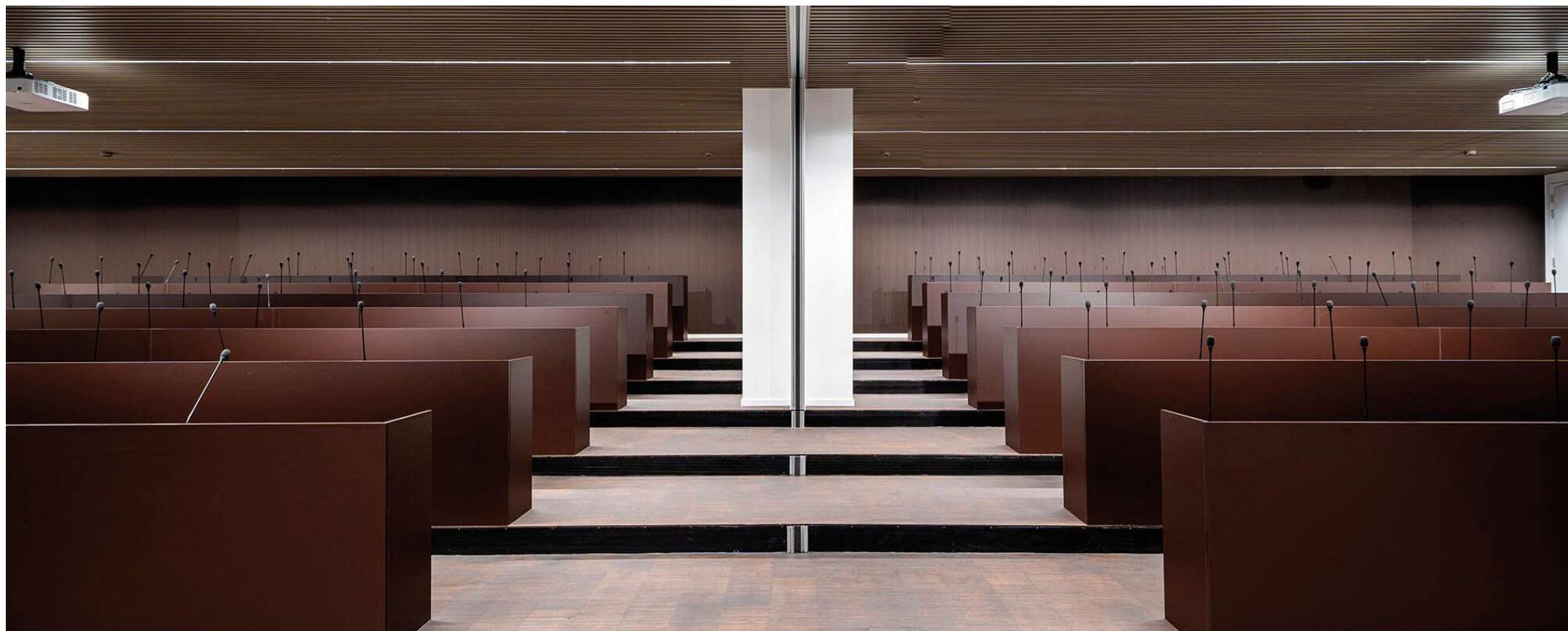


Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé **2022-2024**





Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024

Rapport intermédiaire
14/07/2021

Illustrations : Mats Claus
Binst Architects

Éditeur responsable : INAMI

Colophon

- ✧ *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 pourrions 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 Taskforces et du Comité scientifique. Pour guider ce processus, une méthodologie innovante a été développée, soutenue par une application numérique que nous avons développée 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



Briec Van Damme
Directeur général
Service des Soins de Santé

Table des matières

I. Introduction

1. Historique
2. Gouvernance

II. Methodology

1. Calendrier
2. Définition des « delivrables »
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

Références

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 pratiques médicales, rationalisation des prescriptions,...) en vue de générer des gains structurels d'efficacité d'ici 2022.

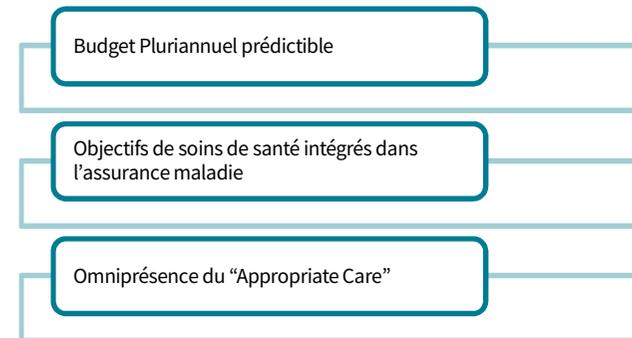
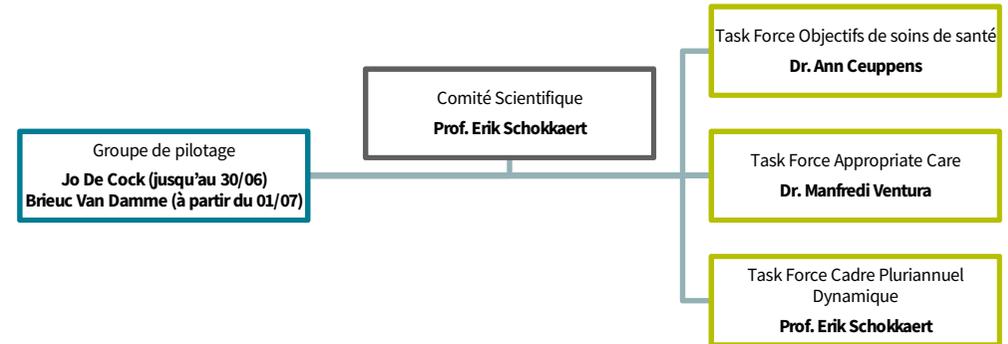
Le coup d'envoi de ces activités a été donné le 1 mars 2021, moment lors duquel le ministre Frank Vandenbroucke a également apporté des précisions.

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

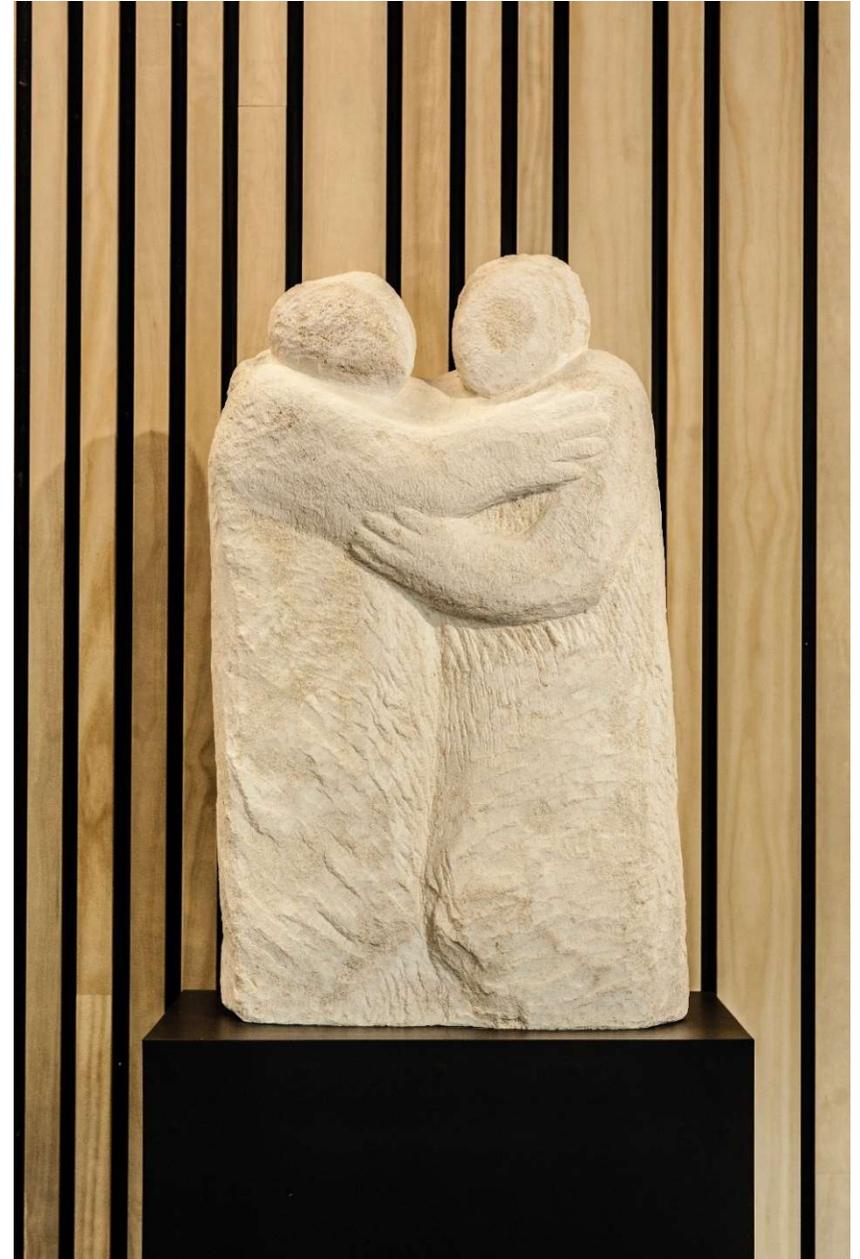
“Accountability for Reasonableness” – **Norman Daniels**

Un processus de choix est équitable lorsqu’il remplit les six conditions suivantes :

