santé. Dans le cadre de la politique « Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity » (Leppo et al., 2013). Cette approche par objectif adoptée pour le système de santé est plus à même de faciliter les discussions entre les secteurs et les différents niveaux de compétences en vue de coordonner les engagements et actions entre les différents acteurs et d'obtenir ainsi le renforcement des effets attendu entre les différentes politiques susceptibles d'influencer la santé de la population (par exemple dans la lutte contre l'obésité).

Multiannual Budget

**SECTION I** 



#### II.2. Approche méthodologique pour déterminer les objectifs de soins de santé

♦ Concrètement, l'approche par objectifs implique différentes étapes pour aboutir à la détermination d'une politique cohérente. Il s'agit en premier lieu d'obtenir un consensus autour des objectifs de soins de santé poursuivis pour ensuite élaborer des programmes d'actions pour les atteindre.

#### • La détermination des objectifs de soins de santé

- ♦ Cette étape préparatoire a pour but de relever l'ensemble des problématiques importantes dans le système de soins de santé qui devraient faire l'objet d'actions particulières (investissements, règlementation, etc.). Concrètement, il s'agit d'identifier les problèmes les plus importants qui se posent dans le cadre du système de soins de santé pour répondre aux besoins de la population, à partir des études scientifiques existantes et des avis des acteurs concernés.
- → Il s'agit d'une approche sélective focalisée (Obyn et al, 2017): les objectifs sont définis à partir d'une sélection de problématiques prioritaires. Ce premier travail permet de formuler des objectifs de soins de santé, à moyen et long terme, potentiellement recevables (smart). Le rapport performance du KCE fournit un cadre conceptuel pour structurer la réflexion autour des objectifs de soins de santé. Il rassemble également, par dimension, un ensemble d'indicateurs pour identifier les problèmes de performance existants. Il n'est toutefois pas suffisant car il est nécessaire de tenir compte d'autres publications complémentaires, des avis d'experts scientifiques, des professionnels de santé et du point de vue des patients.

- → Pour sélectionner les objectifs, il est possible de recourir à certaines méthodes permettant d'aboutir à un consensus, comme la technique Delphi. A partir de cette étape, il est nécessaire d'élaborer un ensemble d'actions cohérentes pour atteindre les objectifs de soins de santé fixés (des programmes d'actions appropriate care).
- ♦ Les objectifs ainsi définis fournissent le cadre stable des priorités budgétaires à long terme au sens où les actions futures à financer devront permettre de contribuer à l'atteinte de ces objectifs de soins de santé. Les actions devront également être cohérentes avec les autres objectifs de soins de santé fixés, c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas porter atteinte à l'un ou l'autre objectif (par exemple entre l'objectif d'accessibilité et l'objectif d'efficience).
- ♦ En effet, certaines actions peuvent entrainer des effets dans différentes dimensions de la performance : certaines actions pour améliorer l'efficience, par exemple des incitants pour réduire le recours à certains soins qui n'apportent pas de bénéfices de santé pour certains types de patients ne doivent pas réduire l'accès de façon indifférenciée pour l'ensemble des patients, c'est-à-dire y compris pour ceux qui pourraient en retirer un bénéfice de santé potentiel.

GDOS & AC



#### • Les différents types d'objectifs de soins de santé possibles

- → La définition des différents types d'objectifs de soins de santé permet d'adopter un langage commun et de réfléchir au juste niveau pour proposer des actions.
- ♦ Les objectifs stratégiques :
  - Les objectifs de résultat finaux portent sur l'état de santé ou la qualité de vie.
  - Les objectifs de résultats intermédiaires portent sur les déterminants de la santé pour atteindre les objectifs finaux (comme par exemple, les difficultés d'accès aux soins de santé ou encore la littératie en santé).
- ♦ Les objectifs opérationnels :
  - Les objectifs de processus portent sur la façon dont les soins sont délivrés pour améliorer la qualité, l'efficience, l'accessibilité et la soutenabilité. Ce sont les actions à mener pour atteindre les objectifs de résultat. Les objectifs de processus sont utiles pour monitorer à court terme l'implémentation des programmes.
  - Les objectifs de structure et d'organisation portent sur des modifications dans la législation, les infrastructures, les ressources humaines, etc.
- ♦ Les modifications au niveau des processus, de structure ou dans la législation devraient trouver une justification par la recherche d'un objectif stratégique plus large. Cette condition est importante pour garantir à la fois la lisibilité et la cohérence de l'ensemble des actions entreprises.

#### Définition d'un objectif de soins de santé SMART

- → La définition d'un objectif SMART est:
- > spécifique,
- mesurable ce qui signifie quantifiable (par exemple, diminution de X%),
- > atteignable, ambitieux, acceptable ou faisant l'objet d'un accord, notamment parce qu'il est possible de déterminer des actions,
- réaliste compte tenu du contexte, des ressources, de l'horizon temporel (la faisabilité),
- > temporellement défini, avec une échéance définie à court terme ou à moyen terme ou à long terme (avec les données de base).
- ♦ Ce type d'objectif implique le recours à des indicateurs, avec aussi une attention pour des indicateurs du procédé.
- → Trois critères principaux interviennent dans la sélection des indicateurs:
- > la disponibilité
- la validité : « comme la capacité d'un indicateur à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer»,
- > la fiabilité : « La fiabilité d'un indicateur est sa capacité à mesurer fidèlement un phénomène, c'est-à-dire sans trop de variation aléatoire » (Champagne et al., 2005).
- ♦ Ces questions qui peuvent être assez techniques (pour la validité et la fiabilité) sont néanmoins centrales dans le cadre du travail de priorisation d'objectifs. Si la validité et la fiabilité peuvent être plus facilement appréciées pour des indicateurs existants, cette analyse critique doit cependant pouvoir être réalisée.

Multiannual Budget GDOS & AC Conclusions



- ♦ La disponibilité est un des principaux problèmes auguel se heurte la sélection d'objectif SMART. Le risque est de passer à côté d'un problème qui pourrait pourtant être bien identifié par ailleurs mais pour lequel aucun indicateur n'est encore disponible. C'est pourquoi il est indispensable d'envisager, d'une part, l'éventualité d'analyses supplémentaires de données secondaires et, d'autre part, la possibilité de collecte de données nouvelles.
- ♦ La décision de privilégier l'utilisation de données originales au lieu de données secondaires devrait être le résultat d'un compromis entre la situation idéale où toutes les problématiques sont mesurées (à un coût de traitement élevé) et celle où seuls les indicateurs déjà existants sont utilisés sans aucune collecte de données complémentaire.

#### • Le risque lié à l'approche par objectif de soins de santé SMART

→ L'identification des problèmes importants ne peut s'appuyer entièrement sur la publication d'indicateurs. En effet, certaines problématiques ne sont pas toujours mesurables ou elles peuvent ne pas encore avoir fait l'objet d'une évaluation quantitative (Champagne et al., 2005). Compte tenu de la complexité des problèmes à résoudre pour répondre aux besoins en soins de la population, il est impossible de disposer de tous les indicateurs permettant d'identifier l'ensemble des priorités en matière de politique de soins de santé. Les objectifs de soins de santé SMART sélectionnés ne peuvent couvrir entièrement l'ensemble des problématiques qui se posent dans le cadre du système de soins de santé. Le risque est le rétrécissement du champ de la réflexion autour des objectifs pour lesquels des indicateurs existent au détriment de problèmes non quantifiables ou non encore évalués d'un point de vue quantitatif, que ce soit dans le cadre de l'évaluation de la performance du système de soins de santé ou dans d'autre contextes d'études.

- ♦ C'est la raison pour laquelle la détermination des objectifs doit pouvoir être largement discutée afin de ne pas s'en tenir exclusivement aux indicateurs publiés. Certains problèmes peuvent être identifiés de façon bottom-up et être recevables, y compris en l'absence d'indicateurs existants.
- ♦ Le recours à la comparaison d'indicateurs au niveau international ne doit pas être la seule source d'information pour identifier les domaines où il existe des problèmes. Les différences entre pays ne reflètent pas nécessairement des différences de performance, en particulier lorsqu'ils ne sont pas ajustés en fonction de l'état de santé de la population ou parce que la méthode de collecte est susceptible d'être différente.
- ♦ La focalisation sur les indicateurs peut aussi limiter la réflexion autour de la question de la réussite, l'atteinte ou non de l'objectif tel qu'il est formulé sans tenir compte de l'entièreté du problème auquel il réfère ni des implications en terme de choix sociétaux. Par exemple, lorsque l'objectif de soins de santé SMART est calculé pour une population cible particulière, cela ne signifie pas pour autant que le problème soulevé ne concerne pas une population plus large qui serait également susceptible de bénéficier des actions. C'est aussi valable pour certaines maladies lorsque les indicateurs sont calculé uniquement pour certaines maladies (par exemple pour le problème du sous-dépistage du cancer du sein chez le personnes défavorisées).
- Les constats qu'il est possible de tirer à partir de l'indicateur pour cette pathologie sont susceptibles de s'appliquer aux autres types de cancer (le sous-dépistage systématique des cancers dans les publics défavorisés).

Multiannual Budget

Methodology



#### II.3. Approche méthodologique pour élaborer les objectifs de soins de santé

- → Les objectifs de soins de santé visent à corriger des problèmes de nature différente (lien clair entre la cause et l'effet), compliqués (causes multiples nécessitant des avis d'experts), complexe (pas de relation de cause à effet identifiable hors contexte, résultats non prévisibles et émergents), voire chaotique (pas de relation de cause à effet identifiable) (Cynefin framework).
- ♦ Pour les problèmes compliqués ou complexes, il est essentiel de pouvoir se doter d'outils et d'approches méthodologiques pour aboutir à des transformations positives au sein du système de santé et réduire ainsi les problèmes jugés prioritaires. La première difficulté réside dans la nécessité de synthétiser un ensemble de sources d'information variées. C'est pourquoi, il est important de pouvoir utiliser les bon outils pour communiquer efficacement le résultat des discussions, appels à propositions ou encore des publications.
- ♦ Les méthodes d'évaluation de programme de santé offrent des outils conceptuels intéressants pour évaluer, avant leur mise en œuvre (au stade de projet), la pertinence des interventions dans le domaine la santé (Brouselle, 2009). Elles apportent également un cadre très complet des questions à se poser pour concevoir des actions ou plus largement un programme.
- ♦ Enfin, l'approche par le Service Design offre un cadre méthodologique solide pour aborder les nombreux défis dans le domaine des soins de santé. Il s'agit d'un ensemble de méthodes pour réfléchir de façon pluridisciplinaire à des problèmes complexes (« wicked problems ») et favoriser l'innovation.

- Des outils pratiques pour synthétiser les éléments constitutifs des actions à partir de différentes sources de propositions
- ♦ Un des facteurs clé de succès dans l'élaboration d'actions pour résoudre des problèmes compliqués ou complexes est la diversité des sources utilisées. C'est pourquoi il est important d'utiliser un outil capable de compiler un ensemble de sources diversifiées et de pouvoir tracer son origine, que ce soit pour des raisons administratives, pour retourner auprès des sources si nécessaire (des acteurs, experts consultés, sources bibliographiques, etc.) et assurer ainsi une meilleure transparence. La diversité des sources possibles à intégrer pour obtenir un ensemble d'actions cohérentes entre elles nécessite le recours à un outil d'analyse qualitative.
- ♦ Ce type d'outil permet de faire une synthèse au fur et à mesure du travail de l'ensemble des sources utilisées : des propositions bottomup (GDOS et AC), des compte rendus de discussion autour des propositions, des avis d'experts ou autre, des compléments issus des publications scientifiques ou autres sources possibles (sites web...) tout en conservant l'origine de la source.
- ♦ Un logiciel d'analyse qualitative (comme Nvivo) permet de tracer le contenu de chaque élément (c'est-à-dire rattacher les différentes parties du texte à sa source, comme par exemple une référence bibliographique ou un numéro de fiche) tout en permettant l'intégration des parties dans une structure thématique, celle-ci pouvant être définie comme étant l'ensemble des questions à aborder pour aboutir à une approche cohérente par rapport aux objectifs poursuivis.



- ♦ Ce travail d'analyse qualitative permet à chacun de retrouver la source de chaque élément qui est repris dans la synthèse. Comme les fiches ne peuvent être utilisées de façon isolée dans beaucoup de domaines pour aboutir à des propositions cohérentes (en raison notamment de la possible redondance), et qu'elles sont aussi potentiellement intégrées de façon transversale dans un ensemble d'actions plus large, elles peuvent être reprises ainsi par morceaux dans un document synthétique lorsque c'est pertinent et référencées par rapport à leur numéro attribué.
- ♦ Un autre avantage de ce type d'outil est de pouvoir visualiser les actions en fonction de plusieurs angles d'analyse : par exemple, il est possible d'avoir une visualisation des toutes les actions qui se réfèrent à l'amélioration de l'accès financier et par ailleurs de voir les actions qui se réfèrent à un type de soins, comme par exemple les soins dentaires, qui incluent les actions d'amélioration financière concernant les soins dentaires.
- ♦ Ce type de logiciel permet de centraliser le codage des données pour analyser différentes dimensions.
- ♦ Les cartes mentales peuvent également s'avérer utiles pour obtenir une vue d'ensemble des actions qui sont déterminées pour atteindre les objectifs fixés.
- ♦ Elles sont utiles en particulier pour évaluer rapidement visuellement si les actions sont suffisamment exhaustives (c'est-à-dire qu'elles prennent en compte l'ensemble des causes du problème visé ou des possibilités d'actions) et ambitieuses (c'est-à-dire leur effet attendu par rapport à l'importance du problème visé).

#### • Des outils pour élaborer le contenu des programmes d'actions

- ♦ Les méthodes d'évaluation des programmes de santé permettent de distinguer les différentes parties constitutives d'un projet de programme d'action en découplant la partie théorique de la partie opérationnelle.
- ♦ Cette distinction est importante lors du travail de réflexion car un des facteurs de succès est le fait de pouvoir envisager l'ensemble des causes possibles d'un problème de la façon la plus exhaustive qui soit avant de poser les questions des actions et de leur faisabilité opérationnelle, le risque étant d'envisager uniquement les causes sur lesquelles il est facile d'agir sans forcément obtenir un effet significatif. Par exemple, le meilleur remboursement d'un soins pour améliorer l'accès financier doit aussi tenir compte des autres paramètres qui vont influencer le coût total pour le patient (exemple : l'augmentation du remboursement pourrait fournir l'opportunité d'une augmentation du prix total).
- ♦ La partie théorique ne doit pas nécessairement être très développée mais elle doit décrire de la façon la plus complète possible l'ensemble des composantes du problème posé pour répondre à la question suivante : est-ce que l'ensemble des causes possibles ou du contexte sont décrites ? les choix d'agir sur certaines causes ou d'apporter des modifications sont-ils suffisamment bien justifiés ? Par exemple, le problème de l'accès aux soins dentaires pour les publics vulnérables peut être expliqué par différentes causes et certaines ont un effet plus important que d'autres.



- ♦ La partie théorique peut être décomposée autour de deux guestions :
  - La compréhension du problème : identification du type de problème (simple, compliqué ou complexe), description du problème, des causes possibles, des facteurs contextuels à prendre en compte, des points de vue différents (professionnel de santé, patient, organisation de soins...), institutionnel, etc.
  - La justification des actions proposées : description théorique des actions par rapport aux effets attendus : c'est la théorie de programme. Il s'agit d'établir le fait que, d'un point de vue théorique, le problème peut être résolu par les actions proposées, même si celles-ci peuvent être étalées sur plusieurs années, également en envisageant les effets indésirables potentiels des actions. Cette partie pose la question de la pertinence théorique des actions relativement à l'objectif poursuivi.
- → La partie opérationnelle va porter sur la faisabilité de l'action, c'est-àdire la détermination des conditions de sa mise en œuvre qui soit favorables à la réalisation de l'action : l'implication de l'ensemble des acteurs concernés sont effectivement impliqués, des ressources financières suffisantes pour implémenter la(es) action(s) et obtenir l'effet recherché, vérifier si le contexte règlementaire, organisationnel (ou autre) est favorable, que l'expertise requise soit mobilisée correctement, anticiper certains risques liés à l'implémentation, etc. Ces questionnements sont d'autant plus importants que le problème à adresser est compliqué ou complexe.

#### • Des outils pour favoriser la qualité des discussions entre les acteurs

♦ Le recours aux méthodes participatives permet de cadrer les discussions entre les acteurs afin de garantir que le résultat des échanges soit utile par rapport aux objectifs de la rencontre. « Participation means that affected parties have access to decisionmaking and power so that they acquire a meaningful stake in the work of the institution » (Greer et al., 2016).

- ♦ La nécessité de ce type de méthode se justifie principalement par le contexte particulier dans lequel les discussions autour des objectifs vont être organisées : une grande diversité des profils des participants (formation, perspective, valeurs, rôle, intérêts, etc.), des problématiques complexes ou compliquées à discuter (problèmes avec des causes pas toujours bien identifiées, effets indésirables, influence possible de facteurs contextuels locaux, des solutions diverses possibles, ...) et une forte contrainte de temps pour aboutir à des propositions d'actions opérationnelles. C'est pourquoi il est essentiel de faire appel à des méthodologies éprouvées pour assurer de bonnes conditions pour une meilleure efficacité des échanges entre acteurs et favoriser la créativité nécessaire à l'émergence de solutions innovantes.
- → La rencontre entre les acteurs doit tout d'abord être préparée en amont pour aborder les bonnes questions et favoriser des échanges constructifs autour des objectifs. La synthèse des différentes sources (propositions, études scientifiques) peut se faire de façon préparatoire aux discussions avec les parties prenantes et les experts et ensuite de facon itérative au fur et à mesure de l'état d'avancement du travail d'élaboration des actions.
- ♦ Un des facteurs clé de succès des rencontres entre acteurs est la préparation et la facilitation des réunions pour permettre des discussions constructives obtenues à partir de positions différentes, d'intérêts divergents, etc. Le choix de la personne qui facilite la réunion est déterminant. Ce rôle devrait pouvoir être assuré par une personne neutre, extérieure au domaine pour éviter certains biais dans la façon dont les discussions sont dirigées. La facilitation est un domaine d'expertise à part entière. Ce rôle doit idéalement être assuré par des consultants en approche participative. En plus chaque participant devra être convaincu de l'utilisation utile des ces ressources, ce qui nécessite un débat ultérieur.

GDOS & AC



#### • Les méthodes de Service Design pour favoriser l'innovation

- ♦ La méthode de Service Design appartient au type de méthodes qui favorise l'innovation pour améliorer les services afin de les rendre plus utiles, utilisables, efficaces et efficients. L'approche par le Service Design est utilisée dans divers domaines, y compris dans le domaine des soins de santé (Stickdorn et al., 2019) et à toutes les échelles (macro, méso, micro). Ces méthodes sont particulièrement intéressantes pour résoudre des problèmes complexes pour lesquels il n'existe pas à priori de solutions connues ou de résultat prévisible (Roberts et al., 2016). Ainsi, un certain nombre de problématiques pourraient bénéficier d'une telle approche, par exemple la centralité sur le patient (l'intégration des soins), l'efficacité des soins, la sécurité des soins, ou encore la disponibilité des soins.
- → Parmi les divers méthodes de Services design, certaines ont un potentiel reconnu pour le milieu des soins : le développement de l'empathie pour avoir une meilleure compréhension du vécu et des besoins des acteurs concernés (en premier lieu celui des utilisateurs), la collaboration radicale et le prototypage rapide (Roberts et al., 2016). La collaboration radicale part du constat qu'aucune discipline ne peut résoudre à elle seule les problèmes complexes. Il est donc indispensable de non seulement pouvoir réunir les acteurs concernés mais aussi de favoriser des interactions créatives, en particulier à partir d'idées ou positions différentes. « Rather than fully deploying a few theory-only ideas, the final design thinking method of testing many rough ideas in rapid iteration, or prototyping, aims to generate and test multiple alternative hypotheses and divergent strategies before selecting the best available option(s) for refinement.» (Roberts et al., 2016).

- ♦ Ces méthodes s'appuient sur un certain nombre de principes dont le premier est centré sur l'humain : « consider the experience of all the people affected by the service » (Stickdorn et al., 2019). Elles proposent notamment de mieux identifier le problème sur lequel agir en vue d'élaborer un ensemble d'options possibles pour le résoudre (au lieu de chercher, d'emblée, à obtenir une seule bonne réponse possible).
- ♦ Le Service Design recoure à des méthodes participatives et sur un ensemble d'outils pour favoriser la créativité des participants en mettant l'accent sur l'exploration, sans jugement, de pistes divergentes, d'idées variées. Des outils et visualisations, appelés « boundary objects » sont utilisés afin d'adopter un langage commun permettre la co-création multidisciplinaire. Ces méthodes reconnaissent également l'intérêt de répéter les différentes phases de réflexion, que ce soit en amont, par rapport à la réflexion autour du problème ou, en aval, sur les propositions et leur expérimentation, en incluant notamment de l'échec comme étape utile au développement d'améliorations.

#### • Les ressources nécessaires pour améliorer le système de santé

→ L'amélioration du système de soins de santé doit être reconnue comme une dynamique d'apprentissage et de transformation continue qui requiert un soutien méthodologique substantiel. Il est essentiel de pouvoir disposer de l'expertise méthodologique pour accompagner les différentes phases de travail de réflexion autour des objectifs de soins de santé. Ce soutien méthodologique est essentiel pour permettre à l'ensemble des acteurs concernés de se former au travail de co-création de programmes de soins de santé. Au regard des enjeux pour le système de soins de santé, le retour sur investissement des moyens financiers alloués au soutien méthodologique est potentiellement très important.

> Multiannual Budget Conclusions



#### II.4. Evaluation annuelle de l'atteinte des objectifs de soins de santé et ajustement des actions

- → L'évaluation de l'atteinte des objectifs de (soins de) santé à court et moyen terme doit être assurée de façon conjointe par l'ensemble des acteurs impliqués dès le départ dans la réflexion autour des objectifs et des actions:
  - > elle doit permettre de réfléchir aux ajustements nécessaires par rapport aux actions qui doivent être ajustées ou nouvellement implémentées chaque année;
  - elle peut s'appuyer à la fois sur des retours de terrain et des données publiées concernant la mise en œuvre effective des actions (l'implémentation peut être différente de ce qui est prévu au départ), des effets observés éventuels non anticipés possibles (positifs ou négatifs) relativement à l'objectif poursuivi ou par rapport à d'autres dimensions de la performance;
- > il s'agit d'adopter une démarche d'amélioration continue de la performance du système de santé par la reproduction de plusieurs cycles d'apprentissage. Cette démarche est essentielle pour pouvoir aborder les problèmes complexes.
- → Cela implique la mise en œuvre d'une approche coordonnée de l'évaluation impliquant tous les acteurs qui peuvent produire et mettre à jour les indicateurs. Dans la perspective d'inclure également des problématiques jugées importantes (par exemple identifiées par des acteurs de terrain ou de façon qualitative) pour lesquelles des indicateurs n'existent pas encore, il faudra éventuellement prévoir des ressources financières supplémentaires pour mesurer ce qui ne l'est pas encore actuellement.

- ♦ Beaucoup d'indicateurs existent déjà mais il faudrait étudier quels indicateurs indispensables seraient encore manquants:
- > comment l'évaluation pourrait-elle être coordonnée entre les différents acteurs? Inventaire de l'ensemble des sources possibles.
- > à quel rythme les indicateurs existants sont-ils mis à jour ? Par exemple, le prochain rapport performance du KCE est prévu pour 2024(?)
- > par qui ? différents acteurs sont concernés.
- ♦ L'évaluation qui doit être mise en œuvre doit être un compromis entre ce qu'il est possible et indispensable de mesurer pour évaluer l'atteinte des objectifs et l'implémentation des actions AC proposées compte tenu des moyens et du temps disponibles pour réaliser l'évaluation.



Multiannual Budget

GDOS & AC



## III. GDOS & AC

#### III.1. Objectifs d'amélioration de la santé de la population

- ♦ Les objectifs de santé présentés dans cette partie se distinguent des objectifs de soins de santé au sens où il s'agit d'objectifs stratégiques qui sont aussi influencés par les politiques de santé plus largement (Health in All Policies).
- ♦ L'accord de coalition fédéral de 2020 contient, entre autres, les objectifs de santé publique suivants : « d'ici 2030, réduire d'au moins 25 % l'écart de santé entre les personnes ayant le nombre le plus élevé et le plus faible d'années de vie en bonne santé », « réduire de 15 % le nombre de décès évitables » et « retrouver une place dans le groupe des dix pays européens ayant le nombre le plus élevé d'années de vie en bonne santé».
- ♦ Voici deux exemples d'objectifs SMART en matière de soins de santé et d'actions appropriate care.

#### Amélioration de la santé mentale

♦ Objectif proposé dans les fiches (autres sources sont possibles, c'est-àdire entre autre des objectifs existants et des indicateurs disponibles dans diverses études), par exemple « diminuer de 10% le taux de suicide (par an, pour 100 000 habitants) d'ici 2030 ».

♦ Une des actions possibles : plus de soins psychiatriques, mais aussi soins somatiques pour les jeunes avec de problèmes psychiatriques (voir la mesure 5 du budget approuvé 2022).

#### Lutte contre l'obésité

- ♦ Un objectif de santé global possible est par exemple « *Réduire de x*% la prévalence de l'obésité dans la population d'ici 2030 (mesurée, Health Examination Survey, Sciensano, 20% pour les hommes et 23% pour les femmes, 5.8% pour les enfants enquête HIS, ≥ IMC 30) ».
- ♦ Cet objectif global de santé (Health in all policies) peut se traduire par des contributions de différents domaines politiques.
- ♦ Cet objectif de santé globale peut être traduit en objectifs de soins de santé qui visent une amélioration dans le domaine de la santé mentale, santé physique, réduction du surpoids, l'état nutritionnel et d'autres.
- est inscrite au budget santé 2022 (mesure 2 budget 2022).

Multiannual Budget Conclusions

**SECTION I** 



#### III.2. Objectifs d'amélioration de la qualité des soins

- ♦ Vous trouverez ci-dessous quelques exemples d'objectifs en matière de soins de santé visant à améliorer la qualité des soins.
- ♦ Le KCE utilise la définition suivante des soins de santé : « la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment » (Devos, et al., 2019; Institute of Medicine, 1990). Il est également important de noter que le résultat de santé dépend également du patient qui fait l'objet des soins, d'une part dans la réalisation des soins qui correspondent aux connaissances scientifiques actuelles (par exemple l'observance thérapeutique) et d'autre part le résultat tel que vécu par le patient. Le KCE utilise les sous-dimensions efficacité des soins, adéquation des soins, sécurité des soins, continuité des soins et soins centrés sur le patient.

#### Amélioration de l'efficacité des soins

- → L'efficacité des soins dans cette partie concerne uniquement l'effet direct sur la santé des personnes dans le cadre des soins de santé. Voici un exemple d'objectif possible de soins de santé dans ce contexte.
- ♦ Objectif de processus : réduire les réadmissions (nouveaux épisodes d'hospitalisation)

- ♦ Et certaines des actions retenues pour cela dans le budget 2022 :
- > Itinéraire de soins autour du patient avant et après une transplantation d'organe abdominal (mesure 4)
- > 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 (mesure 6)
- > Advanced care planning (mesure 8)

#### Amélioration de la centralité du patient

- ♦ « La prise en charge centrée sur le patient est une approche des soins de santé volontairement axée sur les besoins du patient, qui répond à ses besoins individuels et s'assure que ses valeurs guident la prise de décision clinique » (Devos et al., 2019). Voici un exemple d'objectif possible de soins de santé dans ce contexte.
- Objectif de processus: 80 % des médecins généralistes disposent d'un DMI (Dossier Médical Informatisé), tiennent à jour le Sumehr de leurs patients et disposent de toutes les informations médicales (100 % d'ici 2023)
- ♦ Une des actions retenues pour cela dans le budget 2022 : Advanced care planning (mesure 8)

Multiannual Budget Conclusions



#### Amélioration de la continuité des soins

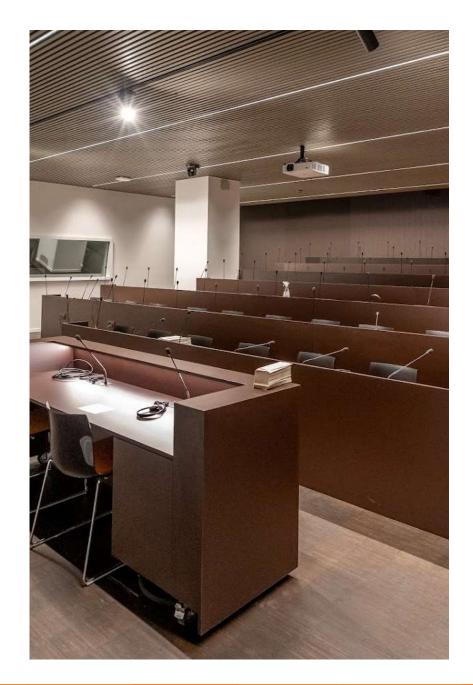
♦ « La continuité des soins se définit comme « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté » (Devos et al., 2019; Arah et al., 2006).

#### ♦ La continuité des soins comprend :

- La continuité de l'information : la disponibilité et l'utilisation des données relatives à des contacts antérieurs du patient avec le système de santé
- La continuité relationnelle : l'existence d'une relation durable entre le patient et un ou plusieurs dispensateurs de soins
- La continuité entre l'hôpital et la 1ère ligne de soins (la répartition cohérente des tâches entre les différents prestataires de soins dans les différents contextes de soins)
- Continuité dans la coordination des soins : les liens entre les dispensateurs de soins sur une période prolongée dans le temps en vue de réaliser un objectif commun

#### Amélioration de la sécurité des soins

- → La sécurité des soins peut se définir comme « la mesure dans laquelle ) le système ne nuit pas au patient » (Devos et al., 2019; Arah et al., 2006). Voici un exemple d'objectif possible de soins de santé dans ce contexte : diminution de x points ou de x% de la prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés
- ♦ L'amélioration de la sécurité et de l'efficacité des soins est étroitement liée à l'amélioration de l'efficience (voir thème suivant). Après tout, les deux contribuent à réduire les dépenses



Methodology



#### III.3. Objectifs d'amélioration de l'efficience

- → L'efficience est le rapport entre les ressources déployées et les valeurs atteintes conformément au Quintuple Aim.
- ♦ Des gains d'efficience peuvent être réalisés en diminuant le coût total de la prise en charge pour un résultat égal ou supérieur. Le coût total peut être réduit de quatre façons :
  - par la prévention
  - > par la réduction de la quantité de soins en évitant des soins inappropriés (la surconsommation)
  - par la réduction du coût des soins engagés (par exemple par le recours à des soins moins coûteux ou par la régulation des prix)
  - > par la réduction des effets secondaires ou autres conséquences négatives qui engendrent des coûts de prise en charge supplémentaires, c'est-à-dire en augmentant la sécurité des soins (par exemple les infections nosocomiales)
- ♦ Des gains d'efficience peuvent également être réalisés par l'engagement de moyens supplémentaires pour réaliser des résultats plus importants. Voici quelques exemples d'objectifs possibles de soins de santé, c'est-à-dire objectifs de processus :
  - diminution de la prescription d'antibiotiques de X% (objectif existant)
  - diminution du nombre de patients polymédiqués
  - développement de l'hospitalisation de jour (pour une efficacité égale par rapport à l'hospitalisation classique)

- ♦ Certaines des actions retenues dans ce cadre dans le budget 2022 sont les suivantes:
- > optimaliser l'utilisation des médicaments (mesure 10)
- > supprimer les obstacles financiers pour avoir plus d'hospitalisation de jour (mesure 11)





#### III.4. Objectifs d'amélioration de l'accès aux soins de santé

- ♦ Quatre dimensions de l'accès aux soins de santé sont identifiées :
  - la sensibilité aux besoins en soins : la détection des besoins de soins objectifs (tels que définis d'un point de vue clinique) ;
- la disponibilité : des services sont atteignables par la population ;
- l'accessibilité financière : le fait que les contributions personnelles ne soient pas un frein au recours aux soins et qu'elles n'entraînent pas de difficulté financière en cas de recours.
- l'acceptabilité des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé.
- → La conséquence principale des problèmes d'accès est la baisse de la santé entre autres par le fait de ne pas bénéficier (suffisamment) de soins alors qu'un besoin clinique objectif existe.

# III.5. Objectifs de soins de santé pour l'amélioration du bien-être des professionnels de santé

♦ Le rapport de performance du KCE se concentre principalement sur la disponibilité de suffisamment de prestataires de soins, ainsi que sur le fait qu'ils soient suffisamment qualifiés. Le cinquième objectif du Quintuple Aim est plus large que cela. Vous trouverez ci-après quelques exemples d'objectifs de soins de santé et d'actions de soins appropriés pour améliorer le bien-être des prestataires de soins de santé.

- Exemples d'objectifs possibles de soins de santé :
  - réduire de 2% la prévalence de burn-out chez le personnel soignant (avec une attention particulière aux médecins et infirmiers)
  - réduire de 20% le pourcentage de médecin qui se disent constamment fatigués et stressés
  - accroître de x années le temps qu'un infirmier reste en moyenne dans sa fonction d'infirmier
  - réduire de X% le taux d'absentéisme du personnel soignant
- ♦ Les actions possibles sont les suivantes :
- ➤ mettre en place une politique visant à alléger la charge émotionnelle et à favoriser le soutien social de la part de confrères (introduction d'un soutien psychosocial via un psychologue, introduction d'un point de contact central « agressions/comportements indésirables », introduction d'un système de remplacement, organisation d'un système de feed-back et envoi d'un questionnaire de monitoring annuel pour évaluer le bien-être de chaque médecin individuel) (Vanbelle et al., 2012)
- développer des outils d'évaluation des conditions de travail du personnel soignant
- encourager la pratique de groupe ou la mise en réseau des pratiques solo (Jonckheer et al., 2011)
- > prévoir des honoraires corrects pour les prestataires de soins

Multiannual Budget

**SECTION I** 



## **IV. Conclusions**

- → La première section du rapport final vise à fournir une méthodologie pour l'avenir afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles. Le point de départ de cette méthodologie est la fixation d'objectifs de soins de santé au sein du cadre du Quintuple Aim (la santé de la population, la qualité des soins, l'efficience, l'équité, le bien-être des professionnels) afin de mieux orienter et coordonner les politiques de soins de santé.
- ♦ Cette méthodologie, associée à une gouvernance adaptée du processus budgétaire, constituera la nouvelle approche pour prioriser les investissements dans les soins de santé dans un cadre budgétaire pluriannuel et pour responsabiliser l'utilisation du budget des soins de santé. L'ambition est de réfléchir plus largement aux transformations pour améliorer le système de soins de santé et atteindre les objectifs de soins de santé.

- ◇ Concrètement, la première étape est de parvenir à un consensus sur les objectifs de soins de santé à poursuivre et la deuxième étape est d'élaborer des programmes d'actions pour les atteindre. Une troisième étape est le choix des actions en fonction des possibilités budgétaires. L'effort budgétaire et les mesures à prendre doivent pouvoir être envisagés sur plusieurs années tant que les objectifs de soins de santé ne sont pas atteints. Les programmes d'actions doivent pouvoir être ajustés à court et moyen terme en fonction des résultats obtenus par rapport aux objectifs de long terme.
- → Compte tenu de la difficulté de l'exercice, de sa nouveauté et des délais relativement courts de la trajectoire budgétaire annuelle, il est primordial de soutenir activement la réflexion collective autour des objectifs de soins de santé et des programmes d'actions. Le soutien consiste à:
- > organiser les rencontres entre les acteurs concernés de façon participative (animation et facilitation de réunion par un service de consultance externe)
- élaborer et mettre à disposition des outils méthodologiques pour cadrer les questions à aborder
- > assurer un travail de soutien et d'expertise pour faire la synthèse des connaissances scientifiques et des discussions entre les acteurs
- > assurer un travail de coordination des différentes étapes.



- → L'évaluation de l'atteinte des objectifs de (soins de) santé doit être assurée de façon conjointe par les acteurs concernés.
- → Étant donné que la détermination des objectifs de soins de santé à poursuivre et l'élaboration des programmes d'action nécessitent la coopération des acteurs concernés (prestataires de soins, représentants de patients et experts), il n'est pas dans l'intention du rapport final de formuler déjà les objectifs de soins de santé pour le budget 2022-2024.
- ♦ Pour les (groupes d') actions qui font partie des objectifs de soins de santé pour 2022, nous pouvons utiliser des fiches qui ont été soumises à l'INAMI au cours du premier trimestre de 2021 et qui ont ensuite été évaluées par la TF GDOS et la TF AC. Les fiches soumises peuvent ne pas être entièrement satisfaisantes : parfois, les fiches doivent être revues et d'autres instruments d'ajustement doivent être envisagés en plus, tels que la régulation des prix.
- ♦ La section III fournit un exposé approfondi plus l'opérationnalisation de mesures approuvées et donne commentaire des adaptations du modèle de gestion du processus budgétaire.
- → Pour les années 2023 et 2024, les objectifs de soins de santé peuvent être définis selon une méthodologie participative plus solide et mieux étayée. En fonction des objectifs de soins de santé sélectionnés, des programmes d'action peuvent ensuite être élaborés de façon concertée et participative.

❖ En fonction des possibilités budgétaires annuelles, des choix peuvent être faits entre des objectifs de soins et des (groupes d') actions. Ces discussions font partie des discussions annuelles pour la préparation du budget. Les choix à opérer sont toujours fondés sur la contribution des actions possibles à la réalisation du Quintuple Aim, en fonction de leur réalisabilité et compte tenu de leur impact budgétaire.

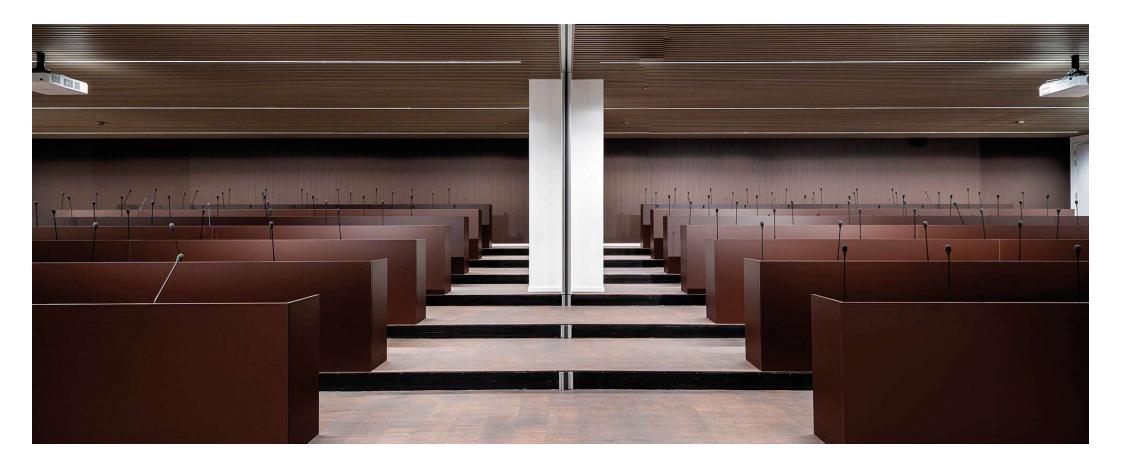
#### ♦ Points clefs:

- L'amélioration de la capacité à élaborer des politiques de soins de santé consiste à intégrer explicitement des résultats recherchés en terme de santé et d'amélioration de la performance du système de soins de santé dans les procédures de gouvernance et de concertation administratives au niveau budgétaire.
- L'approche fondée sur les objectifs de (soins de) santé fournit l'occasion de rassembler l'ensemble des acteurs concernés autour de problématiques de santé ou de soins de santé jugées prioritaires.
- > Un soutien méthodologique et un travail de coordination doivent être assurés afin de faciliter la réflexion collective et aboutir à des propositions cohérentes dans des délais courts.
- > Le recours aux méthodes participatives lors des échanges entre les différents acteurs permet de discuter plus efficacement et de faire émerger des propositions davantage concertées et innovantes.
- Les objectifs de soins de santé sont fixés à moyen et long terme et les actions sont élaborées, sélectionnées et évaluées annuellement en fonction des possibilités budgétaires annuelles et de l'atteinte des objectifs fixés.
- > L'évaluation de l'atteinte des objectifs doit être assurée par les acteurs impliqués dans l'élaboration des programmes d'actions.

Multiannual Budget



# SECTION II : Rapport intermédiaire



SECTION II

Introduction

Methodology

Results

Discussion

Conclusions Multiannual Budget



## **Ambitions**

- ♦ Cette législature célèbre le 60e anniversaire de la loi Leburton (1963) et des accords de la Saint Jean (1964) qui ont jeté les bases de l'assurance maladie et de la concertation médico-sociale telles que nous les connaissons aujourd'hui, sur la base de négociations sectorielles. Cela a bien fonctionné pendant longtemps. Nos soins de santé sont généralement reconnus comme un système accessible et de haute qualité.
- → Pour qu'il le reste, nous le soumettons régulièrement à un check-up général. Cependant, ces analyses fournissent une image nuancée de nos soins de santé. De plus, la démographie et les soins ont fondamentalement changé au cours des 60 dernières années : avec une population vieillissante, l'un des principaux défis est de continuer à fournir les meilleurs soins possibles aux patients chroniques avec des comorbidités. En raison de l'accélération des progrès technologiques, nous devons adapter nos systèmes plus rapidement à ces innovations. Cela nécessite une actualisation des instruments politiques et des processus utilisés qui facilitent une approche intégrée et transversale si nous voulons remodeler l'assurance-maladie pour les 60 prochaines années.
- ◆ C'est pourquoi, il est si important de développer une méthode d'intégration des objectifs de soins dans les choix de l'assurance maladie. En combinaison avec un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et une approche centrée sur l'« Appropriate Care » - le soin pertinent à sa juste place au moment opportun-, nous pourrons développer une vision stratégique à (moyen) long terme pour notre assurance maladie et également prévoir les ressources nécessaires.
- ◆ Ce que nous payons en trop pour certains traitements exclut d'autres soins appropriés de l'assurance obligatoire. Face aux besoins médicaux non satisfaits dans un contexte de pénurie budgétaire, il relève du devoir des décideurs politiques et des parties prenantes , soit de chacun, de formuler une réponse adaptée.

- Nous pensons que ce rapport formule une partie de la réponse. Grâce à un kick-off très suivi et à un appel à projets reçu avec enthousiasme, 300 propositions nous ont été soumises ; de la part d'accords et des commissions de conventions bien évidemment, mais aussi du monde académique, des instituts de recherche, des entreprises et des citoyens. Chacun a eu la possibilité de mettre ses propositions sur la table et elles ont toutes été examinées avec la même minutie et le même sérieux. D'abord par les experts de l'INAMI, ensuite par ceux des Task Forces et du Comité scientifique. Pour guider ce processus, une méthodologie innovante a été développée, soutenue par une application numérique que nous avons développé en interne. Jours, nuits et week-ends, plus de 30 collaborateurs de l'INAMI et 70 experts ont travaillé à ce projet, dont vous pouvez lire le résultat dans ce rapport. Merci à tous pour votre énorme contribution.
- ❖ Une approche ambitieuse mais progressive a été délibérément choisie. Lorsque chacun se transcendera dans les mois et dans les années à venir, ce projet prendra forme et petit à petit il donnera naissance à une nouvelle assurance-maladie. Nous veillerons à tirer parti des forces du système actuel et à continuer à travailler sur ses faiblesses. Notre regard sera invariablement tourné vers l'avenir, mais non sans porter régulièrement un regard rétrospectif.



**Jo De Cock** Administrateur général honoraire Président CNMM



**Brieuc Van Damme** Ex-Directeur général Service des Soins de Santé



## Table des matières

- I. Introduction
- 1. Historique
- 2. Gouvernance
- II. Methodology
  - Calendrier
  - Définition des « deliverables »
- 3. Description des activités
  - 1. Groupe de pilotage
  - 2. Comité Scientifique
  - 3. Task Force Objectifs de soins de santé
  - 4. Task Force Appropriate Care
  - 5. Task Force Cadre Pluriannuel Dynamique

- III. Results
- 1. Objectifs de soins de santé
- 2. Tableau récapitulatif et impact budgétaire
- 3. Autres résultats
- IV. Discussion
- 1. Quid des estimations budgétaires?
- 2. High-level lessons learned
- 3. Considérations méthodologiques
- 4. Recommandations structurelles
- V. Conclusions



## I. Introduction

### I.1. Historique

Le cadre budgétaire de l'assurance maladie doit être adapté pour permettre la concertation dans une perspective pluriannuelle prévisible, pour encourager le décloisonnement, et pour soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires en ce qui concerne les objectifs de soins de santé prioritaires.

Une méthode concrète visant à intégrer ces objectifs de santé dans les choix de l'assurance maladie sera élaborée en concertation avec le Comité de l'assurance. Plus précisément et à partir de 2022, la procédure budgétaire prévoira l'attribution de moyens aux objectifs de santé (ou objectifs de soins de santé).

En concertation avec les différentes commissions de conventions et les autres instances compétentes, une Task Force sera mise en place avec pour mission d'élaborer un programme « Appropriate Care » (réduction des variations de pratique médicale, rationalisation des prescriptions,...) en vue de générer des gains structurels d'efficience d'ici 2022.

Le coup d'envoi de ces activités a été donné le 1er mars 2021, moment lors duquel le ministre Frank Vandenbroucke a également apporté des précisions.

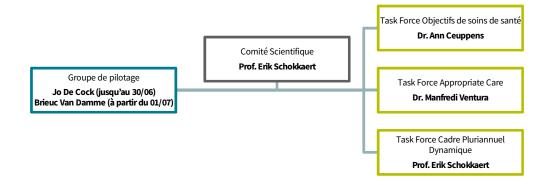
Conseil général de l'INAMI du 19 octobre 2020

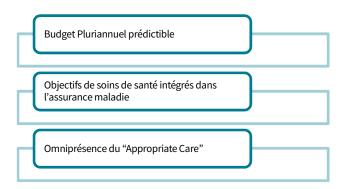




#### I.2. Gouvernance

- → Les travaux sont encadrés par un groupe de pilotage présidé par l'INAMI, avec des représentants des organismes assureurs, des organisations de prestataires de soins siégeant dans le Comité de l'assurance, et de la cellule stratégique.
- → D'autres experts compétents et des représentants d'associations de patients sont également impliqués.
- Le groupe de pilotage et les 3 Task Forces associées (voir ci-contre) ont un rôle de coordination et de conseil, et ne se substituent pas aux missions légales du Comité de l'assurance et du Conseil général.
- ♦ Le groupe de pilotage et les Task Forces sont soutenus par des équipes de projet.
- ♦ Les profils des participants ont été définis en vue d'un fonctionnement efficace et flexible du groupe de pilotage et des taskforces.
- → Un comité scientifique participe à l'orientation du calendrier de réforme.

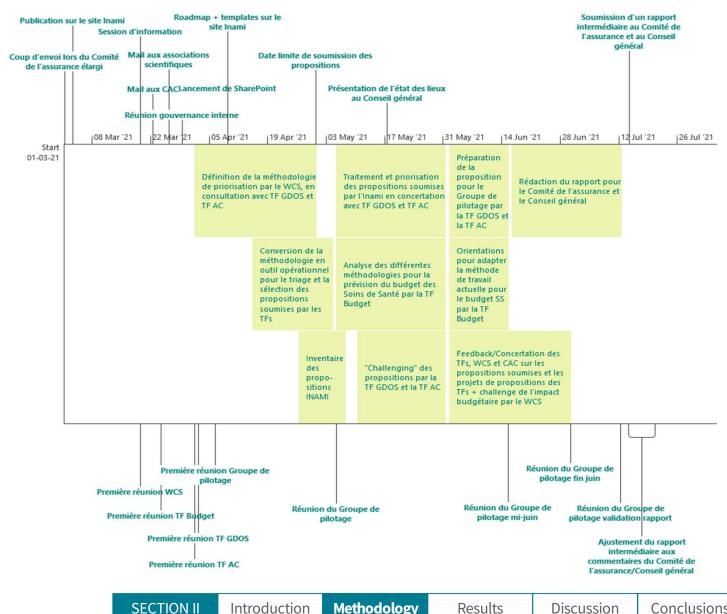




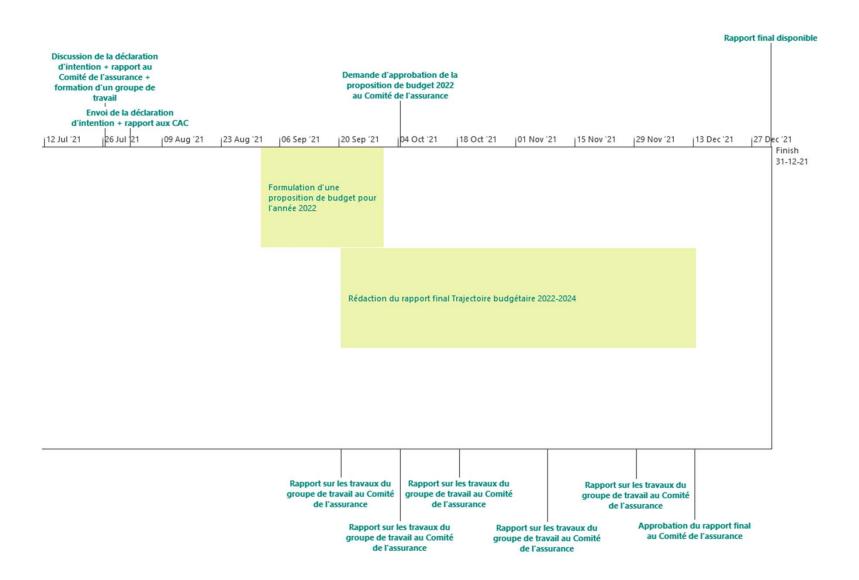


## **II. Methodology**

## II.1. Calendrier









## II.2. Définition des « deliverables »

- ♦ Les "deliverables" attendus sont :
  - Objectifs de soins de santé prioritaires (GDOS)
  - > Inventorisation des initiatives pour atteindre les objectifs de soins de santé (actuelles, prévues et nouvelles)
  - Initiatives prioritaires Appropriate Care (AC):
    - ✓ Réalisation mission CNMM concernant réallocation de 40 mio €
    - Mesures structurelles et d'accompagnement
    - ✓ Mesures effectives AC pour financer les initiatives GDOS
  - > Trajectoire budgétaire pluriannuelle dynamique avec pronostic pluriannuel du bureau du plan et de l'INAMI:
    - ✓ Pronostic sur base de processus identifiables
    - ✓ Elaborer un processus qui permet de financer les initiatives qui contribuent à la réalisation des objectifs de soins de santé dans le cadre d'une dynamique budgétaire transversale
- → Tout ceci n'est pas sans rapport avec d'autres chantiers en cours tels que la réforme du financement des hôpitaux, la réforme de la nomenclature ou encore le pacte pharma.





## II.3. Description des activités

## II.3.1. Groupe de pilotage

- ♦ Le groupe de pilotage a pour but de :
- Coordonner et harmoniser les activités
- Faire périodiquement un rapport au Conseil général et au Comité de l'assurance
- > Assurer la rédaction d'un rapport final au Ministre
- - > 7 prestataires de soins
  - > 3 représentants des mutuelles
  - > 8 représentants du gouvernement
    - √ 5 INAMI
    - ✓ 1 SPF Santé Publique
    - ✓ 1 AFMPS
    - ✓ 1 Cellule stratégique
- ➤ 1 représentant des organisations faîtières des associations de patients
- les 3 présidents des Task Forces et du WCS
- ♦ Un bureau opérationnel est prévu pour l'organisation pratique des activités

**Chefs de projet :** Tom Verdonck Saskia Mahieu

Nom	Fonction		
Jo De Cock (Prés.) – jusqu'au 30/6/21 Brieuc Van Damme(Prés.) – à partir du 1/7/21	AG- DG SSDS	INAMI	
Brieuc Van Damme	DG SSDS	INAMI	
Philippe Tavernier	DG SECM	INAMI	
Benoit Collin	Adj.AG Adj. <30/6/21 AG > 1/7/21	INAMI	
Alain Van Hende	Coordinateur Appropriate Care (SECM)	INAMI	
Annick Poncé	DG a.i.	SPF SPSCAE	
Jan Bertels	Chef de cabinet	Cellule stratégique	
Reinier Hueting	Président	Het Kartel	
Roel Van Giel	Président	Domus Medica	
Margot Cloet	Administrateur délégué	Zorgnet-Icuro	
Yves Smeets	DG	Santhea	
Hendrik Van Gansbeke	Coordinateur général	Wit-Gele Kruis Vlaanderen	
Koen Straetmans	Président	APB	
Philippe Devos	Président	Absym	
Luc Van Gorp	Président	CIN	
Xavier Brenez	Président	MLOZ	
Ilse Weeghmans	Directeur	Vlaams Patiëntenplatform	
Paul Callewaert	Secrétaire général	UNMS	
Hugues Malonne	DG	AFMPS	
Erik Schokkaert	Em. Prof. KULeuven	Président WCS & TF Budget	
Ann Ceuppens	Directeur service d'études MLOZ	Président TF GDOS	
Manfredi Ventura	Président de l'Association Francophone des Médecins-Chefs	Président TF AC	



## II.3.2. Comité Scientifique

- → Le groupe de pilotage est soutenu par un comité scientifique présidé par le professeur Erik Schokkaert (KU Leuven), et est composé de 11 membres.
- ♦ La tâche du comité scientifique est de :
- Donner un retour d'information scientifique sur les propositions formulées
- Faire office de « challengers » pour les Task Forces
- ➤ Aider le groupe de pilotage à mettre en place une méthode pour prioriser les propositions, sur base de critères solides

Nom	Fonction		
Erik Schokkaert (Prés.)	Em. Prof.	KULeuven	
Rita Baeten	Senior Policy Analyst	Observatoire social européen	
Carine Van de Voorde	Chercheuse	KCE & KULeuven	
Jan De Maeseneer	Head WHOCC Fam Med and PHC	UGent	
Lode Godderis	Prof.	KULeuven	
Sophie Thunus	Prof.	UCLouvain	
Jean Hermesse	Prof. Em.	UCLouvain	
Joanna Geerts	Expert	Bureau du Plan	
Magali Pirson	Prof.	ULB	
Mathias Dewatripont	Prof.	ULB	
Philippe Van Wilder	Prof.	ULB	

## Description des activités

- → Le Comité scientifique s'est réuni chaque semaine. Les sujets suivants ont été abordés:
- Place et pertinence des objectifs de (soins de) santé. Quels sont les grands défis sociétaux et systémiques auxquels notre système d'assurance maladie et de santé est confronté ? Comment intégrer ces enjeux dans une vision cohérente de la politique de santé?
- Quelle méthode peut être utilisée au mieux pour "scorer" les fiches des TF AC et GDOS afin de les intégrer dans une vision cohérente? Le WCS a développé pour cela une matrice de critères qui a ensuite été également opérationnalisée dans un outil de « clusterisation » des différents fichiers.
- Comment adapter la procédure budgétaire pour donner plus de place aux initiatives transversales dans le cadre d'un budget pluriannuel basé sur des objectifs (de soins) de santé? Comment le processus budgétaire peut-il être rendu flexible et dynamique, tout en garantissant une stabilité suffisante aux acteurs de terrain?
- Comment calculer l'impact budgétaire des initiatives concrètes ? Quel est le rôle relatif (forces et faiblesses) des estimations techniques et du modèle « Promes » ? Quels sont les effets probables de la crise Covid et comment peuvent/doivent-ils être pris en compte dans les estimations ?

**Chef de projet :** Brieuc Van Damme

**Secrétaires :** Cindy Opdebeeck Saskia Mahieu

Tom Verdonck



## II.3.3. Task Force Objectifs de soins de santé

♦ La tâche de la TF GDOS consiste à fixer les objectifs de soins de santé prioritaires pour la période 2022-2024, et est présidée par le Dr. Ann Ceuppens (MLOZ).

Nom		Fonction
Ann Ceuppens (Prés.)	Directrice service d'études MLOZ	MLOZ
Pascal Meeus	Conseiller général	INAMI
Evelyne Hens	Conseiller	Cellule stratégique
Gilbert Bejjani	Secrétaire général	Absym
Dieter Vercammen	Expert	AADM
Eric Brassinne	Président	СТК
Stefaan Hanson	Directeur honoraire	WT
Alain Chaspierre	Secrétaire général	APB
Paul De Munck	Président	Le GBO
Benoit Hallet	Directeur genéral	UNESSA
Bart Demyttenaere	Directeur médical	UNMS
Francoise De Wolf	Expert	Solidaris
Fabrizio Cantelli	Président	LUSS
Rita Baeten	Senior Policy Analyst OSE	Membre du WCS
Lode Godderis	Prof. KULeuven	Membre du WCS
Sophie Thunus	Prof. UCLouvain	Membre du WCS

- ♦ Ces objectifs de soins de santé prioritaires doivent s'inscrire dans la vision stratégique et dans le modèle de valeurs. Ils doivent aussi aller dans le sens des piliers stratégiques figurant dans l'analyse du projet Living Tomorrow, des orientations de l'accord de gouvernement, des constats du rapport sur la performance du système de santé belge ainsi que d'autres documents et projets pertinents.
- ♦ Une approche graduelle et progressive est choisie pour atteindre, étape par étape, un plus grand nombre d'objectifs au cours des prochaines années.
- Les objectifs de soins de santé prévus dans l'accord du gouvernement ont pour but d'une part d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé, et d'autre part de réduire les inégalités sociales de santé.
- ♦ La réalisation des objectifs de soins de santé exige une « coopération efficace et efficiente » de la part de nombreux acteurs, fondée sur l'EBM/EBP, les « good practices », et le partage des données et des compétences de santé (Health literacy) partant des besoins de la population.
- ♦ Il s'agit de savoir quels soins sont à fournir pour parvenir à une meilleure santé de la population ou d'un groupe de patients.

Mickael Daubie Chef de projet :

Secrétaires : Sara Vandewaetere Saskia Mahieu

Marine Lugen

Multiannual Budget



## Description des activités

## 1. Collecte des propositions

- ♦ La Taskforce « Objectifs de soins de santé » (TF GDOS) a été officialisée et a remis un template destiné à récolter de propositions d'objectifs de soins de santé en marge de cette réunion de lancement. A travers ce template, il était demandé aux initiateurs de proposer jusqu'à trois objectifs de soins de santé. A ces objectifs, des initiatives ou actions liées devaient être assorties.
- → Au cours de l'exercice, 102 templates complétés ont été renvoyés à la TaskForce (TF) Objectifs entre le 1er mars 2021 et le 8 juin 2021. Parmi ceux-ci, deux n'ont pas été intégrés dans le processus d'évaluation parce que reçus trop tardivement (après juin).
- ♦ Par ailleurs, deux moments de consultation avec la Taskforce « Appropriate Care » (AC) ont conduit à des transferts de fiches entre les TF. De cet exercice, 15 fiches ont été envoyées depuis la TF Objectifs vers la TF AC. Par ailleurs, 7 fiches initialement envoyées vers AC ont été traitées par la TF GDOS. Parmi ces dernières, une fiche n'est pas incluse dans le processus d'évaluation car reçue trop tardivement (après juin).
- → Au total, 91 fiches ont été incluses dans le processus d'évaluation. A noter que trois d'entre elles seront séparées en trois au cours de l'évaluation : 97 objectifs séparés ont donc été évalués.

#### Processus d'évaluation

- ♦ La TF GDOS a pris acte de l'outil d'évaluation et de priorisation proposé par le Comité scientifique et composé de grilles de critères répartis en deux groupes : des critères formels et des critères de contenu (défis et systèmes liés aux soins de santé).
- ♦ Certaines modifications ont été apportées à cet outil : la liste des « critères formels » a été réduite pour mieux refléter le contenu des templates de la TF GDOS et ils ont été renommés « indicateurs opérationnels »: il doit s'agir en effet de refléter des niveaux de qualité, et non d'exclure sur base de ces critères « formels ».
- → Par ailleurs, il est ajouté un cinquième défi dans la liste des critères de contenu : celui de réduire les inégalités de santé.
- ♦ Après discussion au sein de la TF, il est décidé que l'évaluation se fera en deux phases:
- Une première phase portant sur les objectifs de soins de santé
- > Une seconde phase portant sur les initiatives liées
- ♦ La procédure d'évaluation des objectifs est alignée entre les deux TF : chaque fiche est attribuée à deux évaluateurs (composés de la Présidente de la Taskforce et de 3 membres de l'administration), qui en évaluent les objectifs sur base de la grille d'indicateurs opérationnels. Pour chaque indicateur, les membres de la TF se sont prononcés en faveur d'une pondération qui en reflète l'importance relative (de 1 à 3) et affecte le score final (cfr. Figure page suivante).

Multiannual Budget



◆ Cette grille peut conduire à marquer la fiche en « rouge » (côte finale négative), l'évaluation est alors terminée. Elle peut aussi proposer un « GO » (côte finale de 0 ou plus), ce qui revient à poursuivre l'évaluation : dans ce cas, les critères de contenu sont inclus comme seconde phase d'évaluation. Les évaluateurs déterminent les défis et systèmes susceptibles d'être impactés par la proposition. Le nombre de blocs « défis et systèmes » impactés est considéré comme un critère de qualité d'une proposition. A l'issue de cette phase, une couleur « verte » ou « orange » est attribuée aux fiches. La couleur orange est choisie si aucun défi ou système n'est affecté ou si la proposition est trop vague et mérite d'autres éclaircissements.

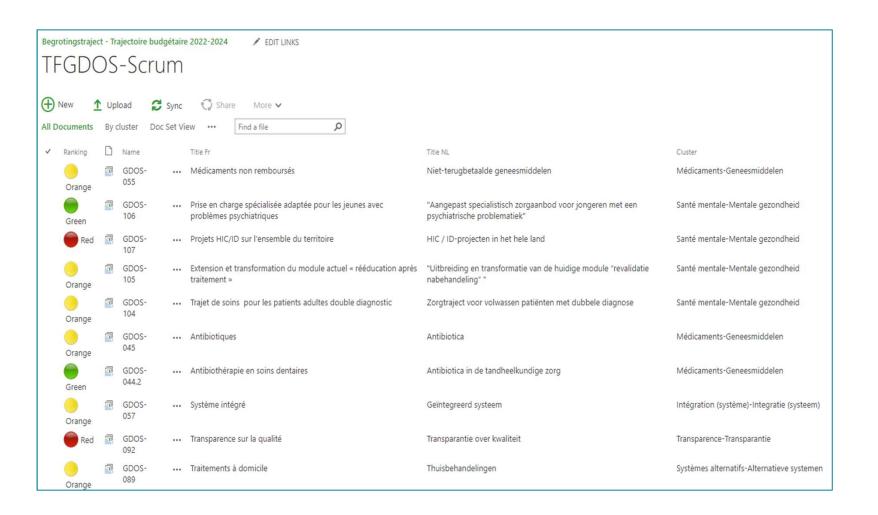
**SECTION II** 

- Les évaluations des deux évaluateurs sont ensuite comparées sur base de la couleur. En cas de couleur différente attribuée par les évaluateurs, ceux-ci discutent pour attribuer une valeur commune. Cela a été le cas pour 12 des 97 évaluations conduites. Autrement dit, 88% des évaluations ont conduit à une couleur identique. Dans les autres cas, les évaluateurs se sont à chaque fois entendus sur une couleur après concertation, sans nécessiter de recours à une personne tierce.
- ❖ Un cas de figure particulier est celui où un évaluateur obtenait rouge, et l'autre une autre couleur. Dans ce cas-là, une analyse de sensibilité a été appliquée, c'est-à-dire que le poids attribué aux variables de l'échelle de mesure est revu à la baisse ('pas du tout d'accord' et 'tout à fait d'accord' prennent une valeur de 1,5) pour voir si cela conduit à un autre résultat. Le cas échéant, celui-ci est intégré dans la discussion entre les deux évaluateurs.

			Evalu	ateur				
CODE GD-OS		1	2	3	4			
Critères	Criteria	Pas du tout d'accord (-2)	Pas d'accord (-1)	D'accord (+1)	Tout à fait d'accord (+2)	Pondération	TOTAL TOTAAL	Commentaires Opmerkingen
L'objectif proposé est cohérent avec les objectifs stratégiques du gouvernement (accord du gouvernement, note de politique générale,).	De doelstelling is coherent met de strategische doelstellingen van de regering (regeerakkoord, algemene beleidsnota,)					3	ERROR	
L'objectif proposé repose sur une approche intégrée et multidisciplinaire.	De doelstelling steunt op een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak.					2	ERROR	
L'objectif proposé s'adresse à un public cible suffisamment grand.	De doelstelling richt zich tot een voldoende groot doelpubliek.					2	ERROR	
L'objectif proposé est étayé scientifiquement.	De doelstelling is wetenschappelijk onderbouwd.					2	ERROR	
						TOTAL	MISSING	MISSING



- → Lorsque le processus d'évaluation est tout à fait terminé pour une fiche, l'ensemble des informations du processus sont postées sur le SharePoint, dans le scrumboard de la TF GDOS, c'est-à-dire : le code de la fiche, un titre francophone et néerlandophone associé, un thème ('cluster') associé, la fiche anonymisée et les évaluations anonymisées.
- ♦ A la suite de ce processus, sur les 97 fiches évaluées :
  - > 34 ont obtenu la couleur rouge
  - > 8 ont obtenu la couleur orange
  - > 55 ont obtenu la couleur verte





#### 3. Phase de "challenging"

- → La phase de challenging permettait aux membres de la TF de voter en faveur ou en défaveur de la couleur attribuée aux fiches par l'équipe d'évaluateurs. Si la couleur d'une fiche était challengée au moins trois fois par les membres, qui disposaient d'une semaine à compter de la date de publication sur le scrumboard pour se prononcer, celle-ci était discutée en plénière.
- → De la sorte, 8 fiches ont été challengées par les membres de la TF GDOS. Une nouvelle couleur a été attribuée à chacune de ces fiches. A l'issue de cet exercice, sur les 97 fiches publiées sur le Scrumboard, la répartition par couleur est la suivante :
  - > 34 ont obtenu la couleur rouge
  - > 12 ont obtenu la couleur orange
  - > 51 ont obtenu la couleur verte

#### 4. Sélection d'objectifs prioritaires

- ❖ Un tableau récapitulatif général a été réalisé par l'administration pour procéder à la sélection des objectifs et initiatives. Ce tableau reprend l'ensemble des informations pertinentes pour le processus : les codes de fiches, les objectifs de soins de santé, les initiatives proposées, la couleur des évaluations, les blocs « défis et systèmes » impactés.
- → Afin de traiter les propositions similaires ensemble, chaque évaluateur a sur cette base attribué jusqu'à trois mots-clés par fiche. Ces listes ont été comparées pour dresser une liste finale de un à trois mots-clés pour chacune des 97 fiches évaluées.

- ♦ Afin de déterminer les objectifs prioritaires en matière de soins de santé, l'importance (en fréquence) accordée à certains thèmes est un critère retenu par la TaskForce. Les deux thèmes les plus fréquemment identifiés par cette liste sont ceux de l'accessibilité aux soins de santé (1) et des soins préventifs couplés aux maladies chroniques (2). Ces deux thèmes combinent ensemble 61 des 97 fiches évaluées par la TF. A la suite de la réunion du Comité scientifique tenue le 22 juin 2021, il est toutefois demander d'identifier les thèmes les plus fréquemment repris parmi les fiches classées vertes et d'élargir le classement (initialement limité aux deux premiers thèmes).
- ♦ Le résultat de cet exercice est le suivant :
- 1. Soins préventifs et maladies chroniques (30 fiches)
- 2. Accessibilité (23 fiches)
- 3. Trajet de soins (10 fiches)
- 4. Santé mentale (6 fiches)
- 5. Soins intégrés (5 fiches)

Results

- ◆ Ces cinq thèmes couvrent ensemble un total de 45 fiches classées vertes. Ces cinq thèmes sont donc actés comme cadrant la fixation d'objectifs prioritaires de santé. Ils s'appliqueront à l'identification d'initiatives prioritaires à la fois pour la TF GDOS et la TF AC. Les fiches vertes correspondant aux cinq thèmes d'objectifs prioritaires ont été incluses dans des fichiers distincts par thèmes pour relever:
- Les objectifs de soins de santé émergeant des fiches, et traités de manière groupée
- ➤ L'ensemble des initiatives reprises dans chacune de ces fiches pour atteindre ces objectifs

ns Multiannual Budget



## 5. Sélection d'initiatives prioritaires

- → L'administration a opéré un travail similaire sur les initiatives, consistant à opérer une sélection qualitative sur les initiatives. Parmi la liste globale, une présélection a été réalisée. Les critères appliqués ont été ceux de l'opérationnalisation à court terme, la fréquence de répétition des initiatives et la capacité à impacter l'objectif et le groupe-cible représenté.
- → Au niveau des initiatives, celles qui semblent être en-dehors des compétences fédérales en soins de santé (particulièrement pour le pôle « soins préventifs ») ont été conservées mais marquées de la sorte dans les travaux pour mémoire et pour prudence.
- Certaines initiatives, jugées beaucoup trop faibles ou vagues pour être considérées, ont été écartées.
- Les initiatives identifiées prioritaires à l'issue de cet exercice ont été présentées à la TF GDOS pour approbation. Plusieurs membres de la TF ont insisté pour que toutes les initiatives soient conservées. Il a été décidé que toutes les initiatives seraient présentées dans le rapport mais seules les initiatives prioritaires seraient considérées pour mise en œuvre à court terme.

#### 6. Elaboration des matrices

- ♦ A l'issue de cet exercice de sélection, l'administration a opéré un nouveau travail qualitatif sur les initiatives, consistant à affiner le repérage des initiatives identiques ou qui se recoupent pour les traiter en cluster. Deux matrices récapitulatives ont été élaborées sur cette base. Une première reprend 17 initiatives prioritaires en vertu des critères précités. Ces initiatives prioritaires sont intégrées dans la matrice générale qui résulte de l'exercice. Une seconde matrice reprend l'ensemble des fiches en-dehors de ces initiatives prioritaires, pour mémoire et traitement ultérieur. Les fiches reçues contenant dans la plupart des cas plus d'une initiative, il est possible qu'elles se retrouvent dans les deux tableaux.
- → L'existence de deux matrices émanant du travail de la TF GDOS vise donc à répondre au désir exprimé par les membres de la TF GDOS de ne perdre aucune initiative mais se comprend aussi par les spécificités des templates élaborés par la Taskforce « objectifs de soins de santé ». Ceux-ci, proposant jusqu'à trois objectifs et un nombre indéfini d'initiatives, ont présenté un niveau de complexité rendant une lecture linéaire des fiches impossible
- → au de complexité rendant une lecture linéaire des fiches impossible.



## **II.3.4. Task Force Appropriate Care**

♦ La TF AC est présidée par le Dr. Manfredi Ventura, Président de l'Association Francophone des Médecins-Chefs, et se charge de concevoir un plan « Appropriate Care » qui permet de réaliser des gains d'efficience et qui s'appuie sur des principes tels que des soins prodigués à l'endroit adapté, le désinvestissement des soins inefficaces, la réduction des différences de pratique, le recyclage des moyens résultant de l'« overuse » et le réinvestissement dans l' « underuse ».

#### ♦ La TF AC a trois missions:

- ➤ Tout d'abord, la première mission prend en compte « la demande de 40 millions € » inscrite dans l'accord médico-mutualiste 2021. En principe, cette demande devra être clôturée en 2021 et constitue ainsi un projet distinct et temporaire. Cela comporte deux volets à savoir la recherche des 40 millions € et ensuite leur attribution.
- La seconde mission comprend un certain nombre de mesures structurelles et d'accompagnement à prendre pour s'assurer que les mesures de soins appropriées puissent être mises en œuvre rapidement et efficacement.
- ➤ La troisième mission comprend la poursuite du déploiement des mesures actuelles concernant l'optimisation des soins appropriés au cours de laquelle toutes les sortes de propositions sont examinées. Cette mission comprend également la mise en œuvre des mesures éventuelles résultant des objectifs de soins de santé établis par la TF GDOS.

Nom		Fonction
Manfredi Ventura (Prés.)	Président	Président de l'Association Francophone des Médecins-Chefs
Brieuc Van Damme	DG SSdS	INAMI
Pascal Meeus	Conseiller général RDQ	INAMI
Diane Kleinermans	Présidente	CRM
Bernard Lange	Expert	Cellule stratégique
Bart De Haes	President TGR/CTM	Absym
An Vandenbruel	Prof.	KULeuven
Donald Claeys	Secrétaire général	VGBS
Dieter Vercammen	Administrateur	AADM
Dieter Goemaere	Chief economist	GIBBIS
Geert Goderis	Directeur / Prof. Dr.	Centre de Santé La Chenevière / KULeuven
Edgard Peters	Directeur soins infirmiers	Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Bernard Landtmeters	Expert	ANMC
Catherine Lucet	Expert	Solidaris
Steven Luyten	Expert	UNML
Liesbet Lagae	Expert	IMEC
Jan De Maeseneer	Head WHOCC Fam Med and PHC - UGent	Membre du WCS
Carine Van de Voorde	Chercheuse KCE & KUL	Membre du WCS

**Chef de projet :** Alain Van Hende

**Secrétaires :** Dries Van Den Borre Benjamin Damanet

Krista Goorts Saskia Mahieu

Conclusions

**Multiannual Budget** 

SECTION II Introduction Methodology Results Discussion



## Description des activités

#### 1. Préambule

- → Compte tenu de la vaste portée de ce terme, les premières réunions ont servi, entre autres, à affiner la sémantique et à convenir d'une définition qui serait soutenue par tous les membres.
- ♦ Le texte convenu et validé en plénière a servi de guide tout au long du processus d'examen.



## **Définition "Appropriate Care"**

- - 1. la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance
- 2. la santé de la population
- 3. le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées
- 4. l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité
- 5. le bien-être des professionnels de la santé
- ❖ En encourageant l'usage optimal des moyens de l'assurance maladie par les prestataires de soins et tous les acteurs de la santé nous visons à accroître l'efficacité et la qualité de notre système de soins de santé, sur la base de résultats scientifiques (EB) et de l'analyse des besoins du patient, en tenant compte du contexte sociétal, des choix à faire (tels que les budgets disponibles) et de la qualité perçue du travail des professionnels de la santé.



### 2. Récolte des idées Appropriate Care

- ♦ Afin de collecter les propositions, un template a été soumis et largement diffusé auprès de tous les acteurs de la santé.
- ◆ Entre le moment de la diffusion et le début du mois de juin, la Task Force AC a collecté pas moins de 185 templates provenant de tous horizons.
- → Pour réduire le risque de collusion, tous ces templates ont ensuite été anonymisés et codés par l'administration avant d'être mis à la disposition des membres de la Task Force sur le Share Point



#### Template 2: initiatives prioritaires 1. Vous ne devez pas remplir tous les champs. Envoyez le formulaire complété à : taskforce.ac@riziv-inami.fqov.be Code: ...... (réservé à l'INAMI) Date: .... / .... / 202. Auteur: (dispensateur de soins individuel / organisation / CAC /pouvoir publique / autre ) → coordonnées (minimum téléphone et adresse mail) : Proposition cadre dans : (cocher ce qui est d'application) 0 guick-win dans le cadre de l'accord CNMM 2021 (search 40 mio €) 0 mesures structurelles et d'accompagnement pour faciliter appropriate care 0 mesures effectives appropriate care mesures découlant des objectifs soins de santé Sujet Description, en quelques lignes Definition of done Quels sont les critères pour considérer que le projet est accompli ? Quel(s) groupe(s) cible(s) sont concernés au sein des soins de santé ? Groupe cible Explication de l'action et Expliquer le thème, indiquer les objectifs les plus importants et la raison justification pour laquelle cette mesure est proposée Situation financière Par exemple: dépenses totales du domaine concerné sur une base annuelle montant global à prévoir pour l'analyse/lancement de l'action Procédure Description de la procédure à utiliser pour atteindre les objectifs. Par exemple : analyse de données, informations (globales / individuelles), visites d'accompagnement, modification de la réglementation, etc. Planning Indiquer de manière succincte le planning avec les étapes les plus importantes Charge de travail Première estimation de la charge de travail nécessaire en jours-hommes Impact financier attendu Indiquer l'impact financier possible de la mesure/action Coopération et moyens Identifier des facteurs de succès supplémentaires, des moyens nécessaires nécessaires et des partenaires internes/externes nécessaires pour atteindre les objectifs Remarques supplémentaires

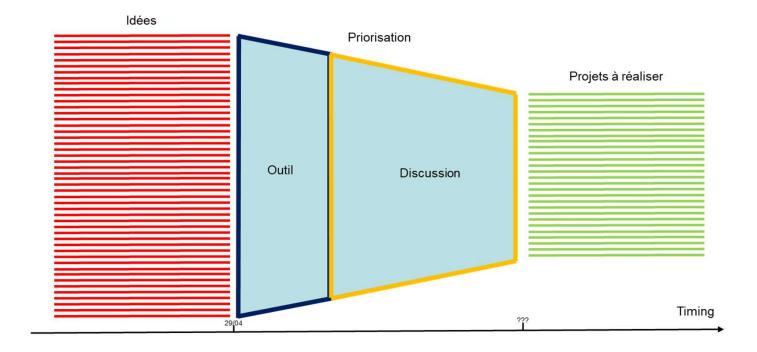
Results



## 3. Méthodologie

- ❖ Un mécanisme transparent et efficace de sélection des projets est une condition sine qua non à la participation et à l'adhésion du plus grand nombre.
- ♦ Scission de ce mécanisme en deux composantes :
- ➤ L'établissement de critères d'évaluation objectifs et idéalement quantitativement mesurables → QUOI
- ➤ L'établissement d'un processus d'évaluation permettant d'utiliser les critères préalablement établis → COMMENT

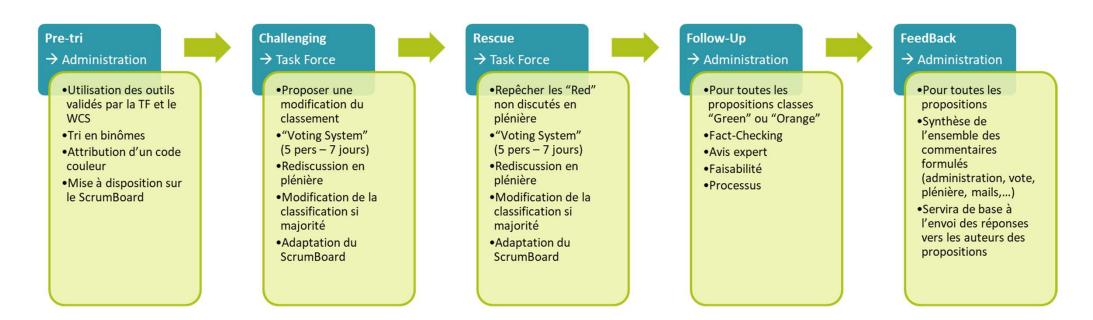
- ❖ Il a très vite été décidé de créer un outil de priorisation qui fournirait une orientation initiale, qui serait suivie de discussions ultérieures.
- Les membres souhaitant pouvoir analyser chacun des dossiers, un large espace a été laissé à la concertation.



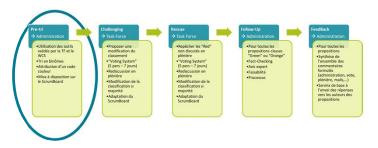


#### 4. Processus de sélection

- ♦ Le processus finalement choisi se compose de 5 parties distinctes et est illustré dans la figure ci-dessous.
- ♦ Le principe qui a été retenu est essentiellement le suivant :
- 1. L'administration attribue un code couleur à chaque proposition (vert orange rouge) sur base d'un outil de priorisation validé par ses membres et par le WCS.
- 2. Les membres de la TF AC peuvent challenger ce classement et procéder à des ajustements sur base d'un consensus lors des sessions plénières.
- 3. Une fois le classement final établi, les membres de la TF peuvent à nouveau « repêcher » certaines propositions classées en rouge et non encore discutées en plénière
- 4. Pour toutes les propositions acceptées, un formulaire de « Follow-Up » est créé afin de faire du « Fact-Checking » et de définir les prochaines étapes.
- 5. Pour toutes les propositions, un formulaire "Feed-Back" est créé pour enregistrer toutes les discussions sur la proposition, il sera utilisé lorsqu'il sera nécessaire de répondre aux personnes/organisations qui ont soumis la proposition.



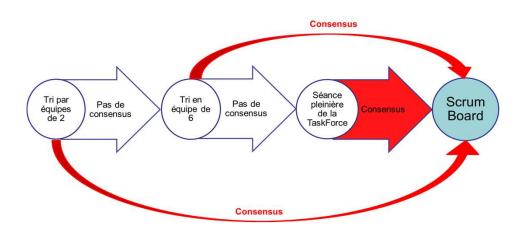




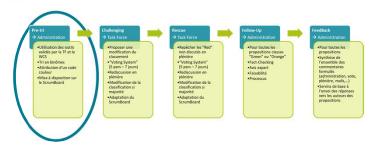
- → L'outil de priorisation utilisé pour attribuer le code couleur se composait de deux parties (voir page suivante):
- une basée sur des critères formels proposés par la task force et validés par la WCS
- > une seconde basée sur le cadre conceptuel proposé par la WCS
- ♦ Les instruments ont ensuite été complétés par 6 membres de l'administration, travaillant en binôme :
  - ➤ Chaque binôme de l'administration a donc examiné 1/3 des templates et devait essayer de trouver un consensus sur la couleur à attribuer au sein du binôme.
  - ➤ En cas de désaccord, le template est évalué par les 6 membres de l'administration ou, si nécessaire, renvoyé à la plénière si aucun consensus n'a pu être atteint au sein de l'administration.

Code couleur:
 Red: NO GO
 Orange: GO avec réserves
 Green: GO sans réserves

Critères formels Task Force (Outil Part 1)
Cadre substantiel WCS (Outil Part 2)







## ♦ Outil part 1

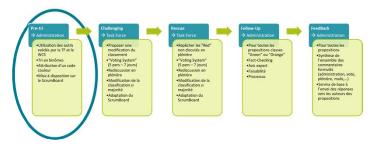


## ♦ Outil part 2



Results





#### ♦ Pré-tri - Résultats

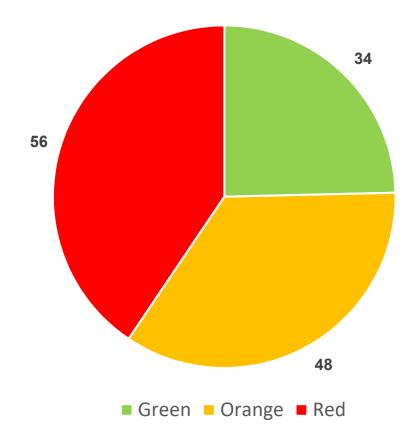
## 185 « templates » évalués par l'administration

144 propositions sur le ScrumBoard (SharePoint) après « clustering »

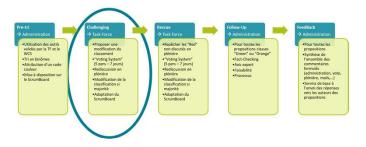
- 6 propositions envoyées vers "TF GDOS" après accord entre les présidents

## 138 « Appropriate Care » nécessitant un suivi

- Classement par l'administration
  - ✓ 24,5% Green
  - √ 35,0% Orange
  - ✓ 40,5% Red
- Concordance entre les évaluateurs
  - **√** 95 %
- ♦ Concordance quasi parfaite entre les binômes d'évaluateurs
- → Les outils sont utilisés de manière adéquate et univoque par l'administration
- ♦ Tri discriminant entre les « GO » et les « NO GO »
  - → 60 % des propositions seraient suivies d'actions

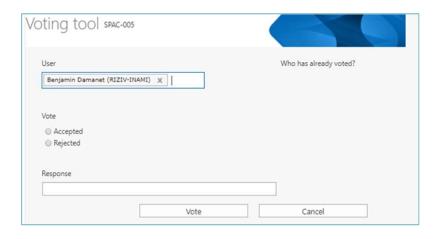






- ♦ Une fois le classement par l'administration effectué, l'ensemble des propositions, désormais codées par couleur, a été placé sur le ScrumBoard de la TF AC, afin que les membres puissent commencer le processus de « challenging ».
- ♦ Le « challenging » s'est déroulé comme suit :
- > Chaque fois qu'une nouvelle proposition est chargée sur le ScrumBoard, les membres reçoivent un courriel d'alerte
- A partir de ce moment, ils ont 7 jours calendrier pour valider ou contester la couleur proposée par l'administration.
- > Si au moins 5 membres (1/3 des membres votants) décident de contester le classement proposé pour l'une des propositions, la proposition est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine session plénière et les membres sont invités à en discuter jusqu'à ce qu'ils parviennent à un accord.
- Après chaque session plénière, le "ScrumBoard" est mis à jour pour refléter ce qui a été décidé.
- Les propositions qui n'ont pas obtenu 5 voix sont tacitement acceptées.

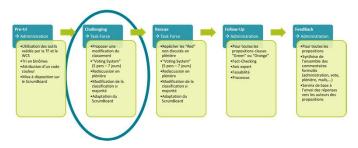




Conclusions

Results

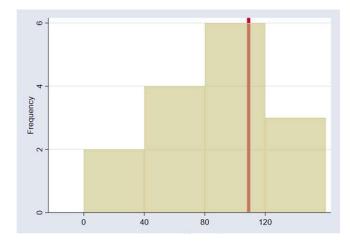


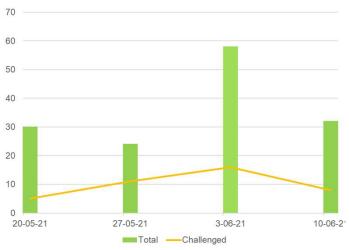


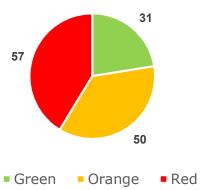
## Challenging - Résultats

## ♦ Sur les 138 propositions « Appropriate Care » nécessitant un suivi

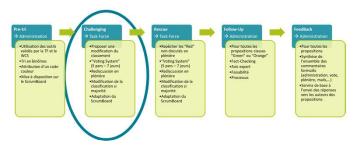
- Votes:
  - ✓ 1362 votes reçus
  - ✓ 15 membres sur 15 ont voté
  - ✓ La moitié des membres a fait plus de 109 votes
  - ✓ En moyenne 91 votes par votant
- > Propositions « Challengées » :
  - ✓ Environ 30 % (40 op 138)
  - ✓ Pas toujours suivi d'un changement de classification
  - ✓ Le plus souvent pour Orange Vs Green
- Classement par la Task Force
  - ✓ 22,5 % Green
  - ✓ 36,0% Orange
  - ✓ 41,5% Red











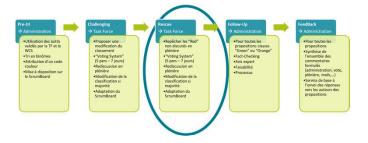
## ♦ Comparaison classement ADMIN. vs. TASK FORCE (Binaire)

		TASK I		
		GO	No Go	
	GO	69	13	82
ADMIN.	No Go	12	44	56
		81	57	138



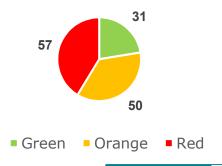
- ♦ Difference [95%CI]: 0,7% [-7,1%; 8,5%]
- ♦ K de cohen = 0,625 → Substantial Agreement
- ♦ Sensitivity: 85,2 %♦ Specificity: 77,2 %
- ♦ Pas de « différence statistiquement significative » entre le classement de l'administration et celui de la Task Force
- ♦ Peut être expliqué par plusieurs raisons :
  - Point de vue « statistique » : c'est un test basé sur les paires discordantes, il est donc influencé par le fait que le nombre de paires discordantes est plus ou moins égal dans chaque catégorie (+- vs -+)
    - → Mais Kappa de Cohen soutient un « Substantial Agreement » entre les classifications → OK
  - Point de vue « participation » : Les membres de la Task Force n'ont peu ou pas participé au « challenging », avec pour conséquence un statu quo
    - → La participation des membres au processus de vote dépasse largement les attentes, ce point de vue peut donc être écarté → OK
  - > Point de vue « congruence » : Les inputs de la Task Force permettent un affinage des choix, mais ne changent pas fondamentalement la donne
    - → Dans ce cas on pourrait écarter l'idée que les choix sont fait au « feeling » → OK



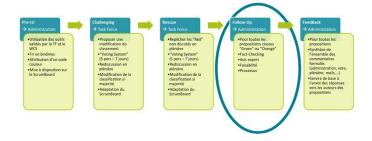


#### ♦ Rescue - Résultats

- → Au total, 44 propositions ont été notées "rouge" par l'administration et n'avaient pas encore été discutées en plénière :
  - > 14 propositions "rouges" ont reçu des votes « Rescue".
  - ➤ Aucune proposition n'a obtenu les 5 votes requis pour rouvrir le débat en plénière.
  - Les membres de la TF AC ont conclu que la procédure établie devait être suivie et qu'il n'était pas nécessaire de discuter des propositions avec si peu de votes.
  - → La classification des propositions a été approuvée et est maintenant considérée comme définitive.



**SECTION II** 



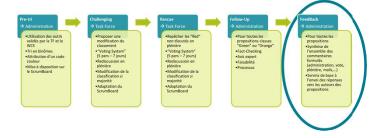
## ♦ Follow-Up – Résultats

- → <a href="https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/Pages/reunion\_lancement\_comite\_assurance\_elargi.aspx">https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/Pages/reunion\_lancement\_comite\_assurance\_elargi.aspx</a>
- Chacune de ces fiches contient soit une analyse numérique plus détaillée, soit un projet d'analyse en cours
- ➤ Chacune des propositions sélectionnées est également liée à l'un des objectifs prioritaires formulés par la TF GDOS, ou à l'un des thèmes majeurs inclus dans l'accord du gouvernement.
- Ces informations ont été utilisées comme base pour la composition de la matrice des résultats au §III.2.
- Les 57 propositions restantes sont présentées dans un tableau au §III.3 pour un traitement ultérieur.

Discussion

Multiannual Budget





#### ♦ Feed-Back - Résultats

- → Pour chacun des 185 templates soumis, un fichier contenant toutes les informations (codage, classement, vote, commentaires, ...) a été créé.
- ♦ Sur cette base, une réponse sera donnée à toutes les personnes/organisations qui ont soumis une proposition.
- ♦ Ce travail a déjà été effectué et tous ces formulaires ont été téléchargés sur le "ScrumBoard".







## II.3.5. Task Force Cadre Pluriannuel Dynamique

- ◆ La TF Budget est présidée par le prof. Erik Schokkaert, et est chargée rédiger une estimation pluriannuelle en se basant sur l'incidence estimée des objectifs de soins de santé prioritaires retenus et des propositions Appropriate Care, en tenant compte des orientations définies dans l'accord de gouvernement portant sur l'objectif de croissance légale. Cette Task Force sera également chargée de concrétiser sur le plan juridique et technique les principes d'un cadre budgétaire pluriannuel dynamique en tenant compte, entre autres, du trajet de croissance fixé dans le cadre des spécialités pharmaceutiques.
- ◆ Le plan pluriannuel permet de réaliser une vision stratégique quand diverses mesures sont prises, mais ne peuvent pas être introduites simultanément. Si l'impact financier d'une première mesure doit être mesuré afin de pouvoir prendre une décision définitive concernant une deuxième mesure, ces mesures doivent être mises en œuvre ensemble, et ce sur une période de plus d'un an.