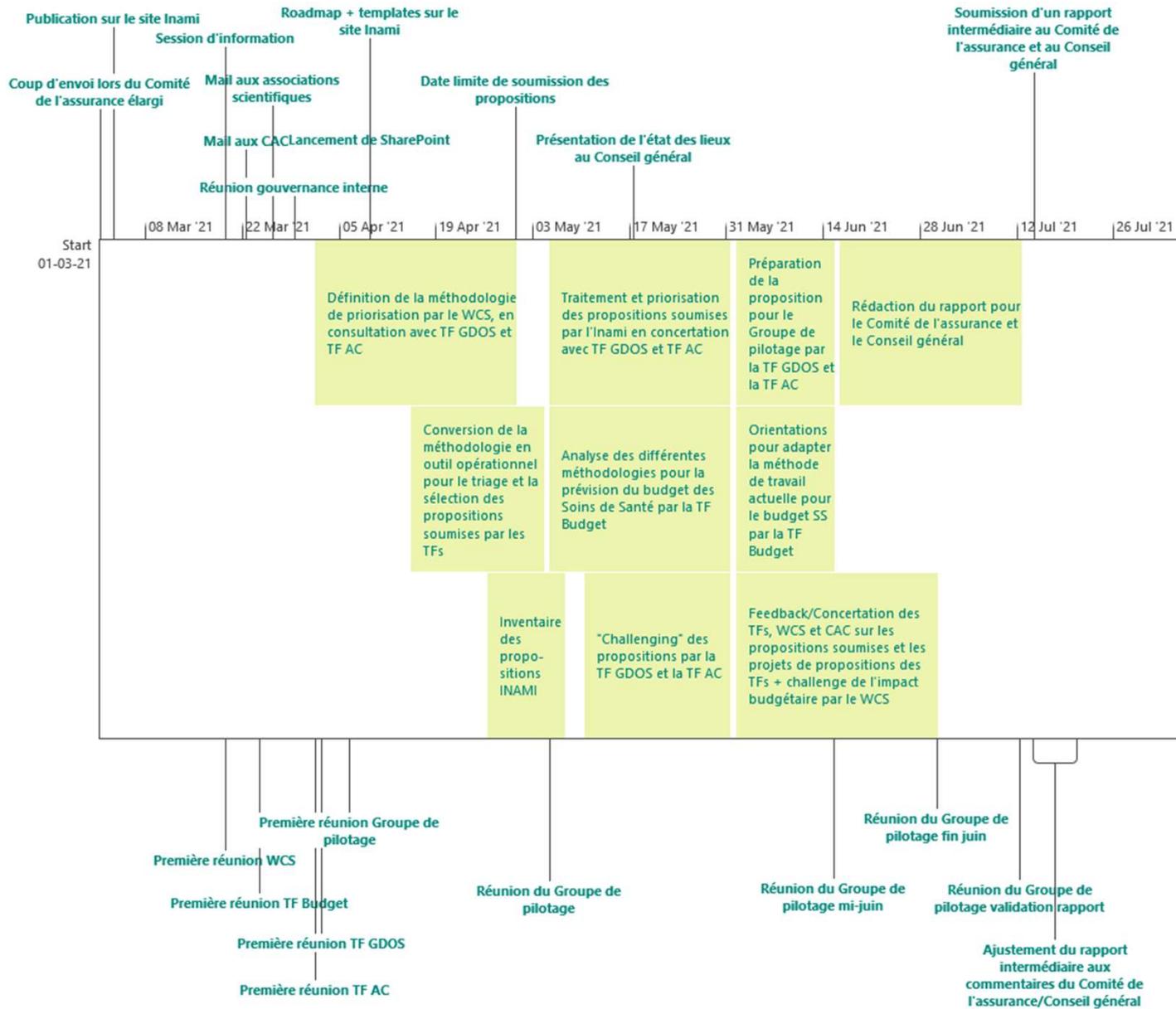
1. Le choix est fait de manière collective et pluridisciplinaire
2. Il est raisonnable et peut être rationnellement justifié
3. Les raisons du choix opéré sont pertinentes et appropriées
4. Ces décisions sont motivées de manière transparente
5. Il existe une possibilité de révision sur la base de nouveaux éléments
6. Non facultatif : toutes ces conditions sont d'égale importance

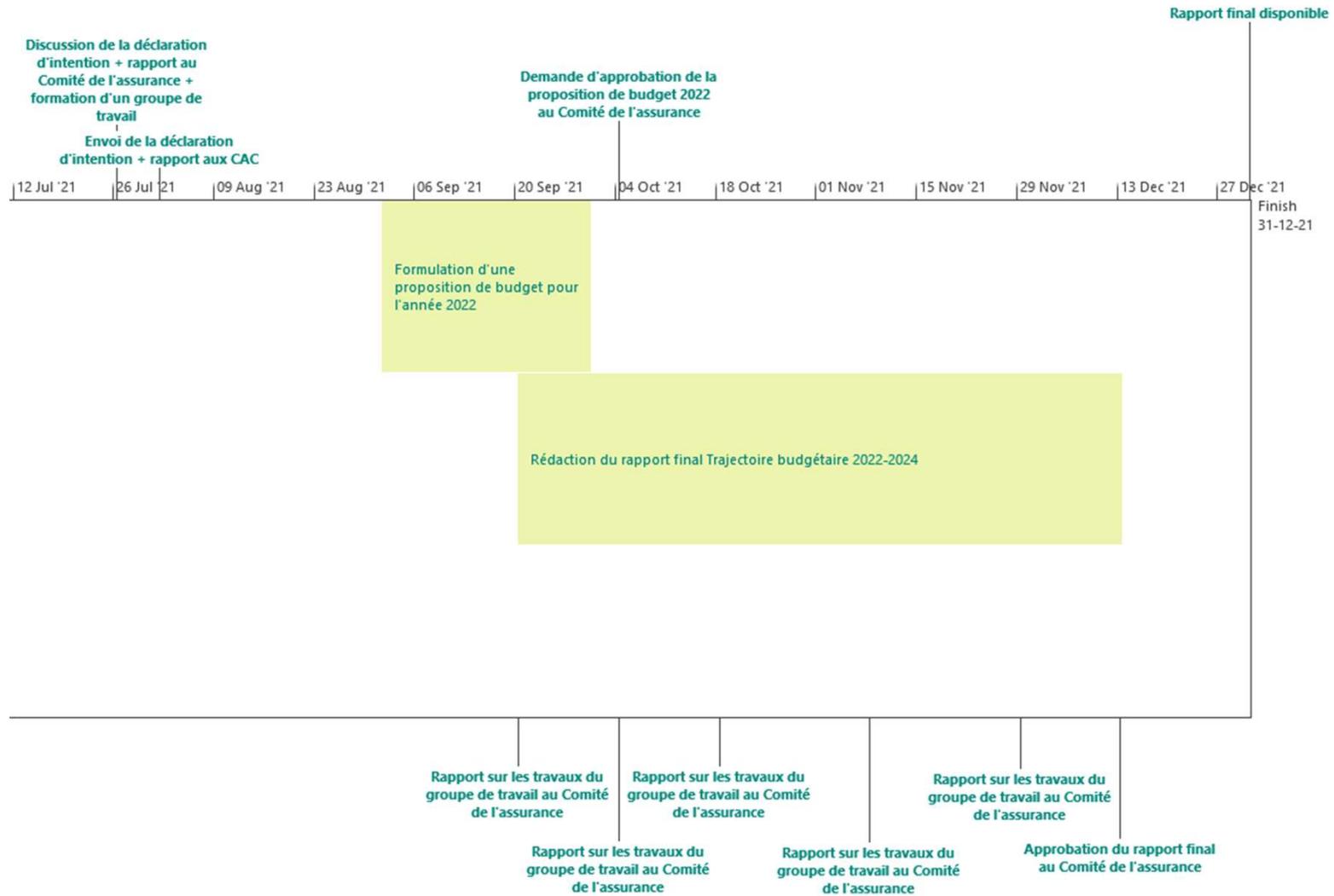
” The significant problems we face cannot be solved at the same level of thinking we were at when we created them ”

Albert Einstein



II.1. Calendrier





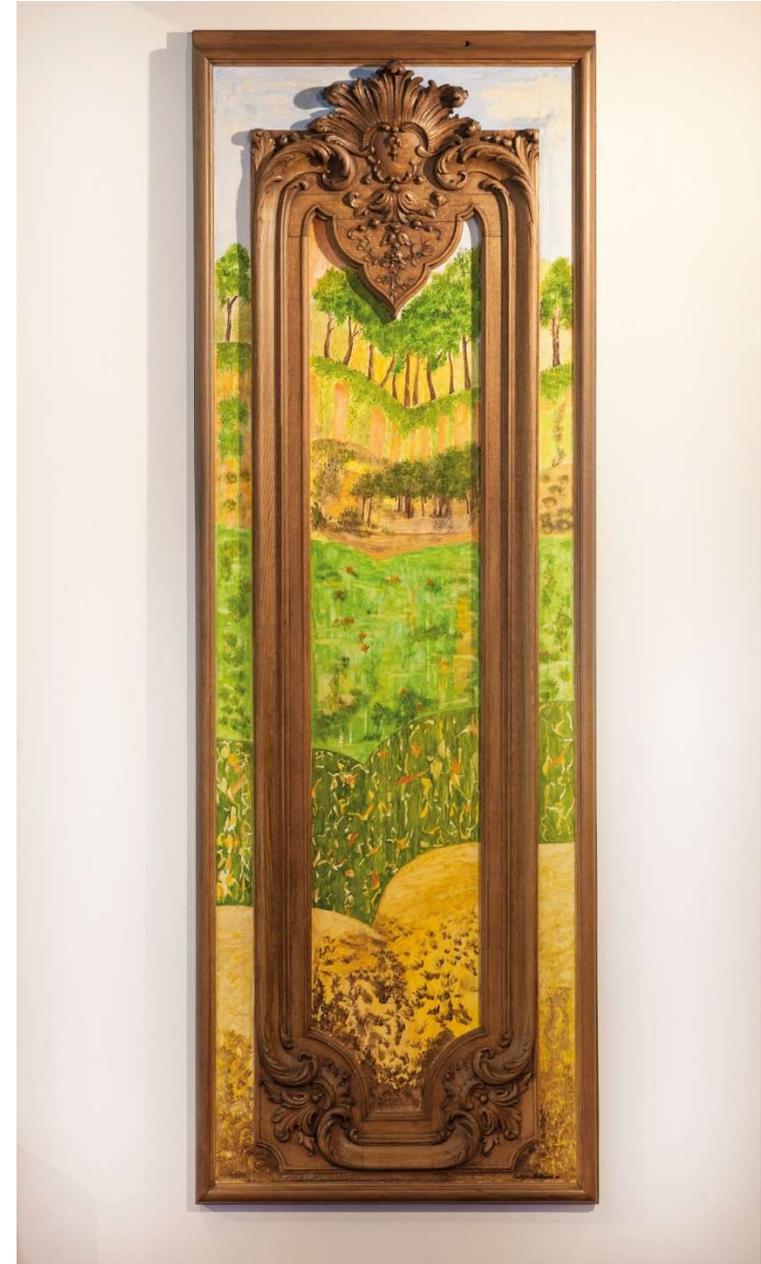
II.2. Définition des « deliverables »

- ✦ Les “deliverables” attendus sont :
 - Objectifs de soins de santé prioritaires (GDOS)
 - Inventorisation d’initiatives pour atteindre les objectifs de soins de santé (actuel, prévus et nouveaux)
 - 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 distinct 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

- ✧ La composition et la mission de chaque organe est décrite, en plus d'un aperçu du nombre de réunions ainsi qu'un résumé des sujets discutés.
- ✧ Les procès-verbaux de ces réunions sont inclus dans les annexes du rapport (Annexe B1).
- ✧ Les méthodes de travail de certains organes sont explicitées de manière détaillée.