**Chef de projet :** Johan Peetermans

**Secrétaires :** Dirk Wouters Saskia Mahieu

**Eveline De Coster** 

Nom	Fonction		
Erik Schokkaert (Prés.)	Em. Prof.	KULeuven	
Bernard Lange	Conseiller	Cellule stratégique	
Yves Roger	VoorPrésident	ССВ	
Robert Rutsaert	Administrateur	Het Kartel	
Jan Flament	CEO	Ziekenhuis Geel	
Marc Geboers	Directeur AZ/HG	Zorgnet Vlaanderen	
Pierre Seeuws	Président	Ergotherapie Vlaanderen	
Pierre Drielsma	Président	Federation des Maisons Medicales	
Willy Vertongen	CEO	Mederi	
Vanessa Vanrillaer	Expert	MLOZ	
Francois Perl	Directeur	Solidaris	
Tom De Spiegelaere	Healthcare Budget Expert	Pharma.be	
Ann Panneels	Administrateur	FGTB	
Jean Hermesse	Prof. Em. UCLouvain	Membre du WCS	
Joanna Geerts	Expert Bureau du Plan	Membre du WCS	

- → Dès que des objectifs de soins de santé sont poursuivis et contrôlés sur une période de deux ou trois ans, on voit clairement quels investissements sont nécessaires pour obtenir certains gains de santé. Grâce à ces objectifs de soins de santé et à un budget sur plusieurs années, l'assurance maladie sera menée de manière transparente, avec une vision claire dans le sens d'une meilleure accessibilité et d'une meilleure qualité des soins pour les personnes qui en ont besoin.
- ♦ Une telle méthode permettra aux secteurs et aux acteurs des soins de santé d'anticiper l'impact budgétaire des réformes structurelles. Ainsi, du temps sera disponible pour réserver des budgets qui permettront d'atténuer ou de compenser cet impact budgétaire la deuxième année.

Results



## Description des activités

- → La Taskforce s'est réunie hebdomadairement 14 fois pour discuter, entre autres, des éléments ci-dessous qui sont liés ou pourraient avoir un impact sur le budget pluriannuel.
  - Plusieurs réunions ont été consacrées à une explication des évaluations techniques de l'INAMI et du modèle « Promes » du Bureau du Plan et des différences entre les deux instruments. Les évaluations techniques et le modèle « Promes » ont chacun leurs forces et leurs faiblesses et peuvent être considérés comme complémentaires. Les estimations techniques sont détaillées, reposent sur l'hypothèse « pas de politique », sont des extrapolations et conviennent surtout à un terme plutôt court. Via le modèle « Promes », on se fonde sur l'hypothèse que la politique « moyenne » des années précédentes sera poursuivie et que les changements dans les variables démographiques comportementales sont prises en compte, qui à leur tour deviendront plus pertinentes à plus long terme. Un des enjeux est, à l'avenir de mieux coordonner les estimations techniques et le modèle « Promes ». Ce travail doit donc être poursuivi dans les prochains mois. La prévision des dépenses et l'espace budgétaire disponible, qui figurent au § IV.1. de ce rapport, reposent actuellement sur les seules estimations techniques de l'INAMI.

➤ L'impact possible de la Covid-19 sur les dépenses dans les années à venir a également été discuté au sein du groupe de travail. La Covid-19 a eu un impact significatif sur les remboursements des soins de santé. Les soins non urgents mais également urgents ont été reportés. Ces soins ont été progressivement réintroduits. En 2021, 2022 et dans les années à venir, la Covid-19 aura encore un impact sur les remboursements des soins de santé en raison d'un éventuel rattrapage des soins reportés et de l'évolution des besoins de soins (Covid pulmonaire, soucis psychologiques...). Evaluer ces effets budgétairement n'est pas aisé : tout ne sera pas rattrapé (différent d'un secteur à l'autre) et il faut aussi tenir compte d'éventuelles restrictions d'approvisionnement. De plus en plus , les effets à long terme de la Covid sont signalés. Et surtout, la trajectoire que prendra la Covid-19 est encore très floue et, par exemple, de nouveaux variants constituent une menace.

Pour les mesures Covid ayant un surcoût par rapport aux objectifs budgétaires 2020 et 2021, un appel est fait à un financement complémentaire de la part du gouvernement, plus précisément via la provision interdépartementale hors objectif budgétaire. La technique de la provision interdépartementale doit être structurellement possible. Donc, non seulement pour la crise actuelle du Covid-19 mais aussi pour les futures pandémies ou crises sanitaires. En 2022, la provision interdépartementale sera encore nécessaire pour financer certaines mesures comme les tests de biologie clinique, la vaccination, etc..



- ♦ En outre, la Task Force a également examiné plusieurs propositions visant à accroître la transparence du budget de la santé. Plus concrètement, il s'agit d'un certain nombre de modifications techniques qui augmenteront la lisibilité et l'aspect gérable du budget de la santé. Les différentes propositions se trouvent au § IV.2. du rapport, où elles sont expliquées plus en détail.
- ♦ La Task Force a consacré plusieurs réunions aux changements possibles qui doivent être apportés à la procédure budgétaire pour permettre un budget pluriannuel basé sur des objectifs de (soins de) santé et stimuler les initiatives transversales (voir plus loin au § IV.1. du rapport).
- ♦ Enfin, la Task Force souhaite attirer l'attention sur le délai d'exécution des mesures à mettre en œuvre. La procédure de publication d'un arrêté royal prend souvent plus d'un an. Dès l'entrée en vigueur de la mesure, tout doit encore être comptabilisé. Il en résulte un retard important dans la mise en œuvre des mesures. Dans le cadre d'un budget pluriannuel, il est important que, tant les nouvelles initiatives que les mesures d'économies puissent être mises en œuvre rapidement de manière à ce que l'impact budgétaire puisse être observé dans l'année en question.

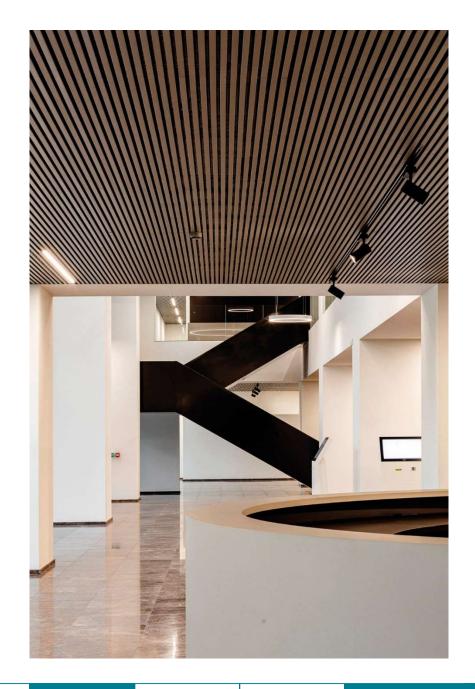


Results



## **III. Results**

- ♦ Les résultats proposés sont issus du processus d'évaluation des templates soumis à la TF GDOS et à la TF AC.
- ♦ Les objectifs de soins de santé GDOS sont distillés sur la base des templates soumis, qui à part un objectif comportent souvent aussi des initiatives. Au final 17 propositions ressortant des templates verts GDOS sont retenues et intégrées dans la matrice. Qui plus est et à l'heure actuelle, seuls les templates AC verts et oranges sont retenus dans ce rapport intermédiaire.
- → Toutes les propositions ont été liées au maximum et en première instance à un objectif de soins de santé, et en deuxième lieu à un des objectifs repris dans l'accord du gouvernement.
- → Cependant, cela ne signifie pas que les templates rouges ne seront pas traités ultérieurement, en fonction également du suivi et/ou des ajustements apportés au travail en cours. Ces initiatives sont énumérées au § III.3 et seront traitées plus en avant dès que possible.



SECTION II Introduction



- → L'évaluation du contenu des templates a été réalisée par plus de 20 experts, complétée si nécessaire par leurs propres recherches et analyses. De manière délibérée, il n'y a eu aucun contact avec les auteurs des templates. De plus, les templates sont restés anonymisés tout au long du processus, et ce afin de continuer à garantir un jugement le plus neutre possible et ne pas influencer les experts.
- ❖ Il est évident que, dans la suite du processus et après une éventuelle approbation du rapport, cette concertation avec les soumissionnaires aura lieu si nécessaire et afin d'arriver à une proposition finale aussi cohérente que possible, dans laquelle aucune initiative n'est perdue (également pour les « templates rouges »).
- ♦ Pour chaque template soumis, un template de Follow-Up (annexé au rapport intermédiaire complet (Annexe B2) consultable le site sur l'INAMI https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/Pages/reunion\_lanc ement comite assurance elargi.aspx) et un template de FeedBack (exemples en Annexe B4 du rapport intermédiaire complet) sont créés. Ceux-ci sont continuellement mis à jour si de nouvelles informations sont fournies ou si des erreurs sont signalées et confirmées. Ces templates restent disponibles au sein de la plateforme Sharepoint.
- ❖ Si le template de Follow-Up montre que les dépenses seront plus ou moins importantes qu'attendu, alors la prévision la plus prudente est incluse dans le tableau récapitulatif ou dans la matrice. L'évaluation financière des « dépenses en moins » d'AC se base uniquement sur une analyse des soins appropriés. Cependant, les montants inscrits en 2022 ne pourront être atteints que si les mesures d'accompagnement proposées sont effectivement mises en œuvre.

- → Tous les templates verts et oranges n'ont pas été entièrement analysés à ce jour, la matrice constitue donc un résultat provisoire. L'ambition reste de faire analyser et budgétiser tous les templates verts et oranges d'ici la mi-septembre afin que l'actuariat puisse prendre en compte le résultat final s'il le souhaite, en supposant que la méthode utilisée et les mesures structurelles et d'accompagnement nécessaires aient été acceptées.
- ♦ S'il reste suffisamment de temps, les templates « rouges » seront également analysés et systématiquement ajoutés à la matrice.

- → Pour terminer, notons également qu'il y a eu un suivi de la première mission de la TF AC qui devait se pencher sur la « Question des 40 millions € », reprise dans l'accord Médicomut 2021. Ce projet, distinct et temporaire, a été finalisé et a abouti à un accord au niveau de la CNMM en juin 2021.



## III.1. Objectifs de soins de santé

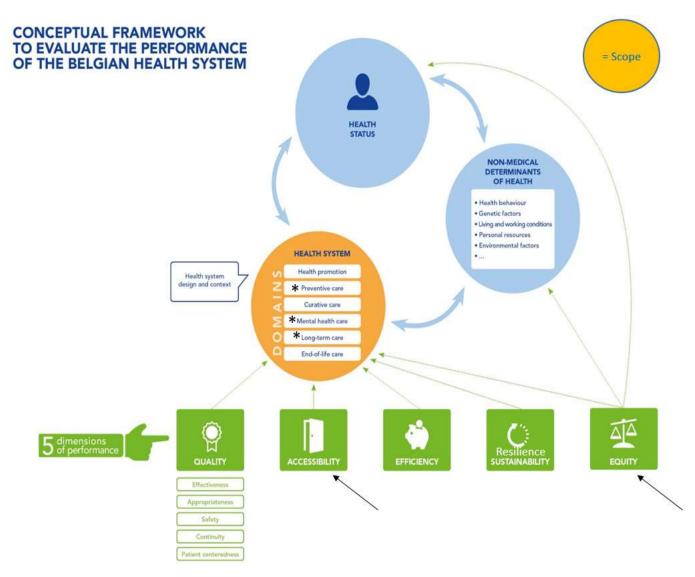
#### 1. Introduction

- → Fixer des objectifs de soins de santé s'insère dans une démarche de construction d'une vision holistique et globale pour le secteur de la santé. Dans cette optique, il est important de les déterminer dans une approche intégrée, synergique et complémentaire qui prend en compte les initiatives déjà existantes. À cet égard, les travaux du KCE sur la 'Performance du système belge', les initiatives mises en place au niveau de l'agence intermutualiste et le suivi du Bureau fédéral du plan de la Stratégie nationale de développement durable constituent une base solide pour permettre l'identification et le suivi d'objectifs de soins de santé pertinents.
- Les objectifs généraux peuvent être traduits en objectifs plus spécifiques et mesurables (SMART) qui s'inscrivent dans ces objectifs généraux. L'objectif s'inscrit dans une période définie de plusieurs années, le temps de mettre en place des mesures correctrices mais pas dans un délai trop long pour rester mobilisateur et maintenir la motivation. D'après le KCE, déterminer des objectifs spécifiques doit résulter d'une concertation avec les différents niveaux politiques (fédéral/ régional) et les parties prenantes concernées, c'est-à-dire tant les acteurs politiques qu'administratifs, scientifiques et opérationnels (KCE, 2017).

- → Pour rappel, le KCE a élaboré un cadre conceptuel d'évaluation des performances du système de santé belge qui repose sur 6 dimensions : l'accessibilité, l'équité, la qualité, la soutenabilité et l'efficience ; auxquelles s'est récemment ajoutée la résilience (la capacité du système à résister à un choc, comme la COVID). Ce cadre conceptuel (cf. figure ci-après) est appréhendé dans cet exercice conjointement avec le modèle du « quintiple aim », qui consiste à viser la réalisation des objectifs suivants (KCE, 2019) :
  - Améliorer l'état de santé de la population et en particulier des personnes souffrant de malades chroniques;
  - Améliorer l'expérience vécue par les patients et les soignants informels au niveau de la qualité des soins;
  - Utiliser les ressources disponibles d'une manière plus efficace pour assurer la soutenabilité du système de financement des soins de santé;
  - Améliorer l'équité et réduire les inégalités en matière de santé ;
  - Améliorer la satisfaction au travail des prestataires de soins.



- ❖ Sur base du cadre conceptuel du KCE que nous reprenons ci-après, ces thèmes recouvrent à la fois des dimensions mais aussi des domaines qui déterminent la performance du système de santé. Dans la Figure cicontre, nous marquons (avec des astérisques pour les domaines et des flèches pour les dimensions, en noir) les priorités identifiées par l'exercice conduit par la Taskforce GDOS sur base des propositions reçues.
- → Dans cette section, nous reprenons les objectifs associés à ces thèmes et nous les replaçons dans le champ des initiatives et indicateurs existants pour les soins de santé en Belgique.



Adapté depuis le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance des soins de santé en Belgique (KCE, 2015)



#### 2. Accessibilité aux soins de santé

- a) Accessibilité aux soins de santé en Belgique : état des lieux
- ❖ En 2014 déjà, l'INAMI et Médecins du monde publiaient un livre blanc sur la question où il était reconnu que si la Belgique disposait d'un bon système de protection sociale en général, l'accessibilité aux soins de santé se révélait particulièrement difficile pour certains groupes de la population. En particulier, l'accessibilité est un problème pour les personnes en situation financière précaire, et pour les groupes marginaux ne disposant pas d'une couverture d'assurance-maladie (les détenus, les demandeurs d'asile ou en séjours irréguliers, les sans abris, les personnes internées, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues...).

En marge de ce rapport, on constate en effet que les besoins autodéclarés de soins non satisfaits pour des raisons financières sont plus élevés en Belgique que dans les autres pays de l'UE-15 (1,8 % contre la moyenne de 1,1 % en UE-15 en 2018), en particulier au niveau du quintile de revenus le plus faible (5,4% comparé à la moyenne européenne pour ce quintile qui est de 2,6%).

- ❖ En 2021, un projet coordonné par l'Observatoire social européen (OSE) s'intéresse également à la question de l'accessibilité financière aux soins de santé en Belgique sur base de ces mêmes constats. Ce projet liste une série de mesures soutenues par les parties prenantes et visant à améliorer l'accessibilité financière dans une optique d'équité parmi lesquelles une généralisation du système du tiers-payant et l'automatisation de l'intervention majorée (Baeten, 2021).
- Accessibilité financière. Celle-ci relève elle-même de trois composantes : la couverture d'assurance-maladie de la population ; l'étendue des soins couverts par l'assurance ; et les niveaux de remboursements existants.
- Accessibilité temporelle (listes d'attente et adéquation de l'offre)
- Accessibilité géographique (proximité et adéquation de l'offre)
- Accessibilité culturelle
- > Accessibilité administrative (simplification)
- Accessibilité informationnelle



- ◇ Outre ces multiples aspects, l'accessibilité se doit aussi d'être abordée sous l'angle des inégalités socio-énonomiques. En effet, en comparaison avec le groupe social le plus favorisé, les personnes de niveau socio-économique plus défavorisé (mesuré sur la base du niveau d'éducation ou du droit à l'intervention majorée) se caractérisent par des obstacles financiers plus importants à l'accès aux soins de santé, un taux de participation plus faible au dépistage du cancer, un nombre moins élevé de visites chez le dentiste, une consommation médicamenteuse plus élevée (antibiotiques, antidépresseurs, polymédication), une probabilité plus élevée de ne pas bénéficier du nombre de visites prénatales recommandé pendant une grossesse à faible risque (KCE, 2019).
- → Pour les groupes bénéficiaires de l'intervention majorée, le rapport « Equité » du KCE (2020) montre notamment que si cela assure une accessibilité équitable aux soins de médecine générale, ce n'est pas le cas pour les soins spécialisés ou dentaires. Les inéquités en matière de soins dentaires sont considérables et se sont accentuées au fil du temps.
- ❖ In fine, le faible niveau de performance en Belgique sur ce thème explique logiquement le nombre de propositions reçues relatives à l'accessibilité aux soins de santé dans le cadre de la Taskforce, en particulier pour la sous-dimension de l'accessibilité financière (et l'ensemble des composantes de cette dernière).
- b) Objectifs de soins de santé pour améliorer l'accessibilité
- → De nombreuses propositions nous ont été envoyées sur le thème de l'accessibilité. Nous en présentons les objectifs de soins de santé par sous-dimensions.

### ♦ Accessibilité financière

- Etendre l'application du régime du tiers-payant obligatoire pour une partie des prestataires (spécialistes, dentistes, généralistes à domicile) et en faveur des groupes financièrement vulnérables
- Automatisation de l'attribution du droit à l'allocation majorée sur base des informations de revenus les plus récentes possibles
- Introduction d'un plafond de ticket modérateur supplémentaire dans le système du maximum à facturer
- Augmenter le remboursement des soins dans certains secteurs et endiguer le phénomène de report des soins pour raisons financières, avec une attention particulière pour:
  - ✓ Les soins bucco-dentaires
  - ✓ Les soins de santé mentale.
  - ✓ Les soins pharmaceutiques (y compris médicaments D, en particulier pour les personnes précarisées)
  - ✓ Les hospitalisations (y compris les patients transplantés, avec un accent particulier sur la transparence des prix)
  - ✓ Certains dispositifs médicaux et matériels (notamment les prothèses)
  - ✓ Les soins kinésithérapeutiques
  - ✓ Les soins auditifs (toutes catégories d'âge)
  - ✓ Les soins optiques (toutes catégories d'âge)
- Améliorer l'accessibilité financière des soins primaires pour les enfants et adolescents (0-18 ans), à travers la gratuité pour les consultations de généralistes
- > Vaccination HPV remboursée chez les adolescents et jeunes adultes



## ♦ Accessibilité temporelle et géographique

- ➤ Réduire les temps d'attente pour un rendez-vous en soins ambulatoires et hospitaliers, en particulier pour les groupes vulnérables (économiquement et/ou en termes de santé), en :
  - ✓ Augmentant l'offre disponible dans certains secteurs (surtout santé mentale)
  - ✓ Renforçant la première ligne et la coordination avec les lignes de soins
  - ✓ Développant les alternatives à l'hospitalisation et les soins de proximité
  - ✓ Développant l'offre et l'attractivité (notamment pour les prestataires) des maisons médicales
- Meilleure accessibilité pour le transport de patients, en particulier :
  - ✓ Remboursement des patients pour le transport non urgent entre les hôpitaux
  - ✓ Meilleure accessibilité du transport pour les patients chroniques ou en situation de traitement longue durée
- Augmenter la couverture vaccinale en étendant les prestataires habilités à vacciner, dont les pharmaciens

### ♦ Accessibilité culturelle

Améliorer l'accessibilité aux soins de santé pour des populations vulnérables, avec une attention pour les barrières endogènes (langue, culture, faible littératie y compris numérique) et les groupes cibles vulnérables (population carcérale, population en institutions psychiatriques, population en soins résidentiels, demandeurs d'asile, population nécessitant un soutien proactif)

#### ♦ Accessibilité administrative

- Digitalisation des flux administratifs
- Recours à la numérisation et simplification des formulaires et procédures
- Améliorer les outils de centralisation et de circulation de l'information (entre prestataires et vers les patients)

### **♦** Accessibilité informationnelle

- Améliorer l'accès aux soins de santé en s'appuyant sur des données récentes, à mettre à jour régulièrement par le biais d'enquêtes
- → Plusieurs de ces propositions rencontrent les recommandations du KCE en termes d'accessibilité financière, en particulier l'extension du régime tiers-payant, la mesure d'un nouveau plafond pour le maximum à facturer, l'automatisation du droit à l'intervention majorée et l'augmentation de la littératie en santé.



- c) Initiatives pour répondre aux objectifs de soins de santé
- ♦ Afin de répondre à ces objectifs, un grand nombre d'initiatives ont été recensées dans les fiches reçues. Parmi les fiches vertes traitées en premier lieu, 43 initiatives différentes ont été recensées, et réparties entre les différentes sous-dimensions de l'accessibilité. Quinze fiches évaluées orange ou rouge traitaient également de l'accessibilité aux soins. Parmi l'ensemble des initiatives, 5 ont été choisies en priorité en raison de la fréquence à laquelle elles ont été proposées, leur qualité et leur opérationnalité à court terme.

FR	NL
Elaborer de nouvelles conditions pour	Het uitwerken van nieuwe voorwaarden
l'intervention majorée qui permettent une	voor de verhoogde tegemoetkoming die
automatisation poussée de l'octroi du	een verregaande automatisering in de
droit	toekenning van het recht mogelijk maken
Diminuer le plafond du maximum à	Het plafond voor de maximumfactuur
facturer, notamment pour les	verlagen, in het bijzonder voor de
bénéficiaires BIM	rechthebbenden op verhoogde
	tegemoetkoming (RVV)
Généralisation du tiers payant	Veralgemening van de verplichte
obligatoire, en particulier pour certains	derdebetalersregeling, in het bijzonder
prestataires et de nouveaux groupes-	voor bepaalde zorgverstrekkers en voor
cibles	nieuwe doelgroepen
Contribution personnelle fixe pour l'achat	Vaste eigen bijdrage voor de aankoop
de médicaments, avec une attention	van geneesmiddelen, met bijzondere
particulière pour les personnes	aandacht voor degenen die de
bénéficiaires de l'intervention majorée	rechthebbende van verhoogte
	tegemoetkoming
Améliorer l'accessibilité financière aux	De financiële toegankelijkheid tot
médicaments, en particulier ceux de la	geneesmiddelen verbeteren, met name
liste D	voor die van de lijst met
	"Geneesmiddelen D"

→ Les autres initiatives sont conservées pour traitement potentiel ultérieur. Elles sont reprises dans un tableau récapitulatif par fiches et sont consultables au §III.3.

### 3. Soins préventifs

- a) Les soins préventifs en Belgique : état des lieux
- → D'après le site « HeatlhyBelgium », les soins préventifs sont les « soins qui visent à éviter la survenue d'une maladie (prévention primaire, p.ex. par la vaccination) ou à identifier une maladie le plus tôt possible afin d'initier un traitement sans délai pour en réduire la mortalité ou la gravité (prévention secondaire, p.ex. les programmes de dépistage du cancer) ». Les soins préventifs se distinguent donc des soins curatifs, qui sont pour leur part mis en œuvre après qu'une maladie se soit déclarée, et que des symptômes soient apparus, et visent donc à les soulager ou les traiter (HealthyBelgium).
- → La prévention peut de la sorte s'organiser à la fois à une échelle individuelle (par exemple, les dépistages individuels ou le counseling) et à une échelle collective (par exemple, à travers l'organisation de campagnes de sensibilisation d'envergure nationale sur les modes de vie).
- ❖ En Belgique, le domaine des soins préventifs relève pour partie des entités fédérées, et pour partie des compétences fédérales. La loi coordonnée du 14 juillet 1994, qui organise les compétences de l'INAMI, spécifie ainsi dans l'article 34 relatif aux prestations de santé que : « Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs ». Ces dernières relèvent donc bien de la compétence du niveau fédéral. Pour autant, il faut rester attentif aux champs de compétences respectifs. De manière schématique, il est possible de retenir que les soins préventifs individuels relèvent de la compétence fédérale, qui les financent, tandis que les soins préventifs collectifs et leur organisation sont l'attribution des entités fédérées. A noter que l'organisation des remboursements peut différer entre les Régions, mais pas systématiquement.



- → D'après le dernier rapport « Performance du système de santé belge Rapport 2019 » édité par le KCE, les indicateurs de soins préventifs en Belgique sont plutôt préoccupants. Ce rapport comporte 3 catégories d'indicateurs sélectionnés afin d'évaluer si les activités de prévention sont efficaces :
  - Les indicateurs portant sur la vaccination;
  - Les indicateurs portant sur le dépistage de cancers ;
  - Un indicateur portant sur la santé buccale.
- b) Objectifs de soins de santé pour améliorer les soins préventifs
- → La majorité des propositions de soins préventifs étant également couplées à un autre des cinq thèmes prioritaires identifiés, en particulier « trajet de soins / soins intégrés » et « santé mentale », elles ne se retrouvent pas toutes dans cette section.

- ❖ Il est toutefois intéressant de noter que celles que nous avons répertoriées sous le pôle « soins préventifs » concernent notamment des propositions relatives au dépistage de cancers et aux soins buccodentaires. Certaines portent également sur les patients chroniques. En effet, en accentuant les efforts sur la prévention, on prévient ou retarde l'apparition de maladies souvent chroniques, ce qui peut constituer un investissement rentable à terme. Par pragmatisme, nous avons choisi de décrire les objectifs dans le thème où ils s'inséraient le mieux. Toutefois, il est important de pointer que des aspects préventifs se retrouvent aussi dans d'autres thèmes, et qu'une lecture croisée aurait également pu être envisagée.
- ♦ En agrégeant les propositions reçues, les objectifs de soins de santé qui ressortent pour ce thème sont les suivants :
  - ➤ Réduire la mortalité liée au cancer à travers une sensibilisation vis-àvis des comportements individuels nocifs et en encourageant les dépistages précoces
  - Augmenter les soins préventifs pour les groupes financièrement et socialement vulnérables autour des axes suivants
    - ✓ Renforcer les soins de proximité et leur continuité
    - ✓ Renforcer la prévention secondaire à travers des dépistages et des collaborations multidisciplinaires, avec une attention pour les facteurs de mode de vie
    - ✓ Augmenter la proportion de ces groupes recourant à un examen dentaire annuel
- Sensibiliser le généraliste à détecter de manière proactive la déficience auditive



- c) Initiatives pour répondre aux objectifs de soins de santé
- ♦ Ces objectifs sont liés à une série d'initiatives reprises dans nos tableaux récapitulatifs, y compris 2 des 17 initiatives prioritaires choisies par la TF GDOS pour une mise en œuvre à court terme. Ils répondent à trois dimensions principales de la performance des soins de santé: la qualité, l'efficience et la résilience.
- ♦ Les initiatives prioritaires choisies pour ce thème sont les suivantes :

FR	NL
Consultation de suivi avec un/une	Nazorgconsult met een verpleegkundige
infirmier/infirmière à la fin du processus	aan het einde van het behandeltraject
de traitement pour les patients	voor kankerpatiënten om een passend
cancéreux, afin d'établir un processus de	behandelingsproces vast te stellen
traitement adapté	
Campagne de sensibilisation auprès des	Sensibiliseringscampagne voor de
patients et des prestataires de soins	patiënten en de zorgverstrekkers over
pour la conduite d'examens dentaires,	het uitvoeren van tandheelkundige
dont l'examen dentaire annuel, chez les	mondonderzoeken bij kwetsbare
groupes vulnérables	groepen

♦ Les autres initiatives (12) sont conservées pour traitement potentiel ultérieur, et sont consultables au §III.3

### 4. Prise en charge structurée et intégrée centrée sur le patient

- ◆ Cette section traite conjointement le thème « soins intégrés » et le thème « trajet de soins ». Ces deux thèmes ont en effet en commun de viser à une meilleure prise en charge des patients à travers entre autres une collaboration accrue entre les prestataires et les lignes de soins, une participation du patient dans ses soins et la mise en place de réseaux multidisciplinaires et de proximité. Ces deux approches sont par ailleurs particulièrement indiquées pour les maladies chroniques et les traitements de longue durée. Elles sont aussi complémentaires : alors que les soins intégrés visent à fournir des soins adaptés au patient selon ses besoins, les trajets de soins sont utiles pour standardiser certains parcours afin de s'assurer que le patient sera correctement pris en charge. Nous les regroupons sous l'appellation : « prise en charge
- a) Soins intégrés et trajets de soins en Belgique : état des lieux
- ❖ Une approche de soins intégrés implique de remettre le patient et son bien-être au centre de la démarche. Dans la mesure du possible, un système de soins doit être organisé de sorte que tout patient puisse prendre en charge ses soins, tout en étant encadré par un réseau de proximité et multidisciplinaire. Cette approche est particulièrement pertinente pour des patients souffrant de conditions ou maladies chroniques, dans une certaine mesure également pour les patients en fin de vie. Mise en œuvre, elle a des bénéfices importants sur la qualité, la centralité et la soutenabilité des soins de santé.



- ❖ En 2011, le KCE a élaboré un document de synthèse sur l'organisation des soins pour les patients atteints de maladies chroniques en Belgique et a conclu que « le système belge de soins de santé se caractérisait par une fragmentation de l'offre des soins, tant entre lignes de soins qu'au sein des lignes de soins » (KCE, 2019). En 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé souligne de son côté les bénéfices « d'une approche intégrée et centrée sur le patient en vue d'éviter la fragmentation, l'inefficacité et la non-soutenabilité des soins de santé » (OMS, 2016).
- ❖ Suite à la publication du rapport du KCE de 2011, le groupe de travail inter-cabinets sur les maladies chroniques a élaboré une note d'orientation sur le sujet qui a mené au développement d'un plan conjoint intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé ». Ce plan, approuvé en 2015, vise à promouvoir et développer un système de soins intégrés et centrés sur le patient, avec une attention particulière pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Leur environnement proche (famille, école, travail) et leur capacité à prendre en charge leurs soins sont des points d'attention majeurs. Cette approche doit permettre d'améliorer la qualité de vie de la population mais également des professionnels de la santé (KCE, 2019).
- → L'approche des soins intégrés est donc éminemment transversale et elle transcende un grand nombre de propositions reçues. Elle se retrouve par exemple dans les initiatives proposées pour améliorer les taux de survie et de qualité de vie des patients cancéreux, avant et après traitement.

- → Dans ce corpus, le trajet de soins peut se comprendre comme la déclinaison standardisée de l'approche des soins intégrés. Un trajet de soins vise à organiser et coordonner la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient. Il est particulièrement adapté aux patients souffrant d'une maladie chronique, mais peut également s'envisager pour des conditions nécessitant une prise en charge de longue durée, par exemple la grossesse.
- ❖ Il s'agit par conséquent d'un axe davantage thématique. En Belgique, des trajets de soins existent déjà pour certains patients avec une insuffisance rénale chronique ou un diabète de type 2.
- b) Objectifs de soins de santé pour transformer le modèle actuel de soins vers une prise en charge structurée et intégrée centrée sur le patient
- → Parmi les propositions reçues, un grand nombre plébiscitait la mise en place de trajets de soins pour des cas particuliers. Ces propositions étaient souvent accompagnées d'objectifs relatifs à l'intégration entre les lignes de soins et à des perspectives de multidisciplinarité. Celles-ci ont été partiellement regroupées en vertu des cas spécifiques qu'elles ciblent, en particulier pour les patients chroniques, et en partie de manière davantage holistique.
- → Une proposition suggérait par ailleurs d'intégrer les soins kinésithérapeuthiques dans les trajets de soins de cas spécifiques (apnée du sommeil, défaillance des organes abdominaux, personnes âgées, périnatalité). Par souci holistique et de multidisciplinarité, les objectifs ont été rédigés de manière plus intégrative.

**Results** 



### **♦** Soins intégrés et trajet de soins pour patients chroniques

- Augmenter les soins préventifs pour patients chroniques (dont diabétiques), avec une attention particulière pour le renforcement des soins de proximité, la continuité des soins, les dépistages et la prise en charge multidisciplinaire
- ➤ Réduire la prévalence, la morbidité et la mortalité de l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes par la mise en œuvre d'un modèle de soins multidisciplinaires et continus visant à détecter efficacement l'obésité et à la traiter par étapes, en s'efforçant d'offrir à chaque patient obèse des soins adaptés à ses besoins individuels (soins sur mesure)
- Améliorer les soins de prévention après un traitement contre le cancer
- Centraliser les traitements et soins 'cancer' sur les besoins spécifiques des patients (soins personnalisés)
- ➤ Rendre le suivi prénatal universel de manière à assurer une santé et une sécurité optimales à toutes les femmes enceintes sur l'ensemble du territoire belge, avec un accent sur la prévention (primaire et secondaire, pour les conditions chroniques) et la santé mentale (notamment postpartum et enfants)
- ➤ Garantir l'accès au suivi postnatal en ambulatoire de manière à ce que pour toutes les mères qui ont eu un accouchement sans complications impliquant un séjour hospitalier écourté puissent bénéficier d'un suivi à domicile pendant au moins la première semaine (idéalement les 10 premiers jours), et que chaque nouveauné bénéficie de tous les dépistages prévus pendant cette période
- ➤ Etendre l'élaboration d'un « early/advance care planning » ou « projet de soins anticipé et personnalisé » (ACP/PSAP) à tous les patients présentant une maladie chronique en Belgique

- Améliorer le diagnostic, le traitement et leur qualité pour les patients atteints de maladies rares, en comblant le déficit d'informations sur ces conditions
- ♦ A noter que la mise en place d'un trajet de soins périnatal pour les grossesses à bas risque a également fait l'objet d'un rapport du KCE en 2019 (KCE, 2019b).
- → Renforcement du modèle de soins dans un sens intégré et centré patient
  - Renforcer la première ligne (prestations au bon endroit) et améliorer les conditions de pratiques à ce niveau
- Renforcer la collaboration entres les lignes de soins (partage d'expérience)
- Généraliser le recours aux informations EBP (evidence-based practice) disponibles pour les professionnels de première et deuxième ligne
- Développer des centres de référence multidisciplinaires pour des affectations rares et complexes
- Améliorer l'information pour les patients et les prestataires par différents canaux



- c) Initiatives pour répondre aux objectifs de soins de santé
- ♦ Ces objectifs requièrent pour certains une transformation des modes d'organisation des soins de santé et s'appréhendent en conséquence sur des échelles de temps plus longues. Une partie des initiatives reçues sur ces thèmes est ainsi reprise dans le tableau récapitulatif des fiches (voir § III.3) pour traitement ultérieur. Toutefois, 6 des 17 initiatives prioritaires sélectionnées par la TF rentrent également dans ce thème joint et participent à l'amélioration de l'intégration des soins et la centralité patient.



	FR	NL
ı	Développement d'un trajet de soins pour	Uitbouw van een obesitastraject voor
	l'obésité de l'enfant à l'adulte (jusqu'à 70	kinderen tot volwassenen (tot 70 jaar)
	ans) avec un IMC de 25 (avec	vanaf een BMI van 25 (met co-
	comorbidités) et un IMC de 30 ou plus	morbiditeiten) en BMI vanaf 30 (zonder
	(sans comorbidités) : mise en place d'un	co-morbiditeiten): implementatie van een
	nouveau modèle de soins avec une	nieuw zorgmodel met betere afstemming
	meilleure coordination entre les 3 lignes	tussen de 3 zorglijnen, systematische
	de soins, une détection précoce	vroegdetectie en goede follow up
	systématique et un bon suivi	
	Promouvoir et favoriser un protocole de	Promoten en bevorderen van voortraject
	soins en amont et l'intégrer dans le DMI	en het integreren van het zorgprotocol in
	(données de laboratoire et cliniques,	het EMD (laboratoriumgegevens en
	facteurs liés au mode de vie tels que	klinische gegevens, levensstijlfactoren
	l'arrêt du tabac, l'exercice physique et le	zoals rookstop, lichaamsbeweging en
	régime alimentaire) pour prévenir le	voeding) om diabetes mellitus te
	diabète sucré	voorkomen
	Trajets de soins multidisciplinaires péri-	Multidisciplinaire trajecten voor peri- en
	et postnataux, axés sur la proximité et	postnatale zorg, gericht op nabijheid van
	les préférences patients, intégrant les	zorg en op de voorkeuren van de
	comportements à risques et les données	patiënten, rekening houdend met
	de mode de vie, impliquant une attention	risicogedrag en gegevens over leefstijl
	pour les groupes vulnérables et un	en met bijzondere aandacht voor
	remboursement étendu du suivi pour ces	kwetsbare groepen en met een
	derniers	uitgebreide terugbetaling voor de
	F: 1	opvolging van deze laatste groep
	Etendre l'honoraire de 90 euros prévus	Het honorarium van 90 euro voor
	pour les généralistes établissant un ACP	huisartsen die een ACP met hun
	avec leurs patients palliatifs aux patients	palliatieve patiënten opstellen uitbreiden
	chroniques ou à risque de perdre leur	naar chronische patiënten of patiënten
	capacité à exprimer leurs volontés.	die het risico lopen hun wilsbekwaamheid te verliezen. Digitaal
	Document digital partagé sur les réseaux de santé sécurisés	document dat gedeeld wordt via de
	de same securises	beveiligde gezondheidsnetwerken.
	Sensibilisation du grand public et des	Sensibiliseren van het grote publiek en
	professionnels des soins de santé au	van de zorgprofessionnals in verband
	concept de la planification anticipée et	met het concept van vroegtijdige en
	personnalisée des soins	persoonlijke planning van zorg



#### 5. Santé mentale

- a) Soins de santé mentale en Belgique : état des lieux
- ♦ A l'image des soins préventifs, les soins de santé mentale sont une compétence partagée entre l'Etat fédéral et les entités fédérées en Belgique. Toutefois, l'organisation de la santé mentale reste large, variée et très complexe. Il existe un nombre important et diversifié d'organisations, d'institutions et de prestataires de soins qui offrent des soins de santé mentale. Cependant, il n'y a pas d'aperçu de qui ils sont, de ce qu'ils offrent, de leur public cible et des résultats qu'ils fournissent. De plus, il n'y a pas d'image claire de la façon dont tous ces services fonctionnent ensemble, comment et par qui ils sont financés. La majorité des psychologues cliniciens indépendants ne sont couverts ni par un système, ni par l'autre. En conséquence, le système de santé mentale en Belgique est relativement morcelé et l'évaluation de performance qui en est faite reste partielle (KCE, 2019c).
- Le rapport « Performance 2019 » du KCE retenait 11 indicateurs relatifs à la santé mentale en Belgique, à la fois contextuels (ex : relatifs aux taux de suicide en Belgique) et liés aux dimensions de la performance, en particulier l'accessibilité aux soins, la qualité et la continuité des soins.
- ♦ A ce sujet, le rapport conclut que « Les résultats des indicateurs touchant à la santé mentale et aux soins dans ce domaine restent alarmants. Le fruit des réformes passées n'est pas (encore) suffisamment visible et les taux de suicide demeurent élevés. De plus, le suivi de la performance reste délicat car les systèmes de données devraient idéalement permettre un monitoring de l'ensemble du parcours de soins (y compris au niveau ambulatoire), ce qui n'est pas encore suffisamment le cas » (KCE, 2019).

- ♦ Les points d'attention particuliers émergeant sur base de ces indicateurs sont le taux de suicide élevé en Belgique, notamment par rapport à la moyenne européenne (15,8 pour 10.000 habitants en 2015, contre 10,2 pour la moyenne UE-11 la même année) ; les délais d'attente pour un premier contact en ambulatoire (près de la moitié des patients doivent attendre un mois ou plus lors d'un premier contact) et la consommation d'antidépresseurs (79 doses prescrites journalières en 2016, contre seulement 42 en 2002) (HealthyBelgium).
- b) Objectifs de soins de santé pour les soins de santé mentale
- → Parmi les propositions reçues et liées à la santé mentale pour la fixation d'objectifs de soins de santé, la dimension la plus ciblée est celle de l'accessibilité: tant la proximité (accessibilité géographique) que les remboursements (accessibilité financière) des consultations psychologiques sont considérées trop faibles et à renforcer. De manière indirecte, c'est également l'adéquation entre la demande et l'offre qui est pointée, autrement dit la qualité (et dans une certaine mesure la résilience) de l'organisation et des soins de santé mentale en Belgique.



- ♦ Les objectifs généraux de soins de santé retenus pour le thème santé mentale sont les suivants :
- Diminuer le temps d'attente pour un premier rendez-vous de soins psychologiques afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et d'endiguer le phénomène de report de soins
- Diminuer le taux de suicide en Belgique
- Développer le nombre de consultations (généralistes et multidisciplinaires) des patients atteints d'une affection psychiatrique grave pour améliorer leur santé somatique
- Augmenter l'offre de soins de santé mentale destinée aux jeunes en Belgique pour améliorer leur résilience
- Réduire les troubles mentaux et d'extériorisation chez les jeunes en Belgique
- Structuration d'une offre de prise en charge spécialisée adaptée pour les jeunes ayant des problèmes psychiatriques graves et placés sous une mesure judiciaire
- c) Initiatives pour répondre aux objectifs de soins de santé
- ♦ Au total, 12 fiches relatives principalement à la santé mentale ont été reçues par la Taskforce. Parmi les initiatives prioritaires retenues, 4 sur 17 sont des actions qui répondent à ces différents objectifs et sont reprises dans le tableau ci-contre.

	FR	NL
F	Rendre la consultation d'un médecin	Maak een huisartsconsult vergoedbaar
Ç	généraliste remboursable pour tous les	voor alle patiënten met EPA (ernstige
k	patients atteints d'une affection	psychiatrische aandoening) die in een
k	osychiatrique grave (APG) qui ont été	psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen
á	admis dans un hôpital psychiatrique	
F	Rendre les consultations	Maak een multidisciplinair consult
r	multidisciplinaires remboursables pour	vergoedbaar voor patiënten met EPA
I	es patients atteints d'une affection	(ernstige psychiatrische aandoening),
F	osychiatrique grave, conformément à la	conform de nomenclatuur van het
r	nomenclature des consultations	Multidisciplinair Oncologisch Consult
C	oncologiques multidisciplinaires	
ſ	Meilleur remboursement et extension	Betere terugbetaling en uitbreiding van
C	des consultations psychologiques,	psychologische consulten, vooral voor
r	notamment pour les jeunes, en	jongeren, door lokale multidisciplinaire
C	développant des centres	centra te ontwikkelen, vooral in de eerste
r	multidisciplinaires de proximité surtout	lijn
6	en première ligne	
3	Soins de santé mentale: une extension	Geestelijke gezondheidszorg: Een
C	de l'offre à toutes les régions, de sorte	uitbreiding van het aanbod naar alle
C	que dans chaque réseau de soins de	regio's zodat binnen elk netwerk GGZ
5	santé pour enfants et adolescents	voor kinderen en jongeren structureel
C	dispose d'au moins une offre structurelle	minstens één aanbod aan For-K
á	à For-K auprès de la psychiatrie.	beschikbaar is vanuit psychiatrie

ons Multiannual Budget



# III.2. Tableau récapitulatif et impact budgétaire

Color	Code	Title FR	Title NL	2 IN	022 OUT	IN 20	023 OUT	20 IN	024 OUT
SDOS '	Task Forc	e Objectives			00.		551		00.
Accessi	bility								
Green	GDOS-014-1 GDOS-024 GDOS-058-1 GDOS-067-1 GDOS-101-1	Elaborer de nouvelles conditions pour l'intervention majorée qui permettent une automatisation poussée de l'octroi du droit	Het uitwerken van nieuwe voorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming die een verregaande automatisering in de toekenning van het recht mogelijk maken		33.000.000 €		33.000.000 €		33.000.000 €
Green	GDOS-014-2 GDOS-025 GDOS-067-2	Diminuer le plafond du maximum à facturer, notamment pour les bénéficiaires BIM	Het plafond voor de maximumfactuur verlagen, in het bijzonder voor de rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming (RVV)		13.300.000 €		13.300.000 €		13.300.000
Green	GDOS-014-3 GDOS-023 GDOS-048-1 GDOS-058-2 GDOS-067-3	Généralisation du tiers payant obligatoire, en particulier pour certains prestataires et de nouveaux groupes-cibles	Veralgemening van de verplichte derdebetalersregeling, in het bijzonder voor bepaalde zorgverstrekkers en voor nieuwe doelgroepen		0 €		0 €		0 €
Green	GDOS-048-2	Contribution personnelle fixe pour l'achat de médicaments, avec une attention particulière pour les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée	Vaste eigen bijdrage voor de aankoop van geneesmiddelen, met bijzondere aandacht voor degenen die de rechthebbende van verhoogte tegemoetkoming		71.300.000 €		71.300.000 €		71.300.000 (
Green	GDOS-048-3 GDOS-058-3 GDOS-067-4 GDOS-101-2	Améliorer l'accessibilité financière aux médicaments, en particulier ceux de la liste D	De financiële toegankelijkheid tot geneesmiddelen verbeteren, met name voor die van de lijst met "Geneesmiddelen D"		33.600.000 €		33.600.000 €		33.600.000 €
Orange	MAC-015	Cluster : Télémédecine	Cluster : Telegeneeskunde						
Orange	MAC-021	Prise en charge nutritionnelle intégrée dans la prise en charge globale du patient	Voedingsmanagement geïntegreerd in de algehele behandeling van de patiënt						
Orange	MAC-049	Financement et intégration des applications de santé dans les soins à domicile	Financiering en integratie mHealth-toepassingen in thuisverpleging						
Orange	SPAC-004	Simplifictaion administartive / flux de données	Administratieve vereenvoudiging / gegevensstroom						
Orange	SPAC-014	Simplifier la procédure administrative pour les demandes de logopédie	Vereenvoudiging van de administratieve procedure voor verzoeken om logopedie	2.500.000 €		2.500.000 €		2.500.000 €	
Green	SPAC-015	Cluster : médicaments vendus uniquement à la pièce dans les pharmacies	Cluster : geneesmiddelen enkel nog per pil verkocht worden in de officina's			Analyse	Analyse		
Orange	SPAC-020	Améliorer la continuité des traitements médicamenteux entre l'hôpital et le domicile	De continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis verbeteren						
Orange	SPAC-027		Automatisch toekenning zorgbudget zwaar zorgbehoevenden als patient forfait B of C scoort (thuisverpleging)						
Green	<u>SPAC-034</u>	Participation personnelle fixe et par ordonnance pour les médicaments prescrits	Vaste persoonlijke bijdrage per voorschrift voor voorgeschreven geneesmiddelen				Analyse		
Orange	<u>SPAC-040</u>	Cluster : Portail santé	Cluster : Gezondheidsportaal			Analyse			
Orange	<u>SPAC-052</u>	Elargissement du tiers payant aux consultations ambulatoires en milieu hospitalier facturées en perception centrale	Uitbreiding van de derdebetalersregeling tot poliklinische raadplegingen in ziekenhuizen die centraal worden gefactureerd						
Orange	<u>SPAC-067</u>	Simplification du chapitre IV AR 1/02/2018 spécialités pharmaceutiques	Vereenvoudiging van hoofdstuk IV KB 1/02/2018 farmaceutische specialiteiten	0 €		0 €		0 €	
Orange	SPAC-068	Mise en œuvre de séances de physiothérapie/exercice en groupe	Uitvoering van fysiotherapie/groepsoefeningen						
Orange	<u>SPAC-070</u>	Simplification administrative : réforme du chapitre IV, certificat uniforme d'incapacité de travail (multi-attestation),	Administratieve vereenvoudiging: hervorming hoofdstuk IV, uniform attest arbeidsongeschiktheid (multi-attest),						
		·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000

SECTION II Introduction Methodology Results Discussion Conclusions Multiannual Budget

-148.700.000 €

-148.700.000 €

-148.700.000 €

Balance



Color	Code	Title FR	Title NL	IN	2022 I OUT	2023 IN OUT	2024 IN OUT
GDOS	Task Forc	e Objectives					
Prima	ry and Seco	ndary prevention					
Green	GDOS-027.2	Consultation de suivi avec un/une infirmier/infirmière à la fin du processus de traitement pour les patients cancéreux, afin d'établir un processus de traitement adapté	Nazorgconsult met een verpleegkundige aan het einde van het behandeltraject voor kankerpatiënten om een passend behandelingsproces vast te stellen		1.573.627 €	1.573.627 €	1.573.627 €
Green	GDOS-044.1 GDOS-044.3	Campagne de sensibilisation auprès des patients et des prestataires de soins pour la conduite d'examens dentaires, dont l'examen dentaire annuel, chez les patients diabète type II et les groupes vulnérables	Sensibiliseringscampagne voor de patiënten en de zorgverstrekkers over het uitvoeren van tandheelkundig mondonderzoeken bij patiënten met diabetes type II en kwestare groepen	r	15.700.000 €	15.700.000	€ 15.700.000 €
Green	GDOS-069-2	Promouvoir et favoriser un protocole de soins en amont et l'intégrer dans le DMI (données de laboratoire et cliniques, facteurs liés au mode de vie tels que l'arrêt du tabac, l'exercice physique et le régime alimentaire) pour prévenir le diabète sucré	, ,		0 €	0 €	0 €
Green	MAC-004	Infections nosocomiales	Nosocomiale infecties				250.000.000 €
Orange	MAC-005	Remboursement des thérapies de remplacement de la nicotine	Terugbetaling van Nicotine Replacement Therapy		22.000.000 €	22.000.000	€ 22.000.000 €
Green	MAC-064	Insuffisance rénale chronique: dialyse péritonéale positionnée comme thérapie préférentielle	Chronisch nierfalen: peritoneale dialyse als voorkeurstherapie gepositioneerd	Anal	yse		
			Subtot	tal 0	-39.273.627 €	0 € -39.273.627	€ 250.000.000 € -39.273.627 €
			Baland	ice	-39.273.627 €	-39.273.627 €	210.726.373 €



Color	Code	Title FR	Title NL	IN	2022 OUT	20 IN	023 OUT	IN 2	2024 OUT
GDOS	Task Forc	e Objectives							
Care Pa	athways								
Green	GDOS-006 GDOS-010 GDOS-011 GDOS-040 GDOS-043-1 GDOS-069-1 GDOS-097	Développement d'un trajet de soins pour l'obésité de l'enfant à l'adulte (jusqu'à 70 ans) avec un IMC de 25 (avec comorbidités) et un IMC de 30 ou plus (sans comorbidités) : mise en place d'un nouveau modèle de soins avec une meilleure coordination entre les 3 lignes de soins, une détection précoce systématique et un bon suivi	jaar) vanaf een BMI van 25 (met co-morbiditeiten) en BMI vanaf 30 (zonder co-morbiditeiten): implementatie van een nieuw zorgmodel met				Analyse		
Green	GDOS-016 GDOS-038 GDOS-043-2	Trajets de soins multidisciplinaires péri- et postnataux, axés sur la proximité et les préférences patients, intégrant les comportements à risques et les données de mode de vie, impliquant une attention pour les groupes vulnérables et un remboursement étendu du suivi pour ces derniers	Multidisciplinaire trajecten voor peri- en postnatale zorg, gericht op nabijheid van zorg en op de voorkeuren van de patiënten, rekening houdend met risicogedrag en gegevens over leefstijl en met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen en met een uitgebreide terugbetaling voor de opvolging van deze laatste groep				Analyse		
Green	GDOS-026-1	Etendre l'honoraire de 90 euros prévus pour les généralistes établissant un ACP avec leurs patients palliatifs aux patients chroniques ou à risque de perdre leur capacité à exprimer leurs volontés. Document digital partagé sur les réseaux de santé sécurisés	Het honorarium van 90 euro voor huisartsen die een ACP met hun palliatieve patiënten opstellen uitbreiden naar chronische patiënten of patiënten die het risico lopen hun wilsbekwaamheid te verliezen. Digitaal document dat gedeeld wordt via de beveiligde gezondheidsnetwerken.				Analyse		
Green	GDOS-026-2	Sensibilisation du grand public et des professionnels des soins de santé au concept de la planification anticipée et personnalisée des soins	Sensibiliseren van het grote publiek en van de zorgprofessoinals in verband met het concept van vroegtijdige en persoonlijke planning van zorg		400.000 €		0 €		0 €
Green	MAC-034	Cluster: trajets de soins	Cluster: zorgtrajecten			Analyse	Analyse		
Orange	MAC-039	Cluster : Trajtes de soins prénatal	Cluster : prenataal zorgpad						
Green	MAC-046	Trajet de soins du patient obèse pour lequel une marge d'amélioration manifeste a été démontrée	Zorgpad voor de obese patiënt waar duidelijke ruimte voor verbetering is aangetoond			Analyse	Analyse		
Orange	<u>SPAC-037</u>	Soins de réadaptation : fonction de coopération, de communication et de liaison entre la 1ère, 2ème et 3ème ligne	Revalidatiezorg: samenwerking, communicatie en liaisonfunctie tussen 1e, 2de en 3de lijn						
			Subtotal	0 €	-400.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €
			Balance	-	400.000 €	c	€		0 €



Color	Code	Title FR	Title NL	IN	2022 OUT	202 IN	23 OUT	20 IN	024 OUT
gdos	Task Ford	e Objectives							
Menta	l Health								
Green	GDOS-021-1	Rendre la consultation d'un médecin généraliste remboursable pour tous les patients atteints d'une affection psychiatrique grave (APG) qui ont été admis dans un hôpital psychiatrique	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		442.000 €		442.000 €		442.000 €
Green	GDOS-021-2	patients atteints d'une affection psychiatrique grave, conformément à la	Maak een multidisciplinair consult vergoedbaar voor patiënten met EPA (ernistige psychiatrische aandoening), conform de nomenclatuur van het Multidisciplinair Oncologisch Consult		352.000 €		352.000 €		352.000 €
Green	GDOS-048-4 GDOS-053 GDOS-067-5 GDOS-090 GDOS-094 GDOS-103	notamment pour les jeunes, en développant des centres	Betere terugbetaling en uitbreiding van psychologische consulten, vooral voor jongeren, door lokale multidisciplinaire centra te ontwikkelen, vooral in de eerste lijn		0 €		0 €		0 €
Green	GDOS-106	sorte que dans chaque réseau de soins de santé pour enfants et adolescents dispose d'au moins une offre structurelle à For-K auprès de la	Geestelijke gezondheidszorg: Een uitbreiding van het aanbod naar alle regio's zodat binnen elk netwerk GGZ voor kinderen en jongeren structureel minstens één aanbod aan For-K beschikbaar is vanuit psychiatrie		12.200.000 €		12.200.000 €		12.200.000 €
Orange	MAC-065		Cluster: somatische zorg voor psychiatrisch patiënten en psychiatrische zorg voor chronische somatische patiënten						
Orange	MAC-068	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	"Mini-multidisciplinaire teams" voor evidence-based ambulante behandeling van eetstoornissen bij minderjarigen						
			Subtotal	0 €	-12.994.000 €	0 €	-12.994.000 €	0 €	-12.994.000 €
			Balance	-12	.994.000 €	-12.994	000 €	-12 90	4.000 €



Color	Code	Title FR	Title NL	IN	2022 OUT	20 IN	23 OUT	20 IN	24 OUT
GDOS	Task Forc	e Objectives							
Integra	ted Care								
Green	<u>GDOS-070</u>	Application étendue des informations EPB disponibles, à travers l'intégration des compétences EPB dans la formation continue des prestataires, l'extension du réseau EPB dans les lignes de soins et les hôpitaux et le développement de programmes multidisciplinaires liés	Uitbreiding van de toepassing van beschikbare EPB-informatie (evidence based practice), door integratie van EPB-vaardigheden in de opleiding van zorgverleners, uitbreiding van het EPB-netwerk tot zorglijnen en ziekenhuizen, en de ontwikkeling van multidisciplinaire programma's die hiermee samenhangen		5.400.000 €		5.400.000 €		5.400.000 €
Green	MAC-022	Advanced Care Planning (ACP) pour les personnes vivant à domicile et fréquemment hospitalisées	Advanced Care Planning (ACP) van thuiswonende mensen met frequente ziekenhuisopnames			Analyse	Analyse		
Green	MAC-023	Améliorer la continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile	De continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis verbeteren			Analyse	Analyse		
Green	MAC-024	Cluster : abus de certains médicaments (benzo,)	Cluster : misbruik van bepaalde geneesmiddelen (benzo,)			Analyse			
Green	MAC-030	Lutter contre les pertes de temps en imagerie médicale et tests en laboratoire	Aanpakken van tijdsgebonden verspilling in medische beeldvorming en laboratoriumtesten	Analyse					
Orange	MAC-043	Pré-habilitation avant planifictaion d'une chirurgie majeure	Pre-habilitatie voorafgaand aan een geplande majeure chirurgische ingreep			Analyse			
Green	MAC-044	Cluster: maladie artérielle périphérique	Cluster: perifeer arterieel vaatlijden	10.000.000	€	30.000.000 €		30.000.000 €	
Orange	MAC-050	Subsidiarité des soins infirmiers soutenue par des visites proactives et/ou de suivi par des infirmières à domicile	Subsidiariteit verpleegkundige zorg ondersteund door proactief en/of opvolgingsbezoek door thuisverpleegkundige						
Orange	MAC-051	Financement et mise en œuvre de casemanagement par les infirmiers à domicile	Financieren en implementeren casemanagement door thuisverpleegkundige						
Orange	<u>SPAC-019</u>	Concertation interdisciplinaire des patients (IPO) sur la revue de la médication	Interdisciplinair Patiënt Overleg (IPO) over medicatienazicht						
Orange	SPAC-029	Cluster: dossier patient intégré	Cluster: geïntegreerd patiëntendossier			Analyse			
Green	<u>SPAC-051</u>	Expansion de l' "Evidence Based" en mettant l'accent sur la collaboration interprofessionnelle et transmurale	Uitbreiding evidence-based aanbod met focus op interprofessionele en transmurale samenwerking		1.000.000 €		2.500.000 €		
			Subtotal	10.000.000	€ -6.400.000 €	30.000.000 €	-7.900.000 €	30.000.000 €	-5.400.000 €

Balance

3.600.000 €

22.100.000 €

24.600.000 €

89



Color	Code	Title FR	Title NL		IN	2022	OUT	IN	2023	OUT	IN	2024	OUT
Goveri	nment ag	reement (outside GDOS)											
Accoun	tability												
Orange	MAC-014	Création de marchés publics « outcome based » pour Unmet Medical Needs (UMN)	Invoering van "OutCome based" aanbestedingen voor Unmet Medical Needs (UMN)										
Orange	MAC-025	Bon Usage des Médicaments (BUM)	Goed Gebruik van Geneesmiddelen (GGG)										
Orange	MAC-045	Réduction des prescriptions d'antibiotiques par les prestataires de soins de santé avec une politique AB plus stricte	Verder terugdringen antibiotica-voorschriften door zorgverleners met strikter AB-beleid	t									
Orange	MAC-062	Analyses transversales des rapports sur la variation des pratiques sur Healthybelgium.be	Verder transversale analyses van rapporten over praktijkvariatie op Healthybelgium.be										
Orange	<u>SPAC-016</u>	Prescription électronique pour promouvoir la prescription responsable des antibiotiques	e-voorschrift om het verantwoord voorschrijven van antibiotica te bevorderen										
Green	<u>SPAC-038</u>	Cluster : EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support)	Cluster : EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Suppo	ort)				Analyse					
Green	<u>SPAC-063</u>	Examens urodynamiques (UDO) : différences géographiques en Belgique : Informer les urologues	Urodynamische onderzoeken (UDO): geografische verschillen in België Informeren urologen	ë:	130.000 €	Ē		260.000	€		260.000 €		
Green	<u>SPAC-065</u>	Cluster : Examen cytopathologique	Cluster : Cytopathologisch onderzoek	3	3.300.000	€		3.300.000	€		3.300.000	€	
			Subt	total 3	3.430.000	€	0 €	3.560.000	€	0 €	3.560.000	€	0 €
			Bala	ance	3.4	30.000	€	3.	560.000	€	3.50	60.000 €	É

90



Color	Code	Title FR	Title NL	202		2023			1
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT
Govern	nment ag	reement (outside GDOS)							
Manage	anagement of the medicines budget								
Orange	MAC-009	Création d'un cluster pour les spécialités de sévoflurane, incluant les génériques	Creatie van een cluster voor sevoflurane specialiteiten inclusief generiek	2.470.000 €		2.470.000 €		2.470.000 €	
Green	MAC-031	Cluster : Médicaments Biosimilaires	Cluster : Biosimilaire geneesmiddelen	20.000.000 €		20.000.000 €		20.000.000 €	
Green	MAC-061	Révision de groupe pour les médicaments biologiques (« Mabs »)	Groepsbeoordeling voor biologische geneesmiddelen ("Mabs")					Analyse	
Green	<u>SPAC-012</u>	Alignement des tarifs de pharmacie pour l'administration de nutrition parentérale à domicile (TPN)	Aligneren van de apothekersfee voor afleveren van parenterale voeding thuis (TPN)	400.000 €		400.000 €		400.000 €	
Orange	<u>SPAC-018</u>	Mettre en place un système central de saisie électronique des données pour tous les volumes d'Ig remboursés, par indication	Invoering van een centraal systeem voor elektronische gegevensregistratie voor alle vergoede Ig-volumes, per indicatie	Analyse					
Green	<u>SPAC-035</u>	Révision post-brevet : lancement automatique de la révision de groupe après la mise sur le marché de médicaments hors brevet	Post-Patent Revisie: automatische opstart groepsgewijze herziening n.a.v. marktintrede off-patent geneesmiddel			Analyse			
			Subtota	1 22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €
			Balance	e 22.870.000 €		22.870.00	00 €	22.870.000	



Color	Code	Title FR	Title NL	20: IN	22 OUT	202 IN	3 OUT	2024 IN	OUT
Govern	nment ag	reement (outside GDOS)							
Restruc	turing the	hospital landscape							
Green	MAC-017	Cluster : Apnées du sommeil	Cluster: Slaapapneu	10.000.000 €		15.000.000 €		15.000.000 €	
Orange	MAC-018	Motiver les patients atteints d'ERSD (End Stage Renal Disease) à considérer la dialyse à domicile comme une option	Motiveren van ESRD (End Stage Renal Disease) patiënten om thuisdialyse als volwaardige optie te nemen						
Green	MAC-019	L'assistance respiratoire à domicile comme traitement thérapeutique supplémentaire pour les patients BPCO	Ademhalingsondersteuning thuis als extra therapeutische behandeling voor COPD patiënten			45.000.000 €		45.000.000 €	
Green	MAC-028	Cluster : Chirurgie bariatrique	Cluster: Bariatrische chirurgie			Analyse	Analyse		
Green	MAC-029	Cluster : Traitement antibiotique IV à domicile	Cluster: IV antibiotica behandeling thuis	Analyse					
Green	MAC-032	Cluster : Hospitalisation à domicile	Cluster : Thuishospitalisatie	Analyse					
Orange	MAC-033	Cluster: concentration de soins	Cluster: concentratie van zorg						
Green	MAC-038	Cluster : Programmes ambulatoires de réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de BPCO	Cluster : Ambulante respiratoire revalidatie programma's COPD patiënten			Analyse			
Green	SPAC-008	Cluster : Poursuite du développement de l'hôpital de jour	Cluster : Verdere ontwikkeling dagziekenhuis	Analyse					
Green	<u>SPAC-017</u>	Remplacement des piles de pacemakers (EOL) en hospitalisation de jour - DONE IN 2021	Vervangingen van pacemakers batterijen (EOL) in daghospitalisatie - DONE IN 2021	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Orange	<u>SPAC-021</u>	Introduction du protocole ERAS pour les interventions chirurgicales sur les patientes gynécologiques et gynéco-oncologiques	Invoeren ERAS protocol voor heelkunde bij gynaecologische en gynaecologisch oncologische patiënten	4.418.406 €		4.418.406 €		4.418.406 €	
Orange	<u>SPAC-062</u>	Forfaits hospitalisation de jour : suppression de cinq prestations des listes donnant droit au financement lié à l'activité d'hospitalisation de jour	Dagziekenhuisforfaits : schrapping vijf verstrekkingen uit lijsten die recht geven op financiering gekoppelde dagziekenhuisactiviteit						
			Subtota	14.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €
			Balance	14.418.	406 €	64.418.4	06 €	64.418.40	06 €



Color	Code	Title FR	Title NL	2022	2023	2024
Goverr	nment ag	reement (outside GDOS)		IN OUT	IN OUT	IN OUT
		ljustments				
		,				
Green	MAC-057	Adaptation de la nomenclature pour détartrage (sous-gingival)	Aanpassing nomenclatuur (subgingivale) tandsteenverwijdering	1.155.249 €	533.429 €	533.429 €
Orange	MAC-058	Extraction extracapsulaire (ECE) dans la cataracte : modification de la nomenclature pour inclure les examens pré et postopératoires	Extracapsulaire extractie (ECE) bij cataract: wijziging van de nomenclatuur opdat pre- en postoperatieve onderzoeken hierin zouden begrepen zijn	4.125.000 €	4.125.000 €	4.125.000 €
Orange	SPAC-003	e-Fact Dentisterie	e-Fact Tandheelkunde	3.750.000 €	3.750.000 €	3.750.000 €
Orange	<u>SPAC-031</u>	Transparence des prix dans les secteurs de l'orthopédie et de la bandagisterie	Prijstransparantie in de sectoren orthopedie en bandagisterie			
Orange	<u>SPAC-036</u>	Forfaitarisation des prestations kinésithérapeutes dans les institutions (MRS,)	For faitarisering kinesither apeut is che verstrekkingen in instellingen (WZC,)			
Green	SPAC-049	Établir des critères de référence largement soutenus pour 6 numéros de nomenclature et/ou médicaments	Vastleggen breed gedragen benchmarks voor 6 nomenclatuurnummers en/of geneesmiddelen		35.000.000 €	35.000.000 €
Orange	SPAC-054	Mortalité après une chirurgie élective (benchmarking)	Mortaliteit na electieve heelkunde (benchmarking)			
Green	SPAC-055	Transition vers un mécanisme de financement pour les médecins généralistes : du "paiement à la performance" au "financement mixte : 60-30-10"	Transitie financieringsmechanisme bij huisartsen: van 'betaling-per- prestatie' naar 'gemengde financiering: 60-30-10'		Analyse	
Orange	<u>SPAC-057</u>	Statut palliatif : possibilité d'interrompre ce statut	Palliatieve status: mogelijkheid om deze status te onderbreken			
Orange	<u>SPAC-058</u>	Une prise en charge pour un implant innovant implique toujours une prise en charge pour l'implantation	e Tussenkomst voor innovatief implantaat houdt steeds tussenkomst voor implantatie in			
Orange	<u>SPAC-066</u>	Modification de la nomenclature : instauration code spécifique pour 2ème consultation ou 2ème visite à domicile le même jour chez le même assuré	Wijziging nomenclatuur: invoering code specifiek voor 2e consultatie of 2e huisbezoek op dezelfde dag bij dezelfde verzekerde			
			Subtotal	9.030.249 € 0 €	43.408.429 € 0 €	43.408.429 € 0 €
			Balance	9.030.249 €	43.408.429 €	43.408.429 €



Color	Code	Title FR	Title NL		2022	2		2023		2024
		reement (outside GDOS)	Title NL		IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT
		e service of the patient								
		Lentilles intraoculaires de qualité en lieu et place d'interventions								
Orange	MAC-011	secondaires de la cataracte	Kwalitatieve intra-oculaire lenzen ipv secundaire cataract interventies							
Orange	MAC-048	Création de centres de référence pour les diagnostics complexes	Creatie referentiecentra voor complexe diagnostiek							
Orange	<u>SPAC-050</u>	Accès national à la base de données Point-Of-Care pour les soins de deuxième ligne	Landelijke toegang tot Point-Of-Care databank voor de tweede lijn							
			Subtota	al	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
			Balanc	ce	0 €			0 €		0 €
/aloris	ation of th	e first-line health-care workers								
Orange	MAC-003	Remboursement CRP-POCT	Terugbetaling CRP-POCT	A	nalyse					
Orange	MAC-052	Projets de mise en œuvre de soins complexes et techniques dans les soin infirmiers à domicile	s Projecten voor implementatie van complexe en technische zorgen in thuisverpleging							
Orange	MAC-056	Optimiser le recours aux admissions d'urgence grâce à une meilleure coordination avec les cabinets de médecins généralistes et à des procédures claires	Optimaliseren gebruik Spoedopname door betere afstemming met huisartsenwachtposten en duidelijke trajecten							
			Subtota	al	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
			Balanc	ce	0 €			0 €		0 €
Others	;									
Orange	MAC-047	End-of-life-care, qualité dans les derniers mois de vie : planification préalable des soins ou ACP	End-of-life-care, kwaliteitsvolle laatste levensmaanden: voorafgaande zorgplanning of ACP							
Orange	<u>SPAC-001</u>	Réglementation des professions paramédicales au sein du comité des assurances	Regulering van de paramedische beroepen binnen het verzekeringscomit	té						
Orange	SPAC-013	Application permettant d'avoir une vue globale du budget des soins de santé	Apps voor een globaal overzicht van het budget voor gezondheidszorg							
Green	<u>SPAC-022</u>	Contribution forfaitaire pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans les troubles de la fertilité	Forfaitaire bijdrage in de kosten van farmaceutische producten die worden gebruikt bij fertiliteitsstoornissen				Analyse			
			Subtota	al	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
			Balanc	ce	0 €			0 €		0 €



		2022		20	)23	20	24
		IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT
GDOS Task Force Objectives							
Accessibility							
	Subtotal Balance	2.500.000 € -148.70	-151.200.000 € 00.000 €	2.500.000 € -148.70	-151.200.000 € 00.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 € 0.000 €
Primary and Secondary prevention	Dalatice	-148.70	00.000 E	-148.70	00.000 €	-140.70	0.000 E
	Subtotal	0 €	-39.273.627 €	0 €	-39.273.627 €	250.000.000 €	-39.273.627 €
Care Pathways	Balance	-39.27	3.627 €	-39.27	3.627 €	210.726	5.373 €
cate ratilways	Subtotal	0 €	-400.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance	-400.	000 €	0	€	0	€
Mental Health	Subtotal	0 €.	-12.994.000 €	0 €	-12.994.000 €	0 €	-12.994.000 €
	Balance		-12.994.000 € 4.000 €		-12.994.000 € 4.000 €		-12.994.000 € I.000 €
Integrated Care							
	Subtotal Balance	10.000.000 €	-6.400.000 € .000 €	30.000.000 €	-7.900.000 € 0.000 €	30.000.000 € 24.600	-5.400.000 €
Government agreement (outside GDOS)	DaidiiCe	5.600	.000 €	22.100	J.000 €	24.600	.000 E
Accountability							
	Subtotal	3.430.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €
Management of the medicines budget	Balance	3.430	.000 €	3.560	.000 €	3.560.	000 €
Management of the medicines budget	Subtotal	22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €
	Balance		0.000 €		0.000 €	22.870	
Restructuring the hospital landscape	Cultural	14 440 405 5	0.5	CA 410 40C C	0.5	C4 440 40C C	0.5
	Subtotal Balance	14.418.406 € 14.418	0 € 3.406 €	64.418.406 € 64.418	0 € 8.406 €	64.418.406 € 64.418	0 € .406 €
Nomenclature adjustments							
	Subtotal Balance	9.030.249 €	0 € .249 €	43.408.429 €	0 € 8.429 €	43.408.429 € 43.408	0 €
Innovation at the service of the patient	Balance	9.030	.249 €	45.400	5.429 €	45.400	.429 €
	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Valorisation of the first-line health-care workers	Balance	0	€	0	€	0	€
valorisation of the inst-line health-care workers	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance	0	€	0	€	0	€
Others							
	Subtotal Balance	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
						0	
	GRAND TOTAL	62.248.655 €	-210.267.627 €	166.756.835 €	-211.367.627 €	416.756.835 €	-208.867.627 €
	BALANCE	-148.01	.8.972 €	-44.61	0.792 €	207.889	9.208 €



# **III.3. Autres résultats**

# → TF Objectifs de soins de santé

Name	Title Fr	Title NL
GDOS-001	Cancer de la bouche - prévention	Mondkanker - preventie
GDOS-002	Coopération transmurale	Transmurale samenwerking
GDOS-003	Contraception - HPV	Anticonceptie - HPV
GDOS-004	Cancer du poumon - détection	Longkanker - detectie
GDOS-005	Soins psychologiques - suicide - mode de vie	Psychische zorg - suïcide - leefstijl
GDOS-007	Cancer	Kanker
GDOS-008	IST (chez HSH)	SOA (bij MSM)
GDOS-009	Vaccin HPV	HPV-vaccinatie
GDOS-011	Obésité - diététique pour certaines maladies	Obesitas - dieet voor bepaalde ziekten
GDOS-012	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin	Chronische inflammatoire darmaandoeningen
GDOS-013	Système intégré de soins	Geïntegreerd zorgsysteem
GDOS-014	Améliorer l'accessibilité financière-Améliorer l'accessibilité administrative-Meilleur accès face aux obstacles endogènes	Financiële toegankelijkheid verbeteren-Administratieve toegankelijkheid verbeteren- Betere toegankelijkheid bij endogene hinderpalen
GDOS-015	Digitalisation - innovation technologique	Digitalisering - technologische innovatie
GDOS-016	Suivi prénatal et postnatal	Prenatale en postnatale follow-up
GDOS-020	Vaccin HPV	HPV-vaccinatie
GDOS-022	Maladies cardiaques structurelles	Structurele Hartziekten
GDOS-023	Extension tiers payant obligatoire	Uitbreiding verplichte derdebetalersregeling
GDOS-024	Automatisation intervention majorée	Automatisering verhoogde tegemoetkoming



Name	Title Fr	Title NL
GDOS-025	Plafond des tickets modérateurs supplémentaire (maximum à facturer)	Extra remgeldplafond (maximumfactuur)
GDOS-027.1	Depuis les soins curatifs vers les soins préventifs	Curatieve zorg naar preventieve zorg
GDOS-027.3	Centres de référence	Referentiecentra
GDOS-028	Déficience auditive détectée par les généralistes	Slechthorendheid te detecteren bij huisarts
GDOS-029	Collaboration multidisciplinaire pour les problèmes d'acouphènes et d'hyperacousie	Multidisciplinaire samenwerking voor tinnitusproblematiek en hyperacusis
GDOS-030	Égalisation complète du remboursement pour tous les âges	Volledige gelijktrekking van de terugbetaling voor alle leeftijden
GDOS-031	Accessibilité soins optiques	Toegankelijkheid optische zorg
GDOS-032	Dégénérescence maculaire liée à l'âge - filtres médicaux	Medische filter - leeftijdsgebonden maculaire degeneratie
GDOS-034	Soins de technologie orthopédique	Orthopedische Technologie-zorg
GDOS-035	Collaboration multidisciplinaire entre technologues orthopédiques et autres	Multidisciplinaire samenwerking tussen orthopedisch technologen en andere
GDOS-038	Prévention et accessibilité des soins pour femmes enceintes et jeunes parents	Preventie en toegankelijkheid van zorg voor zwangere vrouwen en jonge ouders
GDOS-042	Accessibilité des soins kinésithérapeutiques	Toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg
GDOS-043	Parcours de soins - soins kinésithérapeutiques	Zorgpaden - kinesitherapeutische zorg
GDOS-044.1	Accessibilité aux soins dentaires	Toegankelijkheid tot tandheelkundige zorg
GDOS-044.2	Antibiothérapie en soins dentaires	Antibiotica in de tandheelkundige zorg
GDOS-045	Antibiotiques	Antibiotica
GDOS-046	Durabilité dans le secteur de la santé	Verduurzaming in de zorgsector
GDOS-047	Mobilité durable	Duurzame mobiliteit



Name	Title Fr	Title NL
GDOS-048	Réseaux de soins et soins primaires - maisons médicales	Eerstelijnszorg en zorgnetwerken - medische huizen
GDOS-052.1	Soins palliatifs à domicile	Palliatieve patiënt thuis
GDOS-052.2	Soins rapprochés des patients diabétiques	Nabije zorg voor diabetespatiënten
GDOS-052.3	Autonomisation et soutien aux personnes âgées fragiles	Empowerment en ondersteuning voor kwetsbare ouderen
GDOS-053	Réduire l'écart de traitement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale	Verkleinen van de behandelkloof voor mensen met GGZ-problemen
GDOS-054	Tests neuropsychologiques pour les personnes atteintes de lésions cérébrales congénitales	Neuropsychologische testen voor personen met aangeboren hersenletsel
GDOS-055	Médicaments non remboursés	Niet-terugbetaalde geneesmiddelen
GDOS-056	Kinésithérapie abordable et de haute qualité	Betaalbare en kwaliteitsvolle kinesitherapie
<u>GDOS-057</u>	Système intégré	Geïntegreerd systeem
GDOS-058	Accessibilité des soins hospitaliers	Toegankelijkheid van ziekenhuiszorgen
GDOS-059	Digitalisation pour la continuité des soins et expérience patients	Digitalisering voor continuïteit van zorg en patiëntervaring
GDOS-061	Littératie en santé	Gezondheidsgeletterdheid
GDOS-062	Accessibilité financière	Financiële toegankelijkheid
GDOS-063	Intégration - Prévention	Integratie - preventie
GDOS-065	Améliorer le diagnostic, le traitement et l'accompagnement des patients atteints de maladies rares - accessibilité du traitement et des soins	Diagnose, behandeling en begeleiding patiënten met zeldzame ziekte verbeteren - toegankelijkheid van behandeling en zorg
<u>GDOS-066</u>	Généraliste gratuit pour les enfants	Gratis huisarts voor kinderen
<u>GDOS-067</u>	Accessibilité des soins de santé	Toegankelijkheid van de gezondheidszorg
GDOS-068	Accessibilité financière du transport de patients	Financiële toegankelijkheid van het patiëntenvervoer



Name	Title Fr	Title NL
GDOS-070	Objectifs de soins de santé intégrés	Geïntegreerde gezondheidszorgdoelstelling
GDOS-071	Médicaments sans danger	Geneesmiddelen veilig
GDOS-072	Indemnisation pour les incidents médicaux	Vergoeding medisch incident
GDOS-073	Transport des patients	Ziekenvervoer
GDOS-074	Des soins abordables pour les patients chroniques	Zorg betaalbaar voor chronische patienten
GDOS-075	Continuité des soins	Zorgcontinuïteit
GDOS-076	Ajustement du système financier - continuité des soins	Aanpassing financieringssysteem - zorgcontinuïteit
GDOS-077	Politique de santé centrée sur les patients - associations de patients	Patiënt-centraal gezondheidsbeleid -patiëntenverenigingen
GDOS-078	Accès aux soins	Toegang tot zorg
GDOS-079	Soins de santé mentale	Geestelijke gezondheidszorg
GDOS-081	Malades chroniques - marché du travail	Chronische aandoening - arbeidsmarkt
GDOS-082	Qualité des soins pour les affections complexes et rares	Kwaliteit van zorg van complexe en zeldzame aandoeningen
GDOS-083	Accès aux applications d'e-santé	Toegang tot e-health applicaties
GDOS-084	Droit des patients	Patiëntenrechten
GDOS-086	Incidents liés à la sécurité des patients	Patiëntveiligheidsincidenten
GDOS-087	Système de soins de santé préventif	Preventief gezondheidszorgsysteem
GDOS-088	Confidentialité des données de santé (dérivées)	Privacy van (afgeleide) gezondheidsgegevens
GDOS-089	Traitements à domicile	Thuisbehandelingen

99



Name	Title Fr	Title NL
GDOS-090	Augmenter l'accès aux soins pour les patients transplantés	Toegankelijkheid van zorg verhogen voor transplantatiepatiënten
GDOS-091	Assurance pour les personnes atteintes d'une maladie chronique	Verzekeringen voor personen met een chronische aandoening
GDOS-092	Transparence sur la qualité	Transparantie over kwaliteit
GDOS-093	Diagnostic postpartum - santé mentale grossesse et progéniture	Postpartum diagnose - geestelijke gezondheid bij zwangerschap en kinderen
GDOS-094	Santé mentale - soins somatiques - intégration	Geestelijke gezondheid - somatische zorg - integratie
GDOS-096	Vaccination population adulte	Vaccinatie volwassenen
GDOS-098	Besoins de santé et plate-forme qualité	Gezondheidsbehoeften en kwaliteitsplatform
GDOS-099	Maisons médicales en centres de première ligne	Medische huizen als eerstelijnscentra
GDOS-100	Soins de deuxième ligne en maisons médicales	Tweedelijnszorg in medische huizen
GDOS-101	Accessibilité financière et aux médicaments	Financiële toeganeklijkheid en toegang tot medicatie
GDOS-102	Vaccination en pharmacie	Vaccinatie in apotheken
GDOS-104	Trajet de soins pour les patients adultes double diagnostic	Zorgtraject voor volwassen patiënten met dubbele diagnose
GDOS-105	Extension et transformation du module actuel « rééducation après traitement »	Uitbreiding en transformatie van de huidige module "revalidatie nabehandeling"
GDOS-106	Prise en charge spécialisée adaptée pour les jeunes avec problèmes psychiatriques	Aangepast specialistisch zorgaanbod voor jongeren met een psychiatrische problematiek
<u>GDOS-107</u>	Projets HIC/ID sur l'ensemble du territoire	HIC / ID-projecten in het hele land
GDOS-108	Approche intégrée des patients dans le cadre des transplantations abdominales	Geïntegreerde benadering van patiënten bij abdominale transplantaties
GDOS-109	Transplantation du foie	Levertransplantatie
GDOS-110	Mise en place d'un "plan infirmier" pour augmenter la sécurité patients	Opstellen van een "verpleegplan" om de veiligheid van de patiënten te vergroten



# **♦ TF Appropriate Care**

Name	Title Fr	Title NL
MAC-001	Psoriasis	Psoriasis
MAC-002	Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis	Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis
MAC-006	Améliorer l'accessibilité des soins de santé transgenres	De toegankelijkheid van transgenderzorg verbeteren
<u>MAC-007</u>	Remboursement système de positionnement (Nuage PLS)	Terugbetaling Zitkuipen (Nuage PLS)
MAC-008	Formation universitaite "Sédation IV pour les non-anesthésistes"	Universitaire opleiding 'IV-sedatie voor niet-anesthesiologen'
MAC-010	Plateforme e-santé en neurologie	Digitaal gezondheidsplatform in neurologie
MAC-012	Investigations après le diagnostic de cancer du sein invasif	Onderzoeken na de diagnose van invasieve borstkanker
MAC-013	Prise en charge des effets secondaires chronique/à long terme du cancer	Beheer van langdurig / chronisch bijwerkingen van kanker
MAC-016	Problèmes de développement orthophonique dans le contexte d'une perte auditive ou d'une autre comorbidité	Logopedische ontwikkelingsproblematiek in context van gehoorverlies of andere comorbiditeit
MAC-020	Soins des plaies de haute qualité et rentables	Hoogwaardige, kosteneffectieve wondverzorging
MAC-026	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Vermindering van diabetesgerelateerde morbiditeit en mortaliteit door vroegtijdige screening in de apotheek
MAC-027	Entretien d'adhésion thérapeutique (BUM)	Therapeutisch Toetredings Interview (GGG)
MAC-035	Maisons "Soteria"	Soteriahuis
MAC-036	Dépistage systématique du glaucome chez les personnes âgées de 45 à 50 ans	Systematische screening naar glaucoom bij personen tussen 45 en 50 jaar
MAC-037	Renforcer le professionnalisme dans le secteur des dispositifs médicaux optiques	Verhogen professionaliteit in sector optische medische hulpmiddelen
MAC-040	Des soins sur mesure grâce à la réorganisation des soins pré, péri et postnataux	Zorg op maat door middel van reorganisatie pre-, peri- en postnatale zorg
MAC-041		Incentive dat ziekenhuizen beloont die kostenefficiënt geneesmiddelen aankopen voor de ziekteverzekering
MAC-042	Cluster: lombalgie	Cluster: lage rugpijn
MAC-053	Soutien aux patients diabétiques dans le cadre des soins à domicile	Ondersteuning diabetespatiënt in thuisverpleging



Name	Title Fr	Title NL
MAC-055	Introduction d'un forfait soins à basse variabilité pour la chirurgie de la cataracte	Invoeren laagvariabele tussenkomst/zorgforfait voor cataractoperaties
MAC-059	Arbre de décision pour un accès vasculaire adéquat en fonction de l'indication, de la durée du traitement,	Beslissingsboom voor adequate vasculaire toegang volgens indicatie, behandelingsduur,
MAC-060	Optimiser la détection précoce des cancers significatifs de la prostate, éviter la surdétection et le surtraitement	Optimaliseren vroegdetectie significante prostaatkankers, vermijden overdetectie en overbehandeling
MAC-063	Demandes de tests de laboratoire et suivi de ces tests pour les affections chroniques	Verzoeken om en follow-up van laboratoriumtests voor chronische aandoeningen
MAC-066	Révision de la nomenclature pour les lentilles de contact	Herziening nomenclatuur contactlenzen
MAC-069	Interventions de santé mentale parent-enfant EB pour les problèmes socio- émotionnels et comportementaux graves chez les 0 à 3 ans	EB parent-infant mental health interventies bij ernstige sociaal-emotionele en gedragsproblemen bij 0-3 jaar
<u>SPAC-002</u>	Procédure de prescription des prothèses auditives	Voorschrift procedure gehoorapparaten
SPAC-005	Des médiateurs interculturels pour une meilleure communication entre le patient et les soignants	Intercultureel bemiddelaars voor een betere communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener
SPAC-006		Nomenclatuur opsplitsen niet enkel hosp/ambul maar ook extra/intramuraal ambulant
<u>SPAC-007</u>	Simplification du financement des soins spécialisés (y compris dans les hôpitaux)	Vereenvoudiging van de financiering van de specialistische zorg (oa in ziekenhuizen)
SPAC-009	Cluster : Chirurgie extrahospitalière	Cluster: poliklinische chirurgie
SPAC-010	Forfaits de soins journaliers : passer de 7 groupes à 1 groupe	Forfaits verpleegdag: herleiden 7 groepen tot 1 groep
SPAC-011	Prise en charge de l'extraction dentaire sous anesthésie générale : augmenter la valeur K	Verzorging van tandextractie onder algemene anesthesie: verhoging van de K-waarde
SPAC-023	Réévaluation des actes hystéroscopiques au détriment du curetage	Herwaardering van hysteroscopische actes ten koste van de curettage
SPAC-024	Modification des clauses d'indexation se trouvant dans des arrêtés royaux et conventions	Wijziging van indexeringsclausules in koninklijke besluiten en overeenkomsten
SPAC-025	Suppression de l'attestation bisannuelle pour le renouvellement des prothèses mammaires externes	Afschaffing tweejaarlijks attest voor hernieuwing externe borstprothese
<u>SPAC-026</u>	Demande électronique de statut palliatif	Elektronische aanvraag palliatief statuut
<u>SPAC-028</u>	Application générale du système de tiers payant dans les soins primaires	Algemene toepassing derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg
<u>SPAC-032</u>	Mise en œuvre du dossier numérique pour les audioprothésistes	Implementatie digitaal dossier audicien



Name	Title Fr	Title NL
SPAC-033	Révision et extension de la nomenclature pour les prestations de technologie orthopédique (OT)	Nomenclatuur revisies en uitbreidingen Orthopedische Technologie (OT) verstrekkingen
SPAC-039	Financement et mise en œuvre d'un fond d'implémentation HealthTech pour l' "appropriate care"	Financiering en uitvoering van een HealthTech-implementatiefonds voor "appropriate Care"
SPAC-041	Détermination de l'assistance chirurgicale comme fonction essentielle, proposition de remboursement	Bepalen operatie-assistentie als essentiële functie, voorstel tot vergoeding
SPAC-042	Enregistrement/Données des prothèses CMC I. Traumatisme grave de la main/ Données sur la réimplantation	Registratie /data CMC I prothesen. Ernstig handtrauma/ Data re- implantatie
SPAC-043	Mesures supplémentaires pour rendre le contrôle et la prévention de la fraude dans les soins à domicile plus efficaces et efficients	Extra maatregelen om controle en fraudebestrijding in thuisverpleging doeltreffender en doelmatiger te maken
SPAC-044	Étude de développement sur le nouveau financement des soins infirmiers à domicile	Ontwikkelingsonderzoek nieuwe financiering thuisverpleging
<u>SPAC-045</u>	Enregistrement des pratiques et financement incitatif des pratiques pour les soins infirmiers à domicile	Praktijkregistratie en stimulerende praktijkfinanciering thuisverpleging
SPAC-053		Grondige analyse van gezondheidsgegevens, met een dubbele doelstelling: relevante indicatoren, zorgmodellen
SPAC-056		Financiële toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg: afschaffing van de 25%-regel
SPAC-059		Fysieke aanwezigheid van geaccrediteerde orthopedische chirurgen (artikel 29). Verbetering van de erkenningsvoorwaarden
SPAC-060	Adaptation nomenclature : matériel orthopédique préfabriqué	nomenclatuur aanpassing: geprefabriceerd orthopedisch materiaal
SPAC-061	Modification de la législation: raccourcissement du délai de facturation	Wetswijziging : verkorten facturatietermijn
SPAC-064	Alignement RMN et CT de la colonne vertébrale : honoraires par rapport aux coûts d'exploitation avec passage du CT au RMN	Alignatie NMR en CT wervelzuil: honorarium in verhouding tot exploitatiekost met shift van CT naar NMR
SPAC-069	Réseau collaboratif pluridisciplinaire dans les troubles alimentaires	Multidisciplinair samenwerkingsnetwerk op het gebied van eetstoornissen
SPAC-071	Introduction rapide des implants et des dispositifs médicaux invasifs sur le marché	Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen tijdig introduceren op de markt
SPAC-072	Règle des -25% pour les kinésithérapeutes, les logopèdes, les opticiens, les bandagistes,	-25%-regel voor de kinesitherapeuten, de logopedisten, de opticiens, de bandagisten,
<u>SPAC-073</u>	Evidence-based guidelines pour la prescription de vitamines, de minéraux et de suppléments nutritionnels	Evidence-based guidelines voor voorschrijven vitamines, mineralen en voedingssupplementen
SPAC-074	Politique pharmaceutique axée sur le patient	Patiëntgericht geneesmiddelenbeleid
<u>SPAC-075</u>	Système de financement qui garantit la continuité des soins et la qualification correcte du prestataire	Financieringssysteem dat continuïteit van zorg en juiste kwalificatie zorgverlener garandeert



# **IV. Discussion**

- → Cette partie du rapport accorde plus d'attention aux aspects financiers, en particulier aux estimations et au calcul des normes. En outre, un certain nombre de propositions sont formulées pour arriver à une grande transparence du budget de la santé.
- → Finalement, les premiers enseignements sont tirés sur le déroulement des travaux et des propositions sont formulées par rapport aux points d'amélioration possibles, tant au niveau méthodologique que structurel.







# **IV.1.** Quid estimations budgétaires?

- → Lors du Conseil général du 28 juin 2021, le service des soins de santé a présenté l'estimation technique initiale pour 2021.
- ♦ Le service a également dressé des évaluations techniques pour les années 2023 et 2024 (aux prix 2022).
- → Les estimations budgétaires de juin 2021 (calcul de la norme, estimations techniques 2022-2024) sont disponibles en consultant le rapport intermédiaire complet sur le site de l'INAMI.
  - → <a href="https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/Pages/reunion\_lancement">https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/Pages/reunion\_lancement comite assurance elargi.aspx</a>





## Augmenter la transparence du budget des soins de santé

- Le Conseil général demande une meilleure lisibilité et transparence du budget du secteur de la santé depuis longtemps. Une meilleure lisibilité et une plus grande transparence sont également nécessaires pour permettre l'élaboration d'un budget pluriannuel.
- → Au soir du mercredi 5 mai 2021, la Task Force Cadre budgétaire pluriannuel dynamique a discuté de l'augmentation de la transparence du budget des soins de santé. Deux notes ont servi de base à cette concertation :
  - ➤ La note de la Task Force 2016. Cette Task Force avait été chargée de formuler une proposition visant à aligner les dépenses de santé sur les dépenses autorisées en 2016 en raison d'une détérioration identifiée en janvier 2016, et avait finalisé son rapport en juin 2016 (note du Conseil général 2016/061). Dans le chapitre 2 du rapport finalisé, la Task Force envisageait une augmentation de la transparence du budget des soins de santé;
  - ➤ Il existe également un document inachevé de 2018 du Cabinet des affaires sociales et de la santé, qui s'appuie sur le document du Conseil général mentionné ci-dessus. Les travaux en la matière ont été interrompus au moment de la chute du gouvernement.