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

- ✦ Le groupe de pilotage est composé de 22 personnes et est présidé par Jo De Cock (jusqu'au 30 juin 2021) et par Brieuc Van Damme (à partir du 1 juillet 2021) :
 - 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 faitières 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 (Pres.) – jusqu'au 30/6/21	AG- DG SSDS	INAMI
Brieuc Van Damme(Pres.) – à partir du 1/7/21		
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 Huetting	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	NVSM
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

• Programme des activités

✧ 06/04:

- Courte description et calendrier des activités
- Etat des lieux AOC, TFs et WCS
- Cadre de travail (mandat, relations, sélection et priorisation)

✧ 05/05:

- Inventaire des propositions
- Etat des lieux TFs et WCS
- Cadre de travail (sélection et priorisation, impact budgétaire, méthode d'évaluation et proposition de retroplanning)

✧ 15/06:

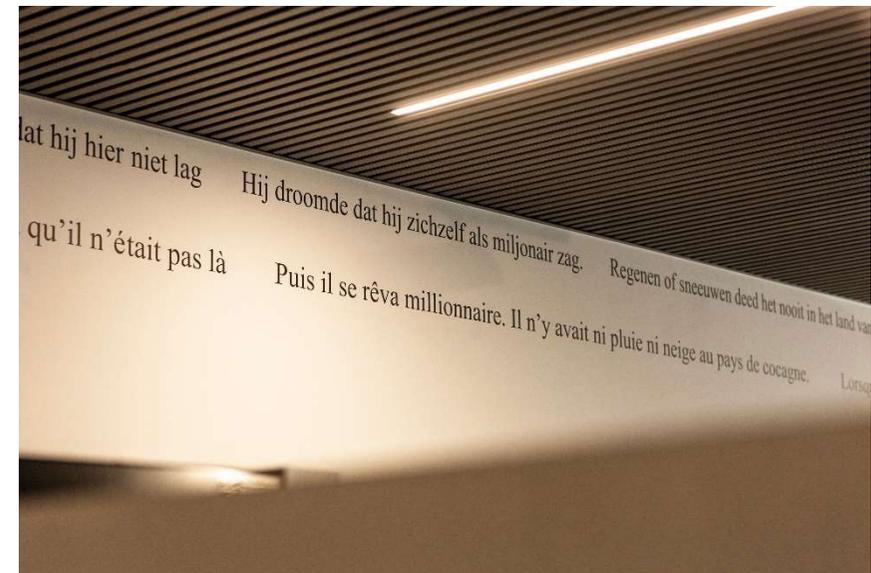
- TF GDOS et AC: description du processus (processus de traitement des propositions fournies, démo application SharePoint)
- Identification premières tendances au sein des propositions fournies
- Etat des lieux TFs et WCS
- Rapport final: première concertation au sein du comité de pilotage
- Update timeline jusqu'à la délivrance u rapport en juillet
- Communication envers les CAC

✧ 30/06:

- Etat des lieux TFs et WCS
- Réaction des membres du comité de pilotage sur le travail fournis à ce jour

✧ 12/07:

- Proposition + discussion du rapport intermédiaire



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

Chef de projet : Brieuc Van Damme

Secrétaires : Cindy Opdebeeck Saskia Mahieu
 Tom Verdonck

Nom	Fonction	
Erik Schokkaert (Pres.)	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

• Programme des activités

- ✧ 19/03:
 - Prise de connaissance, attribution des membres aux 3 Task Forces, premières consignes pratiques
- ✧ 23/03:
 - Rôle du WCS, « deliverables » et mandat, méthode (division des travaux, documents pour subir un challenging, idées des experts)
- ✧ 30/03:
 - Discussion sur les objectifs (de soins) de santé et la manière avec laquelle ils peuvent être implémentés dans le budget pluriannuel
- ✧ 06/04:
 - Critères de priorisation. Lien entre les objectifs et les propositions concrètes.
 - Première discussion à propos d'une matrice globale avec critères de priorités.
- ✧ 13/04:
 - Discussion matrice des propositions concrètes avec critères
 - Première discussion sur l'intégration de l'impact budgétaire
- ✧ 20/04:
 - Implémentation de la matrice dans le programme des activités des TF Appropriate Care et Objectifs de soins de santé
- ✧ 27/04:
 - Présentation et discussion du modèle PROMES.
- ✧ 04/05:
 - Estimation de l'impact budgétaire des initiatives proposées. Avantages et inconvénients des estimations techniques et de PROMES.
- ✧ 11/05:
 - Développement d'un outil permettant de regrouper les évaluations des fiches proposées dans une vision cohérente.
- ✧ 18/05:
 - Discussion sur les modifications souhaitables de la procédure budgétaire. Comment créer de la place pour l'apport de connaissances scientifiques ?
- ✧ 25/05:
 - Poursuite de la discussion : outil de « clustering » et procédure budgétaire.
- ✧ 01/06:
 - Discussion des récentes estimations techniques.

• Programme des activités (suite)

- ✧ 08/06:
 - Budget pluriannuel : comment concilier « ajustements dynamiques et flexibles » et « stabilité » ?
- ✧ 15/06:
 - Préparation de la journée de synthèse - discussion des résultats préliminaires dans les différentes Task Forces.
- ✧ 22/06:
 - Journée de Synthèse. Propositions concrètes sur les initiatives de clustering, intégration impact budgétaire, présentation du rapport.
- ✧ 29/06:
 - Round-up. Lessons learned.



• 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 ?

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 (VZ)	Directrice service d'études MLOZ	MLOZ
Pascal Meeus	Conseiller général	INAMI
Evelyne Hens	Conseiller	Cellule stratégique
Gilbert Bejjani	Secrétaire général	Absym
Dieter Vercaemmen	Expert	AADM
Eric Brassinne	Président	TKR
Stefaan Hanson	Directeur honoraire	WT
Alain Chaspierre	Secrétaire général	APB
Paul De Munck	Président	Le GBO
Benoit Hallet	Directeur général	UNESSA
Bart Demyttenaere	Directeur médical	NVSM
Francoise De Wolf	Expert	NVSM
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 des 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.

Chef de projet :	Mickaël Daubie
Secrétaires :	Sara Vandewaetere Saskia Mahieu Marine Lugen

• Programme des activités

✧ 02/04:

- Explication du mandat par le Dr Ceuppens et informations complémentaires sur le rôle des autres organes.

✧ 23/04:

- Explication de l'outil développé par le Comité scientifique pour soutenir la priorisation des propositions et poursuite de la réflexion sur cet exercice par les membres. Les membres suggèrent des changements mineurs à l'outil.

✧ 28/04:

- Après avoir essayé l'outil adapté sur des cas utilisés pour test, il est décidé de travailler en deux étapes. Dans un premier temps, les objectifs seront évalués ; les initiatives correspondant aux objectifs retenus seront ensuite prises en compte.

✧ 05/05:

- L'outil d'évaluation adapté est finalement approuvé. Il est discuté de la manière dont l'évaluation des objectifs se fera à travers l'utilisation du Scrumboard (proposition de codes couleur par l'administration, délai de vote par les membres, fixation d'un nombre minimum de challenges pour discussion en plénière, etc.) .

✧ 21/05:

- Explication pratique du Scrumboard. Après la demande d'octroyer aux membres externes un accès à SharePoint et au Scrumboard, la Taskforce décide que cela peut être fait pour un maximum de 3 personnes externes désignées par un membre en particulier, tant que ces personnes externes ne peuvent pas voir les votes des membres de la Taskforce.

✧ 02/06:

- La procédure de challenge est légèrement modifiée : à partir de 3 challenges, une proposition est discutée en plénière.
- Discussion sur la fiche qui a été challengée.

✧ 11/06:

- Discussion sur un certain nombre de fiches challengées

✧ 18/06:

- Discussion sur les dernières fiches challengées.
- Sur base d'une indication fréquemment exprimée par les membres de prêter attention aux thèmes récurrents dans les propositions soumises, et qui bénéficient manifestement d'un large soutien, l'administration établit un classement des thèmes les plus importants et propose d'en retenir les deux premiers : Accessibilité, Soins préventifs (et maladies chroniques).

✧ 30/06:

- Les membres acceptent la demande du Comité scientifique de travailler avec les 5 premiers thèmes du classement : accessibilité, soins préventifs et maladies chroniques, trajets de soins, santé mentale et soins intégrés.
- La Taskforce souhaite que toutes les fiches reçues soient incluses dans le rapport final.

• 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.

2. 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).

✧ 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.

✧ 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.

CODE GD-OS		Evalueur				Pondération	TOTAL TOTAAL	Commentaires Opmerkingen
		1	2	3	4			
	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Critères	Criteria	Pas du tout d'accord (-2)	Pas d'accord (-1)	D'accord (+1)	Tout à fait d'accord (+2)			
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, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	ERROR	
L'objectif proposé repose sur une approche intégrée et multidisciplinaire.	De doelstelling steunt op een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	ERROR	
L'objectif proposé s'adresse à un public cible suffisamment grand.	De doelstelling richt zich tot een voldoende groot doelpubliek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	ERROR	
L'objectif proposé est étayé scientifiquement.	De doelstelling is wetenschappelijk onderbouwd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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

Begrotingstraject - Trajectoire budgétaire 2022-2024 EDIT LINKS

TFGDOS-Scrum

New Upload Sync Share More

All Documents By cluster Doc Set View Find a file

Ranking	Name	Title Fr	Title NL	Cluster
Orange	GDOS-055	Médicaments non remboursés	Niet-terugbetaalde geneesmiddelen	Médicaments-Geneesmiddelen
Green	GDOS-106	Prise en charge spécialisée adaptée pour les jeunes avec problèmes psychiatriques	"Aangepast specialistisch zorgaanbod voor jongeren met een psychiatrische problematiek"	Santé mentale-Mentale gezondheid
Red	GDOS-107	Projets HIC/ID sur l'ensemble du territoire	HIC / ID-projecten in het hele land	Santé mentale-Mentale gezondheid
Orange	GDOS-105	Extension et transformation du module actuel « rééducation après traitement »	"Uitbreiding en transformatie van de huidige module "revalidatie nabehandeling" "	Santé mentale-Mentale gezondheid
Orange	GDOS-104	Trajet de soins pour les patients adultes double diagnostic	Zorgtraject voor volwassen patiënten met dubbele diagnose	Santé mentale-Mentale gezondheid
Orange	GDOS-045	Antibiotiques	Antibiotica	Médicaments-Geneesmiddelen
Green	GDOS-044.2	Antibiothérapie en soins dentaires	Antibiotica in de tandheelkundige zorg	Médicaments-Geneesmiddelen
Orange	GDOS-057	Système intégré	Geïntegreerd systeem	Intégration (système)-Integratie (systeem)
Red	GDOS-092	Transparence sur la qualité	Transparantie over kwaliteit	Transparence-Transparantie
Orange	GDOS-089	Traitements à domicile	Thuisbehandelingen	Systèmes alternatifs-Alternatieve systemen

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 demandé 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)

- ✧ 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

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'efficacité 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 question devra être opérationnelle 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 (VZ)	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	VBS
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	LCM
Catherine Lucet	Expert	LSM
Steven Luyten	Expert	LLM
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

• Programme des activités

✧ 01/04:

- Discussion définition appropriate care
- Organisation pratique des travaux
- Debriefing roadmap

✧ 08/04:

- Discussion définition appropriate care
- Discussion outil de priorisation

✧ 15/04:

- Approbation définition appropriate care
- Suite discussion outil de priorisation

✧ 29/04:

- Approbation outil de priorisation
- Discussion adaptations sharepoint

✧ 06/05:

- Fixer la procédure de vote des templates

✧ 11/05:

- Fixer la procédure de « challenging »

✧ 20/05:

- Challenging des propositions

✧ 27/05:

- Challenging des propositions
- Prise de connaissance des propositions de 40 mio € CNMM
- Discussion trajet de suivi des templates

✧ 03/06:

- Challenging des propositions
- Présentation des templates feedback et follow-up

✧ 10/06:

- Challenging des propositions

✧ 17/06:

- Challenging « rescue red »
- Préparation de la réunion en présentiel à la KBR

✧ 25/06:

- Meeting en présentiel à la bibliothèque royale de belgique – mont des arts BXL
- Discussion générale des travaux

✧ 08/07:

- Évaluation des travaux en vue de formuler des avis pour le rapport final

• Description des activités

1. Préambule

- ✧ La Task Force Appropriate Care a officiellement débuté le 1er mars 2021, avec pour objectif d'identifier les propositions qui entrent dans le cadre des "soins appropriés".
- ✧ 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”

- ✧ La Task Force « Appropriate Care » se conforme aux objectifs « Quintuple Aim » qui sont décrits comme suite :
 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
- ✧ La Task Force « Appropriate Care » élabore des propositions destinées à créer une « health value » additionnelle. Pour se faire elle 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.
- ✧ 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

Begrotingstraject - Trajectoire budgétaire 2022-2024 EDIT LINKS

Task Force AC

+ New ↑ Upload ↻ Share

✓	Name	Title Fr
📄	MAC-001	... Psoriasis
📄	MAC-002	... Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis
📄	MAC-003	... Remboursement CRP-POCT
📄	MAC-004	... Infections nosocomiales
📄	MAC-005	... Remboursement des thérapies de remplacement de la nicotine
📄	MAC-006	... Améliorer l'accessibilité des soins de santé transgenres
📄	MAC-007	... Remboursement système de positionnement (Nuage PLS)
📄	MAC-008	... Formation universitaire "Sédation IV pour les non-anesthésistes"
📄	MAC-009	... Création d'un cluster pour les spécialités de sévoflurane, incluant les génériques
📄	MAC-010	... Plateforme e-santé en neurologie
📄	MAC-011	... Lentilles intraoculaires de qualité en lieu et place d'interventions secondaires de la cataracte
📄	MAC-012	... Investigations après le diagnostic de cancer du sein invasif

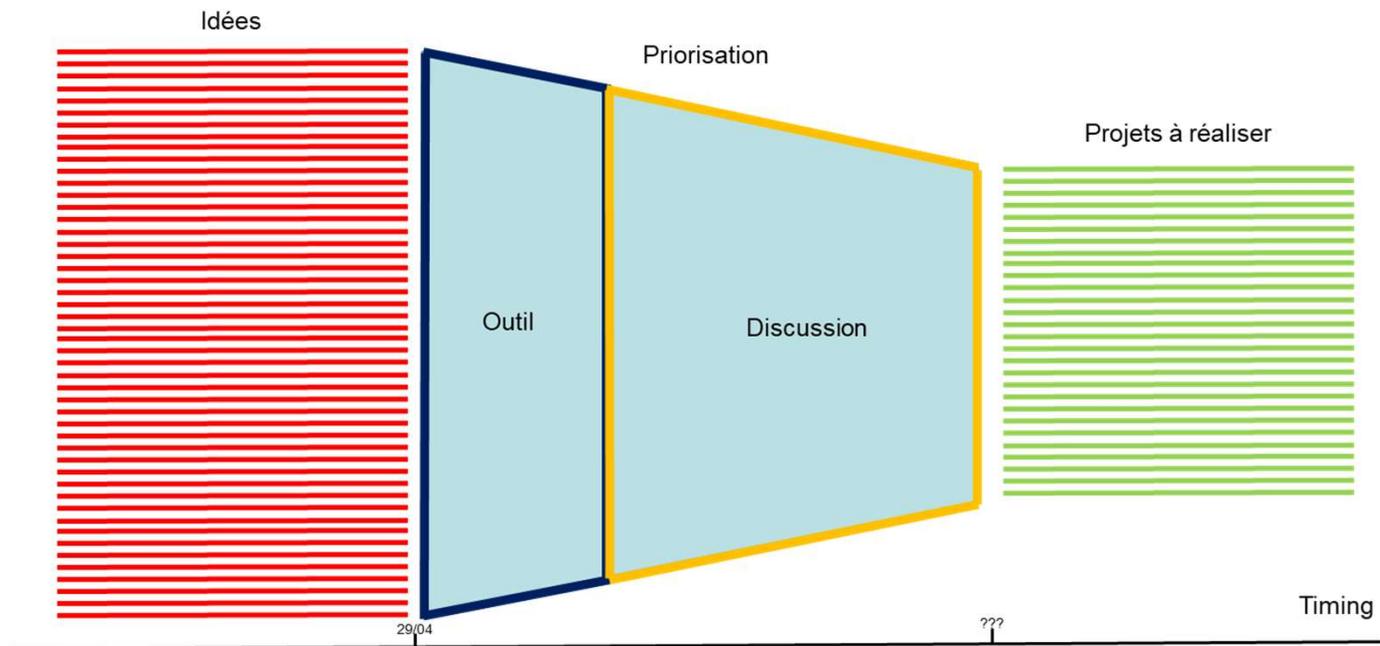
Template 2 : initiatives prioritaires

1. Vous ne devez pas remplir tous les champs.
2. Envoyez le formulaire complété à : taskforce.ac@riziv-inami.fgov.be

Code :	(réservé à l'INAMI)	Date : / / 202..
Auteur : (dispensateur de soins individuel / organisation / CAC / pouvoir publique / autre)		
→ nom :		
→ coordonnées (minimum téléphone et adresse mail) :		
Proposition cadre dans : (cocher ce qui est d'application)		
<input type="checkbox"/> quick-win dans le cadre de l'accord CNMM 2021 (search 40 mio €)		
<input type="checkbox"/> mesures structurelles et d'accompagnement pour faciliter appropriate care		
<input type="checkbox"/> mesures effectives appropriate care		
<input type="checkbox"/> 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 ?	
Groupe cible	Quel(s) groupe(s) cible(s) sont concernés au sein des soins de santé ?	
Explication de l'action et justification	Expliquer le thème, indiquer les objectifs les plus importants et la raison 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 - etc.	
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 nécessaires	Identifier des facteurs de succès supplémentaires, des moyens nécessaires et des partenaires internes/externes nécessaires pour atteindre les objectifs	
Remarques supplémentaires		

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.

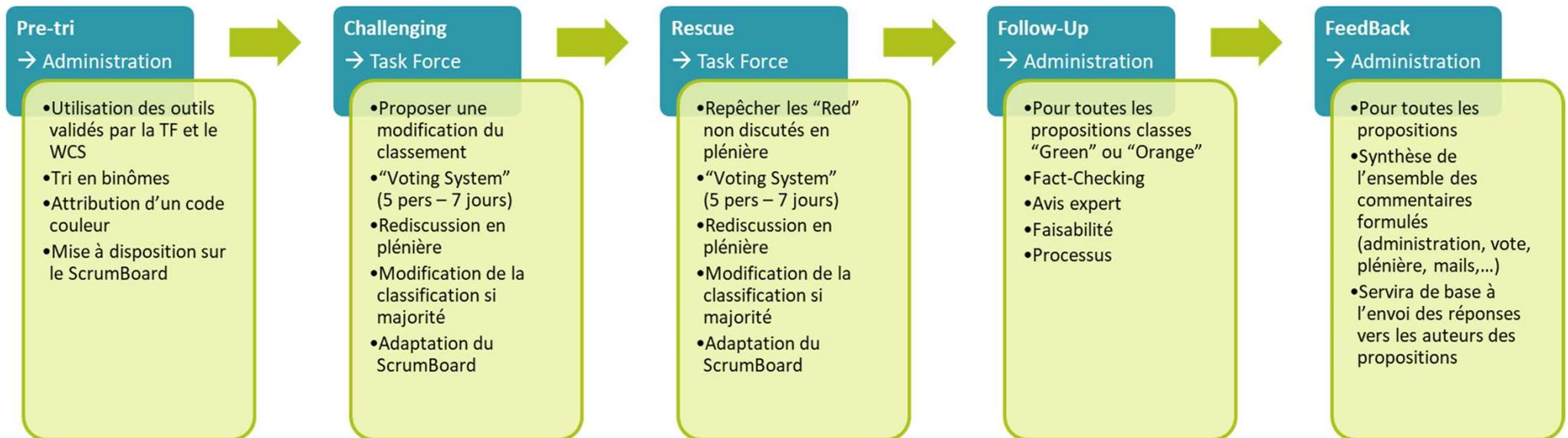


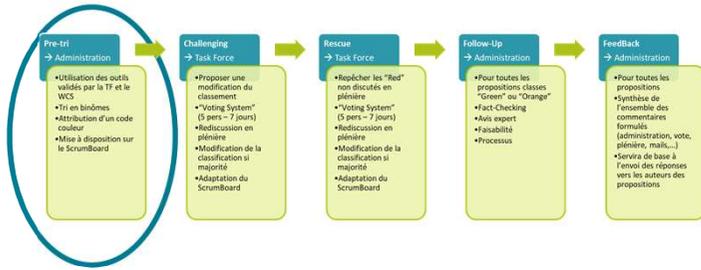
4. Processus de sélection

✧ 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

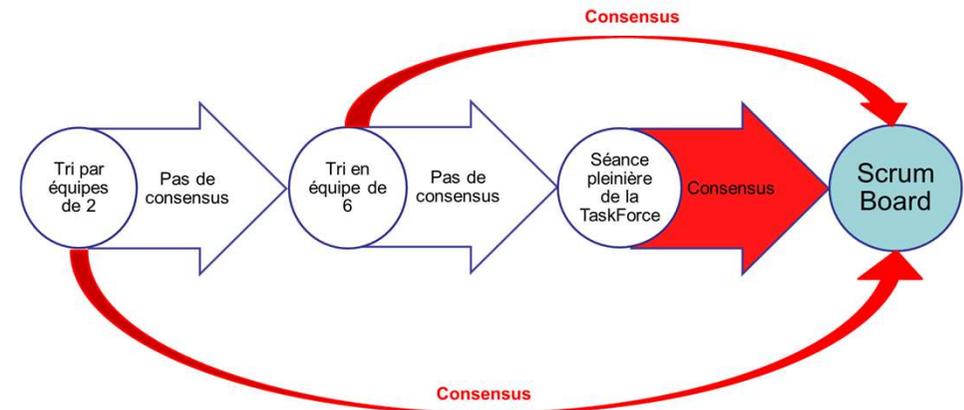
✧ Les instruments ont ensuite été complétés par 6 membres de l'administration, travaillant en binôme :

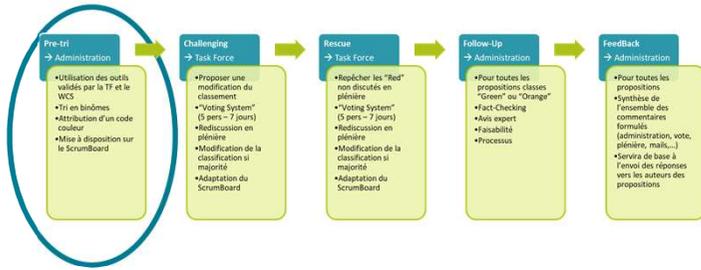
- Chaque binôme de l'administration a donc examiné 1/3 des templates et devait essayer de trouver un consensus sur la couleur à attribuer au sein du binôme.
- En cas de désaccord, le template est évalué par les 6 membres de l'administration ou, si nécessaire, renvoyé à la plénière si aucun consensus 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

CODE	Evaluateur						
	MAC	1	2	3	4	5	6
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critères	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Pondération	TOTAL	
La proposition est cohérente avec les objectifs stratégiques du gouvernement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	-6	
La proposition contient une évaluation réaliste de l'impact budgétaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	-2	
La proposition définit des mécanismes opérationnels adéquats qui peuvent être utilisés pour sa mise en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	-1	
La proposition contient un indicateur clair et sans ambiguïté qui peut être utilisé pour évaluer le succès de la mise en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	2	
Un calendrier clair est proposé, dans lequel la proposition est réalisable	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	-2	
Le degré de risque d'échec du projet durant son exécution est minime	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	-2	
Le succès de la proposition dépend de conditions qui peuvent être suffisamment réalisées (par exemple, les conditions juridiques, la coopération et l'échange d'informations avec d'autres acteurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1	
Les professionnels de santé concernés ont été associés à l'élaboration de la proposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	4	
Des représentants des citoyens et/ou des personnes ayant besoin de soins et d'assistance ont été associés à l'élaboration de la proposition	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	-2	
La proposition est transversale et couvre différents secteurs de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3	
La proposition peut être considérée comme un projet pilote innovant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1	
Des résultats peuvent déjà être attendus à court terme (12 mois pour la mise en œuvre, 12 mois pour l'évaluation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	4	
Le projet repose sur des arguments reconnus comme étant « Evidence Based »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	4	
TOTAL						4	--> Part II

❖ Outil part 2

Outil de définition des projets prioritaires

Partie 2

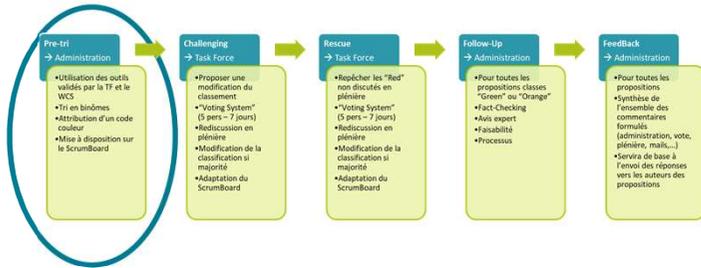
CODE 3-Digits

Evaluateur : 1 2 3 4 5 6

	Qualité et sécurité des soins de santé	Santé de la population	Rapport coût-efficacité	Equité et accessibilité	Bien-être des professionnels
RENOUVELLEMENT DU FINANCEMENT ET DES MODÈLES D'ORGANISATION					
Renforcer la première ligne					
Réduire les temps d'attente					
Optimiser la capacité et la durée de séjour dans les hôpitaux					
Développement de concepts de soins intermédiaires entre les soins hospitaliers et les soins à domicile					
Réduire les variations indésirables des pratiques					
Réduire le gaspillage et/ou la surconsommation					
Réduire la fraude					
Améliorer la mesure des résultats et l'évaluation basée sur ces résultats					
Stimuler la coopération et la coordination entre les prestataires de soins					
Optimisation des descriptions de postes pour différents groupes de professionnel					
Autre					

Remarques /Opmerkingen :

Final ranking Orange Green



❖ 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

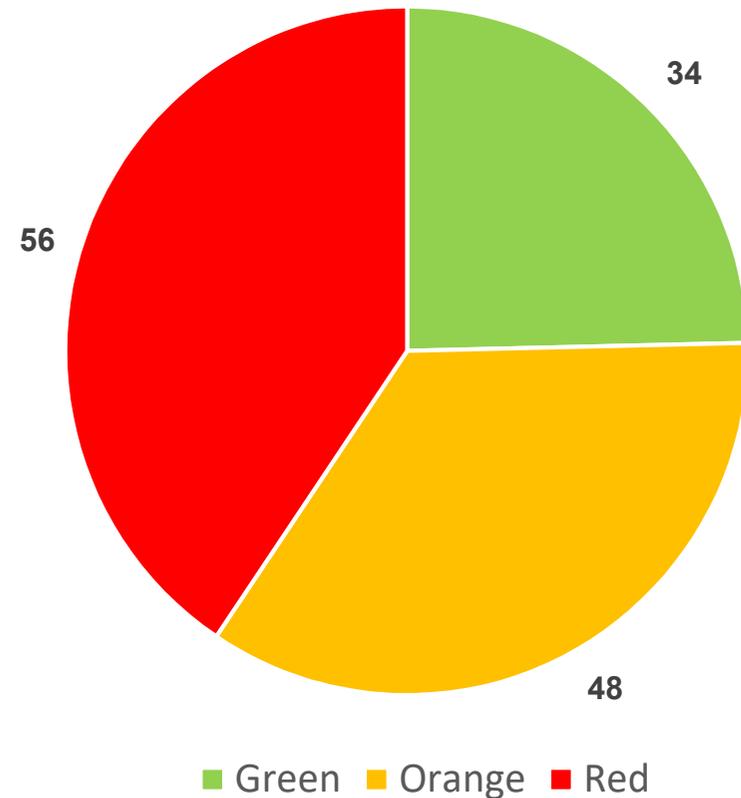
- ✓ 95 %

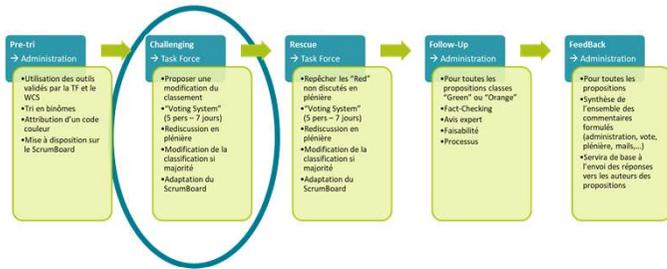
❖ Concordance quasi parfaite entre les binômes d'évaluateurs

→ 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



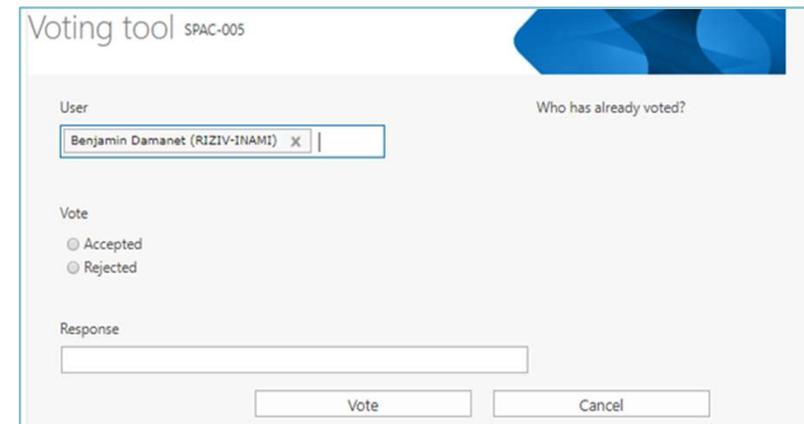


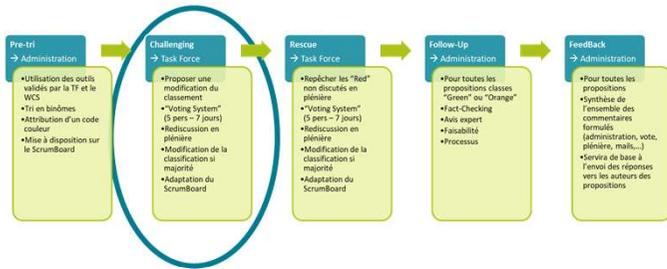
✦ Une fois le classement par l'administration effectué, l'ensemble des propositions, désormais codées par couleur, a été placé sur le ScrumBoard de la TF AC, afin que les membres puissent commencer le processus de « challenging ».

✦ 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.

Ranking	Name	Title
Red	MAC-001	Psoriasis
Red	MAC-002	Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis
Orange	MAC-003	Remboursement CRP-POCT
Green	MAC-004	Infections nosocomiales
Orange	MAC-005	Remboursement des thérapies de remplacement de la nicotine
Red	MAC-006	Améliorer l'accessibilité des soins de santé transgenres
Red	MAC-007	Remboursement système de positionnement (Nuage PLS)
Red	MAC-008	Formation universitaire "Sédation IV pour les non-anesthésistes"
Orange	MAC-009	Création d'un cluster pour les spécialités de sévoflurane, incluant les génériques
Red	MAC-010	Plateforme e-santé en neurologie
Orange	MAC-011	Lentilles intraoculaires de qualité en lieu et place d'interventions secondaires de la cataracte
Red	MAC-012	Investigations après le diagnostic de cancer du sein invasif
Red	MAC-013	Prise en charge des effets secondaires chronique/à long terme du cancer
Orange	MAC-014	Création de marchés publics « outcome based » pour UHmet Medical Needs (UMN)
Orange	MAC-015	Cluster : Télé médecine
Red	MAC-016	Problèmes de développement orthophonique dans le contexte d'une perte auditive ou d'une autre comorbidité
Green	MAC-017	Cluster : Apnées du sommeil
Orange	MAC-018	Motiver les patients atteints d'ERSD (End Stage Renal Disease) à considérer la dialyse à domicile comme une option
Green	MAC-019	L'assistance respiratoire à domicile comme traitement thérapeutique supplémentaire pour les patients BPCO
Red	MAC-020	Soins des plaies de haute qualité et rentables
Orange	MAC-021	Prise en charge nutritionnelle intégrée dans la prise en charge globale du patient
Green	MAC-022	Advanced Care Planning (ACP) pour les personnes vivant à domicile et fréquemment hospitalisées
Green	MAC-023	Améliorer la continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile
Green	MAC-024	Cluster : abus de certains médicaments (benzo,...)
Orange	MAC-025	Bon Usage des Médicaments (BUM)





Challenging - Résultats

Sur les 138 propositions « Appropriate Care » nécessitant un suivi

Votes :