- ♦ Les deux notes étaient composées de trois grandes parties :
  - ➤ Définition et contenu de l'objectif budgétaire : une décision a été prise par le Conseil général, mais doit encore être mise en œuvre ;
  - Problématique des dépenses négatives : partiellement mis en œuvre dans le budget 2019 ;
  - ➤ Budget net des médicaments : déjà mis en œuvre dans le budget 2017. Par conséquent, cela ne faisait plus partie de la note 2018 et ne sera pas non plus abordé ici.
- ◆ Ces notes avaient pour but de lancer un certain nombre de propositions visant à améliorer la lisibilité et la gestion du budget des soins de santé. Toutes les propositions devaient être soumises au Conseil général et au Comité de l'Assurance avec, le cas échéant, différents scénarios pour une décision des organes compétents. Toutes les propositions devaient être neutres sur le plan budgétaire. Un décalage entre deux exercices budgétaires était considéré comme neutre sur le plan budgétaire s'il n'augmentait pas les dépenses totales, et l'objectif budgétaire était ajusté en conséquence.
- → Tous les points de ces notes ne sont pas encore à jour. Certaines des décisions ont déjà été prises par le Conseil général en 2016 mais doivent encore être mises en œuvre, par exemple par une modification de la loi. D'autres propositions ont déjà été réalisées et ne sont pas reprises ici : NIPT, enveloppe des professions paramédicales, stages et maîtres de stage et double cohorte, regroupement du financement des groupes professionnels au sein d'une seule rubrique budgétaire, création d'objectifs partiels pour des programmes de soins spécifiques, etc.



### 1. Définition de l'objectif budgétaire

- Le contenu actuel de l'objectif budgétaire global ne correspond plus à la définition légale qui stipule que le contenu est limité aux prestations prévues par l'article 34 de la loi SSI. Actuellement, certaines parties sont hors du champ budgétaire (par exemple, la loi sur les hôpitaux), et des dépenses qui ne sont pas couvertes par l'article 34 sont incluses (par exemple, les primes informatiques, article 56).
- → Le Conseil général du 13 juin 2016 a privilégié le scénario 2 ou le scénario 2bis de la note initiale:
  - scénario 2 : une « responsabilisation maximale à l'intérieur de l'objectif budgétaire » : dans ce contexte, l'objectif budgétaire global peut être utilisé pour toutes les activités qui sont directement (ou indirectement) liées aux « soins de santé » ;
  - Scénario 2bis : va un peu plus loin : intégration de la rubrique des traités internationaux dans l'objectif budgétaire.

- → Il semble indiqué d'exclure les dépenses relatives aux traités internationaux de l'objectif budgétaire, compte tenu de la volatilité de ces dépenses, et de retenir par conséquent le scénario 2.
- Dans ce contexte d'approche maximaliste, le critère utilisé est que l'objectif budgétaire global peut être appliqué à toutes les activités liées directement ou indirectement aux « soins de santé » et aux dispensateurs de soins de santé, à l'exception des subventions aux organisations professionnelles, puisque ces dépenses font partie de la gestion des soins de santé. Seules les dépenses liées au fonctionnement et à la gestion du système de soins de santé resteront hors du champ d'application du budget. Une initiative législative est nécessaire pour mettre en œuvre cette décision.

### 2. Définition des objectifs partiels

- ◆ Constat : la définition des objectifs partiels dans la loi SSI ne correspond plus à la procédure budgétaire actuelle. L'article 2 de la loi SSI précise que « dans la présente loi coordonnée, on entend par "objectif budgétaire annuel partiel", pour les prestations de santé ou groupes de prestations visées à l'article 34, le montant annuel des dépenses prévues, que doivent respecter les différentes commissions de conventions ou d'accords ». Cependant, il n'existe pas de commissions d'accords ou de conventions pour plusieurs objectifs partiels.
- → Un alignement est nécessaire. La meilleure façon d'y remédier est de revoir également la procédure relative au budget pluriannuel (voir § IV.2).



### 3. Problème BMF / loi sur les hôpitaux

- ♦ Actuellement, une partie du financement des hôpitaux est incluse dans l'objectif partiel 12 de l'objectif budgétaire et une autre partie, dite « partie État », est reprise hors de l'objectif budgétaire dans la rubrique « loi sur les hôpitaux ».
- ♦ Les deux parties ont un circuit de paiement et un rythme de facturation différent :
  - ➤ la plus grande partie du budget (77,23 %) fait partie de l'objectif budgétaire global; retard dans la facturation : 2 mois;
  - ➤ le solde (22,77 % l'ancienne « partie État ») est mentionné dans les dépenses administratives : section hôpitaux ; retard dans la facturation : 6 mois.
- ❖ Le SPF Santé publique établit actuellement le budget global annuel pour le financement des hôpitaux. Ce budget global couvre l'année civile : du 01.01.n au 31.12.n inclus. Ce budget global est approuvé chaque année par le Conseil des ministres. Ensuite, un budget dérivé est établi : le BMF (budget des moyens financiers) avec une période allant du 01.07.n au 30.06.n+1 inclus.
- ❖ Enfin, le budget de l'INAMI est dérivé du BMF avec une division entre la partie à l'intérieur de l'objectif budgétaire, avec un délai du 01.03.n au 28.02.n+1, et la « partie État » hors objectif budgétaire allant du 01.07.n au 31.12.n. Cela signifie donc qu'il y a actuellement trois budgets avec trois chiffres et finalités différents en circulation concernant le budget hospitalier.

- Les différents budgets et la division entre les parties dans et hors de l'objectif entraînent une confusion, une transparence réduite et l'utilisation inutile de dépenses négatives.
- ❖ Il est proposé d'intégrer tous ces éléments dans une seule rubrique budgétaire au sein de l'objectif budgétaire. Dans le cadre de la nouvelle approche, cela signifie que le montant « loi sur les hôpitaux », en ce qui concerne la composante de l'article 34, sera également imputé à l'objectif budgétaire global. Plusieurs pistes sont possibles pour ce faire :
- les deux parties du budget des hôpitaux sont regroupées en un seul objectif partiel. Afin de pouvoir combiner les deux parties en une seule rubrique, il est conseillé d'aligner d'abord les différents rythmes de facturation. Différents scénarios sont possibles : accélérer d'un mois chaque année pour étaler l'alignement dans le temps ou faire un « big bang » en un an avec un coût unique considérable.
- rythme de facturation sans retard ou options intermédiaires pour redresser le rythme de facturation. De préférence, le rythme de facturation est aligné sur une situation sans arriéré, de sorte que le budget global du financement hospitalier soit égal au montant inclus dans le budget de l'INAMI. Néanmoins, afin de tempérer l'impact ponctuel, le rythme de facturation des deux parties peut être ajusté à trois ou quatre mois de retard par exemple ;
- > maintenir les rythmes de facturation actuels, mais regrouper les rubriques de l'objectif partiel 12 afin de résoudre certains problèmes à court terme.
- → Il faut demander l'avis du CFEH concernant les différentes pistes : le Conseil général prendra ensuite une décision en conséquence, qui devrait être reflétée dans l'article 40 de la loi SSI.



## 4. Dépenses négatives

- ❖ Un certain nombre de dépenses négatives sont incluses dans le budget des soins de santé. Il s'agit de corrections de dépenses qui ont été budgétisées deux fois ou au mauvais endroit. Le Comité de l'assurance et la Cour des comptes ont insisté à plusieurs reprises ces dernières années pour que cette pratique soit abandonnée.
- ❖ En raison d'un certain nombre de glissements du budget 2021 dans et hors de l'objectif budgétaire, ce problème se pose à nouveau (voir éventuellement note CGSS 2021/028):
- une partie du budget de revalorisation de la santé mentale est transférée au BMF des hôpitaux, ce qui signifie que la loi sur les hôpitaux place une partie de ce budget hors de l'objectif budgétaire;
- ➤ le budget IFIC public 2020 passe du BMF à l'accord social hors objectif;
- pour 2021-2022, un nouvel accord social de 600 millions d'euros a été conclu : une partie importante est affectée aux hôpitaux du BMF, de sorte que la loi sur les hôpitaux place une partie du budget hors de l'objectif budgétaire.
- → Il est proposé d'éviter les dépenses négatives structurelles et de limiter la technique des dépenses négatives aux situations de sous-utilisation ponctuelle de l'objectif budgétaire. Ce dernier devra alors être ajusté afin d'éliminer les blocages de l'objectif budgétaire sans affecter le budget. De cette façon, la technique des dépenses négatives peut encore être utilisée pour maintenir la flexibilité de la procédure budgétaire pluriannuelle.

#### 5. Divers

#### ♦ Article 56

- Les dépenses pour les projets de l'article 56 se trouvent à plusieurs endroit, dans et hors de l'objectif budgétaire.
- ➤ Il est proposé de regrouper tous ces projets dans un objectif partiel et d'intégrer ceux qui relèvent de la nouvelle définition (voir point 1.1) dans l'objectif budgétaire.
- ♦ Financement asbl IFIC
- ➤ Il est proposé de concentrer ce financement hors de l'objectif budgétaire sous la rubrique frais opérationnels.
- ♦ Accords sociaux
- Les dépenses relatives aux accords sociaux se situent à la fois dans et hors de l'objectif budgétaire, et sous différentes rubriques budgétaires. Ici aussi, il est proposé d'inclure dans un objectif partiel toutes les dépenses relatives aux accords sociaux qui ne se trouvent pas dans un prix de jour, forfait, prix, etc.

### 6. Présentation de détails des objectifs partiels

- → La présentation du contenu des objectifs partiels s'appuie sur une classification historique : certaines dépenses nouvelles ne sont pas affichées, même si elles gagnent en importance ou sont très discutées. Par souci de transparence, ils peuvent être présentés comme une ligne supplémentaire dans l'objectif budgétaire partiel.
- ♦ Un exemple est la nouvelle ligne « postes médicaux de garde » dans l'objectif partiel médecins. Un certain nombre de lignes nécessitent une mise à jour de la description afin de clarifier leur contenu.



#### 7. Mécanismes d'indexation

- ❖ Il existe actuellement divers mécanismes d'indexation dans le secteur des soins de santé. Les plus courants sont à l'heure actuelle :
- 1. l'évolution de l'indice santé au mois de juin d'une année donnée n-1 par rapport à l'année n-2. Il s'agit donc de l'évolution de l'indice santé au cours de l'année précédant l'exercice budgétaire au cours duquel la masse d'index est attribuée. Ce mécanisme d'indexation est utilisé pour la plupart des taxes. Les honoraires ainsi indexés sont toujours en retard d'une certaine période sur l'évolution de l'indice santé;
- 2. le dépassement de l'indice-pivot tel qu'appliqué dans les secteurs salariaux. Dans le mois qui suit le dépassement de l'indice-pivot, les salaires et les montants sont indexés de 2 %. L'indice-pivot est également lié à l'indice santé. Cette indexation a lieu lorsque la moyenne mobile sur 4 mois dépasse une augmentation du coût de la vie de 2 % pour un panier de produits défini. Les montants ainsi indexés suivent plus rapidement l'évolution des prix, mais l'ajustement est moins progressif et il est possible qu'il n'y ait pas de dépassement de l'indice certaines années;
- 3. moins courants, mais répartis sur l'ensemble du budget des soins de santé, il existe également des mécanismes d'indexation par lesquels une indexation annuelle est appliquée en fonction de l'évolution de l'indice de santé d'un mois donné par rapport au même mois de l'année précédente. Cette indexation a souvent, mais pas obligatoirement, lieu en janvier.

- ❖ En termes de gestion budgétaire des soins de santé, travailler avec différents mécanismes d'indexation est complexe. Toutefois, une adaptation générale du mécanisme d'indexation pour toutes les prestations n'est pas évidente non plus :
- ▶ l'indice-pivot pour les secteurs salariaux ne peut pas être simplement adapté;
- ➢ il est difficile d'appliquer l'indice-pivot aux honoraires, car la masse d'index exacte n'est pas connue au moment où se déroulent les négociations visant à conclure des accords et des conventions;
- ➤ l'adaptation des mécanismes d'indexation est une tâche considérable, car toutes les dispositions relatives à l'indexation dans les différentes bases réglementaires doivent être adaptées.
- → Afin de simplifier la gestion du secteur des soins de santé, il a donc été décidé, à partir de l'avis positif sur ce document du Conseil général et du Comité de l'assurance, de limiter les méthodes d'indexation à trois possibilités:
- ➤ l'évolution de l'indice santé juin n-1 par rapport à juin n-2 tel qu'il est actuellement appliqué pour la plupart des honoraires ;
- ▶ l'indice pivot tel qu'il est actuellement appliqué dans les secteurs salariaux;
- > pas d'indice.



### 8. Présentation du contenu de l'objectif budgétaire

- → Il est proposé de répartir le contenu des objectifs partiels en trois colonnes:
  - dépenses à charge des O.A.;
  - dépenses à charge de l'INAMI;
  - > total des dépenses.
- L'avantage de cette présentation est qu'il est clair pour tous que la section à laquelle se rapportent les modèles N, T20 et le suivi budgétaire mensuel ne se réfère qu'au tableau « dépenses O.A. » du budget, et non au total de l'objectif budgétaire. De plus, les deux montants peuvent être comparés de manière homogène sans ajustement. Le budget est donc plus transparent et plus facile à suivre.

## 9. Présentation du budget hors de l'objectif budgétaire

- ♦ Le budget des recettes et des dépenses de l'INAMI est restructuré afin de regrouper les recettes et les dépenses qui se rejoignent en termes de contenu selon le système comptable de l'institution publique de sécurité sociale. Par conséquent, les rapports de l'INAMI seront étroitement liés au rapport du comité de suivi et à la note explicative générale du budget telle qu'elle est communiquée au Parlement par le gouvernement.
- → Dans le même temps, les descriptions sont adaptées si nécessaire pour être plus proches du contenu. Les rubriques pour lesquelles aucune recette ou dépense n'est enregistrée ou attendue ne sont plus présentées tant qu'aucun montant n'est attendu.





#### Recettes

- Les recettes sont regroupées dans les rubriques suivantes :
  - a) Contributions
    - ✓ Définition : contributions que les assurés doivent à l'INAMI ou qui sont perçues par ou accordées à l'INAMI.
  - b) Financement alternatif
    - ✓ Définition : financement alternatif accordé à l'INAMI. En raison de la réforme du financement de la sécurité sociale, cette section est sans objet.
  - c) Allocations publiques
    - ✓ Définition: financement par le gouvernement fédéral directement à l'INAMI, sans l'intervention de gestion globale. Avec la loi-programme du 21 juin 2021, une dotation viendra s'ajouter aux recettes de l'INAMI.
  - d) Recettes allouées
    - ✓ Définition : recettes publiques allouées au secteur SSI.
  - e) Transferts externes
    - ✓ Définition : recettes provenant d'autres institutions publiques hors du domaine des soins de santé, hors gestion générale.
  - f) Revenus des investissements
    - Définition : recettes de la gestion financière de la caisse et des réserves dans le périmètre des soins de santé.
  - g) Recettes diverses
    - ✓ Définition : toutes les recettes qui n'appartiennent pas à une des autres catégories.
  - h) Transferts de la gestion globale
    - ✓ Définition: financement des soins de santé par la gestion globale pour les salariés (ONSS) et la gestion globale pour les indépendants (INASTI).

Les rubriques a) à f) concernent les recettes propres des soins de santé.

### **♦ Dépenses**

- ♦ Les dépenses sont regroupées dans les rubriques suivantes :
- a) Prestations
  - ✓ Définition : les prestations de soins de santé telles que définies dans les paragraphes précédents.
- b) Coûts de gestion
  - ✓ Définition : frais de fonctionnement liés à la gestion des soins de santé. Cette section est subdivisée en 3 sous-sections : les institutions centrales (l'INAMI), les organismes de paiement (les O.A. et les autres institutions qui exécutent leurs missions) et les tierces institutions.
- c) ExterTransferts externes
  - ✓ Définition : dépenses vers d'autres institutions publiques, hors du domaine des soins de santé
- d) Dépenses diverses
  - ✓ Définition : toutes les dépenses qui n'appartiennent pas à une des autres rubriques. Les dépenses négatives sont également incluses ici.
- e) Transferts vers la gestion globale
  - ✓ Définition : dépenses vers ONSS et INASTI.



## **IV.2. High level lessons learned**

- ♦ Chaque organisme a régulièrement fait des commentaires sur le travail au cours du processus.
- ♦ Vous trouverez ci-dessous un résumé des suggestions et conseils des membres de chaque organe.

### 1. Comité Scientifique

- → Il est bien entendu beaucoup trop tôt pour évaluer définitivement l'exercice 2021. Cependant, il est déjà possible de tirer quelques premières conclusions, très provisoires.
- → La première évaluation globale est certainement positive. La procédure de participation en 2021 fut une expérience intéressante et a donné des idées et des perspectives utiles. Le grand nombre de propositions introduites de qualité correcte suggère que l'initiative a été accueillie avec enthousiasme à la fois au sein et en dehors des structures politiques traditionnelles. Les fiches individuelles ont été évaluées de manière professionnelle, leurs effets budgétaires ont été calculés au mieux, une grande attention est portée au feedback. L'ensemble de l'exercice a insufflé une nouvelle bouffée d'oxygène dans le processus de budgétisation.
- ♦ Cependant, deux considérations peuvent déjà être formulées qui doivent être prises en compte lors de la répétition du processus :

- 1. La structure avec trois Taskforces et un Comité scientifique était trop lourde. Malgré toute la bonne volonté, il y a eu des problèmes de coordination, qui ont aussi créé un travail supplémentaire qui aurait pu être évité. Il s'est avéré difficile de distinguer de manière cohérente les propositions "Appropriate Care" des propositions objectifs de soins de santé. Le timing des travaux des différentes TF et du WCS n'était pas toujours parfaitement aligné.
- 2. L'ensemble de la procédure présente tous les avantages et les inconvénients d'une approche bottom-up. Cette approche a donné lieu à une série de propositions intéressantes, mais assez partielles et disparates. Il n'est pas évident de les réunir dans une vision cohérente de l'avenir des soins de santé belges. Une proposition cohérente est plus qu'une simple liste de fiches évaluées "vertes". Les réformes structurelles plus larges sont difficiles à aborder. Le nombre de propositions soumises ne reflète pas nécessairement l'importance sociale des différents thèmes et il y a inévitablement des lacunes.
- ❖ Ces problèmes s'expliquent en partie par le fait qu'on était pressé par le temps. Le calendrier convenu au départ n'était pas réaliste. Cela a certainement des implications sur le deuxième point. Il faudrait consacrer plus de temps pour que les résultats, comme décrit dans les précédents sections, soient aussi évalués avec une certaine distanciation et dans une perspective plus large. Une évaluation plus substantielle que formelle avec des recommandations prospectives incluant également des réformes structurelles devrait être faite dans les prochains mois, aussi pour donner à cet exercice toute sa pertinence dans le cadre d'un budget pluriannuel pour cette législature.



- ♦ Compte tenu du succès en 2021, la recommandation pour procéder à un appel aux propositions sur une base régulière, dans le but d'introduire de nouvelles idées dans le processus et de rendre l'ensemble du processus de décision plus attractif, mérite d'être examinée. La fréquence des ouvertures d'appels peut encore être décidée : une fois au début d'une nouvelle législature est un minimum, annuellement pourrait être trop lourd pour les services de l'INAMI. Si ce processus est répété régulièrement, les points d'amélioration évoqués ci-dessus doivent être pris en compte. La structure de gouvernance avec les différentes Task Forces doit être simplifiée. Lorsque le cycle de consultation se répétera à l'avenir, l'appel devra également faire explicitement référence aux objectifs de (soins) de santé à long terme et/ou aux lignes de force de l'accord du gouvernement, et ce afin que les initiatives soumises puissent être plus facilement intégrées dans une vision cohérente. Nous y reviendrons plus tard au § IV.4.

- ❖ En 2021, compte tenu de la grande pression de temps et des contraintes légales, cette procédure ne sera que partiellement suivie (mais le sera le mieux possible). Nous discutons premièrement de cette vision à relativement court terme, puis nous examinerons plus en détail les changements possibles et plus fondamentaux à plus long terme.
- Le processus de budgétisation pluriannuelle pourrait être rendu plus transparent si la façon dont le budget est techniquement élaboré était elle-même rendue plus transparente. Les simplifications souhaitables ont été discutées plus loin dans le rapport. Ces changements sont complémentaires à ce qui est proposé ici.
- ◆ Ce projet a aussi été introduit dans le cadre de l'appel à projet Spending Review de la secrétaire d'état au budget Eva De Bleeker et du conseil des ministres de janvier 2021. L'OCDE défini spending reviews comme suit : "Spending reviews are a collaborative process of developing and adopting policy options by analysing the government's existing expenditure within defined areas, and linking these options to the budget process. The purposes of a spending review include:
  - 1. Enabling the government to manage the aggregate level of expenditure;
  - 2. Aligning expenditure according to the priorities of the government;
  - 3. Improving effectiveness within programmes and policies."



#### 2. Task Force GDOS

- Les objectifs de soins de santé doivent contribuer à façonner la transformation du système de soins de santé. Ils s'inscrivent dans une vision stratégique et répondent à des objectifs de santé globaux, comme par exemple ceux énoncés dans l'accord de coalition, ou ils offrent une réponse aux besoins réels des citoyens. Les objectifs aident à poser des choix pour atteindre une meilleure santé de la population ou de groupes de patients.
- ❖ Le principal avantage des objectifs est qu'ils rendent la politique tangible et concrète, ce qui encourage tous les acteurs à prendre leurs responsabilités. Pour cet exercice, comme cela a été recommandé dans le rapport de performance, toutes les parties prenantes ont été consultées afin d'identifier les thèmes prioritaires pour les objectifs de (soins) de santé.
- → La TF GDOS a reçu un signal clair. Les nombreuses propositions soumises par les CAC, les associations de patients, les universitaires, les instituts de recherche, etc. témoignent de la volonté importante du secteur de relever ce défi. Les nombreux besoins ressentis sur le terrain pour améliorer la qualité des soins aux patients ou pour maintenir les patients en meilleure santé ont été amplement documentés dans les templates.

- → Malgré une bonne coordination entre la Taskforce AC et la TF GDOS, il est resté difficile d'attribuer à certains templates la place « correcte ». La distinction entre une proposition AC et GDOS n'est pas toujours facile à faire. Ce n'est pas illogique étant donné les nombreux points communs. La division entre la TF GDOS et la TF AC n'est peut-être pas la meilleure option pour l'avenir.
- Les objectifs de soins de santé ouvrent la voie pour une trajectoire budgétaire renouvelée. Il s'agit d'un processus évolutif et, avec ce premier exercice, nous avons jeté les bases du prochain cycle budgétaire.
- → La méthodologie pourra certainement être affinée à l'avenir, mais les premiers pas vers une nouvelle approche ont été franchis. Avec les cinq thèmes prioritaires (et les initiatives) retenus, encadrés par une vision stratégique, nous pouvons continuer à travailler à une proposition budgétaire basée sur les besoins réels de la population (ou des patients).
- → Le résultat de ce processus participatif n'est pas une révolution, mais il montre surtout qu'il y a une grande volonté de la part des différents acteurs de continuer sur la voie choisie, avec les objectifs de soins de santé comme boussole.



#### 3. Task Force Appropriate Care

- Le niveau d'activité au sein de la TF AC était exceptionnel, avec une large place pour la discussion et dans un cadre transparent. La TF AC a pu compter sur un processus interne clairement décrit, comprenant entre autres un support ICT innovant et de qualité en ce qui concerne les procédures de vote, les fiches de feedback et les fiches de follow-up.
- → La composition de la TF AC était très diversifiée, mais il a été possible d'éviter d'éventuels conflits d'intérêts, et de transcender les éventuels intérêts individuels des membres. Chaque membre a loyalement adhéré à ce qui avait été convenu. La grande diversité au sein du groupe d'experts a ainsi été vécue comme un enrichissement.
- ♦ Les membres de la TF AC ont retenu les points d'attention suivants lors de la réunion du 8 juillet 2021 :
  - Maintenant que les objectifs de soins de santé sont également connus, une liste de priorités devra également être dressée au sein des initiatives choisies. Dans ce contexte, la priorité pourrait être donnée aux propositions qui peuvent être approfondies par les CAC's ou les autres déposants eux-mêmes. Encourager financièrement les bonnes pratiques et vice versa, avec une attention particulière aux techniques innovantes qui offrent une valeur ajoutée avérée.
  - ➤ Il y a un besoin de simplification administrative et il est important de garder à l'esprit qu'il faut éviter les procédures lourdes et chronophages afin d'obtenir des résultats concrets (ex. CTM, CRM, etc..). Tout cela cependant avec un soutien suffisant au sein des CAC's. Un processus adapté et plus efficace est nécessaire.
  - ➤ Un fil conducteur dans de nombreuses discussions est une absolue nécessité de pouvoir disposer d'un dossier interprofessionnel intégré, faute de quoi l'Appropriate Care sera difficile à réaliser.

- Le processus très transparent au sein de la TF AC peut inciter à sensibiliser davantage le terrain, et à amener ainsi ce dernier à continuer à pourvoir en templates avec des nouvelles propositions concrètes. Il faut conserver la possibilité de soumettre en permanence des propositions AC, à condition qu'une régulation et une évaluation appropriées de ces propositions soient assurées.
- L'accès aux soins de santé est un objectif de soins de santé important et il faut faire attention aux éventuels effets pervers qui peuvent découler des propositions AC soumises. Une plus grande efficacité des soins remboursés peut, dans certains cas, entraîner des coûts en plus pour le patient et une accessibilité réduite aux soins, ce qui doit être évité.
- Les propositions détaillées conduisant à des réformes des soins de santé doivent être compatibles, synergiques et considérées comme formant un tout. Pas de réforme hospitalière sans une attention particulière au renforcement des soins primaires, à la réforme de la nomenclature, au tiers payant, à la qualité des soins, à la stimulation au décloisonnement, au dossier interprofessionnel intégré, etc...
- ➤ Il devrait être possible d'opter pour une première partie « top-down » (grandes lignes globalement conformes à l'accord du gouvernement), puis pour une partie « bottom-up » permettant l'analyse plus concrète des objectifs de soins et d'Appropriate Care.
- Les membres de la TF AC s'accordent à dire que le calendrier proposé était beaucoup trop ambitieux, mais cela a aussi eu pour avantage qu'un travail très intensif devait être fait pour atteindre les objectifs et que cela a indéniablement stimulé le groupe d'experts et l'administration. Il est maintenant nécessaire d'assurer un suivi concret, ce qui signifie que les propositions prioritaires doivent être mises en œuvre rapidement!



## IV.3. Considérations méthodologiques

♦ Le point de départ pour l'intégration de nouvelles initiatives est bien entendu de déterminer d'abord l'espace budgétaire, en comparant les dépenses prévues (à politique inchangée) avec l'objectif budgétaire. De nouvelles initiatives transversales, qui cadrent avec des objectifs pluriannuels de (soins) de santé, sont incluses dans une nouvelle ligne budgétaire transversale (objectifs de soins de santé et Appropriate Care).

#### 1. ESTIMATION DE L'ESPACE BUDGETAIRE

- → Tant que la coordination avec "Promes" n'est pas garantie (voir ciaprès dans Recommandations structurelles), il est conseillé de partir des estimations techniques qui ont été expliquées au § IV.1 de ce rapport lors de l'élaboration du budget 2022.
- ❖ En raison de la pandémie COVID, nous sommes maintenant dans une situation de grande incertitude quand à l'évolution future à attendre des dépenses. Les coûts permanents liés à la pandémie (par ex. la vaccination, les tests) sont difficiles à prévoir. Encore plus difficile à prévoir sont les conséquences du COVID long et les dépenses supplémentaires associées au rattrapage des soins reportés. Le secteur des soins de santé (soins primaires et hôpitaux) sera-t-il en mesure d'accroître suffisamment sa capacité pour fournir ces soins de rattrapage? La baisse de certaines dépenses pourrait-elle être le signe d'une surconsommation lors des années précédentes? Il faut aussi garder à l'esprit que l'incertitude ne porte pas seulement sur les dépenses globales mais aussi sur la répartition des dépenses entre les différents secteurs.

- Nous proposons de partir du postulat que les coûts qui sont directement liés à la pandémie resteront également en dehors de l'objectif budgétaire dans les années à venir et seront financés via la technique de la provision interdépartementale. Pour les autres dépenses, le point de départ est que la trajectoire de croissance normale (sans COVID) telle qu'elle peut être déduite des années avant 2020, continuera de s'appliquer. Ceci n'est bien entendu qu'une approximation provisoire. Dans un avenir proche, des recherches détaillées seront nécessaires quant à l'impact du COVID sur l'évolution probable des dépenses , en tenant compte également des évolutions dans d'autres pays. Dans tous les cas, il est nécessaire de suivre de très près l'évolution future des dépenses.
- La portée budgétaire des nouvelles initiatives peut alors être déduite de la comparaison des estimations techniques avec les objectifs budgétaires prédéterminés. Il est utile de répéter les points qui ont déjà été mentionnés:
  - ➤ Un espace supplémentaire peut être créé via les économies réalisées grâce aux initiatives Appropriate Care. De telles initiatives auront des effets dynamiques : si elles sont mises en œuvre, elles auront un impact non seulement pour 2022, mais aussi pour les années à venir. Cela vaut non seulement pour les effets d'économie, mais aussi pour les nouvelles initiatives dans le cadre des objectifs : celles-ci affecteront non seulement l'espace budgétaire de 2022, mais aussi celui des années suivantes. Une analyse minutieuse et prudente est donc nécessaire.
  - Le suivi attentif des dépenses (également liées au COVID) peut impliquer que l'estimation de la portée budgétaire structurellement disponible doive être ajustée à la hausse ou à la baisse.



#### 2. Organisation pratique

❖ La comparaison de l'objectif budgétaire global avec les estimations techniques fournit une évaluation de l'espace budgétaire disponible pour de nouvelles initiatives transversales dans le cadre d'objectifs explicites de (soins) santé. Nous proposons d'inscrire dans le budget les initiatives transversales retenues dans une nouvelle ligne transversale d'objectifs de soins et d'Appropriate Care. Dans la section suivante, nous examinerons de plus près comment cette ligne transversale pourrait fonctionner à l'avenir. Cela ne change rien au fait que des nouvelles initiatives restent également possibles dans d'autres secteurs.





#### **IV.4.** Recommandations structurelles

### 1. Adaptation a long terme du cadre structurel

- ❖ Il y a une tendance à intégrer un budget pluriannuel dans la législature. Mais les vrais objectifs de soins de santé (et à fortiori de santé) et les réorientations stratégiques ne peuvent être réalisés en si peu de temps. Une politique cohérente doit donc dépasser la durée de la législature. Il est important qu'un projet global se développe à plus long terme (par exemple dix ans). L'objectif devrait être de parvenir à une approche de "health in all policies". En outre, les objectifs stratégiques au niveau Fédéral doivent être coordonnés avec ceux des entités fédérées. Cependant, et de façon réaliste, il faut supposer qu'un nouveau gouvernement voudra toujours mettre son propre accent. Dans ce qui suit, le début d'une nouvelle législature est donc considéré comme un élément charnière.
- → Les objectifs à long terme doivent être de l'une ou l'autre manière ancrés de manière durable et démocratique. Une consultation plus approfondie est nécessaire pour élaborer une proposition étayée sur la manière dont cela pourrait être mis en œuvre.

## 2. En début de législature

- ❖ En début de législature, un budget pluriannuel est élaboré dans lequel les objectifs de (soins) santé sont explicitement intégrés. Les contours larges s'inscrivent dans le cadre à long terme décrit ci-avant et ayant pour but d'assurer la continuité avec les objectifs formulés précédemment et avec les initiatives existantes déjà menées. Dans le même temps, les accents politiques du nouveau gouvernement sont également pris en compte.
- → Durant les premiers mois d'une nouvelle législature, par analogie avec 2021, un tour sera organisé au cours duquel chacun pourra soumettre ses nouvelles propositions. Comme souligné plus haut, la gouvernance de cette opération doit être redessinée et l'appel à de nouvelles initiatives doit explicitement faire référence au cadre établi des objectifs de (soins) santé.
- → Pour tracer une trajectoire à long terme, il faut partir d'une estimation pluriannuelle des dépenses, à politique constante. A l'avenir, il conviendra d'exploiter davantage la complémentarité entre les estimations techniques de l'INAMI et les résultats de simulation de « Promes ». Puisque les deux approches ont leur propre finalité, l'intention ne peut pas être d'obtenir « les mêmes prédictions », mais plutôt de fournir un avis commun. Le cas échéant, une fourchette (avec des minimums et des maximums) peut être proposée pour des raisons techniques, mais au final le budget doit bien entendu être basé sur un chiffre unique.



- → Des initiatives concrètes et des budgets sont établis dans le cadre des objectifs à long terme. Lors de la formulation de nouvelles initiatives, les impacts budgétaires attendus sont estimés par l'INAMI et par "Promes" (dans la mesure où les initiatives portent sur des variables ou sur des mécanismes inclus dans le modèle). En combinant les informations des deux sources, l'objectif est également d'inclure toutes les preuves scientifiques pertinentes disponibles dans l'analyse. En fin de compte, un accord doit être trouvé sur une estimation centrale (avec un intervalle fiable).
- → Des objectifs budgétaires partiels pluriannuels sont fixés sur base de cette trajectoire à long terme et en tenant compte des accords antérieurs. Ces objectifs budgétaires partiels proposés reflètent également les choix politiques opérés quant à l'importance relative des différents secteurs dans le contexte d'objectifs explicitement formulés. Les « extrapolations », à politique inchangée, constituent cependant un input nécessaire pour orienter les consultations.
- ❖ Une comparaison de l'objectif budgétaire global et des objectifs budgétaires partiels (déterminés par les politiques) fournit une estimation de la portée budgétaire disponible pour de nouvelles initiatives dans le contexte d'objectifs de (soins) santé explicites. Cet espace disponible pour des nouvelles initiatives transversales conduit à une « ligne transversale » dans le budget, sur laquelle un avis est donné par un « Comité d'avis » Objectifs de soins de santé et Appropriate Care (voir plus loin). Cette ligne transversale ne doit pas fonctionner comme une sorte « d'addendum », mais suppose la participation de tous.

- ♦ En tant que résultat de cette procédure :
  - ➤ Il y aura un engagement du gouvernement, du Comité de l'assurance et du Conseil général à respecter le planning pluriannuel.
- ➤ Tous les comités marquent leur accord pour traduire les objectifs budgétaires partiels et le plan pluriannuel associé en conventions et accords pluriannuels.
- Dorénavant, la commission de contrôle budgétaire monitorera les objectifs budgétaires partiels pluriannuels (au niveau budgétaire, pas au niveau du contenu).

#### 3. Procédure annuelle

→ D'une manière générale, la procédure actuelle peut être suivie, mais il y aura une étape intermédiaire importante où le cadre pluriannuel et les objectifs de (soins de) santé seront évalués. Les commissions d'accord et de convention, le Comité de l'assurance, la commission de contrôle budgétaire et le Conseil général conserveront les fonctions qu'elles exercent déjà, mais les listes de besoins annuels seront remplacés par la nouvelle procédure des plans pluriannuels avec engagement en début de législature et apport régulier de nouvelles idées via la procédure de consultation décrite ci-dessus. Cela ne change rien au fait que des décisions ad hoc (également à la demande de secteurs individuels) restent possibles si elles sont clairement justifiées.



- ♦ Chacune de ces instances tient compte des engagements pris en début de législature concernant le cadre pluriannuel. Cependant, ces engagements sont mis à jour chaque année en fonction des nouvelles informations. Il est absolument nécessaire de suivre attentivement l'évolution des dépenses et, le cas échéant, d'adapter les perspectives à long terme. Pour rappel, dans les années à venir, le suivi des effets du COVID sera un facteur crucial dans ce processus.
- ❖ Un Comité d'avis sur les objectifs de soins de santé et l'Appropriate Care se réunira régulièrement et, sur base des contributions fournies par les autres organes (y compris les rapports d'audit et le rapport de la Commission de contrôle budgétaire), fournira des avis avec les composantes suivantes :
  - Propositions d'initiatives transversales financées au sein de la ligne transversale.
  - ➤ Si l'objectif budgétaire global est dépassé, une évaluation de l'endroit où chercher des économies en premier lieu (à la lumière des objectifs pluriannuels et en tenant compte des preuves scientifiques).
  - ➤ Evaluation (d'un point de vue politique) des sur-dépassements/ sous-dépassements par rapport aux objectifs budgétaires partiels.
    - ✓ En cas de sous-dépassement :
      - Lorsque le dépassement s'explique par des estimations initiales erronées, la marge (observée en année T pour les dépenses de l'année T-1) pour l'année T+1 est reportée sur la ligne transversale. Il pourrait également être envisagé d'utiliser une partie de la marge pour des initiatives intéressantes au sein des secteurs.
    - Si la sous-utilisation est le résultat d'économies plus importantes que prévu, il est préférable de maintenir la marge au moins en partie dans le secteur concerné, également afin de créer les bonnes « incentives ».

- ✓ En cas de sur-dépassement :
  - Si cela s'explique par des estimations initiales erronées ou par des facteurs structurellement explicables, l'objectif budgétaire partiel correspondant peut être ajusté à la hausse. L'équilibre budgétaire global doit alors être surveillé.
  - Si cela s'explique par des facteurs « indésirables », des propositions d'économie sont attendues de la part du secteur concerné.
- Évaluation des nouvelles initiatives et des actions Appropriate Care prises au cours des années précédentes dans le cadre du budget pluriannuel et des objectifs de (soins de) santé. Cette évaluation prend en compte non seulement l'impact budgétaire, mais aussi l'impact en terme d'objectifs. Ici, les effets directs et indirects sont pris en compte dans une perspective transversale (et de préférence encore plus large que l'assurance maladie). Le Comité d'avis sur les objectifs de soins de santé et l'Appropriate Care formule une proposition permettant de mieux éliminer les initiatives qui ont échoué.
- → Dans tout cela, le Comité d'avis s'appuie naturellement sur les objectifs et sur les initiatives qui ont été formulées précédemment, sur les priorités formulées/décidées à cet égard, et sur les options stratégiques à long terme proposées dans le projet global à dix ans. En premier lieu, les conseils doivent être scientifiquement étayés et pratiques à mettre en œuvre.

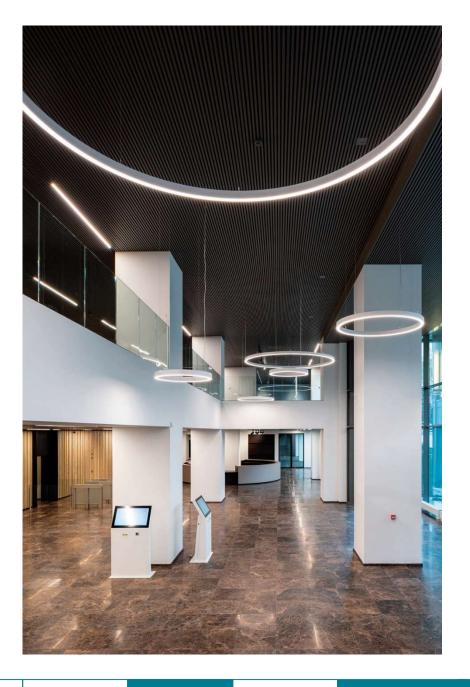


## 4. Composition du Comité d'avis sur les objectifs de soins de santé et l'Appropriate Care

❖ Le Comité d'avis n'a qu'un rôle consultatif, n'a aucun pouvoir de décision, et est idéalement un organe où de nouvelles idées peuvent être avancées et où la réflexion est transversale. Dans le même temps, il doit également être sensible aux décideurs politiques finaux. Il est donc recommandé d'avoir un mélange d'experts externes et de représentants du Comité de l'assurance, choisis en fonction de leurs compétences.

### 5. Étapes juridiques nécessaires

♦ Cette note laisse plusieurs options spécifiques ouvertes et de nombreuses questions (notamment techniques et juridiques) restent sans réponse. Cela devrait faire l'objet d'une réflexion plus approfondie dans les mois à venir, afin qu'une proposition entièrement détaillée soit sur la table d'ici fin 2021 au plus tard.





## **V. Conclusions**

#### **Déclaration d'intention**

- → La trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance maladie 2022-2024, qui a été établie grâce à trois Task Forces, un comité scientifique et un comité de pilotage, est une réponse à la proposition budgétaire du Comité de l'assurance et du Conseil général de ces dernières années, selon laquelle le Comité de l'assurance et le Conseil général étaient demandeur d'un budget pluriannuel prévisible basé sur un plan pluriannuel avec vision. La « trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance-maladie » s'inscrit également dans les objectifs de l'accord de gouvernement fédéral, et plus particulièrement:
  - Le gouvernement ne se bornera pas à injecter des moyens nouveaux: il mènera des réformes en se fixant des objectifs de santé clairs qui augmenteront la qualité des soins, qui réduiront les inégalités d'accès à ceux-ci et qui diminueront également les dépenses qui ne profitent pas au patient et au personnel. (...)
  - ➤ En outre, la norme légale de croissance sera non seulement affectée pour financer l'effet de volume de la demande mais devra aussi permettre de nouvelles initiatives de soins qui contribueront à la réalisation des objectifs de santé qui ont été fixés et à la réduction de la facture du patient. Cela signifie que la norme de croissance ne sera plus répartie dès le départ et affectée aux différents objectifs partiels, mais qu'après concertation médicosociale, des choix spécifiques seront faits à cet égard (par exemple, l'extension du paquet assuré, l'amélioration de l'accessibilité, le renforcement de la première ligne, l'amélioration de la qualité), l'introduction de l'innovation au service du patient, ou encore permettre la gestion du changement et la promotion des soins intégrés.
- ♦ La collecte des propositions d'objectifs de soins de santé et de soins appropriés est conforme à l'article 38 de la loi sur l'assurance maladie et invalidité, coordonnée le 14 juillet 1994. Avec les estimations techniques, le rapport «Trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance maladie» est donc le point de départ de la formulation d'une proposition de budget qui sera votée le 4 octobre au plus tard. Le Comité de l'assurance et le Conseil général souhaitent expressément que le budget final 2022 soit conforme aux objectifs de santé, aux initiatives proposées et aux recommandations structurelles formulées (y compris la marge nécessaire à la « conduite du changement ») proposées dans le cadre du rapport «Trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance maladie» sans oublier d'autres dossiers hors du périmètre du projet. Ainsi, dans le cadre du budget 2022, la méthodologie innovante et transversale élaborée dans le rapport, qui introduit une stratégie à moyen terme encore plus orientée vers le patient pour l'assurance maladie, peut être testée pour la première fois en pratique. Le rapport intermédiaire «Trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance maladie» sera dès lors transmis aux commissions d'accords et de conventions avant le 1e août 2021.
- Au sein du Comité de l'assurance un groupe de travail, complété par des représentants des partenaires sociaux, est crée. Ce groupe de travail est chargé d'approfondir la « Trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance maladie », de prévoir les moments de concertation nécessaires et de présenter au plus tard le 20 décembre 2021 son rapport définitif au Comité de l'assurance et au Conseil général. Le groupe de travail peut compter sur le soutien de l'INAMI. Le rapport final détaillera la formulation de recommandations concernant les réformes structurelles de nature budgétaire ainsi que la méthodologie du cadre pluriannuel fondée sur des objectifs de soins de santé, une proposition politique cohérente et la mise en œuvre cohérente des actions de soins appropriées.



# **SECTION III: Rapport additionnel**





## Tables des matières

- I. Introduction
- Création WGT.QA
- 2. Gouvernance
- 3. Expectations FRF
- II. Methodology
- 1. Description des travaux
- 2. Ligne du temps

- III. Results Expectations FRF
- 1. Le rapport final partira du rapport intermédiaire
- Le Quintuple Aim reste la mission de base du rapport
- 3. Aspects nécessitant plus d'attention : innovation et transversalité
- 4. Finalisation des propositions soumises (templates)
- 5. Proposition politique cohérente
- 6. Planification budgétaire
- 7. Modèle d'incitation
- IV. Conclusions



## I. Introduction

## I.1. Création WGT.QA

## Werkgroep Groupe de Travail Quintuple Aim

♦ Le WGT.QA a été créé suite à la déclaration d'intention du CSS (note CSS\_2021\_241):

Au sein du Comité de l'assurance un groupe de travail complété par des représentants des partenaires sociaux, est crée. Ce groupe de travail est chargé de d'approfondir la «Trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance maladie », de prévoir les moments de concertation nécessaires et de présenter au plus tard le 20 décembre 2021 son rapport définitif au Comité de l'assurance et au Conseil général. Le groupe de travail peut compter sur le soutien de l'INAMI. Le rapport final détaillera la formulation de recommandations concernant les réformes structurelles de nature budgétaire ainsi que la méthodologie du cadre pluriannuel fondée sur des objectifs de soins de santé, une proposition politique cohérente et la mise en œuvre cohérente des actions appropriate care.



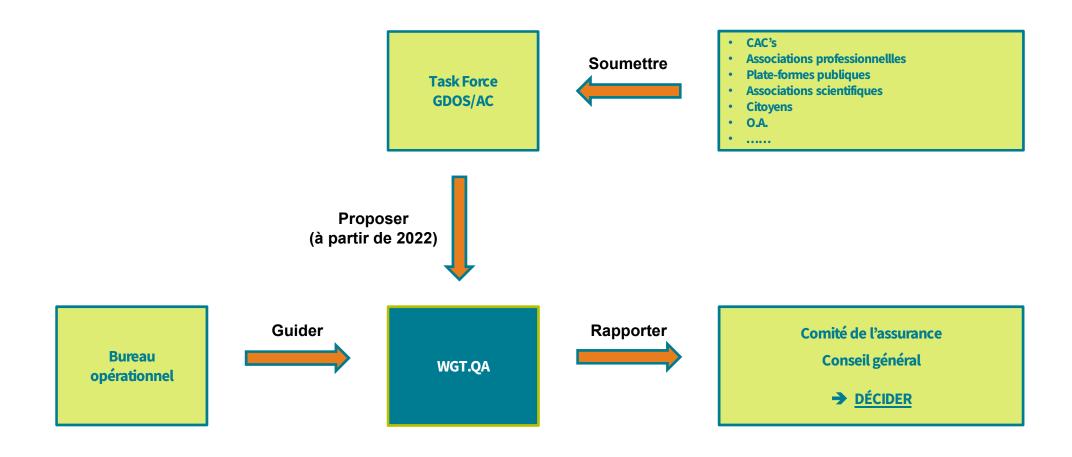


- Les missions suivantes ont été établies par le CSS (note CSS\_2021/301 corr.):
- 1. Rédaction du rapport final
- 2. Finaliser les templates des propositions déjà soumises
- 3. Traiter les nouvelles propositions GDOS-AC (à introduire à partir de 2022)
- - ➤ Les 15 projets inclus dans le budget proposé de 123.650.000 € sont traités selon les principes décrits de la méthode agile/scrum (voir roadmap à la page 8).
  - Ces 15 projets sont tous transversaux et nécessitent donc une approche large.
  - Les 15 propositions dégagées sont chacune considérées comme un sprint.