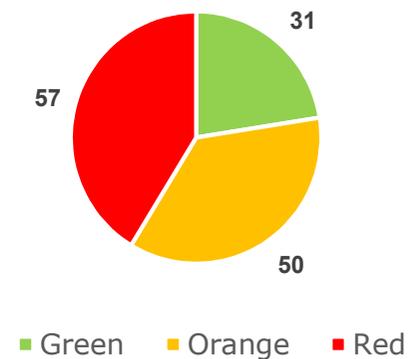
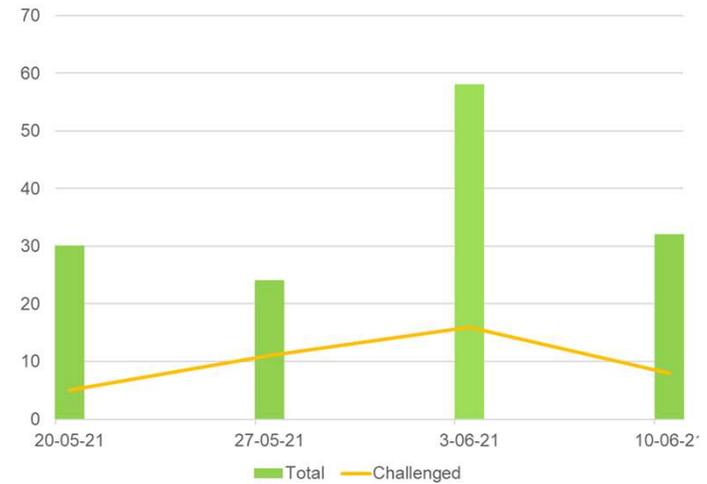
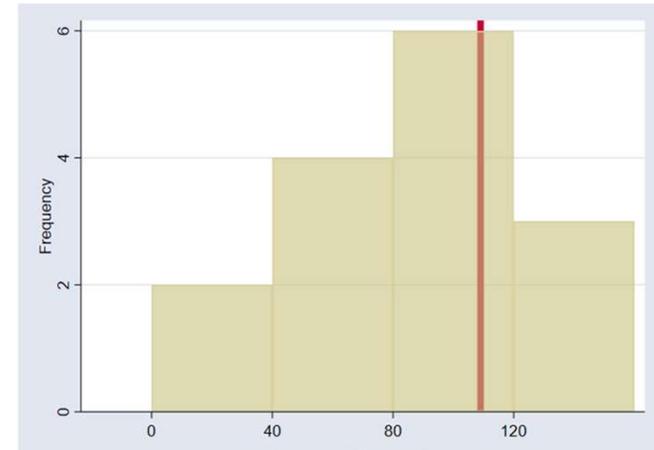
- ✓ 1362 votes reçus
- ✓ 15 membres sur 15 ont voté
- ✓ La moitié des membres a fait plus de 109 votes
- ✓ En moyenne 91 votes par votant

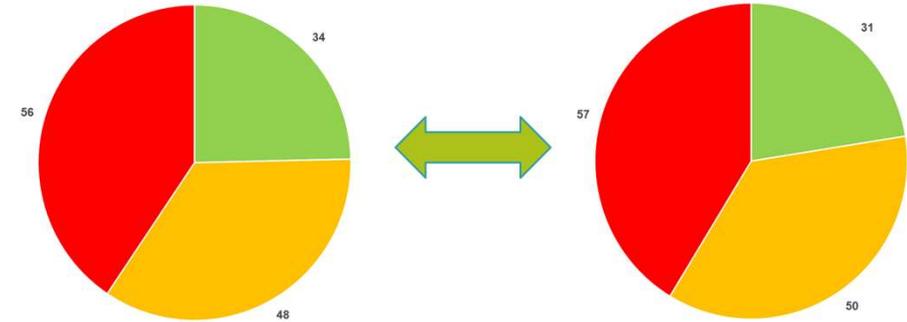
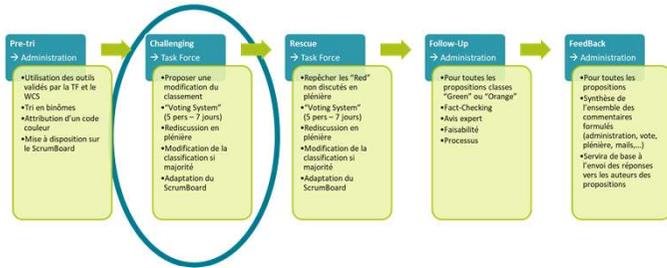
Propositions « Challengées » :

- ✓ 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





Comparison classement ADMIN. vs. TASK FORCE (Binaire)

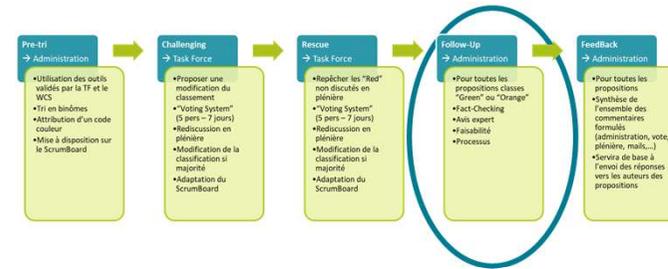
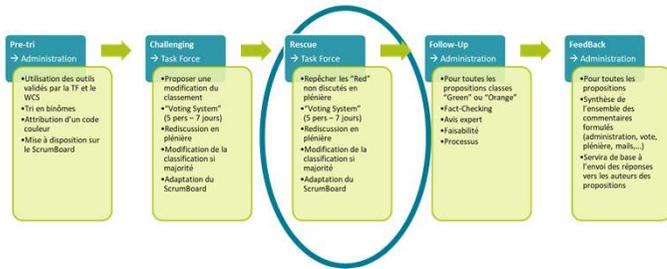
		TASK FORCE		
		GO	No Go	
ADMIN.	GO	69	13	82
	No Go	12	44	56
		81	57	138

- ✦ χ^2 (Mc Nemar) : 0,04
- ✦ p-value : **0,8415**
- ✦ 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

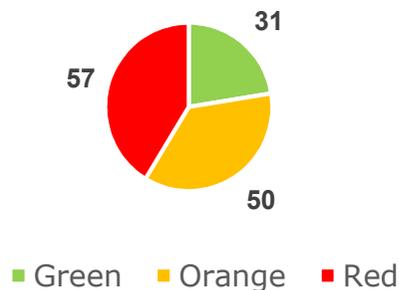
✦ Peut être expliqué par plusieurs raisons :

- 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



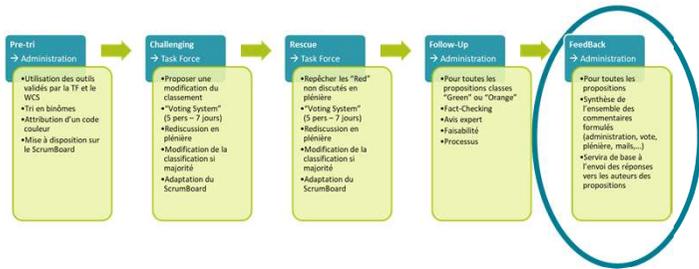
❖ Rescue - Résultats

- ❖ 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.**



❖ Follow-Up - Résultats

- ❖ L'objectif à court terme est de produire une fiche de « Follow-Up » pour les 81 propositions classées orange ou vertes par la TF AC. Certaines de ces fiches ont déjà été préparées et sont annexées au présent rapport (Annexe B2) :
 - 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.



❖ 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".



MAC-009 - FeedBack

Création d'un cluster pour les spécialistes de sévoflurane, incluant les génériques



Creatie van een cluster voor sevoflurane specialiteiten inclusief generiek

PRE-TRI FROM ADMINISTRATION

GREEN ORANGE RED

COMMENTS EVALUATOR :

First Evaluator : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	De doelmatigheid van dit voorstel betreft louter de besteding van de beschikbare financiële middelen: kostenreductie/minder uitgaven door de clustervorming en de hiermee gepaard gaande prijsnivellering. Een bijkomende vraag is in welke mate het realistisch en haalbaar is om in de ziekenhuizen per operatiezaal meerdere vaporizers van verschillende producenten ter beschikking te houden.(orange)
Second Evaluator : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Kan de 26 % prijsdaling van origineel en generiek op termijn niet leiden naar kostenverschuiving van de service- en onderhoudscontracten van de farmaindustrie naar de ziekenhuizen? Hiervoor zouden garanties ingebouwd moeten worden.(orange)

TASK FORCE MEMBERS

REMARKS DURING THE CHALLENGING PROCESS

BERNARD LANGE	Accepted	
Steven Luyten	Accepted	
Manfredi Ventura	Accepted	A mettre en place rapidement
BERNARD LANDTMETERS	Accepted	De moeite waard om dit te onderzoeken; monopolie doorbreken? Rood - moet ingediend worden bij geneesmiddelencommissie die eventueel een voorstel tot aanpassing wetgeving generieken kan voorbereiden
DIETER GOEMAERE	Rejected	Quid rol CTG? er moet duidelijkheid zijn in aandeel van de kosten voor elk onderdeel; in zijn geheel te bekijken (hervorming financiering ziekenhuizen/nomenclatuur)
DIETER VERCAMMEN	Rejected	

REMARKS DURING THE PLENARY SESSION OF THE TASK FORCE

Pas de remarque complémentaire formulée, le classement proposé est validé par les membres de la TaskForce.

FINAL COLOR PROPOSED BY THE TASK FORCE

GREEN ORANGE RED

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 taskforce 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 (VZ)	Em. Prof.	KULeuven
Bernard Lange	Conseiller	Cellule stratégique
Yves Roger	VoorPrésident	CBC
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.

• Programme des activités

✧ 24/03:

- Explication du mandat par Erick Schokkaert, plus d'explications sur le rôle des différentes instances (groupe de pilotage, bureau opérationnel, comité scientifique, Taskforce objectifs de soins de santé et Taskforce Appropriate Care), ainsi que quelques réflexions sur la préparation d'un budget pluriannuel.

✧ 31/03:

- Explication du rapport Covid de mars 2021, ainsi que des réflexions sur l'impact possible du Covid-19 sur les années à venir. Des ressources supplémentaires seront-elles nécessaires dans les années à venir pour financer le rattrapage éventuel des soins reportés et les besoins pour les soins modifiés comme le Covid long ?

✧ 07/04:

- Explication des estimations techniques de l'INAMI dans lesquelles les forces et les faiblesses de cet instrument sont discutées.
- Un point d'attention est le délai d'exécution des mesures encore à mettre en œuvre (la publication de l'arrêté royal prend souvent plus d'un an).
- En outre, une explication a été donnée sur le budget pharmaceutique et sur les dépenses afférentes.

✧ 14/04:

- Explication du modèle "Promes" du Bureau du Plan, dans lequel les forces et les faiblesses de cet instrument ont été discutées.

✧ 21/04:

- Une explication plus détaillée de l'évaluation technique des spécialités pharmaceutiques de l'INAMI.

✧ 28/04:

- Discussion sur la tension entre les adaptations dynamiques et la stabilité dans un cadre pluriannuel.

✧ 05/05:

- Discussion sur quelques propositions pour accroître la transparence du budget des soins de santé.
- Plus précisément, il s'agit d'un certain nombre d'évolutions techniques qui augmenteront la lisibilité et la maniabilité du budget des soins de santé.
- Ces propositions sont également expliquées plus en détail dans ce rapport.