- L'équipe interne INAMI-QA agit en tant que "product owner" et indique la direction à chaque sprint après consultation et directives du WGT.QA:
  - ✓ un chef de projet est nommé pour chaque sprint et en assure l'achèvement complet (par exemple, le président de la dentomut pour le sprint 14-45 millions dentistes) et implique tous les acteurs nécessaires (CAC's, experts internes et externes, autres,...)
  - ✓ un rapport mensuel est fait au WGT.QA et l'évolution du sprint peut être suivie sur le scrumboard au sein de la plateforme SharePoint (accessible également à tous les membres CSS et CGSS = transparence)
  - ✓ un timing ciblé est convenu par sprint
  - ✓ un budget clair est établi par sprint avec motivation en cas d'écart par rapport au budget initial
  - ✓ le WGT.QA fait un rapport régulier à la CSS/CGSS (les membres peuvent également suivre sur SharePoint)
  - ✓ le WGT.QA contrôle également si les propositions concrètes et détaillées répondent au QA et aux objectifs de (soins de) santé établis et de l'Appropriate Care



### I.2. Gouvernance





## Composition du WGT.QA

- ❖ La composition du groupe de travail suit la philosophie d'une large représentation de toutes les parties concernées au sein du CGSS et du CSS, et ce afin de garantir une transparence complète de tous les acteurs ainsi que leur implication. Cette large représentation est indispensable pour traiter de manière adaptée les nombreuses propositions multidisciplinaires qui seront discutées.
- ♦ Chaque membre reçoit un quota de voix, attribué en fonction de la représentation légalement fixée au sein du CGSS/CSS. Chaque membre effectif est lié à un suppléant fixe. Les membres sont désignés par l'organisation qu'ils représentent:
  - ➤ Il y a 7 membres pour les 7 organismes assureurs. La parité linguistique peut être atteinte en désignant un suppléant de l'autre rôle linguistique. L'attribution finale et le capital de voix afférent est laissé au CIN.
  - ➤ En tout, 6 membres représentent les syndicats médicaux (3 Absym, 2 Le Cartel et 1 AADM). Chaque syndicat médical dispose de son propre capital de voix en fonction de sa représentativité au CSS.
  - Pour les pharmaciens, les institutions de soins et les représentants des employeurs et travailleurs, il est prévu chaque fois deux mandats permettant d'en attribuer un par rôle linguistique.
  - Les paramédicaux sont tous considérés comme membre avec pour chacun son propre capital de voix.

**Président:** Alain Van Hende

**Vice-président :** Tom Verdonck

**Experts INAMI:** Benjamin Damanet Krista Goorts

Cindy Opdebeeck Pascale Dissy

Membres effectifs	Membres suppléants	Organisation
Landtmeters Bernard	Van Gorp Luc	O.A.
Cès Sophie	Derroitte Elise	O.A.
Perl François	Laasman Jean-Marc	O.A.
Demyttenaere Bart	Callewaert Paul	O.A.
Ceuppens Ann	Macken Evelyn	O.A.
Vanrillaer Vanessa	Gielen Marijke	O.A.
Luyten Steven	Bonnewyn Carina	O.A.
Bejjani Gilbert	Dehaes Bart	Médecins
Moens Marc	De Toeuf Jacques	Médecins
Herry Luc	Zaeytydt Pierre	Médecins
Gevaert Thomas	Creemers Michel	Médecins
Bauval Marcel	Goubella Ahmed	Médecins
Vercammen Dieter	Van Giel Roel	Médecins
Hanson Stefaan	Devriese Michel	Dentistes
Storme Michael	Chaspierre Alain	Pharmaciens
Hermans Marcel	Verhelle Katy	Pharmaciens
Cloet Margot	Lanssiers Patricia	Institutions de soins
Hallet Benoît	Herbaux Denis	Institutions de soins
Hens Evelyne	Bertels Jan	Ministre de la santé
Lange Bernard	Schoenmaeckers Jeroen	Ministre des affaires sociales
Peferoen Christophe	Van Hoyweghen Laurent	Secrétaire d'état au budget
Ledent Nicolas		Ministre des classes moyennes
Brassinne Eric	Dieleman Luk	Kinésithérapeutes
Van Gansbeke Hendrik	Peters Edgard	Infirmiers
Bossens Carole	Reyns Marlene	Sage-femmes
Seeuws Pierre	Guisset Marc-Eric	Ergothérapeutes
De Winter Diane	Berteele Xavier	Bandagistes
Wouters Dominique	De Schepper Marc	Fournisseurs d'implants
Kennis Jolien	De Jonghe Nathalie	Diététiciens
Janssens Hilde	Beni Kathleen	Orthoptistes
De Vries Viviane	Segaert Thierry	Opticiens
Boey Ronny	Stegen Françoise	Logopèdes
Van Bever Hans	Jaspers Dominique	Audiciens
Haemels Carine		Podologues
De Bisschop Ineke	De Spiegelaere Tom	Représentants des employeurs
Van Rossen Edward		Représentants des employeurs
Panneels Anne	Van Lancker Hugo	Représentants des employés
El Otmani Youssef	Léonard Anne	Représentants des employés



## Capital de voix des différentes organisations

Organisation	N <sup>bre</sup> de membres	% voix au CSS	% voix au CGSS
O.A.	7	50 %	25 %
Médecins	6	15,9 %	0
Dentistes	1	2,27 %	0
Pharmaciens	2	4,54 %	0
Institutions de soins	2	11,36 %	0
Ministre de la santé	1	0	5 %
Ministre des affaires sociales	1	0	10 %
Secrétaire d'état au budget	1	0	5 %
Ministre des classes moyennes	1	0	5 %
Kinésithérapeutes	1	1,3275 %	0
Infirmiers	1	1,3275 %	0
Sage-femmes	1	1,3275 %	0
Ergothérapeutes	1	1,3275 %	0
Bandagistes	1	1,3275 %	0
Fournisseurs d'implants	1	1,3275 %	0
Diététiciens	1	1,3275 %	0
Orthoptistes	1	1,3275 %	0
Opticiens	1	1,3275 %	0
Logopèdes	1	1,3275 %	0
Audiciens	1	1,3275 %	0
Podologues	1	1,3275 %	0
Représentants des employeurs	2	0	25 %
Représentants des employés	2	0	25 %
TOTAL	38	100 %	100 %

## Composition des autres groupes

## → Bureau opérationnel :

- Le bureau opérationnel a pour mission de soutenir au maximum le groupe de travail dans son fonctionnement (HR, soutien juridique, et autres...).
- Le bureau est présidé par Brieuc Van Damme (DG SdS) jusqu'au 23/12/2021 et ensuite par Jelle Coenegrachts (DG SdS a.i.), et complété par Benoît Collin (AG INAMI), Philip Tavernier (DG SECM), Annick Poncé (DG SPF SPSCAE), Saskia Mahieu (représentante des O.A.) et un représentant de la cellule stratégique.

#### → Task Force GDOS/AC:

- Nouvelles propositions. Il a été établi dans la roadmap et le rapport intermédiaire que de nouvelles propositions GDOS et AC peuvent être soumises à tout moment.
- Ces propositions seront régulièrement soumises à partir de 2022. Les modalités concrètes seront établies dans le cadre du rapport final.

## ♦ Equipe INAMI au sein du WGT.QA:

- > Présidence et vice-présidence du WGT.QA:
  - ✓ Bilinguisme
  - ✓ Connaissances médicales, paramédicales et budgétaires nécessaires
- > Equipe de soutien :
  - ✓ Issue des différentes directions au sein de l'INAMI
  - ✓ Assure le pilotage et le suivi du processus et des propositions
  - ✓ Veille à la mise en œuvre rapide des propositions ainsi qu'à leur conformité avec les objectifs (de soins) de santé et l'Appropriate Care



## I.3. Expectations FRF

- ♦ Les attentes concernant le rapport final sont mentionné dans la note CSS\_2021\_297.
- → 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.



- ♦ Attentes du CSS/CGSS concernant le rapport final à rédiger :
- 1. Le rapport final partira du rapport intermédiaire
- 2. Le quintuple Aim reste la mission de base du rapport
- 3. Certains aspects du rapport feront l'objet d'une plus grande attention, comme l'élément d'innovation et le concept de « transversalité »
- 4. Les fiches doivent être complétées et concrétisées dans un délai raisonnable (également celles qui n'ont pas été sélectionnées initialement) et les calculs concernant l'impact budgétaire doivent être vérifiés
- 5. Le rapport final contiendra une proposition politique cohérente basée sur des objectifs de santé et des objectifs de soins de santé des mesures d'accompagnement ou efficaces
- 6. Le rapport final développera les propositions du rapport intermédiaire relative au processus budgétaire, à la préparation et au suivi du budget
- 7. Le rapport final fournit un modèle d'incitation



## **II. Methodology**

## **II.1. Description des travaux**

- ◆ Le 3 février 2021, le Comité de l'assurance a examiné la note CSS 2021/036 l'informant de l'initiative de travailler prioritairement à la formulation des objectifs prioritaires en matière de soins de santé, ainsi qu'à l'augmentation des soins efficaces, et de prévoir une méthodologie pour déterminer une trajectoire budgétaire pluriannuelle dynamique.
- → Le 1er mars 2021, la réunion de lancement de la trajectoire budgétaire pluriannuelle a eu lieu.
- ❖ Le 22 mars 2021, les commissions d'accords et de conventions ont été invitées à s'organiser pour identifier les objectifs en matière de soins de santé et les initiatives prioritaires, et à soumettre des propositions. Au total, une centaine de propositions sur les objectifs en matière de soins de santé et 180 propositions Appropriate care ont été soumises par les commissions d'accords et de conventions, ainsi que par d'autres parties prenantes et des experts indépendants. Les taskforces, le Comité scientifique et le Groupe de pilotage ont commencé à y travailler.





- ❖ Le résultat des travaux a été synthétisé dans le rapport intermédiaire "Plan budgétaire pluriannuel de l'assurance soins de santé 2022-2024", qui, accompagné d'une déclaration d'intention, a été soumis au Conseil général et au Comité de l'assurance lors de leurs réunions conjointes des 14 et 26 juillet 2021.
- ♦ Lors de ces réunions conjointes, il a été convenu que :
- 1. le rapport intermédiaire sera transmis aux commissions d'accords et de conventions, qui s'en inspireront pour formuler une proposition budgétaire à voter au Comité de l'assurance le 4 octobre au plus tard
- 2. au sein du Comité de l'assurance et du Conseil général, un groupe de travail sera mis en place afin de mettre au point le rapport intermédiaire et d'en faire un rapport final dont la date limite a été fixée au 20 décembre 2021.
- ♦ Le 29 juillet 2021, le rapport intermédiaire a été remis aux commissions d'accords et de conventions.
- → Dans le cadre de la procédure budgétaire, il est prévu que le Comité de l'assurance soumette une proposition globale au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire avant le premier lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire. Concrètement, le 4 octobre, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé, à une large majorité, une proposition pour le budget 2022 des soins de santé d'un montant total de 31.755.422 milliers d'euros (note 2021/297).

- Cette proposition comprenait une nouvelle ligne budgétaire "Objectifs de soins de santé et Appropriate Care" afin de déterminer les ressources pour les actions dans le cadre des objectifs de soins de santé ou Appropriate Care. Pour 2022, une marge budgétaire disponible de 123.650.000 € a été prévue. La marge disponible a été allouée à des initiatives qui améliorent la santé publique, au sens large du terme, et qui s'inscrivent dans le cadre du Quintuple Aim.
- → Lors de la même réunion du 4 octobre 2021, il a été discuté de la mise en place du groupe de travail pour la finalisation du rapport final sur le processus budgétaire (CSS note 2021/301 + ultérieurement 301corr). Les points de départ du travail ont été énoncés:
- > le rapport final part du rapport intermédiaire
- ➤ le "Quintuple Aim" est au cœur du rapport
- > certains aspects du rapport devraient bénéficier d'une plus grande attention, comme l'innovation et la transversalité
- les fiches doivent être complétées dans un délai raisonnable (y compris celles qui n'ont pas été retenues initialement), et les calculs de l'impact budgétaire doivent être vérifiés
- le rapport final contient une proposition politique cohérente avec une vision à long terme basée sur des objectifs de santé et des objectifs de soins de santé et des mesures d'accompagnement ou des mesures efficaces; ° le rapport final développe les propositions du rapport intermédiaire sur le processus budgétaire, la préparation du budget et le suivi du budget avec le développement d'une méthodologie pour l'avenir.

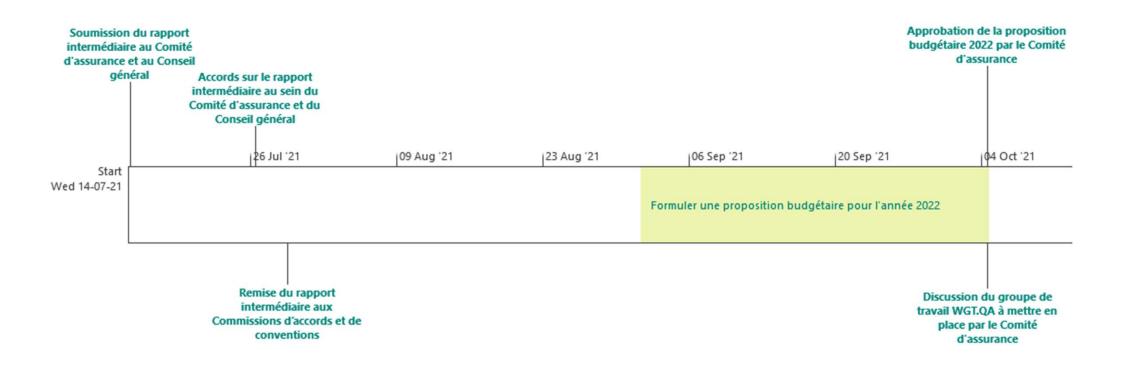


- → La gouvernance du projet, la composition du groupe de travail, la pondération des votes au sein du groupe de travail et le règlement d'ordre intérieur ont également été discutés. Ils ont été approuvés par procédure écrite (document CSS 2021/318).
- Le 18 octobre 2021, le Conseil général a approuvé la proposition budgétaire du Comité de l'assurance (CGSS 2021/069). La marge budgétaire disponible de 123.650.000 € pour les objectifs en matière de soins de santé ou Appropriate Care, d'un montant de 31.755.422.000 €, a également été approuvée. Le montant a été alloué à 15 projets dans quatre domaines :
- 1. Prévention secondaire et tertiaire, notamment par le biais de trajets de soins, de parcours de soins et de soins intégrés
- 2. Amélioration de la qualité de vie
- 3. Appropriate Care
- 4. Accessibilité financière

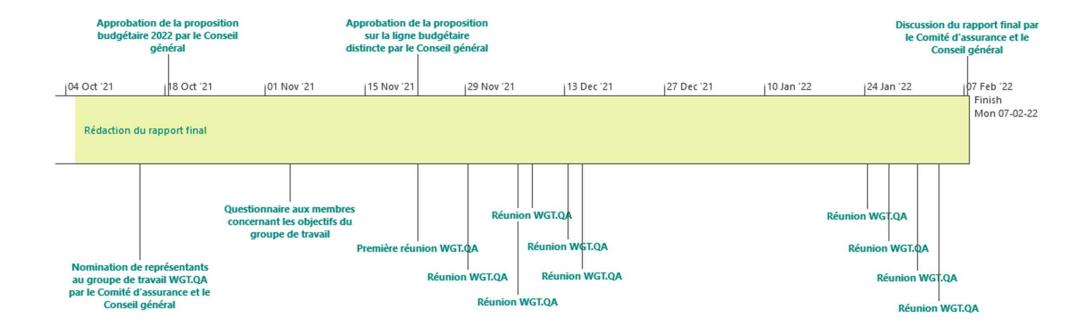
- → La proposition de ligne budgétaire distincte "0. Les objectifs transversaux en matière de soins de santé" a été expliquée et approuvée lors de la réunion du Conseil général du 22 novembre 2021 (CGSS 2021/075).
- → Le 14 octobre 2021, les différentes organisations représentées au sein du Comité de l'assurance et du Conseil général ont été invitées à désigner des représentants au sein du groupe de travail.
- ♦ Après la composition du groupe de travail conjoint, les membres du groupe de travail ont reçu un questionnaire le 4 novembre 2021 concernant les objectifs du groupe de travail. Le questionnaire a servi de base au travail et à la poursuite de la réalisation et de la finalisation du rapport final.
- ♦ Le groupe de travail a tenu sa première réunion le 22 novembre 2021.
- ♦ Au total, il y a eu 10 réunions digitales.
- → L'état d'avancement des activités était discuté lors des réunions du Comité de l'assurances et du Conseil général. Au cours de ces échanges, il a été décidé de déplacer la date limite de remise du rapport final au 7 février 2022.
- ♦ Le 7 février 2022, le rapport final a été discuté lors d'une réunion conjointe du Comité de l'assurance et du Conseil général.



## II.2. Ligne du temps









## **III. Results - Expectations FRF**

## III.1. Le rapport final partira du rapport intermédiaire

- ❖ Le rapport intermédiaire a été une source d'inspiration pour la confection du budget 2022.
- ♦ Synthèse des résultats du rapport intermédiaire :

→ Le rapport intermédiaire a fourni un grand nombre de résultats, mais également créé certaines attentes. Ce chapitre va plus loin et, sur base des résultats obtenus, liste les manquements et les points d'action nécessaires pour y remédier.

Task Force	Résultats	Manquements
	<ul> <li>5 domaines de soins de santé définis</li> <li>environ 100 propositions AC en plus, au sein des</li> </ul>	<ul> <li>Le critère de sélection des GDOS, basé sur le "nombre de propositions introduites", n'est pas optimal et ne peut être le seul critère de sélection retenu. L'IRI n'est pas exclusif.</li> <li>Il y a clairement des Objectifs de soins de santé qui sont manquants.</li> <li>Ces 100 propositions AC supplémentaires, au sein des templates GDOS, n'ont pas été évaluées</li> </ul>
<u>GDOS</u>	templates GDOS	<ul> <li>Exemple:         <ul> <li>GDOS-009 = Sexualité → vaccination HPV pour patients précarisés</li> <li>Contient trois propositions concrètes:                 <ul> <li>Remboursement de la vaccination HPV chez les garçons jusqu'à 18 ans</li> <li>Remboursement de la vaccination HPV chez les patients immunodéprimés jusqu'à l'âge de 45 ans</li> <li>Sensibilisation du gouvernement sur l'importance de la vaccination HPV et sur la prévention des affections liées à l'HPV</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Pas de templates follow-up disponibles         <ul> <li>Vue incomplète sur l'impact budgétaire et le trajet encore à parcourir</li> </ul> </li> </ul>
<u>AC</u>	• 180 propositions AC après regroupement en clusters	<ul> <li>Seulement une vingtaine de templates follow-up disponibles</li> <li>Vue insuffisante sur l'impact budgétaire et le trajet à parcourir pour la majorité de ces 180 propositions</li> <li>Besoin d'un timing concret et d'un organigramme afin d'affiner les propositions restantes</li> </ul>
BUDGET	Avis provisoires pour le cadre budgétaire futur	<ul> <li>Uniquement des conclusions provisoires</li> <li>Données disponibles insuffisantes pour tirer des conclusions et formuler des propositions claires</li> </ul>



♦ Budget 2022 – Proposition budgétaire du comité de l'assurance (note CSS\_2021\_297)

Objecti	fs 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
	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
Amélio	rer la qualité de vie	
3	Advanced care planning	400
pprop	vriate care	
	Soins de kinésithérapie adaptés aux besoins des patients atteints de paralysie cérébrale	820
.0	Optimaliser l'utilisation des médicaments	3.500
.1	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
ccess	bilité financière	
.2	Réduction du plafond de la facture maximale, en particulier pour les personnes ayant droit à l'allocation majorée	13.300
.3	Extension du système de tiers payant	0
.4	Soins dentaires accessibles	45.000
.5	Coûts de transport	3.000
	TOTAL	123.650



→ Pour sa confection, la proposition budgétaire se fonde sur le contenu des différentes propositions (GDOS et AC). À titre d'exemple, il y a une relation possible avec certains templates introduits :

Object	Objectifs de soins de santé et Appropriate Care		Montant en 000 EUR	
Préven	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			
	Secteur / Prestataires de soins	Fiches avec un lien fort	Fiches avec un lien plus faible	
	Généralistes	GDOS-069 - Diabetes, obesitas	GDOS-044.3 - Toegang tot tandheelkundige zorg	
	Diététiciens	MAC 026 - Réduire morbidité et mortalité liées au	diabetes antibio	
	Psychologues	diabète par dépistage précoce en officine		
	Kinésithérapeutes	MAC 053- Ondersteuning diabetespatiënt in	GDOS-052.2 - Nabije zorg - Thuisverpleegkunde -	5.000
	Médecins spécialistes	thuisverpleging		
	Infirmiers	MAC 015 a- Telegeneeskunde: INCAP (INtegrated CAre		
		Program): remote monitoring diabetes patiënten die		
		Medtronic insulinepomp gebruiken		

- ♦ Cette proposition montre la complexité d'aboutir à une opérationnalisation :
  - ♦ Différents prestataires de soins concernés par différents CAC, ou parfois pas de CAC → Quelle approche?
  - → Différents templates associés → Quelle sélection? Quels templates sont retenus et quels autres pas?
  - → BESOIN d'un modèle d'approche bien structuré et standardisé (voir III.4)
- ♦ Manquements dans la proposition budgétaire?
  - → Tous les objectifs de soins de santé n'ont pas été retenus
    - → À compléter par le WGT.QA à partir de 2022 (un cadre doit être créé à cet égard)
  - ♦ Le contenu des propositions retenues est insuffisamment décrit et sujet à interprétation
  - ♦ La composition et le calcul des budgets proposés ne sont pas indiqués.
  - ♦ Le timing des dépenses à engager n'est pas clair
  - La manière dont le résultat est déterminé n'est pas indiquée (par exemple, l'extension du tiers-payant n'est budgétairement neutre que si des mesures d'accompagnement suffisantes sont introduites ces mesures doivent encore être déterminées).
  - ♦ Le WGT.QA élabore une proposition de procédure uniformisée (voir III.4)



- → Proposition de la délégation gouvernementale au Conseil général de l'INAMI (note ARGV\_2021\_069)
  - → Le gouvernement s'est engagé pour un financement initial, émanent du Plan de relance européen

#### 3.11. Health Data Authority et dossier patient intégré et partagé en toute sécurité.

Pour soutenir des soins intégrés, multidisciplinaires, sûrs et efficients, un dossier patient intégré, électronique et interprofessionnel est une nécessité absolue. L'ensemble doit soutenir la promotion et la réalisation de l'objectif de (soins de) santé formulé ainsi que le changement de paradigme dans le modèle de soins de santé, y compris les "value based healthcare". Le Conseil général soutient donc la priorité portée par l'ensemble des prestataires de soins et des mutualités, à savoir la mise en place du dossier patient intégré, électronique et interprofessionnel dans un environnement sécurisé. Ce sera l'un des domaines prioritaires de la Roadmap eSanté et de la Roadmap Health Data 2022-2024.

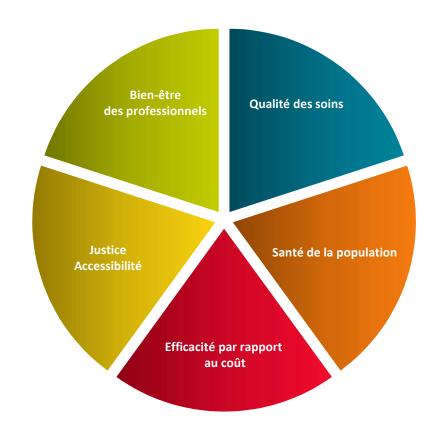
Au total, 29 millions d'euros ont été alloués à l'INAMI via le plan de relance européen, montant qui pourra être investi jusqu'en 2025 inclus.

	Montant en 000 EUR		en 000 EUR
		2021-25	2022
Action 1	Support multidisciplinary care by making care sets available	5.000	1.250
Action 2	Extend electronic prescription capabilities	5.000	1.250
Action 3	Increase quality of prescriptions and reduce costs through Clinical Decision Support systems	4.000	1.000
Action 4	Create an integrated view on distributed medication information and activate the care use	4.000	1.000
Action 5	Operationalise teleconsulting	4.000	1.000
Action 6	Establish a Health Data Eco-System aligned with EC Open Data Market targets	7.000	1.750
	TOTAL	29.000	7.250



## III.2. Le Quintuple Aim reste la mission de base du rapport

- → Le Quintuple Aim est utilisé comme ligne directrice pour les objectifs stratégiques à long terme, mais aussi pour les objectifs opérationnels à court terme (objectifs de processus, objectifs structurels et organisationnels):
  - la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance
  - la santé de la population
  - le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées
  - l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité
  - le bien-être des professionnels de la santé
- → Le QA n'est pas une tâche en soi, mais décrit plutôt les "valeurs sousjacentes" qui sont poursuivies dans les 5 premiers domaines prioritaires sélectionnés sur les objectifs en matière de soins de santé:
  - Soins préventifs et maladies chroniques
- Accessibilité
- > Trajet de soins
- Santé mentale
- Soins intégrés
- → Pour chaque point du QA, des suggestions et des remarques sont formulées.

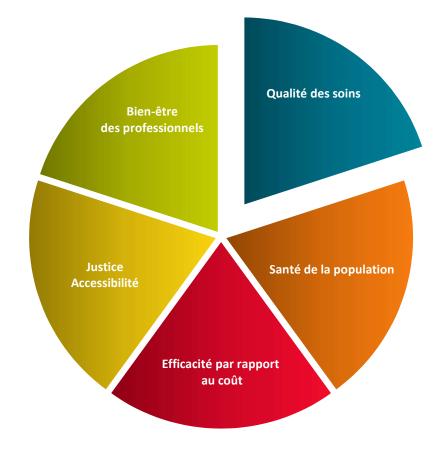




## **Qualité des soins**

(telle qu'elle est perçue par la personne ayant un besoin de soins et d'assistance et par les prestataires de soins)

- ♦ Cette composante est définie comme la capacité de fournir des soins qui augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et qui sont conformes aux connaissances scientifiques actuelles.
- ♦ Parmi les exemples concrets, citons l'élaboration de parcours de soins, l'organisation de la continuité des soins, etc. Un dossier médical numérique intégré, facilement accessible et multidisciplinaire est nécessaire à une communication de qualité entre les prestataires de soins de différentes disciplines.
- ♦ Il est important de décrire clairement comment l'expérience de qualité sera déterminée (rôle des PREM et des PROM) dans les actions proposées.
- ♦ L'élaboration de lignes directrices peut servir à décrire des soins efficaces et efficients.
- ♦ L'autonomisation du patient (patient empowerment) est considérée comme importante car la bonne adhésion à la proposition thérapeutique et l'observance du traitement sont très importantes pour le succès du traitement. Également dans le cadre de garantir la sécurité des patients. Cette perception personnelle doit être considérée dans une juste proportion par rapport à l'expertise et à l'évaluation objective du professionnel de la santé.



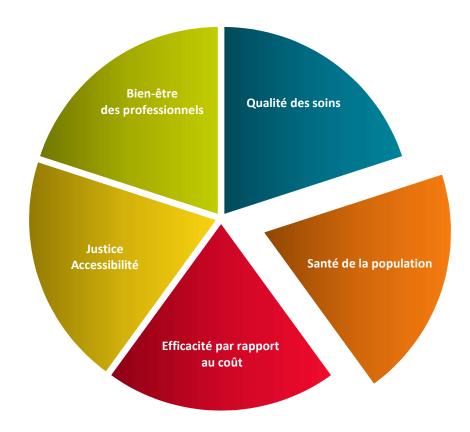
Multiannual Budget 142 Conclusions

Results



## Santé de la population

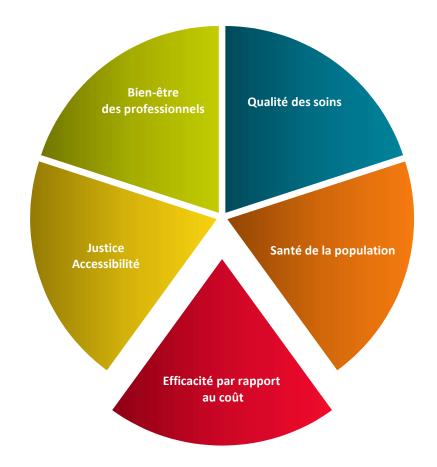
- ❖ Le point "santé de la population générale" est explicitement inclus dans l'accord de gouvernance (2020) avec quelques objectifs concrets de santé publique. Par exemple, l'ambition est de réduire d'au moins 25 % d'ici à 2030 l'écart de santé entre les personnes ayant le nombre le plus élevé et le plus faible d'années de vie en bonne santé attendues. Il a également été inclus pour tenter de réduire de 15 % le nombre de décès évitables.
- → Pour atteindre ces objectifs, les propositions devront se traduire par des actions concrètes, telles que la prévention et le traitement de l'obésité dans la population.
- ❖ Un rôle éducatif important doit être assumé par les prestataires de soins dans la prévention primaire et le suivi des maladies chroniques.
- ♦ Il est nécessaire d'accorder une plus grande attention au niveau d'activité physique de la population (exercice, sport, etc.).





## Efficacité par rapport au coût

- → L'amélioration du rapport coût-efficacité se fait en optimisant le rapport entre les ressources déployées et les résultats obtenus.
- ♦ Cela peut se faire en évitant les soins redondants et inutilement coûteux, sur la base de directives evidence based practice. La réduction des variations indésirables dans les pratiques est également un objectif. L'utilisation optimale des ressources de soins de santé devrait réduire la surutilisation, la mauvaise utilisation et la sousutilisation. Il est également possible de travailler au niveau de la régularisation des prix.
- ♦ Il est important de prendre en compte les résultats des projets pilotes financés par l'INAMI (par exemple Chronicare).
- ♦ L'utilité de l'élaboration de lignes directrices pour définir des soins efficaces et efficients est incontestée. Actuellement, les besoins pour permettre l'élaboration de lignes directrices sont plus importants que les ressources et les procédures mises à disposition.
- ♦ Il est nécessaire d'accorder une plus grande attention au niveau d'activité en prévenant l'incapacité temporaire et en la traitant le plus efficacement possible en accompagnant les personnes en incapacité vers la résinsertion professionnelle sur une base volontaire.
- ♦ L'expérience des patients et des aidants naturels en termes de qualité des soins est importante mais, en fin de compte, la qualité effective des soins est plus importante que l'expérience subjective de ceux-ci.

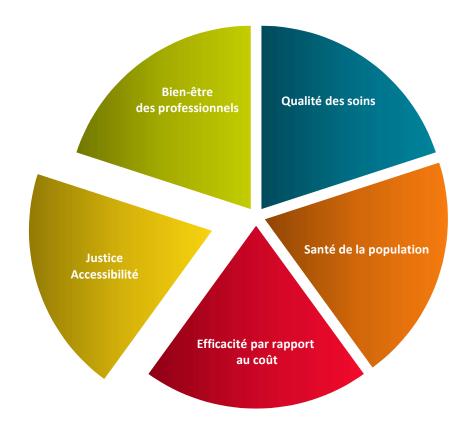


Results



## Justice et accessibilité

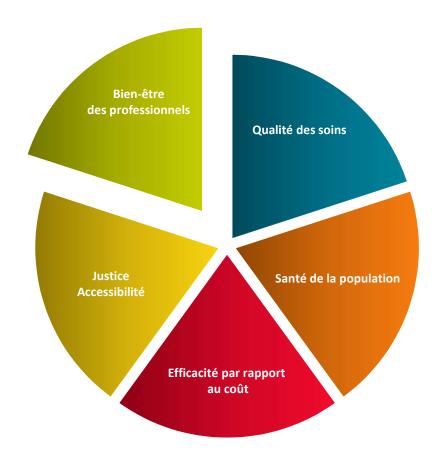
- ❖ Un service de santé équitable et accessible à tous est un autre objectif très important. Chacun doit pouvoir utiliser nos services de soins de santé de la même manière, en fonction de ses besoins objectifs en la matière (équité horizontale). Une accessibilité garantie contribue également au dépistage précoce des risques et des problèmes de santé.
- → Concrètement, il faut prêter attention à l'accessibilité financière (ticket modérateur, MAF, suppléments et autres paiements des patients), mais aussi, entre autres, à la disponibilité géographique des soins sur l'ensemble du territoire (services d'urgence, services de maternité, etc.).
- → Le sous-financement de certains secteurs donne actuellement lieu à une inégalité des chances.
- ❖ Un taux de convention élevé est souhaitable pour une meilleure accessibilité aux soins, mais les contraintes budgétaires ne permettent pas de l'atteindre facilement dans toutes les disciplines à l'heure actuelle.





# Bien-être des professionnels de la santé

- → Afin de préserver le bien-être des professionnels de la santé, il est important qu'un nombre suffisant de professionnels de la santé qualifiés soit déployé sur le terrain. En outre, une politique active devrait être mise en œuvre pour réduire la charge émotionnelle et favoriser le soutien social des collègues.
- → Concrètement, cela devrait permettre de prévenir et de réduire l'épuisement professionnel, les problèmes mentaux et le retrait des soignants de la profession.
- → Dans ce contexte, des honoraires équitables sont une composante essentielle de la satisfaction au travail. La charge administrative et le manque de soutien pour l'exécution de ces tâches contribuent également à un sentiment d'insatisfaction.
- → Cependant, la recherche permanente de la meilleure qualité possible, l'éventuelle non-conformité des patients, la transparence croissante grâce aux indicateurs de santé et la charge administrative très élevée et non rémunérée pour démontrer la qualité peuvent entraîner une augmentation du stress et une réduction du bien-être des prestataires de soins.





# III.3. Aspects nécessitant plus d'attention : innovation et transversalité

### **♦** Innovation

#### Définition:

- ✓ L'innovation dans les soins de santé se caractérise par la création d'une valeur ajoutée pour la santé (les soins de santé) via l'introduction de quelque chose de nouveau ou par le renouvellement.
- ✓ Cette valeur ajoutée peut consister, entre autres, en une efficacité accrue, en une efficience améliorée... Elle est toujours vérifiée par rapport aux principes du quintuple aim et appropriate care.
- ✓ Il s'agit d'un terme générique sous lequel de nombreux changements et améliorations sont regroupés.
- ✓ L'informatique a un impact important sur l'innovation.

- Si l'on veut maintenir à niveau la qualité des soins de santé belges, il convient de dégager suffisamment d'espace pour l'intégration de nouveaux produits et services.
- ➤ Il doit être possible d'intégrer dans le système les nouveaux développements basés sur des preuves suffisantes, efficaces et qui ont une valeur ajoutée pour la santé.
- Pour que cela soit possible de manière standardisée, il faut convenir d'un cadre dans lequel agir. Avec des critères clairement définis pour que les propositions innovantes soient évaluées d'une manière uniforme.



- Canevas: cadre de référence nécessaire avec des <u>critères minimaux</u>
- ✓ Conditions → critères objectifs nécessaires
  - Preuve scientifique démontrable
  - Indicateurs d'innovation appropriés qui permettent la mesurabilité
  - Accessibilité maximale
- ✓ Groupe cible
  - Définir le groupe cible
  - Détermination du besoin
  - Abordabilité
- ✓ Garanties
  - Directives claires sur la sécurité de l'information
  - Maintien du droit aux soins "classiques"
  - Garantie de qualité à prouver
- ✓ Cadre financier
  - Analyse claire du prix de revient
  - Déterminer le retour sur investissement (RSI)
- ✓ Culture organisationnelle
  - Partage de l'information qui stimule les gens à générer des idées, à penser autrement et qui permet l'expérimentation.





## **♦ Transversalité**

- La gestion transversale est par définition celle pour laquelle différents domaines collaborent à la solution d'un problème, et il est alors logique qu'un plan de gestion transversal doive toujours être le résultat d'une négociation entre ces divers domaines de gestion. Un enrichissement multidisciplinaire de valeurs entre les différents stakeholders : experts, personnes sur le terrain, académiques, patients, organismes assureurs, l'INAMI, ... s'impose.
- Le concept "transversalité" connaît au sein du trajet pluriannuel soins de santé une double connotation, à savoir des perspectives à partir d'une approche dimension/ patient avec principalement la pose d'un diagnostic, le traitement et la prévention; avec en parallèle des perspectives partant de la vision des prestataires de soins avec une attention concernant les activités de soins effectuées en plus du financement de leur contribution.
- "Travailler transversalement" se situe à côté de la manière courante de travailler en secteurs fractionnés. Une gestion sectorielle offre une série d'avantages. Cela renforce et protège l'identité des travaux et crée des lignes claires au niveau des budgets et des compétences. Mais cela comporte aussi des désavantages. La pratique ne se laisse pas réduire convenablement aux secteurs.
- Le soin transversal exige une vue "d'hélicoptère" avec une collaboration nécessaire entre tous les prestataires de soins concernés, les réseaux de soins, dépassant les lignes et il s'agit donc de la dispensation de soins, des processus et des modèles financiers qui fondent la collaboration.

- Le soin transversal comporte également l'implication active des patients et des aidants proches.
- De plus en plus, les problèmes de soins complexes ne peuvent plus être analysés sous le prisme d'une seule discipline ou d'un secteur. C'est à partir de plusieurs secteurs que l'on doit rechercher des solutions durables.
- Le soin transversal doit satisfaire à plusieurs conditions connexes. Il y a ici entre autres besoin d'une "multilevel-governance" pour laquelle le travail intersectoriel est crucial, avec partenariat et cohérence. Le monitoring est aussi important. Les actions spécifiques et les groupes cibles au sein du soin transversal doivent être bien suivies. Cela exige une évaluation uniforme et un système de monitoring qui mesure de manière périodique les effets des efforts de soins. Cela ne fonctionne bien que si l'on capte rapidement ce qui se vit, quels effets la politique produit ou quels leviers émergent. Monitorer pour que les conséquences des actions connaissant la réussite soient pesées est une absolue nécessité.
- Pour travailler transversalement, le modèle de concertation doit être adapté et il doit y avoir de la clarté sur les investissements et les retours entre les différents lignes/secteurs/silos.



# Transversalité à partir d'une approche "patient"

- Concernant la concertation autour du patient, les acteurs du terrain doivent avoir la possibilité, dans le cadre des projets de soins, de rechercher et d'expérimenter des nouvelles modalités de prise en charge basées sur le réseautage. Sur cette base une concertation transversale doit être autorisée au sein de laquelle les initiatives tant des pouvoirs publics que des professionnels de terrain "se rencontrent" pour échanger et analyser les expériences sur le terrain permettant ainsi de formuler les éléments à reprendre dans la description des programmes de soins pour chaque groupe d'âge.
- ✓ De l'information doit être rassemblée pour qu'à l'égard de l'organisation et des missions des futurs programmes de soins, une formulation globale soit trouvée relativement aux modalités de l'organisation des soins et en particulier les relations et les complémentarités entre les prestataires de soins et les processus de prise en charge du patient.
- ✓ La consultation transversale autour du patient doit apporter une réponse aux items suivants :
  - Quelle est la valeur ajoutée des projets de soins du point de vue du patient : continuité des soins et prise en charge personnalisée?
  - Quelle est la valeur ajoutée des projet de soins en terme de prise en charge : introduction de "chaînons manquants" et moins de chevauchements?

- Comment "quantifier" l'activité des projets de soins?
- Quelles modalités de fonctionnement dans les projets de soins apportent de la valeur ajoutée?
  - type de partenaires impliqués et rôle de chacun
  - ressources utilisées (ressources humaines, temps consacré, ressources financières supplémentaires), y compris les éventuelles ressources supplémentaires fournies par les partenaires
  - o organisation de la concertation : fréquence, durée, partenaires impliqués, autres participants
  - o rôle de l'environnement du patient
  - o adaptation du rôle "traditionnel" des différents partenaires
  - coordination de la zone d'activité : avantages et difficultés dus à la zone d'activité en terme de transferts de patients, de proximité (urbain/rural), besoin de transport, etc..
  - type de "gestion administrative" des dossiers relatifs au traitement des patients
- L'outcome attendu pour le patient contient :
  - o continuité de soins optimale
  - o perfection pour les soins sur mesure
  - o moins de redondances dans l'offre de soins
  - moins de manquements dans l'offre de soins



# > Transversalité à partir de la vision des prestataires de soins

- ✓ Afin de travailler de manière transversale, le modèle de concertation doit indiquer une description claire de la feuille de route
- Le rôle des différents prestataires de soins impliqués doit être défini et vérifié:
  - définir d'abord les acteurs impliqués
  - quels acteurs interviennent conjointement avec le patient?
  - quels acteurs dont l'implication n'était pas demandée/nécessaire sont intervenus avant leur inclusion dans le projet de soins?
  - quels acteurs ne se sont pas impliqués dans le processus thérapeutique?
  - le modèle de soins entraîne-t-il des changements dans les interventions de certains acteurs (durée ou contenu des interventions)
  - quels acteurs interviennent dans l'entourage du patient ?
  - quels acteurs sont extérieurs au projet de soins et quelle est la fréquence de leurs interventions dans le processus de soins?
  - quelles difficultés sont identifiées par les différents acteurs de l'accueil dans le cadre du projet de soins (difficultés organisationnelles ou financières)

- ✓ Une action transversale peut aboutir à :
  - de nouvelles règles de prise en charge des patients (lieu différent, horaire différent, soins conjoints ou alternés, implications d'autres professionnels, etc..)
  - de nouvelles formes de concertation/coopération/ transfert de données entre les prestataires de soins
  - de nouvelles règles d'implication de l'entourage du patient
- ✓ Le fonctionnement transversal nécessite des règles claires de coopération entre les secteurs sur les items suivants :
  - échange de données (type de données, fréquence et règles d'échange...)
  - mise à disposition de personnel (types de partenaires, type de personnel, etc...)
  - interventions conjointes ou alternées de différents partenaires (fréquence, types de partenaires, etc...)
  - types de collaboration entre prestataires de soins intra-muros et extra-muros, entre médecins généralistes et spécialistes, entre prestataires de soins individuels et institutions, entre professionnels et autres aidants, etc.



# > Transversalité à partir de la vision des prestataires de soins (suite)

- ✓ L'action transversale implique des indicateurs pour les mécanismes de coordination :
  - qui réfère?
  - accord sur les transferts
  - qui participe aux consultations?
  - quelle contribution réelle (en terme de discussion de cas, de coordination)?
  - combien d'heures hommes/femmes sont passées?
  - combien coûte réellement la coordination, est-ce que plusieurs personnes s'en occupent (ex : double gestion de dossier...)
- ✓ Les moyens déployés dans le cadre d'une politique transversale doivent être répartis de manière transparente entre les prestataires de soins sur base de critères fixes :
  - usage médical
  - différenciation selon les activités
  - différenciation selon le type de prestataire de soins (importance du diplôme) et du type de soins (ex : high-care versus low-care, intra-muros versus extra-muros,...)
  - personnes / ressources pour l'enregistrement des activités de soins: horaire hebdomadaire / par demi-heure / par ETP impliqué
  - enregistrement de l'inscription

- ✓ La possibilité doit être offerte de mesurer les changements dans le domaine des soins personnalisés et de la continuité:
  - modification des flux de patients
  - modification de l'organisation du transfert d'informations
  - modification de la coordination liée aux soins
  - enregistrement effet/résultat
  - effets sur la qualité de vie



Results

Conclusions Multiannual Budget 152

**SECTION III** 



# La transversalité exige des formes de financement adaptées

- ✓ Les flux financiers au sein d'une politique transversale de soins inscrite dans un cadre budgétaire pluriannuel sont de deux sortes:
  - attribution des moyens financiers pour de nouvelles propositions (un ou plusieurs secteurs avec répartition des moyens)
  - répartition des moyens financiers qui se sont dégagés à la suite des gains d'efficience AC ou bonis
- ✓ Pour aboutir à cela, les "secteurs" doivent être suffisamment alignés, permettant ainsi que chaque secteur maintienne une autonomie propre et une compétence décisionnelle:
  - pour les secteurs ayant une propre CAC, cela est fixé partiellement légalement bien que tous les secteurs ne disposent pas d'une CAC ou ne soient suffisamment représentés au sein des organes de concertation (ex: psychologues), ce qui entraîne la nécessité d'un inventaire précis
  - un plan clair doit structurer cette représentation de la manière la plus optimale possible
  - même au sein d'une CAC, il est possible qu'il soit nécessaire de diviser la transversalité en une "sous-transversalité" afin de disposer de la vision la plus transparente possible sur les flux financiers: (exemples)
    - o au sein de la CNMM : dualité entre généralistes et spécialistes, entre les différentes spécialités
    - o au sein de la dentomut : dualité entre dentistes et hygiénistes bucco-dentaires / avec les stomatologues

# **Conclusions**

- ➤ Le WGT.QA travaille à un plan de route détaillé pour la fin juin 2022 avec une attention pour le modèle d'incitation relative à la réallocation des moyens tenant compte des items apportés et des critères remis.
- > Une nouvelle matrice budgétaire transversale et sub-transversale est conçue afin de garantir un suivi transparent des flux financiers.



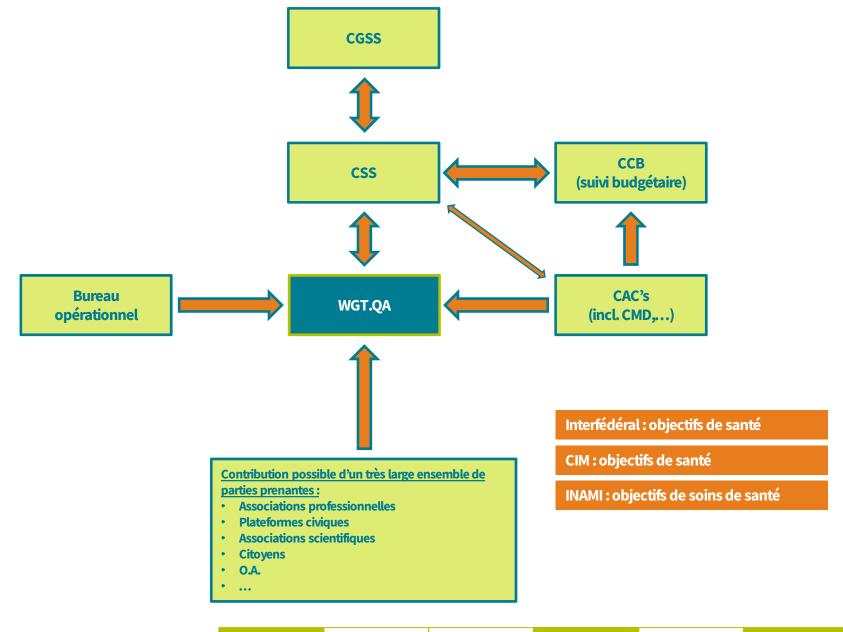
# **III.4. Finalisation des propositions soumises (templates)**

- → Intégration des objectifs de soins de santé dans un cadre budgétaire transversal et pluriannuel : modèle de gouvernance
  - Le rapport intermédiaire sur la trajectoire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé ainsi que la proposition de budget 2022 du Comité de l'assurance qui s'en inspire consacrent un changement de paradigme dans la gestion de l'assurance maladie.
  - La priorité donnée à la maîtrise du budget annuel sur base d'une approche par silo cède la place à une meilleure répartition des moyens disponibles en fonction d'objectifs de soins de santé prioritaires et dans un cadre budgétaire pluriannuel dynamique.
  - ➤ L'enjeu est de développer une démarche holistique qui place le patient dans sa globalité – y compris son bien-être psycho-social et celui de son entourage - au cœur du processus de décision.
  - Ceci implique que les choix en assurance maladie s'inscrivent désormais dans le cadre du « Quintuple Aim » et les objectifs de (soins) de santé dans le cadre de l'appropriate care.
  - Toutefois, il faut également accorder l'attention nécessaire au bienêtre des soignants.
- Le principal avantage de ce processus de décision est de mieux prendre en compte les nombreux défis qui se présentent dans le système de santé et d'appuyer la gestion de l'assurance maladie sur une vision stratégique claire.

- Les orientations politiques et leurs implications sont ainsi rendues plus lisibles pour l'ensemble des acteurs (et pour les citoyens) tout en les encourageant à prendre leurs responsabilités.
- L'enjeu est de renforcer la concertation multidisciplinaire pour concrétiser les objectifs de soins de santé, de donner à la concertation sociale un pouvoir d'initiative sur les choix à moyen et long terme dans le cadre de l'élaboration du budget de l'assurance maladie ainsi qu'une responsabilité dans l'utilisation des ressources disponibles pour l'assurance maladie.
- La gouvernance basée sur une co-construction entre un grand nombre d'acteurs doit rechercher le consensus de manière efficace.
- D'une part, un modèle est proposé pour intégrer les propositions existantes et futures (voir page suivante), ce qui peut aider à la préparation d'un cadre budgétaire pluriannuel. Et d'autre part, un nouveau modèle de gestion est proposé (voir section III.III.5).



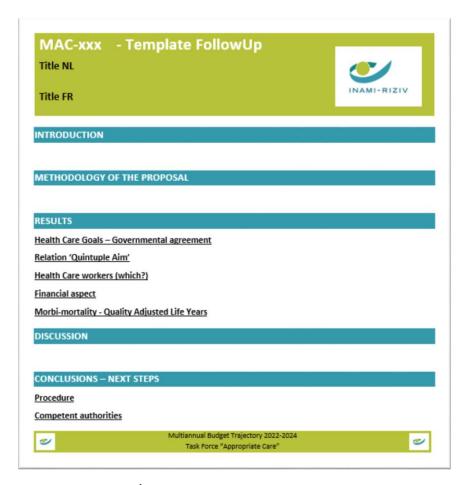
# ♦ Proposition de nouvelle gouvernance WGT.QA





# ♦ Finir les templates existants (Green & Orange)

- les templates existants sont retravaillés par l'administration de l'INAMI, en fonction des orientations de politique générale pour cette législature, au plus tard pour le 30 août 2022 pour arriver à des templates de follow-up selon le canevas standardisé existant;
- deux items sont ajoutés à ce canevas, à savoir la relation avec le QA et la mention des secteurs concernés;
- on fait de nouveau appel à des experts internes (au sein de l'INAMI) et externes (en dehors de l'INAMI) en fonction des propositions reçues;
- une prise de contact avec les introducteurs des propositions est prévue si nécessaire pour compléter les imprécisions et données manquantes, afin de parvenir à une évaluation optimale de chaque proposition et ainsi renforcer la participation des introducteurs;
- les résultats chiffrés obtenus sont introduits dans la matrice budgétaire pour avoir une vue claire des dépenses à prévoir et/ou des gains d'efficiences pour le 30 août 2022
- les fiches rouges ne sont plus traitées, mais les introducteurs peuvent toujours soumettre à nouveau la proposition (mieux encadrée – conformément au nouveau template)
- → la matrice budgétaire est remplie uniquement après la validation des templates de follow-up par le WGT.QA!
- → une synthèse par thème est faite en préparation des réunions du WGT.QA en vue d'établir des programmes d'action (ou, en d'autres termes, l'ensemble des actions liées dans les grandes lignes) pour réaliser un objectif de soins de santé



- ♦ Traitement des éventuels nouveaux templates soumis au WGT.QA
  - les éventuelles nouvelles propositions soumises seront traitées de façon identique, c'est-à-dire qu'elles seront évaluées par le WGT.QA avec une pré-évaluation par l'INAMI et avec un soutien supplémentaire par l'INAMI concernant le template de follow-up et la matrice budgétaire



# → Impact des templates/propositions sur l'administration de l'INAMI

- La poursuite de l'implémentation des objectifs de (soins) de santé et des nouvelles propositions AC largement soutenues nécessite des processus délibératifs étendus. Une participation forte de tous les acteurs concernés est recherchée.
- L'apport d'idées nouvelles de façon régulière est prévu pour par exemple tenir compte des nouvelles tendances et évolutions (pas seulement technologiques) dans les soins de santé. Cela peut se faire spontanément depuis le terrain via un canal ouvert par les différents CAC (y compris des organismes tels que le CMD), par les associations professionnelles, associations de patients, associations scientifiques, citoyens ... ou via un appel spécifique du WGT.QA.
- Les dossiers qui sont soumis via le canal de communication ouvert sont, si possible, regroupés par trimestre, et transmis au WGT.QA par trimestre pour qu'il y donne suite.
- ➤ En outre, des décisions ad hoc à la demande de secteurs individuels sont possibles si elles poursuivent clairement des objectifs de (soins de) santé et peuvent être financées dans le cadre de leurs propres budgets.

- Cet objectif doit être réalisé par le soutien suivant de la part de l'INAMI:
  - ✓ améliorer les outils d'évaluation des nouveaux templates/propositions : avant le 31 mars 2022
    - formuler des propositions visant à optimiser d'avantage l'outil d'évaluation et le soumettre au WGT.QA pour validation les propositions qui touchent spécifiquement l'innovation, la transversalité, le modèle d'incitation, les mesures structurelles et accompagnantes doivent s'accorder aux critères établis dans les sections III.III.3, III.III.5 en III.III.7. Le nouvel outil d'évaluation détermine un score effectif chiffré pour mesurer l'importance de la proposition.
    - Le nouveau template de soumission des propositions (validé par le WGT.QA) sera aligné sur l'outil d'évaluation, de sorte que les introducteurs sachent clairement ce que l'on attend d'eux (définir clairement les attentes)
  - ✓ pre-évaluation des nouvelles propositions + avis à la demande de la WGT.QA (une anonymisation maximale est recherchée)
  - **✓** ..



- > L'INAMI doit pouvoir faire appel à de l'expertise externe afin de pouvoir transmettre un avis au WGT.QA, le cas échéant :
  - ✓ Au cours du premier trimestre de 2022, un appel général pour la soumission de candidatures d'experts est lancé (par le biais d'un C.V.) conformément au protocole établi par le WGT.QA
  - ✓ Début avril, le WGT.QA fixe la liste des experts dans laquelle l'INAMI et/ou le WGT.QA peut choisir afin d'obtenir des avis sur les templates/propositions.
  - ✓ Le WGT.QA peut toujours adapter la liste d'experts
  - ✓ Il est également possible de s'adresser à des experts au sein des O.A.'s, représentants des prestataires de soins, etc...
  - ✓ La liste d'experts est toujours soumise au WGT.QA pour approbation
  - ✓ Une rémunération uniforme est convenue.
- Le WGT.QA a la liberté d'inviter des experts à ses réunions de manière ponctuelle, en fonction de l'ordre du jour ou des dossiers discutés.

 Améliorer les outils d'évaluation nouveaux templates/propositions. Avant le 31 mars 2022 •Le WGT.QA fixe la liste des experts dans laquelle l'INAMI et/ou le WGT.QA peut choisir afin d'obtenir des avis sur templates/propositions. Début avril ·Les templates existants sont retravaillés par l'administration de l'INAMI. •Les résultats chiffrés obtenus sont introduits Au plus tard pour le dans la matrice budgétaire. 30 août 2022

Conclusions

les

**SECTION III** Methodology **Results** Introduction



# III.5. Proposition politique cohérente

- → Proposition politique cohérente basée sur des objectifs de santé et des objectifs de soins de santé : <u>Budget 2023-2024</u>
  - ➤ Le 7 février 2022, le CGSS approuve le rapport final qui comportent les domaines GDOS prioritaires.
  - Pour le 15 juillet 2022, le WGT.QA prépare l'élaboration des grandes lignes d'un programme budgétaire pluriannuel 2023-2024 GDOS et AC, en tenant compte des dossiers en cours. Cette proposition indicative est soumise au CSS pour par la suite être décidé par le CGSS. Ce programme est élaboré avec une méthodologie participative qui associe les CACs, le CSS et le CGSS. La trajectoire pluriannuelle s'appuie sur une estimation des dépenses à politique constante sur base des estimations techniques de l'INAMI et du modèle Promes (dès que ce modèle est utilisable - construction pas à pas). Il s'agit d'un budget pluriannuel et de programmes d'action dans leurs grandes lignes, mais pas des actions précises qui seront élaborées après une décision budgétaire par la ou les commissions (conjointes) compétentes. Les CACs s'engagent à traduire le plan pluriannuel dans les accords et conventions dans toute la mesure du possible. En l'absence de consensus au sein de la CAC, il peut y être dérogé sous réserve d'une décision motivée au sein de la CAC.
- Pour le 1 septembre 2022, les CACs (incl. CMD, et autres..) introduisent des adaptations prioritaires pour leur secteur, si nécessaire. Ces demandes sont motivés par le biais des critères du nouveau outil d'évaluation des fiches. Des demandes qui concernent plusieurs secteurs seront traités par le WGT.QA en vue de la formulation d'une proposition pour ces secteurs.
- Pour le 19 septembre 2022, le WGT.QA donne un avis indicatif en ce qui concerne le budget annuel à voter par le CSS. Les organismes assureurs organisent toujours une concertation informelle individuelle qui s'intègre dans le processus budgétaire du WGT.QA, dans un premier temps, via les avis donnés par le WGT.QA.
- Pour le premier lundi du mois d'octobre, la proposition budgétaire est voté par le CSS.
- La CCB donne son avis sur la proposition budgétaire du CSS et prend désormais en compte le budget pluriannuel.
- Pour le troisième lundi du mois d'octobre, un budget est décidé par le CGSS.

#### Pour le 7 Pour le 15 Pour le 1 Pour le 19 Pour le premier Après le premier Pour le troisième iuillet 2022 septembre 2022 lundi du mois lundi du mois lundi du mois février 2022 septembre 2022 d'octobre d'octobre d'octobre Le CGSS approuve le rapport Le WGT.QA prépare Les CACs (incl. CMD, Le WGT.QA donne · La CCB donne son Un budget est La proposition l'élaboration des et autres...) un avis indicatif en budgétaire est voté décidé par le CGSS. final qui comportent les avis sur la domaines prioritaires GDOS. grandes lignes d'un introduisent des ce qui concerne le parle CSS. proposition programme adaptations budget annuel à budgétaire du CSS budgétaire prioritaires pour leur voter par le CSS. et prend désormais pluriannuel 2023secteur. si en compte le budget 2024 GDOS et AC. nécessaire. pluriannuel.



- → Proposition politique cohérente basée sur des objectifs de santé et des objectifs de soins de santé : <u>Budget 2023-2024</u> (suite)
  - Les objectifs de soins de santé qui seront réalisés se trouvent sur la nouvelle ligne budgétaire transversale GDOS. Dès que les actions associées sont stables et qu'il est clair quel budget est lié explicitement à un ou plusieurs secteurs, le transfert est effectué de la ligne budgétaire transversale GDOS de l'objectif budgétaire global à une ligne GDOS de l'objectif budgétaire partiel. Certaines actions resterons néanmoins dans ligne budgétaire transversale GDOS (par exemple, on ne peut pas simplement isoler les dépenses du MàF pour savoir quelle partie est due aux plafonds d'ajustement).
  - Les actions sont implémentées par une commission individuelle ou par une commission mixte en invitant des experts (cfr. ligne de conduite budget 2022).
  - ➤ Chaque année le WGT.QA peut demander à une commission individuelle ou à une commission mixte (si nécessaire) d'évaluer les actions implémentées et formuler une proposition pour le CSS, qui décidera des adaptations/arrêt des actions implémentées après concertation des CACs.
  - ➤ Une commission mixte implique une concertation entre deux ou plusieurs commissions individuelles selon le sujet (par exemple, convention sur la dialyse sur proposition de la Commission de conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs et de la Commission nationale médico-mutualiste). Il ne s'agit pas d'un modèle fixe, et donc pas d'une CAT fixe ou d'une commission d'accord transversale. Une CAT peut être un scénario idéal à un peu plus long terme, mais cela nécessite un processus évolutif sur plusieurs années.

La méthodologie est la même pour 2023 et 2024 (budget 2024 et 2025) à partir du programme pluriannuel et en tenant compte des évolutions politiques et des besoins spécifiques motivés. Des idées pour la réalisation du plan pluriannuel peuvent toujours être introduites, par chaque commission, organisation, citoyen etc. Le WGT.QA évalue les nouvelles fiches, si nécessaire avec des experts.



Methodology



# → Elaboration du budget pluriannuel <u>après 2024</u>

## Elaboration du budget pluriannuel :

- ✓ A partir du 1 janvier 2023, le WGT.QA élabore un cadre global pour les GDOS afin d'améliorer la performance du système de soins de santé. Le WGT.QA aura développé des premiers outils méthodologiques avec l'aide des experts externes avec les compétences adéquates.
- ✓ Au début de chaque législature, le CGSS approuve un plan pluriannuel, proposé par le CSS sur base d'une proposition indicative du WGT.QA, pour la législature en cours. Les objectifs de santé communs entre le gouvernement fédéral et les autorités des communautés et des régions sont intégrés dans les discussions sur les objectifs de soins de santé qui ont comme premier but l'amélioration de la performance du système de soins de santé. Pour cette raison, ces objectifs de soins de santé sont nécessaire, également dans la situation où des objectifs de santé globaux n'auraient pas été déterminés. Les objectifs de soins de santé des législations précédentes sont également inclus, sauf s'ils ont déjà été réalisés. En d'autres termes, seuls quelques nouveaux (groupes d') objectifs de santé sont concernés par législature.
- Au début d'une législature nouvelle, le WGT.QA élabore en grandes lignes une proposition indicative d'un programme budgétaire pluriannuel GDOS et AC, et en tenant compte des dossiers en cours, qu'il soumet au CSS et qui est par la suite décidé par le CGSS. Ce programme est élaboré avec une méthodologie participative qui associe les CACs (incl. CMD, et autres...) et le CGSS et sera traduit dans les conventions et accords. Des idées d'une commission, organisation, citoyen etc. pour la réalisation du plan pluriannuel peuvent êtres introduites à tout moment.
- ✓ Un monitoring de la réalisation des GDOS se fait régulièrement sur base d'entre autre les rapports de performance du KCE en concertation avec des experts.

## Elaboration du budget annuel :

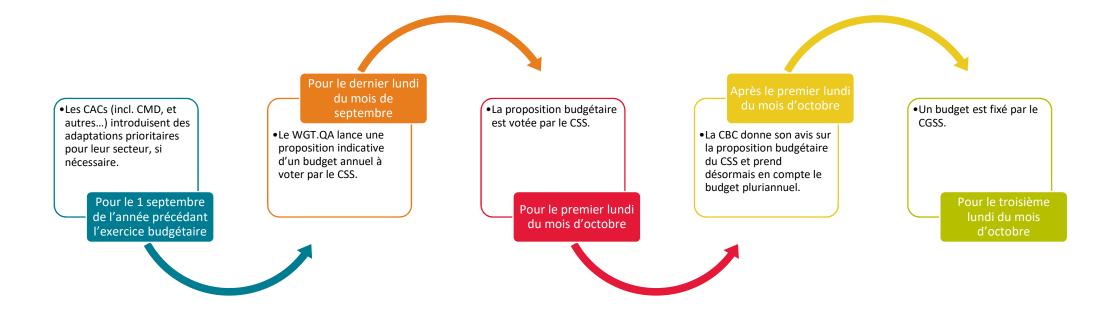
- ✓ Pour le 1 septembre de l'année précédant l'exercice budgétaire, les CACs (incl. CMD, et autres...) introduisent des adaptations prioritaires pour leur secteur, si nécessaire. Ces demandes sont motivés par le biais des critères de l'outil d'évaluation des fiches.
- ✓ Pour le dernier lundi du mois de septembre, le WGT.QA lance une proposition indicative d'un budget annuel à voter par le CSS.
- Pour le premier lundi du mois d'octobre, la proposition budgétaire est votée par le CSS.
- ✓ La CBC donne son avis sur la proposition budgétaire du CSS et prend désormais en compte le budget pluriannuel.
- ✓ Pour le troisième lundi du mois d'octobre, un budget est fixé par le CGSS.
- ✓ Les objectifs de soins de santé qui seront réalisés se trouvent sur la ligne budgétaire transversale GDOS. Dès que les actions associées sont stables et qu'il est clair quel budget est lié explicitement à un ou plusieurs secteurs, le transfert est effectué de la ligne budgétaire transversale GDOS de l'objectif budgétaire global à une ligne GDOS de l'objectif budgétaire partiel. Certaines actions resterons néanmoins dans ligne budgétaire transversale GDOS.



# → Elaboration du budget pluriannuel <u>après 2024</u> (suite)

## Elaboration du budget annuel (suite):

- ✓ Les actions sont implémentées par une commission individuelle ou par une commission mixte en invitant des experts (cfr. ligne de conduite budget 2022).
- ✓ Chaque année le WGT.QA peut demander à une commission individuelle ou à une commission mixte d'évaluer les actions implémentées et formuler une proposition pour le CSS, qui décidera des adaptations/arrêt des actions implémentées après concertation des CACs.
- ✓ La méthodologie est la même pour chaque législature. Des idées pour la réalisation du plan pluriannuel peuvent toujours être introduites, par chaque commission, organisation, citoyen etc. Le WGT.QA évalue les nouvelles fiches, si nécessaire avec des experts.





## ♦ Organisation du WGT.QA

- Le cadre juridique qui suit ne change pas :
  - ✓ Loi coordonnée du 14.7.1994; art. 16, §1 : « Le Conseil général détermine les orientations de politique générale et fixe l'objectif budgétaire annuelglobal et soumet, après avis du Comité de l'assurance, à l'approbation du Ministre, les budgets globaux des moyens financiers visés à l'article 69, § 4 et § 5 »
- ✓ Différents organes assurent la gestion de l'assurance soins de santé. Un aperçu de leurs fonctionnement et compétences est disponible sur le site internet de l'INAMI (Les organes du Service des soins de santé INAMI (fgov.be)).
- Le WGT.QA envisage une très large consultation.
- La composition du WGT.QA ne change pas, mais, selon l'ordre du jour, des experts pertinents seront invités.
- Les avis du WGT.QA sont fondées sur le consensus avec des points d'attention. Si nécessaire un vote directif peut être organisé.
- Des échanges constructifs et efficaces peuvent nécessiter l'intervention d'experts pour faciliter les réunions, à condition que le budget nécessaire soit prévu.

### **♦** Evaluation

- > Pour une bonne compréhension et partage de l'expertise :
  - ✓ la méthodologie proposée pourra être discutée et adaptée à terme et la structure de gouvernance devra être évaluée en 2024
  - on tiendra compte de l'accord du gouvernement au début d'une législature et des réformes déroulées en parallèle d'une manière cohérente (pour la période 2022 -2024 il s'agit entre autres de pacte pharma, la réforme du financement des hôpitaux, le recalibrage de la nomenclature et le renforcement des soins de santé mentale).
  - ✓ un soutien important à chaque phase de la réflexion est nécessaire, où l'on peut faire appel à de l'aide :
    - sur le contenu, par des experts dans le domaine des soins de santé, économie de la santé, et autres...
    - pour assurer la qualité des échanges, par des experts dans le domaine de la méthodologie participative à développer
    - pour cela il faut prévoir un budget
  - ✓ une période de transition est nécessaire au cours de laquelle nous :
    - apprenons à développer ensemble en consensus des programmes d'action
    - établissons la méthodologie à long terme



# ♦ Coordination stratégique avec les entités fédérées

- Etant données les compétences aujourd'hui partagées entre l'Etat fédéral et les entités fédérées dans de nombreux domaines clés de la santé, l'identification des priorités stratégiques de long terme et leur concrétisation dans les politiques de santé nécessitent une concertation interfédéral renforcée.
- Ce principe est d'ailleurs repris dans l'accord de gouvernement fédéral qui stipule « Nous établirons des objectifs de santé, en concertation avec les entités fédérées et les acteurs de la santé ainsi qu'un système de monitoring avec une possibilité d'ajustement »
- L'accord de gouvernement précise encore que « Comme le prévoit déjà la loi spéciale de réformes institutionnelles , le futur Institut des soins de santé sera implémenté afin de garantir, en appui à la Conférence interministérielle de la santé publique, des réponses concertées aux grands défis en matière de santé. La tâche de cet institut sera de formuler une vision commune et prospective et de définir une politique de santé durable ». Il appartient au CSS d'élaborer cette trajectoire, ceci n'est pas une tâche du WGT.QA.

# **♦ Mesures structurelles et accompagnantes supplémentaires**

- La mise en œuvre du GDOS et AC dans le cadre de QA nécessite l'introduction de mesures structurelles et accompagnantes supplémentaires.
- ➤ De nombreuses mesures sont de nature structurelle, mais elles sont aussi des mesures d'accompagnement. Aucune distinction spécifique n'est faite dans ce rapport final.
- Un certain nombre de mesures ont déjà été proposées dans le "Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021 2023 " approuvé par le CGSS (note INAMI\_CGSS\_2021\_064 voir aussi fgov.be).

- ➤ Dans la première section, quelques exemples sont donnés. L'élaboration détaillée peut être trouvée dans le document concerné. Ces propositions et leur trajectoire sont déjà suffisamment documentées dans le plan d'action et ne sont pas supportées par le WGT.QA.
- Un certain nombre de mesures supplémentaires sont également proposées. Ces propositions ont subi la procédure de vote au sein du WGT.QA pour avoir une image claire des opinions des membres du CSS et du CGSS concernant ces propositions.
- Exemples de mesures prédéfinies du plan d'action en matière de contrôle:
  - ✓ Données de facturation accessibles et de qualité :
    - Échange et gestion des données
    - Qualité des données de facturation des organismes assureurs
    - Raccourcissement du délai de facturation (numérique et ASD)
  - ✓ Seuils financiers abusifs qui limitent l'accès aux soins :
    - Suppléments attestés par des dispensateurs de soins conventionnés
    - Facturation des pseudocodes 960 en milieu hospitalier
  - ✓ Impliquer et responsabiliser les assurés et les dispensateurs de soins :
    - Accès aux propres données de facturation pour les assurés
    - Activités de la Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé
    - Aperçu des données de facturation pour les dispensateurs de soins
  - ✓ Prévenir de façon structurelle les erreurs administratives, les cas d'abus et de fraude
    - Lecture e-ID
    - Mesures connexes levée de l'interdiction tiers payant
    - Prévenir les erreurs de facturation au niveau des logiciels
    - Forfaitarisation de prestations techniques systématiques en consultation
    - Faciliter l'utilisation du mandat MyCareNet



- Mesures supplémentaires déjà en partie inclues dans la roadmap (p.28 à 31, voir : davantage efficacite soins sante trajectoire budgetaire 2022 2024.pdf (fgov.be)
  - ✓ Les mesures suivantes ont été proposées au vote :

### Proposal 001: Une prise de décision plus rapide au sein de l'INAMI

- → Dans l'IRI, la TF Budget a attiré l'attention sur le délai d'exécution des mesures à mettre en œuvre. La procédure de publication d'un arrêté royal prend souvent plus d'un an. Dès l'entrée en vigueur de la mesure, tout doit encore être réservé. Cela entraîne un retard important dans la mise en œuvre des mesures. Dans le cadre d'un budget pluriannuel, il est important que tant les nouvelles initiatives que les mesures d'économie puissent être mises en œuvre rapidement afin que l'impact budgétaire puisse être observé au cours de l'année en question.
- ♦ Ce long délai a également un effet démotivant sur les membres des CACs, qui participent activement aux nombreuses réunions et ne voient généralement leurs efforts se traduire par des résultats concrets qu'après plus d'un an. Cela n'est pas bon pour le bien-être des dispensateurs de soins concernés.
- → Le temps de traitement trop long des décisions prises au niveau des CACs peut être amélioré en ajustant les procédures internes au sein de l'INAMI et à l'extérieur.
- ♦ Au sein de l'INAMI, des efforts doivent être faits pour atteindre une plus grande performance dans le traitement des décisions prises.
- → Un certain nombre de dispositions très concrètes doivent être prises pour répondre à ce besoin.

- L'administration de l'INAMI veille au bon traitement des décisions prises au sein des CACs et des autres organes de décision.
- Au plus tard 2 mois après la prise de décision (au sein du CSS/CGSS), le dossier doit être transféré à l'autorité supérieure compétente pour la suite du traitement.
- Une dérogation à ce terme n'est possible que si elle est accompagnée d'une motivation élaborée.
- Les CACs et autres organes décisionnels concernés sont eux-mêmes responsables de la supervision et du bon traitement des propositions au sein des groupes de travail qu'ils ont créés. Une proposition soumise doit se voir attribuer un calendrier et un parcours à suivre dans une période de 3 mois.
- Une procédure normalisée, assortie d'options de contrôle, sera mise au point par le WGT.QA d'ici la fin mars 2022.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	81,80	75,00	
NO	2,27	0	ACCEPTED
ABSTENTION	0	0	ACCEPTED
NO VOTE	15,93	25,00	

#### « YES » Comments

- maar ook nadat een beslissing uit het RIZIV moet onder de aandacht gebracht en bewaakt worden
- prioritering naar de sector i.f.v. aantoonbare behoeften partieel naar transversaal
- Binnen de AOC blijft de lead voor een correcte opvolging wel bij de administratie van het RIZIV liggen
- oui si contrôle et évaluation et rectification si nécessaire

#### « NO » Comments

Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

Nihil



# Proposal 002 : Des procédures externes plus efficaces (cellule politique, Conseil d'État, APD, ...)

- ♦ Le long délai de traitement est également une caractéristique des dossiers qui ont quitté l'INAMI.
- ♦ Ici aussi, un certain nombre de dispositions très concrètes doivent être prises pour répondre à ce besoin.
- En collaboration avec l'administration de l'INAMI, la cellule politique assure un traitement plus rapide et adapté au cadre juridique des dossiers approuvés au sein des organes décisionnels de l'INAMI.
- L'objectif est de publier les résultats au Moniteur belge au plus tard 6 mois après l'approbation des dossiers au sein de l'INAMI.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	85,39	75,00	
NO	0	0	ACCEPTED
ABSTENTION	0	0	ACCEPTED
NO VOTE	14,61	25,00	

#### « YES » Comments

- 6 maanden lijkt nogal lang. is 4 maanden haalbaar?
- Met de hoop en de verwachting dat er effectief gevolg gegeven wordt aan Kafkiaanse kwestie
- Sommige kabinetten/ministers gaan sneller moeten leren reageren op door het Verzekeringscomité goedgekeurde voorstellen..
- streven naar een termijn van 4 maanden ipv 6 maanden

#### « NO » Comments

• Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

• Nihil

**SECTION III** Introduction Methodology Results Conclusions



# Proposal 003 : Mise à jour de la réglementation relative aux prestataires de soins sortant de l'école

- ❖ Il a été établi que les prestataires de soins qui se lancent activement dans le domaine par leurs propres moyens ont souvent une connaissance pratique insuffisante des concepts élémentaires de la réglementation existante. Des cours sur ce sujet sont probablement dispensés, mais leur contenu n'est souvent plus à jour par rapport à la réglementation existante et doit être actualisé.
- ♦ Cette connaissance insuffisante de la réglementation conduit souvent à une imputation erronée involontaire des prestations, qui doit ensuite être régularisée à un stade ultérieur, ce qui entraîne un travail administratif inutile et provoque la frustration des prestataires de soins.

- L'INAMI propose un ensemble de formations et de cours de recyclage sur la réglementation la plus récente adaptée au type de prestataire de soins, peu de temps avant l'entrée active sur le marché du travail.
- Ce paquet éducatif s'intéresse également aux concepts de QA, GDOS et AC.
- A titre d'exemple, cela pourrait se faire dans le cadre des séminaires obligatoires pour les médecins généralistes en formation au sein de l'ISHO (interuniversitair samenwerkingsverband huisartsenopleiding).

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	34,06	0	
NO	0	0	0111015
ABSTENTION	51,33	75,00	ON HOLD
NO VOTE	14,61	25,00	

#### « YES » Comments

- Kan dit gekoppeld worden aan het verkrijgen van het visum? Dit zou binnen het vormingsaanbod van de beroepsverenigingen (die een afgevaardigde in het verzekeringscomité hebben) opgenomen worden?
- bij voorkeur focus op dossiers met de grootste problemen.
- Is een belangrijk hiaat in de opleiding. Ik moet vaak als staco informatie verstrekken aan haio's. Haio stelt dan ook soms vast dat de praktijkopleider de wetgeving niet kent/toepast (onderdeel van portfolio/accreditering, uitvoering kwaliteitswet?)
- Niet verplichtend mogelijk opnemen in accreditering
- Een verplichting is initieel misschien wat fors en niet altijd nodig. Dergelijk opleidingstraject kan wel meegenomen worden (zelfs verplicht worden) binnen een verbetertraject, wanneer er zich bepaalde problemen voldoen (bv verkeerde nomenclatuur)
- la formation peut aussi se faire via les syndicats et société scientifique
- ook Vi's mee betrekken in de opleiding

#### « NO » Comments

Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

- Ces propositions nécessitent davantage de clarifications.
- De relevantie van dit voorstel voor dit rapport is ons niet direct duidelijk en roept vragen over de financiering ervan op (geen patiëntenzorgbudget)



# Proposal 004 : Mise à jour régulière de la réglementation pour les prestataires de soins (au sein du portfolio?)

♦ La connaissance correcte de la réglementation n'est pas toujours évidente, même pour des prestataires de soins expérimentés.

Étant donné l'introduction imminente du portfolio dans les contours de la loi sur la qualité, il est utile d'inclure le suivi d'un paquet éducatif analogue.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	27,44	25,00	
NO	2,27	0	ON HOLD
ABSTENTION	55,68	50,00	ON HOLD
NO VOTE	14,61	25,00	

#### « YES » Comments

- Dit kan georganiseerd worden door de beroepsverenigingen.
- zie ook input bij voorstel 3
- Niet verplichtend mogelijk opnemen in accreditering
- idem information via les syndicats

#### « NO » Comments

• portfolio competentie FOD Volksgezondheid

#### « ABSTENTION » Comments

- Zit wat de thuisverpleging betreft reeds vervat in de voorwaarden voor de jaarlijkse premie continue opleiding - generiek te bekijken
- Het kan niet de bedoeling zijn dat elke zorgverstrekker een continue opleiding moet volgen in nomenclaturees en sociale wetgeving. Het is aan de beroepsverenigingen om de hun eigen onderdelen te communiceren met hun leden..
- Ces propositions nécessitent davantage de clarifications.
- De relevantie van dit voorstel voor dit rapport is ons niet direct duidelijk en roept vragen over de financiering ervan op (geen patiëntenzorgbudget)



## **Proposal 005: Activer la simplification administrative**

- → Dans le cadre des critères QA, l'attention est portée sur le bien-être des prestataires de soins.
- ♦ La limitation de la charge administrative est un point d'attention important.

- L'INAMI met à disposition sur son site Internet une hotline numérique KAFKA pour signaler les démarches administratives absurdes et évitables.
- L'administration assure le suivi et le traitement nécessaires des réclamations.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	85,39	75,00	
NO	0	0	ACCEPTED
ABSTENTION	0	0	ACCEPTED
NO VOTE	14,61	25,00	

#### « YES » Comments

- de inleiding is niet OK, dit is niet enkel voor het welzijn van de zorgverleners. dit is in eerste instantie voor het efficiënter inzetten van de middelen en in fine ook belangrijk voor de patiënt. GO GO GO
- Bij elk nieuw voorstel/wijziging moet er aandacht zijn voor principe vereenvoudiging/only once, waarbij EPD vaak een centrale rol moet kunnen spelen (extraheerbaarheid gecodeerde data om kennisgeving te doen)
- Hopelijk mag verwacht worden dat er effectief een oplossing wordt gegeven aan een Kafkaiaanse kwestie
- Een verplichting is initieel misschien wat fors en niet altijd nodig. Dergelijk opleidingstraject kan wel meegenomen worden (zelfs verplicht worden) binnen een verbetertraject, wanneerals er zich bepaalde problemen voldoen (by aanrekenen verkeerde nomencl

#### « NO » Comments

Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

• Nihil



# Proposal 006 : Responsabilité des administrations et des CACs (et autres) pour le traitement en temps voulu des accords conclus

- ♦ Il faut s'efforcer de respecter correctement les accords conclus au sein des structures de consultation.
- → Exemple : l'accord CNMM 2020 (décembre 2019) prévoyait un certain nombre de mesures qui sont restées lettre morte pour l'instant :
- ➤ Il ressort des analyses des factures hospitalières que certaines prestations, qui sont estimées à 200 millions, dont 100 millions d'honoraires, sont attestées sous la série de codes 960. Il est nécessaire de spécifier cette série de codes afin de permettre un meilleur contrôle du caractère justifié ou non et afin d'identifier le prestataire qui atteste. Il est demandé au CTM de donner une interprétation claire ou de préciser le libellé des codes en question, sur la base des situations problématiques signalées.
- ➤ Tenant compte des recommandations du KCE (rapport 305B), la CNMM estime qu'après la limitation des interventions chirurgicales complexes pour les cancers du pancréas et de l'œsophage, une initiative similaire sera prise au sujet des tumeurs de la tête et du cou.

- Si les accords ne sont pas respectés, cela doit être clairement justifié et documenté, avec un trajet clair pour respecter rapidement les accords conclus.
- Les informations ainsi collectées devraient contribuer à ce qu'à l'avenir, moins d'accords ne soient pas respectés et que des solutions soient apportées.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	83,12	50,00	
NO	2,27	0	ACCEPTED
ABSTENTION	0	25,00	ACCEPTED
NO VOTE	14,61	25,00	

#### « YES » Comments

Nihil

#### « NO » Comments

· eens de akkoorden goedgekeurd zijn en aanvaard door de minister moeten ze uitgevoerd worden.

#### « ABSTENTION » Comments

 Verdere uitwerking en concretisering vereist alvorens goedkeuring / verdere uitwerking vereist om goed te kunnen keuren



# III.6. Planification budgétaire

- → Le CGSS demande une meilleure lisibilité et transparence du budget du secteur de la santé depuis longtemps. Une meilleure lisibilité et une plus grande transparence sont également nécessaires pour permettre l'élaboration d'un budget pluriannuel.
- → Le IRI contient bon nombre de propositions qui émanent de la TF Budget. Ces propositions ont fait l'objet d'une procédure de vote au sein du WGT.QA afin de se forger une bonne idée de l'opinion des membres.
- ♦ En fonction des réactions, les propositions seront examinées de manière plus approfondie, affinées davantage et éventuellement introduites.
- → Quelques propositions nécessiteront également une adaptation du cadre juridique.





## Proposal 001: Mécanismes d'indexation

- ♦ Il existe actuellement divers mécanismes d'indexation dans le secteur des soins de santé. Les plus courants sont à l'heure actuelle :
  - 1. l'évolution de l'indice santé au mois de juin d'une année donnée n-1 par rapport à l'année n-2. Il s'agit donc de l'évolution de l'indice santé au cours de l'année précédant l'exercice budgétaire au cours duquel la masse d'index est attribuée. Ce mécanisme d'indexation est utilisé pour la plupart des taxes. Les honoraires ainsi indexés sont toujours en retard d'une certaine période sur l'évolution de l'indice santé:
  - 2. le dépassement de l'indice-pivot tel qu'appliqué dans les secteurs salariaux. Dans le mois qui suit le dépassement de l'indice-pivot, les salaires et les montants sont indexés de 2 %. L'indice-pivot est également lié à l'indice santé. Cette indexation a lieu lorsque la moyenne mobile sur 4 mois dépasse une augmentation du coût de la vie de 2 % pour un panier de produits défini. Les montants ainsi indexés suivent plus rapidement l'évolution des prix, mais l'ajustement est moins progressif et il est possible qu'il n'y ait pas de dépassement de l'indice certaines années;
  - 3. moins courants, mais répartis sur l'ensemble du budget des soins de santé, il existe également des mécanismes d'indexation par lesquels une indexation annuelle est appliquée en fonction de l'évolution de l'indice de santé d'un mois donné par rapport au même mois de l'année précédente. Cette indexation a souvent, mais pas obligatoirement, lieu en janvier.
- ❖ En termes de gestion budgétaire des soins de santé, travailler avec différents mécanismes d'indexation est complexe. Toutefois, une adaptation générale du mécanisme d'indexation pour toutes les prestations n'est pas évidente non plus :
  - ▶ l'indice-pivot pour les secteurs salariaux ne peut pas être simplement adapté;
  - ➢ il est difficile d'appliquer l'indice-pivot aux honoraires, car la masse d'index exacte n'est pas connue au moment où se déroulent les négociations visant à conclure des accords et des conventions;
  - ▶ l'adaptation des mécanismes d'indexation est une tâche considérable, car toutes les dispositions relatives à l'indexation dans les différentes bases réglementaires doivent être adaptées.

- Afin de simplifier la gestion du secteur des soins de santé, il est donc décidé, de limiter les méthodes d'indexation à trois possibilités :
- 1. l'évolution de l'indice santé juin n-1 par rapport à juin n-2 tel qu'il est actuellement appliqué pour la plupart des honoraires ;
- 2. l'indice pivot tel qu'il est actuellement appliqué dans les secteurs salariaux ;
- 3. pas d'indexation.
- Cela signifie concrètement que tous les nouveaux dossiers doivent recourir à l'un de ces trois mécanismes d'indexation. Les dossiers déjà existants avec un mécanisme d'indexation déviant ne seront modifiés que lors de leur adaptation. L'INAMI vérifiera le mécanisme d'indexation et l'adaptera si nécessaire. Les dossiers existants conservent leur mécanisme d'indexation déviant jusqu'à ce qu'une modification soit apportée au dossier.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	76,28	25,00	
NO	1,33	30,00	ON HOLD
ABSTENTION	15,34	25,00	ON HOLD
NO VOTE	7,05	20,00	

#### « YES » Comments

- Wat met/waarom 3e mogelijkheid "geen index"?
- Akkoord, maar voor optie 1 referteperiode september ipv juni
- Voorkeur mechanisme spilindex / préférence pour index pivot
- D'accord pour autant qu'on ne modifie pas les règles d'indexations actuelles.
- Ce n'est pas l idéal mais c'est la solution la plus pratique surtout pour les Accords

#### « NO » Comments

- Bij huidig systeem: liever index op basis berekenen van de maand september, ik zie niet de mogelijkheid om op nummer 3 te stemmen. Dergelijke belangrijke zaken zouden toch ook wel een uitgewerkt cijfervoorbeeld mogen geven.
- Wij vinden dit voorstel te passief en behoudsgezind. Noodzaak om voor de honoraria de spilindex (lonen) te volgen want in de TV gaat het vaak om gepresteerde tijd in combinatie met intellectuele acte. Voor alle financieringen SA'n de spilindex volgen. / Il est primordial que l'indexation des honoraires est égale à l'indice pivot (salaire) pour SID: prendre en compte le temps réel de la prise en charge. L'indice pivot doit être utilisé pour tous les budgets qui financent un temps de travail (salaire)
- L'option "pas d'indice" ne peut pas faire partie de la proposition.

#### « ABSTENTION » Comments

- Wij vragen om een duidelijkere inschatting van de budgettaire impact van de diverse pistes alvorens tot een beslissing over te gaan. Een toelichting bij de budgettaire impact zou niet misplaatst zijn voor elk voorstel, en zeker niet bij voorstellen als deze die zuiver technisch-financieel lijken te zijn.
- Simplification OK. pas d'indexation n'est pas une option. mécanisme d'indexation des honoraires à évaluer
- Te technisch; indien "geen index", onduidelijk op welke basis dit wordt beslist; is er onderhandelingsmogelijkheid?



## Proposal 002 : Provision interdépartementale

- → La provision interdépartementale hors objectif budgétaire
- Pour les mesures Covid ayant un surcoût par rapport aux objectifs budgétaires 2020 et 2021, un appel est fait à un financement complémentaire de la part du gouvernement, plus précisément via la provision interdépartementale hors objectif budgétaire.
- La technique de la provision interdépartementale doit être structurellement possible, non seulement pour la crise actuelle du Covid-19 mais aussi pour les futures pandémies ou crises sanitaires.
- ➤ En 2022, la provision interdépartementale sera encore nécessaire pour financer certaines mesures comme les tests de biologie clinique, la vaccination, etc..

- La technique de la provision interdépartementale doit être structurellement possible, non seulement pour la crise actuelle du Covid-19 mais aussi pour les futures pandémies ou crises sanitaires.
- En 2022, la provision interdépartementale sera encore nécessaire pour financer certaines mesures comme les tests de biologie clinique, la vaccination, etc..

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	94,27	25,00	
NO	0	5,00	ONLIGIT
ABSTENTION	0	50,00	ON HOLD
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- Deze interdepartementale provisie kan misschien ook gebruikt worden om de grote lopende werven versneld te implementeren.
- Welk orgaan zal toezicht houden op de uitgaven GHZorg voor dit extra budget? In welk van de RIZIVorganen zal dit moeten gebeuren? / Quel est le lieu qui supervisera les dépenses pour ce budget supplémentaire ? Implication de l'INAMI ?
- Cette technique est indispensable. Anciennement: facteurs exogènes
- Op voorwaarde dat er een eerlijke toekenning van deze middelen is: momenteel worden beroepen zonder overeenkomstencommissie (zoals orthoptist, ergo, podoloog, diétist,...) gediscirimeerd, zelfstandige zorgverleners die zorgen verlenen welke geen RIZIV-nummer hebben (ten gevolge van verouderde nomenclatuur), worden vergeten.
- Maar wat is de definitie van een gezondheidscrisis? Covid is uiteraard ongezien, maar is er ook geen crisis in de geestelijke gezondheidszorg al jaren waar we noodbudgetten voor zouden moeten kunnen vrijmaken?
- Mais bien définir les conditions d'application pour éviter un usage inapproprié.

#### « NO » Comments

• Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

- Wij vragen dat de beslissing om over te gaan tot deze "crisisfinanciering" gealigneerd wordt met de wettelijke procedure door middel van een parlementaire beslissing van de toestand van pandemie/sanitaire crisis
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.



## Proposal 003 : Définition de l'objectif budgétaire

- ❖ Le contenu actuel de l'objectif budgétaire global ne correspond plus à la définition légale qui stipule que le contenu est limité aux prestations prévues par l'article 34 de la loi SSI. Actuellement, certaines parties sont hors du champ budgétaire (par exemple, la loi sur les hôpitaux), et des dépenses qui ne sont pas couvertes par l'article 34 sont incluses (par exemple, les primes informatiques, article 56).
- ❖ La proposition consiste à modifier le contenu de l'objectif budgétaire global pour permettre une responsabilisation maximale dans le cadre de la norme, tout en maintenant une distinction claire dans le contenu entre ce qui se trouve dans ou hors de l'objectif budgétaire. Cela nécessite des critères clairs pour définir dans quelles rubriques certaines dépenses doivent être budgétisées. Pour certaines rubriques, le choix est assez évident, mais cela l'est moins pour d'autres (par exemple, les primes informatiques aux infirmières).
- → Le Conseil général du 13 juin 2016 a privilégié le scénario 2 ou le scénario 2 bis de la note initiale:
- Scénario 2 : une « responsabilisation maximale à l'intérieur de l'objectif budgétaire » : dans ce contexte, l'objectif budgétaire global peut être utilisé pour toutes les activités qui sont directement (ou indirectement) liées aux « soins de santé » ;
- > Scénario 2bis : va un peu plus loin : intégration de la rubrique des traités internationaux dans l'objectif budgétaire.