✧ 12/05:

- Discussion plus approfondie sur la tension entre les ajustements dynamiques et la stabilité.

• Programme des activités (suite)

✧ 19/05:

- Une discussion des résultats disponibles des estimations techniques et du modèle « Promes ». Les estimations techniques sont détaillées, reposent sur l'hypothèse « pas de politique », sont des extrapolations et conviennent principalement pour un court terme.
- Dans le modèle « Promes » on repose sur la politique « moyenne » des années précédentes qui sera poursuivie et les changements des variables démographiques et comportementales sont pris en compte et ils deviennent à leur tour plus pertinents à plus long terme.
- L'un des défis est de mieux coordonner dans le futur les estimations techniques et le modèle « Promes ».

✧ 26/05:

- Exposé du rapport d'audit Covid-19-analyse vague 2 dans les hôpitaux aigus préparé par l'unité « Audit Hôpitaux INAMI-SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement-AFMPS ».
- A la demande de la commission « Hospital Transport and Surge Capacity » (HTSC) ce rapport a été rédigé dans lequel, d'une part, est cartographié les retards de prise en charge dans les hôpitaux et, d'autre part, une projection de ce à quoi nous pouvons nous attendre à l'avenir.

✧ 02/06:

- Discussion de la note « Propositions d'ajustement de la procédure budgétaire en cours » du Collège National Intermutualiste.

✧ 16/06:

- Discussion sur la note à discuter concernant la procédure budgétaire préparée par WCS.

✧ 23/06:

- Poursuite de la discussion sur d'éventuelles adaptations de la procédure budgétaire.

✧ 30/06:

- Finalisation de la discussion relative à la procédure budgétaire. Par la suite, les estimations techniques pour 2022-2024 ont été expliquées par l'INAMI.
- L'estimation pluriannuelle est basée sur une législation constante et ne prend pas en compte un éventuel impact du Covid-19. Cette estimation ne prend pas non plus en compte d'éventuelles nouvelles initiatives qui seront prises dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle.

• Description des activités

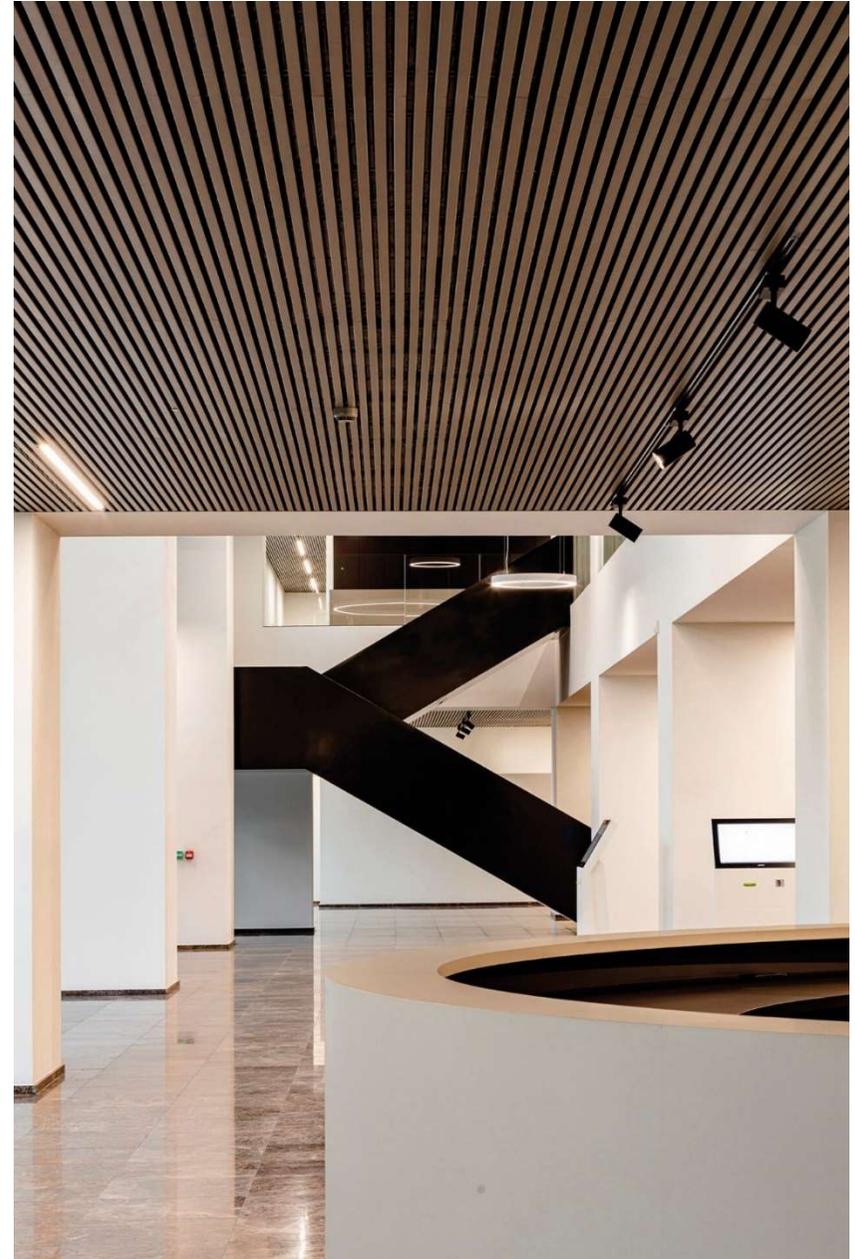
- ✧ La Taskforce s'est réunie hebdomadairement 14 fois pour discuter, entre autres, des éléments ci-dessous qui sont liés ou pourraient avoir un impact sur le budget pluriannuel.
- Plusieurs réunions ont été consacrées à une explication des évaluations techniques de l'INAMI et du modèle « Promes » du 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 et 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 budgétaires 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 au surplus, 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 TF 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 TF 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 TF 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.



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.



- ✧ Les templates ont été évalués par plus de 20 experts, l'évaluation étant purement basée sur le contenu, complétée si nécessaire par leurs propres recherches et analyses. De manière délibérée, il n'y a eu aucun contact avec les auteurs des templates. Qui plus est, cela signifie également que les templates sont restés anonymisés tout au long du processus et ce afin de continuer à garantir un jugement le plus neutre possible et de 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 (Annexe B2) et un template de FeedBack (exemples en Annexe B4) 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.
- ✧ La première matrice dans ce rapport contient donc uniquement les fiches vertes et oranges de la TF AC, ainsi que les 17 initiatives retenues par la TF GDOS.
- ✧ Les travaux ont déjà donné un résultat concret, on citera par exemple la proposition SPAC-017 qui a déjà été mise en œuvre au 1er juillet 2021, faisant suite à la décision du Comité de l'assurance du 28 juin 2021.
- ✧ 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 million € », 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

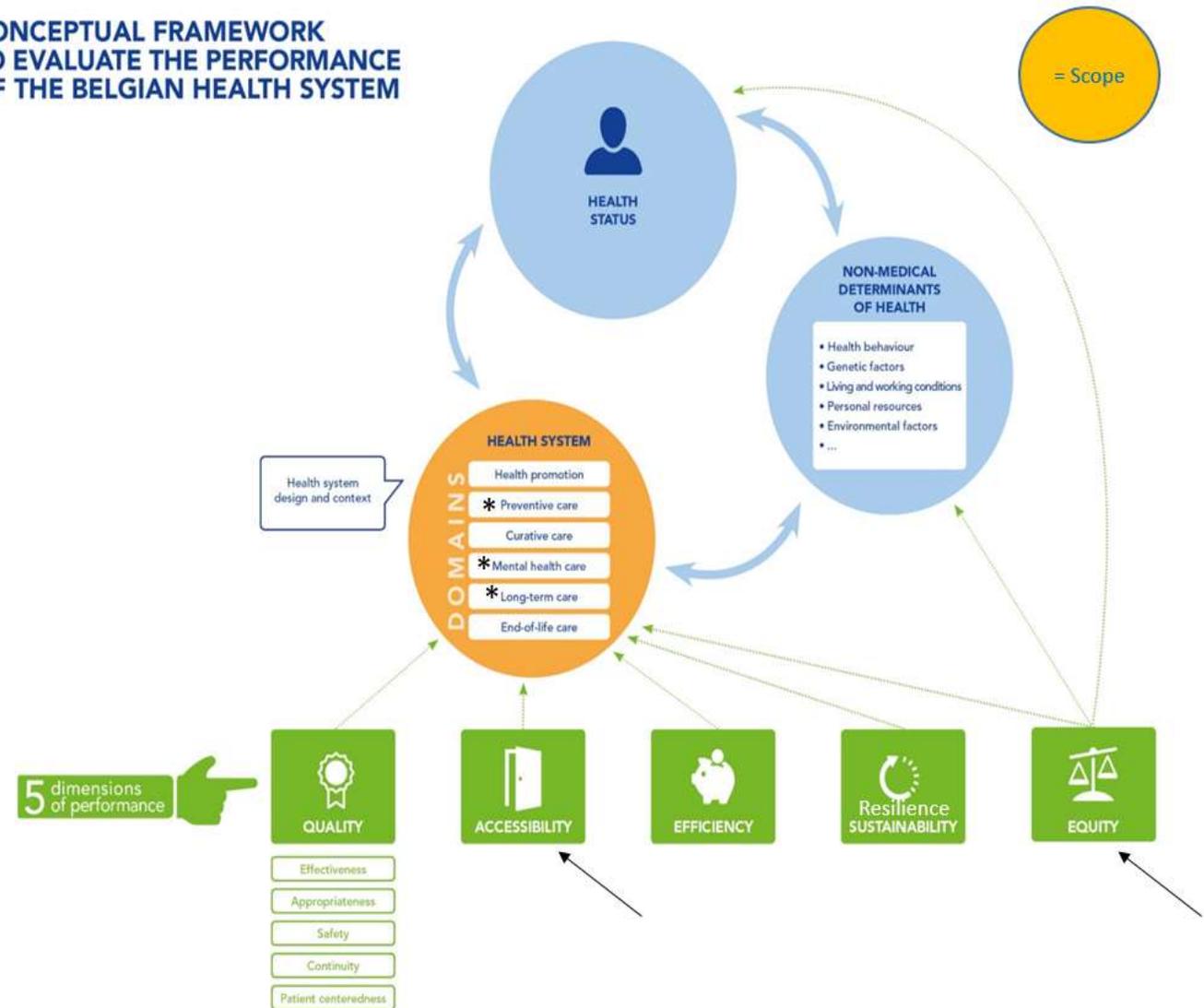
1. Introduction

- ✧ 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'efficacité ; 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 « quintuple 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 maladies 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 ci-contre, 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.