- Il semble indiqué d'exclure les dépenses relatives aux traités internationaux de l'objectif budgétaire, compte tenu de la volatilité de ces dépenses, et de retenir par conséquent le scénario 2.
- Dans ce contexte d'approche maximaliste, le critère utilisé est que l'objectif budgétaire global peut être appliqué à toutes les activités liées directement ou indirectement aux « soins de santé » et aux dispensateurs de soins de santé, à l'exception des subventions aux organisations professionnelles, puisque ces dépenses font partie de la gestion des soins de santé. Seules les dépenses liées au fonctionnement et à la gestion du système de soins de santé resteront hors du champ d'application du budget.
- Une initiative législative est nécessaire pour mettre en œuvre cette décision.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	78,58	50,00	
NO	0	5,00	ACCEPTED
ABSTENTION	12,69	25,00	ACCEPTED
NO VOTE	8,73	20,00	

#### « YES » Comments

- · Meer transparantie wat wel en niet binnen begroting gezondheidszorg valt
- Voorkeur scenario 2
- Proposition 2
- D'accord pour autant que l'exercice soit budgétairement neutre.
- Scenario 2

#### « NO » Comments

Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

 Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.



## Proposal 004: Dépenses négatives

- Un certain nombre de dépenses négatives sont incluses dans le budget des soins de santé. Il s'agit de corrections de dépenses qui ont été budgétisées deux fois ou au mauvais endroit. Le Comité de l'assurance et la Cour des comptes ont insisté à plusieurs reprises ces dernières années pour que cette pratique soit abandonnée.
- ❖ En raison d'un certain nombre de glissements du budget 2021 dans et hors de l'objectif budgétaire, ce problème se pose à nouveau (voir éventuellement note CGSS 2021/028):
- une partie du budget de revalorisation de la santé mentale est transférée au BMF des hôpitaux, ce qui signifie que la loi sur les hôpitaux place une partie de ce budget hors de l'objectif budgétaire;
- ➤ le budget IFIC public 2020 passe du BMF à l'accord social hors objectif;
- pour 2021-2022, un nouvel accord social de 600 millions d'euros a été conclu : une partie importante est affectée au BMF des hôpitaux, de sorte que la loi sur les hôpitaux place une partie du budget hors de l'objectif budgétaire.

- Il est proposé d'éviter les dépenses négatives structurelles et de limiter la technique des dépenses négatives aux situations de sous-utilisation ponctuelle de l'objectif budgétaire.
- Ce dernier devra alors être ajusté afin d'éliminer les blocages de l'objectif budgétaire sans affecter le budget.
- De cette façon, la technique des dépenses négatives peut encore être utilisée pour maintenir la flexibilité de la procédure budgétaire pluriannuelle.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	74,98	55,00	
NO	5,29	0	ACCEPTED
ABSTENTION	14,01	25,00	ACCEPTED
NO VOTE	5,72	20,00	

#### « YES » Comments

- Niet geheel duidelijk wat de negatieve uitgaven allemaal precies inhouden
- Voorkeur voor vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie
- Is goed toepasbaar voor éénmalige projectfinancieringen, maar is het ook voldoende transparant en zonder nadelige effecten wanneer het leidt tot verschuivingen tussen recurrente budgetten, bv. tussen partiële budgetten? / Est-il suffisamment transparent et sans effet négatif pour les transferts entre budgets récurrents?
- D'accord pour autant que les exceptions possibles soient clairement définies.
- Pour chaque ligne budgétaire, faire correspondre la proposition budgétaire à la réalité du contenu

#### « NO » Comments

- Het is voor ons onvoldoende duidelijk wat de gevolgen zijn wat de gevolgen zijn als de techniek van negatieve uitgaven gebruikt worden voor éénmalige onderbenuttingen. wij vragen meer info en vragen dat het voorstel nadien opnieuw kan gestemd worden.
- Il vaut mieux corriger le budget lors des contrôles semestriels

#### « ABSTENTION » Comments

- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- We hebben heden onvoldoende achtergrondinformatie om dit te beoordelen.



## Proposal 005 : Projets de l'article 56

♦ Les dépenses pour les projets de l'article 56 se trouvent à plusieurs endroits, dans et hors de l'objectif budgétaire.  Il est proposé de regrouper tous ces projets article 56 dans un objectif partiel et de l'intégrer dans l'objectif budgétaire.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	27,63	30,00	
NO	58,69	25,00	DE IECTED
ABSTENTION	7,95	25,00	REJECTED
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie
- Is nuttig in het creëren van transparantie en verantwoordelijkheid in de logica van een transversale en geïntegreerde samenwerking.
- Radiotherapie

#### « NO » Comments

- Seule une partie des art.56 devrait être intégrée à l'objectif budgétaire.
- Transparantie gewenst maar in aparte bijlage om uitgaven per beroepsgroep te behouden
- Art 56 doit rester dans le budget des frais administratifs

#### « ABSTENTION » Comments

- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Il serait préférable descinder les articles 56 en hors et dans l'OB (cf. proposition « Définition de l'objectif budgétaire »)



## Proposal 006: Financement asbl IFIC

- ♦ Qu'est-ce que l'IFIC ?
- → L'Institut de Classification de Fonctions
- → L'IFIC est une asbl fondée en 2002. L'équipe se compose de consultants, de dataanalystes et des membres de la direction.
- ❖ En étroite collaboration avec le terrain, les experts et les partenaires sociaux travaillent à l'élaboration de classifications de fonctions modernes sous tous leurs aspects. Ils établissent des descriptions, des pondérations et des modèles de classes, et réalisent également des études salariales afin de pouvoir effectuer des estimations de coût.
- ♦ Au cours des dernières années, une connaissance étendue des métiers ainsi que de l'organisation des secteurs impliqués et des mécanismes de rémunération sectorielle a été acquise.
- ♦ Ils soutiennent également les partenaires sociaux dans leurs négociations concernant l'implémentation de nouvelles classifications, ainsi que les procédures et les mesures de transitions afférentes.
- ♦ <a href="https://www.if-ic.org/fr">https://www.if-ic.org/fr</a>

 Il est proposé de concentrer le financement des missions IFIC hors de l'objectif budgétaire sous la rubrique frais opérationnels.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	86,70	50,00	
NO	3,59	0	ACCEPTED
ABSTENTION	3,98	30,00	ACCEPTED
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- · Gealigneerd met voorstel "definitie begrotingsobjectief"
- Blijvende transparantie en budgetopvolging IFIC wel noodzakelijk
- Noodzaak om de indexering te gebruiken volgens de evolutie van de spilindex (lonen). / L'indexation doit correspondre à l'évolution de l'indice pivot (salaire). L'IFIC finance des salaires
- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie
- D'accord pour autant que soit bien visé l'ASBL IFIC et non l'accord social IFIC.
- Echter momenteel is er nog geen functie-omschrijving van de orthoptist bij het IFIC. Overleg met de beroepsvereniging van orthoptisten werd nog niet gevraagd door IFIC. De functieomschrijving van de orthoptist moet dringend opgesteld worden met vermelding van alle zorgdomeinen van de orthoptist.
- Mits meer transparantie over rol en financiering IFIC

#### « NO » Comments

- Nous (Axxon) ne sommes pas du tout satisfait de cette classification il y un manque flagrant de concertation avec les prestataires de soins non infirmier
- We denken hiermee een vrijgeleide te geven wat niet de bedoeling kan zijn
- IFIC is bijzonder belangrijk en de werking/resultaten worden gewaardeerd, maar we zien niet in waarom dit nu buiten BO moet gesteld worden

#### « ABSTENTION » Comments

- Overleg met beroepsverenigingen over de functieomschrijving (FO) is essentieel. De gebruikte FO zijn
  erg verouderd en de procedure voor de herwerking ervan loopt tergend traag.
- Hoe groot is de actuele behoefte nog aan IFIC gelet op de bekendheid?
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.



## **Proposal 007: Financement accords sociaux**

♦ Les dépenses relatives aux accords sociaux se situent à la fois dans et hors de l'objectif budgétaire, et sous différentes rubriques budgétaires. Il est proposé d'inclure dans un objectif partiel toutes les dépenses relatives aux accords sociaux qui ne se trouvent pas dans un prix de jour, forfait, prix, etc.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	42,95	30,00	ON HOLD
NO	50,00	25,00	
ABSTENTION	1,32	25,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie; graag ook alignering tussen verschillende sectoren
- Noodzaak om voor de indexering te werken volgens de evolutie van de spilindex (lonen). Vaak gaat het over de financiering van enkel loongerelateerde maatregelen. De achterliggende opdeling voor de verschillende betrokken sectoren transparant voorstellen. / L'indexation doit correspondre à l'indice pivot (salaire). Les accords sociaux financent des salaires ou équivalent

#### « NO » Comments

• Ce dossier n'est pas assez expliqué.

#### « ABSTENTION » Comments

 Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion



# Proposal 008: Définition des objectifs partiels

- → La définition des objectifs partiels dans la loi SSI ne correspond plus à la procédure budgétaire actuelle.
- ♦ L'article 2 de la loi SSI précise que « dans la présente loi coordonnée, on entend par "objectif budgétaire annuel partiel", pour les prestations de santé ou groupes de prestations visées à l'article 34, le montant annuel des dépenses prévues, que doivent respecter les différentes commissions de conventions ou d'accords ».
- ♦ Cependant, il n'existe pas de commissions d'accords ou de conventions pour plusieurs objectifs partiels.
- ♦ Un alignement est nécessaire.

Le WGT.QA formule pour la fin mars une proposition d'alignement

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	28,58	25,00	
NO	3,03	0	ONLIGIT
ABSTENTION	62,66	55,00	ON HOLD
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- Dringende regularisering voor de beroepen zonder overeenkomsten- en akkoordencommissies!
- · Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- A faire de même pour les objectifs globaux: hop/biologie/imagerie
- Dringende oproep om de paramedische beroepen zonder overeenkomstencommissie (waaronder de orthoptisten) volwaardig te integreren in het RIZIV en dus ook te voorzien van een overeenkomstencommissie!

#### « NO » Comments

Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

- Préciser les objectifs budgétaires partiels (transversaux) concernés avant de se positionner
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Nécessaire que la proposition puisse faire l'objet d'un examen plus approfondi.



## Proposal 009: Problème BMF / loi sur les hôpitaux

- ♦ Actuellement, une partie du financement des hôpitaux est incluse dans l'objectif partiel 12 de l'objectif budgétaire et une autre partie, dite « partie État », est reprise hors de l'objectif budgétaire dans la rubrique « loi sur les hôpitaux ».
- ♦ Les deux parties ont un circuit de paiement et un rythme de facturation différent :
- ➤ la plus grande partie du budget (77,23 %) fait partie de l'objectif budgétaire global; retard dans la facturation: 2 mois;
- ▶ le solde (22,77 % l'ancienne « partie État ») est mentionné dans les dépenses administratives : section hôpitaux ; retard dans la facturation : 6 mois.
- ❖ Le SPF Santé publique établit actuellement le budget global annuel pour le financement des hôpitaux. Ce budget global couvre l'année civile : du 01.01.n au 31.12.n inclus. Ce budget global est approuvé chaque année par le Conseil des ministres. Ensuite, un budget dérivé est établi : le BMF (budget des moyens financiers) avec une période allant du 01.07.n au 30.06.n+1 inclus.
- ❖ Enfin, le budget de l'INAMI est dérivé du BMF avec une division entre la partie à l'intérieur de l'objectif budgétaire, avec un délai du 01.03.n au 28.02.n+1, et la « partie État » hors objectif budgétaire allant du 01.07.n au 31.12.n. Cela signifie donc qu'il y a actuellement trois budgets avec trois chiffres et finalités différents en circulation concernant le budget hospitalier.
- ♦ Les différents budgets et la division entre les parties dans et hors de l'objectif entraînent une confusion, une transparence réduite et l'utilisation inutile de dépenses négatives.

- Il est proposé d'intégrer tous ces éléments dans une seule rubrique budgétaire au sein de l'objectif budgétaire. Dans le cadre de la nouvelle approche, cela signifie que le montant « loi sur les hôpitaux », en ce qui concerne la composante de l'article 34, sera également imputé à l'objectif budgétaire global. Plusieurs pistes sont possibles pour ce faire :
- les deux parties du budget des hôpitaux sont regroupées en un seul objectif partiel. Afin de pouvoir combiner les deux parties en une seule rubrique, il est conseillé d'aligner d'abord les différents rythmes de facturation. Différents scénarios sont possibles : accélérer d'un mois chaque année pour étaler l'alignement dans le temps ou faire un « big bang » en un an avec un coût unique considérable.
- rythme de facturation sans retard ou options intermédiaires pour redresser le rythme de facturation. De préférence, le rythme de facturation est aligné sur une situation sans arriéré, de sorte que le budget global du financement hospitalier soit égal au montant inclus dans le budget de l'INAMI. Néanmoins, afin de tempérer l'impact ponctuel, le rythme de facturation des deux parties peut être ajusté à trois ou quatre mois de retard par exemple ;
- maintenir les rythmes de facturation actuels, mais regrouper les rubriques de l'objectif partiel 12 afin de résoudre certains problèmes à court terme.
- → Le WGT.QA élabore une proposition de demande d'avis qu'il faut soumettre au CFEH concernant les différentes pistes : le CGSS prendra ensuite une décision en conséquence, qui devrait être intégrée dans l'article 40 de la loi SSI.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	32,92	30,00	
NO	11,35	0	ON HOLD
ABSTENTION	50,00	50,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- Is dat dan nog voldoende transparant en sluit dit nog voldoende aan bij de doelstelling van het gezamenlijk beheer in het concept van het transversaal en geïntegreerd samenwerken? Heeft men hierover dan nog voldoende medezeggingsrecht binnen RIZIV? / Est-ce suffisamment transparent? Quid du concept de transversalité et d'intégrité? Rôle de l'INAMI dans la codécision?
- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- La part hors budget SS a été créée en 1993 pour être dans les clous EU.
- Il est inimaginable que cette approche n'ait jamais été tentée vu l'importance de ce budget et de l'imbroglio administratif.

#### « NO » Comments

• Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Ce dossier doit être traité dans sa globalité (recours, provision, date du calcul du BFM,...)

of account acree and a group and provide the control of access and access and



## Proposal 010: Présentation du contenu de l'objectif budgétaire

- ♦ Cette présentation doit être adaptée pour qu'il soit clair pour tous que la section à laquelle se rapportent les modèles N, T20 et le suivi budgétaire mensuel ne se réfère qu'au tableau « dépenses O.A. » du budget, et non au total de l'objectif budgétaire.
- → De plus, les deux montants peuvent être comparés de manière homogène sans ajustement.
- ♦ Le budget est donc plus transparent et plus facile à suivre.

- Il est proposé de répartir le contenu des objectifs partiels en trois colonnes :
- dépenses à charge des O.A.;
- dépenses à charge de l'INAMI ;
- total des dépenses.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	82,91	55,00	
NO	0	0	ACCEPTED
ABSTENTION	11,36	25,00	ACCEPTED
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

• Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering

#### « NO » Comments

Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

 Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.



## Proposal 011: Présentation du budget hors de l'objectif budgétaire

- ♦ Le budget des recettes et des dépenses de l'INAMI est restructuré afin de regrouper les recettes et les dépenses qui se rejoignent en termes de contenu selon le système comptable de l'institution publique de sécurité sociale.
- → Par conséquent, les rapports de l'INAMI seront étroitement liés au rapport du comité de suivi et à la note explicative générale du budget telle qu'elle est communiquée au Parlement par le gouvernement.
- → Dans le même temps, les descriptions sont adaptées si nécessaire pour être plus proches du contenu.
- ♦ Les rubriques pour lesquelles aucune recette ou dépense n'est enregistrée ou attendue ne sont plus présentées tant qu'aucun montant n'est attendu.

 Cette proposition avec les commentaires a été présentée pour discussion lors de la réunion zoom du WGT.QA du 6 décembre 2021 et est disponible à la page suivante.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	81,58	55,00	
NO	0	0	ACCEPTED
ABSTENTION	12,69	25,00	ACCEPTED
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- Sterke verbetering i.f.v. creëren van transparantie en accountability. / Permet d'améliorer la transparence et la responsabilité

#### « NO » Comments

Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

 Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.



#### Proposal 011: Présentation du budget hors de l'objectif budgétaire (suite)

#### ♦ Recettes

- a) Contributions
- Définition : contributions que les assurés doivent à l'INAMI ou qui sont perçues par ou accordées à l'INAMI.
- b) Financement alternatif
- Définition : financement alternatif accordé à l'INAMI. En raison de la réforme du financement de la sécurité sociale, cette section est sans objet.
- c) Allocations publiques
- ➤ Définition: financement par le gouvernement fédéral directement à l'INAMI, sans l'intervention de gestion globale. Avec la loi-programme du 21 juin 2021, une dotation viendra s'ajouter aux recettes de l'INAMI.
- d) Recettes allouées
  - Définition : recettes publiques allouées au secteur SSI.
- e) Transferts externes
  - Définition : recettes provenant d'autres institutions publiques hors du domaine des soins de santé, hors gestion générale.
- f) Revenus des investissements
- Définition : recettes de la gestion financière de la caisse et des réserves dans le périmètre des soins de santé.
- g) Recettes diverses
- Définition : toutes les recettes qui n'appartiennent pas à une des autres catégories.
- h) Transferts de la gestion globale
  - Définition: financement des soins de santé par la gestion globale pour les salariés (ONSS) et la gestion globale pour les indépendants (INASTI).
- → Les rubriques a) à f) concernent les recettes propres des soins de santé.

## **♦ Dépenses**

- a) Prestations
- Définition : les prestations de soins de santé telles que définies dans les paragraphes précédents.
- b) Coûts de gestion
  - Définition : frais de fonctionnement liés à la gestion des soins de santé. Cette section est subdivisée en 3 sous-sections : les institutions centrales (l'INAMI), les organismes de paiement (les O.A. et les autres institutions qui exécutent leurs missions) et les tierces institutions.
- c) Transferts externes
- Définition : dépenses vers d'autres institutions publiques, hors du domaine des soins de santé
- d) Dépenses diverses
- Définition : toutes les dépenses qui n'appartiennent pas à une des autres rubriques. Les dépenses négatives sont également incluses ici.
- e) Transferts vers la gestion globale
  - > Définition : dépenses vers ONSS et INASTI.



## Proposal 012: Estimation de l'espace budgétaire

- → Tant que la coordination avec "Promes" n'est pas garantie (voir les recommandations structurelles), il est conseillé de partir des estimations techniques.
- → Pour les autres dépenses, le point de départ est que la trajectoire de croissance normale (sans COVID) telle qu'elle peut être déduite des années avant 2020, continuera de s'appliquer. Ceci n'est bien entendu qu'une approximation provisoire. Dans un avenir proche, des recherches détaillées seront nécessaires quant à l'impact du COVID sur l'évolution probable des dépenses.
- ♦ La comparaison de l'objectif budgétaire global avec les estimations techniques fournit une évaluation de l'espace budgétaire disponible pour de nouvelles initiatives transversales dans le cadre d'objectifs explicites de (soins) santé.
- → L'exercice actuel a largement ignoré des défis importants avec des implications budgétaires potentiellement importantes tels que, par exemple, le pacte pharmaceutique, la réforme du financement des hôpitaux, et la réforme de la nomenclature.
- ♦ Afin de développer une politique cohérente avec à l'avenir des objectifs à long terme, ces éléments ne peuvent bien sûr pas être séparés, mais doivent être intégrés dans une vision politique cohérente à long terme.

- Les initiatives transversales retenues sont inscrites dans le budget dans une nouvelle « ligne transversale d'objectifs de soins et d'appropriate care ».
- Cela ne change rien au fait que des nouvelles initiatives restent également possibles dans d'autres secteurs.
- Des propositions concernant la manière du fonctionnement de cette ligne transversale dans le futur seront soumises si cette proposition est acceptée

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	87,08	25,00	ON HOLD
NO	4,54	0	
ABSTENTION	2,65	55,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

#### « YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- Het akkoord wordt gegeven omdat er ook vermeld wordt dat in de aparte sectoren ook nieuwe initiatieven mogelijk blijven. transversaal denken is bijzonder belangrijk, maar dit kan niet de enige sector van innovatie zijn
- Cave! Werkt PROMES reeds (voldoende)? Dringend verder uit te rollen! / Permet d'améliorer la transparence et la responsabilité
- Methode moet in lijn zijn met nota van verzekeringscomité 253
- La marge ET/OB doit aussi permettre de revaloriser des secteurs (silos)
- Il faudrait aller plus loin et réfléchir aux estimations pluriannuels, transfert de budget, ...
- Op voorwaarde dat de acties "appropriate care" goed gedefinieerd worden en een opening laten voor prestaties die momenteel nog niet erkend zijn.

#### « NO » Comments

- Nieuwe initiatieven moeten binnen elke sector mogelijk blijven, TVZ indien duidelijk aantoonbaar beter dan uitgewerkt binnen afzonderlijke sectoren (dus TVZ niet als dogma en niet superieur aan initiatieven binnen elke aparte sector)
- Nous réitérons les réserves que nous avions formulées lors de la présentation du rapport intermédiaire: La transversalité n'est pas un objectif en soi, c'est une opportunité pour certains projets innovants. La partie de la marge qui lui est consacrée ne peut mettre en péril les accords sectoriels(garant de paix sociale et d'accessibilité financière aux soins.) Les projets sélectionnés par la TF sont Intéressants et pertinents mais présentés de façon disparate ne peuvent constituer une politique de santé, par contre il sera utile de s'en inspirer pour construire des projets structurés concrets. Quelle sera la gouvernance? Comment s'articulera -t elle avec les organes actuels? Comment se fera le suivi et l'évaluation?

#### « ABSTENTION » Comments

- Meer toelichting en uitwerking/verduidelijking vereist bij wat er precies voorgesteld wordt en wat de impact zou zijn.
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.



## Proposal 013: Financement alternatif par le biais de 'health bonds"

- ❖ Un plan appropriate care permet de réaliser des gains d'efficience et s'appuie sur des principes tels que des soins prodigués à l'endroit adapté, le désinvestissement des soins inefficaces, la réduction des différences de pratique, le recyclage des moyens résultant de l'« overuse » et le réinvestissement dans l'« underuse » (roadmap p. 18).
- Les dépenses inappropriées au sein des soins de santé sont estimées à 10 à 30% du budget des soins de santé selon les études disponibles. Cela contient un « waste » d'un minimum de 3 milliard € pour le budget pluri-annuel.
- ♦ La 'récupération' d'un tel budget par le biais des mesures AC nécessite des années pour y arriver, mais est indispensable. Les besoins sont néanmoins grands et il n'est pas possible d'y remédier vite avec les moyens financier actuels.
- ♦ Le FRF doit donc être attentif à l'innovation financière qui s'accorde à la nouvelle vision des objectifs des soins de santé.
- Une réflexion sur des manières alternatives de financement doit se faire. Nous n'avons pas le luxe de postposer plus longtemps les besoins indéniables des prestataires de soins et des patients.

Un système analogue existe déjà pour d'autres secteurs en région flamande et en région wallonne avec les "sustainable bonds":

#### Vlaanderen

- What is a Sustainable Bond? How does it work? Finance Flanders
- Social Impact Bonds in het plan voor Herstel en Veerkracht nieuwe kansen? | MVO Vlaanderen Wallonie
- rw\_sustainability\_bond\_framework\_april\_2019.pdf (wallonie.be)
- Walloon Region: Sustainable Bonds allocation and impact analysis report | ManagEnergy

- En 2022 on introduit des 'health bonds' pour un montant d'au moins 1 milliard € avec une durée à convenir (5 à 7 ans?)
- Cette durée garantit un temps suffisant pour éradiquer le « waste" actuel et rendre ainsi ces ressources à nouveau disponibles.
- Les 'health bonds' sont une forme de préfinancement des moyens à récupérer et assurent un investissement quasi immédiat dans les soins de santé pour répondre aux besoins les plus importants.
- L'investissement immédiat dans tous les secteurs de soins donne assez d'oxygène et doit convaincre les prestataires de soins de s'accorder sur l'allocation transversale des budgets à l'avenir, selon les principes à élaborer.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	25,57	0	
NO	53,01	55,00	DE IECTED
ABSTENTION	17,21	25,00	REJECTED
NO VOTE	4,21	20,00	

#### « YES » Comments

- Belangrijke incentive om de actoren in de gezondheidszorg mee te krijgen in het verhaal van kwalitatieve, effectieve, efficiënte zorg met opgeven van niet werkende/werkzame (verworven) principes; nodig voor disruptieve organisatie die zich opdringt
- Akkoord om na te denken over alternatieve, nieuwe financieringsvormen. te onderzoeken of dit dan 1 miliard EUR moet ziin
- Aussi un crowdfunding simple: les honoraires libres ("suppléments") -:)
- Op voorwaarde dat ook beroepsgroepen (zoals de orthoptisten) worden ondersteund die momenteel geen budgettaire middelen hebben om te verantwoorden dat hun werk gebaseerd is op het principe van "appropriate care", de juiste zorg op de juiste plaats.

#### « NO » Comments

- Voorstel is te vaag, vereist meer uitwerking en analyse wat precies wil men doen en waarom juist?
- Sur base de ces infos, l'application de ce système aux soins de santé semble compliqué.
- Te begrijpen als een waardevol voorstel dat opportuniteiten biedt? Maar het is voor ons onvoldoende duidelijk hoe het werkt. Wij willen eerst hiervan een duidelijk uitgewerkt en concreet voorbeeld in de gezondheidszorg zien. Dan terug stemmen? / Cela devrait apporter des opportunités? La mise en œuvre n'est pas claire pour nous. Avant d'accepter, il faut un exemple concret et de développement pour les soins de santé. Ce qui permettra de voter correctement après
   Verder onderzoek / advies over ESR impact door het INR is hier écht noodzakelijk

#### « ABSTENTION » Comments

- Onduidelijk wat de Health bonds zijn en wie wat financiert
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Sous réserve d'explications complémentaires



## Proposal 014: Dépassement ou sous-utilisation budgétaire

- ❖ Lors d'un dépassement de l'objectif budgétaire global, il est procédé à une évaluation des secteurs dans lesquels des économies peuvent être réalisées en premier lieu (en fonction des objectifs pluriannuels et en tenant compte des données scientifiques).
- → Evaluation (sur le plan politique) des dépassements/sous-utilisations des objectifs budgétaires partiels.
- ♦ En cas de sous-utilisations :
- ➢ lorsque la sous-utilisation s'explique par des estimations initiales erronées, la marge (observée l'année T pour les dépenses de l'année T-1) est transférée vers la ligne transversale de l'année T+1. Il peut également être envisagé d'utiliser une partie de la marge pour des initiatives intéressantes au sein des secteurs.
- lorsque la sous-utilisation est une conséquence d'économies plus importantes que prévu, la marge reste dans le secteur concerné pour créer les bonnes incitations.
- ♦ En cas de dépassements :
- lorsque le dépassement s'explique par des estimations initiales erronées ou par des facteurs structurels explicables, l'objectif budgétaire partiel concerné peut être ajusté à la hausse. Dans ce cas, il faudra veiller à l'équilibre budgétaire global.
- lorsque le dépassement est imputé à des facteurs 'indésirables', des propositions d'économies sont attendues de la part du secteur concerné.

 Le WGT.QA accepte la proposition concernant le dépassement ou sous-utilisation budgétaire en tenant compte des remarques du feed-back de l'actuariat de l'INAMI (page suivante).

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	65,70	50,00	
NO	9,66	0	ACCEPTED
ABSTENTION	10,04	25,00	ACCEPTED
NO VOTE	14,60	25,00	

#### « YES » Comments

- procedure moet duidelijk omschreven worden: wat zijn "ongewenste" factoren zijn bij overschrijding?
   max. % dat aanvaardbaar is? hoe wordt beslist wat bij onderschrijding naar tranversale lijn gaat en wat binnen de sector blijft?
- prioritering van de sector i.f.v. behoeften en partieel naar transversaal
- goede en genuanceerde aanpak! wel de betrokken sector hierin raadplegen!
- Aandacht voor opmerking actuariaat; ij onderschrijding keert de marge na (minder dan twee jaar) terug naar de transversale budgetlijn. Dat geeft de sectoren maar beperkte tijd om op "kruissnelheid te komen".
- lorsque la sous -utilisation provient d'une estimation de départ erronée, la marge n'est pas perdue ;elle est réutilisé soit au niveau de la ligne transversale, soit au niveau des secteurs
- onderschrijding; duidelijk maken wanneer naar transversale lijn en wanneer behoud binnen de sector. overschrijding: max % op zetten wat aanvaardbaar is

#### « NO » Comments

- Sous-utilisation : nouvelle prestation/budget. Démarrage lent. Surtout on a mis d'autres nouveautés au frigo pour financer l'acte sous-consommé. Budget libéré doit d'abord permettre de sortir du frigo.
- la sous utilisation structurelle ne doit pas être ENTIEREMENT consacré au transversal, c'est le mot ENTIEREMENT qui devrait être remplacé par partiellement
- Niet akkoord met integrale overheveling naar transversale lijn

#### « ABSTENTION » Comments

- Bij overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling gebeurt er een evaluatie van waar in de eerste plaats naar besparingen kan worden gezocht: niet in de eerste plaats besparingen: er zijn ook andere oorzaken mogelijk die geen besparing behoeven.
- Verdere uitwerking en voorwaarden vereist alvorens goedkeuring / verdere uitwerking vereist om goed te kunnen keuren

goed te kunnen keuren



## Proposal 014: Dépassement ou sous-utilisation budgétaire (suite)

#### Feed-back direction actuariat SSdS

- ◆ Dans l'ensemble, les principes proposés sont déjà appliqués. Les estimations techniques de l'année T+1 constituent la base des objectifs budgétaires partiels de l'année T+1. Durant l'année T, l'INAMI élabore les estimations techniques pour l'année T+1 sur base des données jusqu'à l'année T-1. La réestimation de septembre peut contenir les données jusque et y compris les 5 premiers mois de l'année T.
- → Cela signifie que toutes estimations initiales erronées ou autres facteurs identifiés dans l'année T sont, pour l'année T-1 (analyse des dépassements et sous-utilisations dans les rapports d'audit), déjà pris en compte lors de l'établissement des estimations techniques T+1:
  - ▶ lors d'une sous-utilisation en T-1, si celle-ci est de nature structurelle, les estimations techniques pour T+1 seront un peu plus basses, créant dès lors plus de marge par rapport à la norme de croissance pour T+1. Cette marge est entièrement attribuée à la ligne transversale de l'objectif de santé.
  - lors d'un dépassement, de nature structurelle, les estimations techniques seront plus élevées. Dès lors, l'objectif budgétaire partiel sera également plus élevé.
- ❖ Lors de la fixation de l'objectif budgétaire partiel, les estimations techniques peuvent être augmentées pour créer des incitations au sein du secteur concerné en cas d'économies plus importantes que prévu. Ou à l'inverse, en cas de dépassement indésirable, des propositions d'économies peuvent être ajoutées aux estimations techniques. Ces objectifs budgétaires partiels, y compris les nouvelles mesures politiques, sont en principe déterminés par le Conseil général sur proposition du Comité de l'assurance.

- ❖ Il est important de noter qu'au départ, de nombreuses mesures ne génèrent pas immédiatement leur effet en vitesse de croisière. Ceci implique que les dépenses moindres correspondantes de l'année T-1 ne peuvent pas être ajoutées aux estimations techniques de l'année T+1, la mesure atteint son effet en vitesse de croisière durant l'année T+1.
- ♦ Les dépassements ou sous-utilisations pour l'année T-1 peuvent être de nature diverse :
  - les secteurs peuvent être sur- ou sous-estimés, ce qui entraîne une sous-utilisation ou un dépassement;
  - des mesures positives peuvent entrer en vigueur beaucoup plus tard que prévu, ce qui entraîne une sous-utilisation;
  - des mesures positives peuvent générer des dépenses beaucoup moins importantes que prévu, parce que les prestataires de soins sont insuffisamment informés (la mesure ne démarre pas), ce qui entraîne une sous-utilisation;
  - des mesures d'économies peuvent entrer en vigueur bien plus tard que prévu, ce qui entraîne un dépassement;
  - des mesures d'économies peuvent également générer beaucoup moins d'économies que prévu, ce qui entraîne un dépassement.
- ♦ Les dépassements et sous-utilisations pour l'année T-1 sont analysés par secteur durant la période avril-juin de l'année T sur base des divers rapports d'audit.



### III.7. Modèle d'incitation

## Proposal 001: structure du modèle d'incitation

- ♦ Le rapport final doit fournir un modèle d'incitation.
- ♦ Le Comité de l'assurance précise à ce sujet (note CSS\_2021\_297 → SharePoint/folder 'Documents-References'/notes CGSS CSS):
- Cf. page 1: 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.
- Cf. page 4 : 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 cher. 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.
- → L'administration propose de définir d'abord les différentes composantes du modèle d'incitation, puis de lui donner un contenu concret.

- Une proposition de structure du modèle d'incitation est soumise au vote afin de pouvoir recueillir des commentaires en première instance.
- Cette proposition avec les commentaires a été présentée pour discussion lors de la réunion zoom du WGT.QA du 6 décembre 2021 et est disponible à la page suivante.
- Une fois que la structure du modèle d'incitation aura été établie, des propositions supplémentaires s'inscrivant dans cette structure seront soumises.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	72,30	50,00	
NO	8,71	0	ACCEPTED
ABSTENTION	5,68	25,00	ACCEPTED
NO VOTE	13,31	25,00	

#### « YES » Comments

- Wij vragen zo snel mogelijk een eerste concreter voorstel uit te werken en voldoende tijd te voorzien voor discussie en input
- Dit wordt verder toegelicht in de WGT QA van 6 december? / Accepté dans l'attente d'information plus détaillée
- Voor mij moet onder streefdoel de 5 poten van de quintuple aim terugkomen (er ontbreken er nu nog)!
- Ce plan ne s'adresse qu'aux prestataires. Quid population=impliquer Communautés FR/NL/GER
- Op voorwaarde dat er realistische financiële ondersteuning voorzien wordt.

#### « NO » Comments

• Nihil

#### « ABSTENTION » Comments

 Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.



#### Proposal 001: structure du modèle d'incitation (suite)

- ❖ Le modèle d'incitation contient des propositions afin d'encourager tous les acteurs concernés dans le paysage de la santé publique (stakeholders, parties prenantes,...) à aligner leurs comportement sur les principes du 'quintuple aim' et 'appropriate care' compte tenu des objectifs de (soins de) santé établis.
- ♦ Les propositions soumises s'inscrivent dans les critères suivants :
  - **Groupe cible** Quel est le groupe cible visé ? Qui peut obtenir une incitation ?
    - ✓ Les propositions d'incitation du FRF s'adressent à :
      - un prestataire de soins ou à un groupe de prestataires de soins
      - un groupe de patients
      - la population en général
      - les organisations professionnelles
      - les organismes assureurs
      - les autorités politiques
      - les administrations



- **Objectif** Quel objectif doit être atteint pour obtenir une incitation?
  - ✓ Les propositions d'incitation s'accordant au moins à un des objectifs du "quintuple aim"

### 3. Nature de l'incitation

- ✓ La nature des propositions d'incitation du FRF se limite à :
  - incitations financières
  - autres incitations matérielles où immatérielles
- Mesurabilité Vérifier si l'objectif a été atteint selon des critères objectifs mesurables.
  - ✓ Chaque proposition incluse est liée à un critère mesurable.



## **IV. Conclusions**

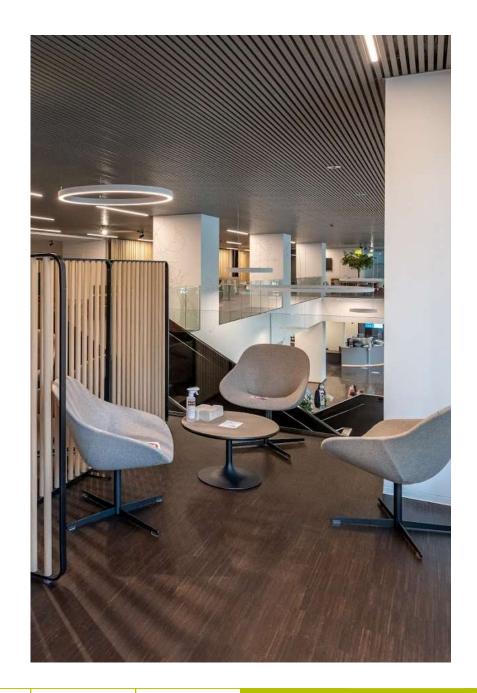
- ♦ Le contenu de la section III a été rédigé conformément à la proposition budgétaire 2022 de la CSS .
- ♦ Les membres ont été interrogés sur les sous-rubriques de cette section et, en partie sur la base de leur input, des textes ont été proposés et approuvés autant que possible par consensus.
- ♦ Certaines propositions ont été soumises à une procédure de vote afin de se faire une bonne idée des opinions dominantes.
- ♦ Ces propositions devront être affinées par le WGT.QA après le 7 février 2022.



- ♦ Les travaux ont déjà conduit aux décisions suivantes:
  - Définition des tâches du WGT.QA (4 missions section III.I.2)
  - Inventorisation de la réalisation des propositions incluses dans l'IRI (section III.III.1)
  - Meilleure définition des attentes liées au Quintuple Aim comme formulés par les membres du WGT.QA (section III.III.2)
  - Clarification des concepts d'innovation et de transversalité (section III.III.3)
  - Trajet relatif au traitement des propositions déjà soumises et des nouvelles propositions à soumettre clairement décrit (section III.III.4). L'idée d'une TF GDOS/AC n'est plus retenue, une Commission d'Accord Transversale (CAT) globale n'est pas retenue pour l'instant
  - Une politique intégrée en fonction des domaines prioritaires des objectifs de soins de santé selon un modèle participatif (co-création), avec un descriptive des actions prioritaires AC (section III.III.4)
  - ➤ Une feuille de route est écrite pour la préparation budgétaire des années à venir (section III.III.5)
  - Poursuite de l'élaboration des procédures techniques nécessaires à la préparation du budget en vue d'une plus grande transparence (section III.III.6)
  - Elaboration d'un modèle d'incitation (section III.III.7).



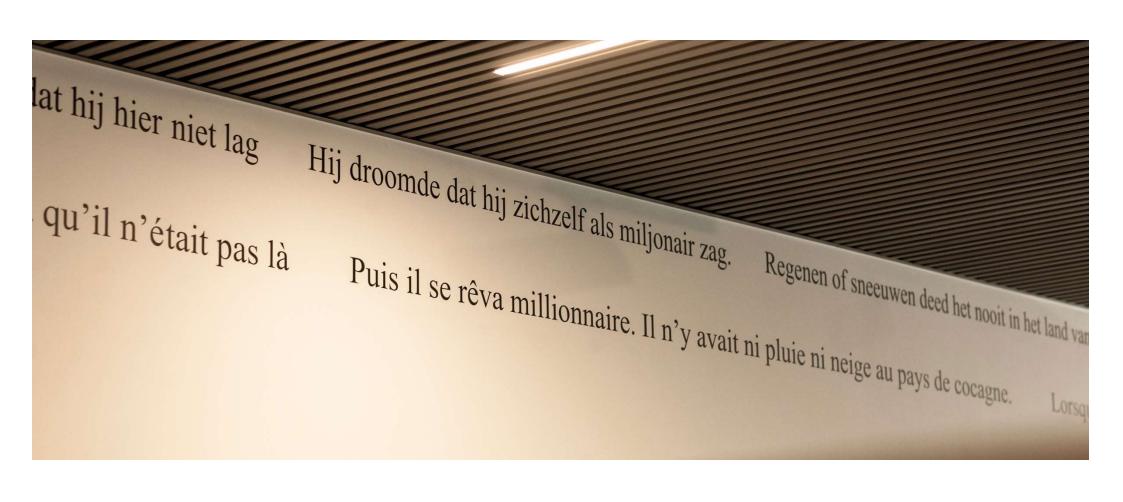
- ♦ Les discussions au sein du WGT.QA ont également conduit à un certain nombre de questions ouvertes auxquelles il faudra répondre rapidement:
  - L'implémentation de la nouvelle gouvernance et le fonctionnement du WGT.QA ont un impact significatif sur la charge de travail de l'administration de l'INAMI, ce qui peut nécessiter une politique RH adaptée avec la mise à disposition des ressources supplémentaires nécessaires. Il faut se demander quels budgets doivent être réclamés ou prévus à cet effet.
- La procédure de la concertation des experts (incl. rémunérations) doit être élaborée.
- Etant donné que le WGT.QA souhaite se limiter au WGT.QA comme seul organe supplémentaire (principe « Keep It Simple »), il faut examiner l'établissement d'un statut clair pour ce WGT.QA.
- > Certains membres demandent d'ouvrir la discussion sur la composition du WGT.QA.
- Tous les prestataires de soins ne sont actuellement pas actifs au sein du CSS ou n'ont pas de CAC (environ 1/5 du budget de l'AMI). Dans l'optique de la transversalité et de la multidisciplinarité, il convient d'y réfléchir.
- La question a été posée quant à une bonne relation entre le rapport final (FRF) et le rapport du comité scientifique.
- Les membres du WGT.QA insistent sur le fait que le contenu et les propositions mentionnés dans le rapport intermédiaire et repris dans le FRF sont non contraignantes mais forment un base pour établir le FRF.



Conclusions



# **SECTION IV: Définitions**





# **Définitions**

## Approche par le Service Design

♦ Un ensemble de méthodes pour réfléchir de façon pluridisciplinaire à des problèmes complexes (« wicked problems ») et favoriser l'innovation.

## Appropriate Care

❖ Visant à créer une « health value » additionnelle, l'appropriate care s'appuie sur des principes tels que les bons soins prodigués au bon endroit. Ceci implique le désinvestissement des « inappropriate care », la réduction des variations de pratique, le recyclage des moyens résultant de la surutilisation et le réinvestissement dans la sous-utilisation. La sur- et sous-consommation des soins et médicaments sont combattues, entre autres par la promotion de l'innovation technologique.

## Health in all policies

« Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity ». (Leppo et al., 2013)

#### Innovation

L'innovation dans les soins de santé se caractérise par la création d'une valeur ajoutée pour la santé (les soins de santé) via l'introduction de quelque chose de nouveau ou par le renouvellement. Cette valeur ajoutée peut consister, entre autres, en une efficacité accrue, en une efficience améliorée,... Elle est toujours vérifiée par rapport aux principes du quintuple aim et appropriate care. Il s'agit d'un terme générique sous lequel de nombreux changements et améliorations sont regroupés. L'informatique a un impact important sur l'innovation.

## · Mesures au niveau macro, méso, micro

Le niveau macro concerne les décisions relatives au système de santé, le niveau méso concerne l'organisation des soins de santé à un niveau local impliquant principalement les organisations de soins de santé et les prestataires, le niveau micro concerne le niveau d'interaction entre les patients et les professionnels de la santé.



## Objectif SMART

- ♦ Un objectif SMART est:
- > spécifique,
- mesurable signifie quantifié (par exemple, diminution de X%) ou au moins avec la mention d'un indicateur à suivre,
- > atteignable, ambitieux, acceptable ou faisant l'objet d'un accord, notamment parce qu'il est possible de déterminer des actions
- réaliste compte tenu du contexte, des ressources, de l'horizon temporel (la faisabilité)
- > temporellement défini, avec une échéance définie à court terme ou à moyen terme ou à long terme (avec les données de base)

## Objectif de santé

❖ Un objectif spécifique, mesurable, accepté et réaliste, qui vise à améliorer la santé de la population sur une période prédéterminée.

## Objectif de soins de santé

Un objectif qui est défini de manière à ce que le système de soins de santé puisse remplir au mieux son rôle central, à savoir à la fois améliorer la santé de l'ensemble de la population, améliorer la qualité des soins, utiliser plus efficacement les ressources disponibles, réduire les inégalités sociales en matière de santé et améliorer le bien-être des prestataires de soins.

## Objectifs de soins de santé opérationnels

Les objectifs de processus portent sur la façon dont les soins sont délivrés pour améliorer la qualité, l'efficience, l'accessibilité et la soutenabilité. Ce sont les actions à mener pour atteindre les objectifs de résultat. Les objectifs de processus sont utiles pour monitorer à court terme l'implémentation des programmes. Les objectifs de structure et d'organisation portent sur des modifications dans la législation, les infrastructures, les ressources humaines, etc.

## Objectifs de soins de santé stratégiques

- ♦ Les objectifs de résultat finaux portent sur l'état de santé ou la qualité de vie.
- Les objectifs de résultats intermédiaires portent sur les déterminants de la santé pour atteindre les objectifs finaux (comme par exemple, les difficultés d'accès aux soins de santé ou encore la littératie en santé).



#### PROMES

→ PROMES est un modèle de micro simulation élaboré par Bureau fédéral du Plan, en collaboration avec l'INAMI. Ce modèle procure une vision analytique détaillée des déterminants de l'évolution des dépenses de soins de santé couvertes par l'assurance obligatoire soins de santé et permet de projeter celles-ci à court et moyen terme.

## **Quintuple Aim**

- ♦ Les objectifs du Quintuple Aim sont:
  - la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance
  - la santé de la population
  - le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées
- > l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité
- le bien-être des professionnels de la santé

## **Technique Delphi**

♦ Méthode permettant d'aboutir à un consensus: <a href="https://processbook.kce.fgov.be/book/export/html/342">https://processbook.kce.fgov.be/book/export/html/342</a>

## Transversalité

- ♦ Le concept "transversalité" connaît au sein du trajet pluriannuel soins de santé une double connotation, à savoir des perspectives à partir d'une approche dimension/ patient avec principalement la pose d'un diagnostic, le traitement et la prévention; avec en parallèle des perspectives partant de la vision des prestataires de soins avec une attention concernant les activités de soins effectuées en plus du financement de leur contribution.
- → "Travailler transversalement" se situe à côté de la manière courante de travailler en secteurs fractionnés. Une gestion sectorielle offre une série d'avantages. Cela renforce et protège l'identité des travaux et crée des lignes claires au niveau des budgets et des compétences. Mais cela comporte aussi des désavantages. La pratique ne se laisse pas réduire convenablement aux secteurs.
- ♦ Le soin transversal exige une vue "d'hélicoptère" avec une collaboration nécessaire entre tous les prestataires de soins concernés, les réseaux de soins, dépassant les lignes et il s'agit donc de la dispensation de soins, des processus et des modèles financiers qui fondent la collaboration.