CONCEPTUAL FRAMEWORK TO EVALUATE THE PERFORMANCE OF THE BELGIAN HEALTH SYSTEM



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
- ✦ L'accessibilité aux soins de santé peut se définir comme « la facilité à accéder aux services de santé, tant physiquement qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité de personnel qualifié » (HealthyBelgium). D'après le site HealthyBelgium, elle est un prérequis indispensable à un système de santé qualitatif et efficient.
 - ✦ 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...).
 - ✦ Ce constat établi en 2014 s'applique encore aujourd'hui. En 2019, le KCE produit un rapport sur le thème de l'équité en Belgique dont l'une des conclusions est la suivante : « Même si des améliorations concernant les contributions personnelles par habitant ont été constatées depuis notre dernière analyse, le pourcentage d'individus ayant dû reporter des soins de santé pour des raisons financières reste plus élevé que la moyenne européenne, surtout pour le groupe de revenus le plus bas. Il faut également noter que la couverture des services reste faible pour les soins dentaires » (KCE, 2020).
- En marge de ce rapport, on constate en effet que les besoins auto-déclarés 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).
 - ✦ L'accessibilité financière n'est pas pour autant la seule sous-dimension de l'accessibilité à prendre en compte. Parmi les propositions reçues dans le Taskforce GDOS, nous avons identifié les sous-dimensions suivantes :
 - 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-économiques. 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 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
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)
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
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 verhoogde tegemoetkoming
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"

✧ 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 « HealthyBelgium », 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.

- ✧ Les chiffres montrent plusieurs améliorations potentielles en Belgique, surtout la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées et le taux de dépistage du cancer du sein chez les groupes-cibles. Ainsi, en 2016, 54,7% des personnes âgées de 65 ans et plus étaient vaccinées contre la grippe en Belgique, alors que la cible de l'OMS est fixée à 75%. Le taux de dépistage du cancer du sein est par ailleurs d'un peu plus de 61% en 2016 (et moins élevé chez les femmes plus vulnérables socioéconomiquement), alors qu'on considère qu'une couverture globale de 75% est le seuil pour que cette intervention atteigne un rapport coût-efficacité acceptable (HealthyBelgium). Le relatif faible niveau de performance en Belgique sur ce thème explique à nouveau le nombre important de propositions reçues en la matière par la TF GDOS.

- 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 bucco-dentaires. 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-à-vis 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 pour une mise en œuvre à court terme. Ils répondent à trois dimensions principales de la performance des soins de santé : la qualité, l'efficacité et la résilience.
- ✧ Les initiatives prioritaires choisies pour ce thème sont les suivantes :

FR	NL
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
Campagne de sensibilisation auprès des patients et des prestataires de soins pour la conduite d'examen dentaires, dont l'examen dentaire annuel, chez les groupes vulnérables	Sensibiliseringscampagne voor de patiënten en de zorgverstrekkers over het uitvoeren van tandheelkundige mondonderzoeken bij kwetsbare 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.

✧ 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 nouveau-né 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 entre 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 conséquemment 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
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	Uitbouw van een obesitastraject voor kinderen tot volwassenen (tot 70 jaar) vanaf een BMI van 25 (met co-morbiditeiten) en BMI vanaf 30 (zonder co-morbiditeiten): implementatie van een nieuw zorgmodel met betere afstemming tussen de 3 zorglijnen, systematische vroegdetectie en goede follow up
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	Promoten en bevorderen van voortraject en het integreren van het zorgprotocol in het EMD (laboratoriumgegevens en klinische gegevens, levensstijlfactoren zoals rookstop, lichaamsbeweging en voeding) om diabetes mellitus te voorkomen
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
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.
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 zorgprofessionals in verband met het concept van vroegtijdige en 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
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	Maak een huisartsconsult vergoedbaar voor alle patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoening) die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen
Rendre les consultations multidisciplinaires remboursables pour les patients atteints d'une affection psychiatrique grave, conformément à la nomenclature des consultations oncologiques multidisciplinaires	Maak een multidisciplinair consult vergoedbaar voor patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoening), conform de nomenclatuur van het Multidisciplinair Oncologisch Consult
Meilleur remboursement et extension des consultations psychologiques, notamment pour les jeunes, en développant des centres multidisciplinaires de proximité surtout en première ligne	Betere terugbetaling en uitbreiding van psychologische consulten, vooral voor jongeren, door lokale multidisciplinaire centra te ontwikkelen, vooral in de eerste lijn
Soins de santé mentale: une extension de l'offre à toutes les régions, de 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 psychiatrie.	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

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

III.2. Tableau récapitulatif et impact budgétaire

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
GDOS Task Force Objectives										
Accessibility										
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 verhoogde 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	Attribution automatique du budget de soins pour les patients fortement tributaires avec un forfait B ou C (soins à domicile)	Automatisch toekenning zorgbudget zwaar zorgbehoevenden als patient forfait B of C scoort (thuisverpleging)							
Green	SPAC-034	Participation personnelle fixe et par ordonnance pour les médicaments prescrits	Vaste persoonlijke bijdrage per voorschrift voor voorgeschreven geneesmiddelen					Analyse		
Orange	SPAC-040	Cluster : Portail santé	Cluster : Gezondheidsportaal			Analyse				
Orange	SPAC-052	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	SPAC-067	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	SPAC-070	Simplification administrative : réforme du chapitre IV, certificat uniforme d'incapacité de travail (multi-attestation),...	Administratieve vereenvoudiging: hervorming hoofdstuk IV, uniform attest arbeidsongeschiktheid (multi-attest),...							
				Subtotal	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €
				Balance		-148.700.000 €		-148.700.000 €		-148.700.000 €

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
GDOS Task Force Objectives										
Primary and Secondary 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 kwetsbare groepen		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	Promoten en bevorderen van voortraject en het integreren van het zorgprotocol in het EMD (laboratoriumgegevens en klinische gegevens, levensstijlfactoren zoals rookstop, lichaamsbeweging en voeding) om diabetes mellitus te voorkomen		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							
					Analyse					
				Subtotal	0 €	-39.273.627 €	0 €	-39.273.627 €	250.000.000 €	-39.273.627 €
				Balance	-39.273.627 €		-39.273.627 €		210.726.373 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
GDOS Task Force Objectives										
Care Pathways										
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	Uitbouw van een obesitastraject voor kinderen tot volwassenen (tot 70 jaar) vanaf een BMI van 25 (met co-morbiditeiten) en BMI vanaf 30 (zonder co-morbiditeiten): implementatie van een nieuw zorgmodel met betere afstemming tussen de 3 zorglijnen, systematische vroegdetectie en goede follow up						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 zorgprofessionals 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 : Trajets 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	SPAC-037	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 €		0 €		0 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
GDOS Task Force Objectives										
Mental 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	Maak een huisartsconsult vergoedbaar voor alle patiënten met EPA (ernstige psychiatische aandoening) die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen		442.000 €		442.000 €		442.000 €	
Green	GDOS-021-2	Rendre les consultations multidisciplinaires remboursables pour les patients atteints d'une affection psychiatrique grave, conformément à la nomenclature des consultations oncologiques multidisciplinaires	Maak een multidisciplinair consult vergoedbaar voor patiënten met EPA (ernstige psychiatische 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	Meilleur remboursement et extension des consultations psychologiques, notamment pour les jeunes, en développant des centres multidisciplinaires de proximité surtout en première ligne	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	Soins de santé mentale: une extension de l'offre à toutes les régions, de 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 psychiatrie.	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: soins somatiques pour patients psychiatriques et soins psychiatriques pour patients somatiques chroniques	Cluster: somatische zorg voor psychiatrisch patiënten en psychiatrische zorg voor chronische somatische patiënten							
Orange	MAC-068	« Mini-équipes multidisciplinaires » pour le traitement ambulatoire evidence-based des troubles alimentaires chez les mineurs	“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 €		-12.994.000 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
GDOS Task Force Objectives										
Integrated Care										
Green	GDOS-070	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 continuité 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 planification d'une chirurgie majeure	Pre-habilitatie voorafgaand aan een geplande majeure chirurgische ingreep			Analyse				
Green	MAC-044	Cluster: maladie artérielle périphérique	Cluster: perifere 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	SPAC-019	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	SPAC-051	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 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
Government agreement (outside GDOS)										
Accountability										
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							
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	SPAC-016	Prescription électronique pour promouvoir la prescription responsable des antibiotiques	e-voorschrift om het verantwoord voorschrijven van antibiotica te bevorderen							
Green	SPAC-038	Cluster : EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support)	Cluster : EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support)				Analyse			
Green	SPAC-063	Examens urodynamiques (UDO) : différences géographiques en Belgique : Informer les urologues	Urodynamische onderzoeken (UDO): geografische verschillen in België: Informeren urologen	130.000 €		260.000 €		260.000 €		
Green	SPAC-065	Cluster : Examen cytopathologique	Cluster : Cytopathologisch onderzoek	3.300.000 €		3.300.000 €		3.300.000 €		
				Subtotal	3.430.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €
				Balance	3.430.000 €		3.560.000 €		3.560.000 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
Government agreement (outside GDOS)										
Management 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	SPAC-012	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	SPAC-018	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	SPAC-035	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	
				Subtotal	22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €
				Balance	22.870.000 €		22.870.000 €		22.870.000 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
Government agreement (outside GDOS)										
Restructuring 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	SPAC-017	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	SPAC-021	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	SPAC-062	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							
				Subtotal	14.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €
				Balance	14.418.406 €		64.418.406 €		64.418.406 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022		2023		2024		
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
Government agreement (outside GDOS)										
Nomenclature adjustments										
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	SPAC-031	Transparence des prix dans les secteurs de l'orthopédie et de la bandagisterie	Prijstransparantie in de sectoren orthopedie en bandagisterie							
Orange	SPAC-036	Forfaitarisation des prestations kinésithérapeutes dans les institutions (MRS,...)	Forfaitariseren kinesitherapeutische 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 élektive (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	SPAC-057	Statut palliatif : possibilité d'interrompre ce statut	Palliatieve status: mogelijkheid om deze status te onderbreken							
Orange	SPAC-058	Une prise en charge pour un implant innovant implique toujours une prise en charge pour l'implantation	Tussenkost voor innovatief implantaat houdt steeds tussenkomst voor implantatie in							
Orange	SPAC-066	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		2023		2024	
				IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT
Government agreement (outside GDOS)									
Innovation at the service of the patient									
Orange	MAC-011	Lentilles intraoculaires de qualité en lieu et place d'interventions 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	SPAC-050	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						
				Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
				Balance	0 €		0 €		0 €
Valorisation of the first-line health-care workers									
Orange	MAC-003	Remboursement CRP-POCT	Terugbetaling CRP-POCT						Analyse
Orange	MAC-052	Projets de mise en œuvre de soins complexes et techniques dans les soins infirmiers à domicile	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						
				Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
				Balance	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	SPAC-001	Réglementation des professions paramédicales au sein du comité des assurances	Regulering van de paramedische beroepen binnen het verzekeringscomité						
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	SPAC-022	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
				Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
				Balance	0 €		0 €		0 €

	2022		2023		2024		
	IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT	
GDOS Task Force Objectives							
Accessibility							
	Subtotal	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €
	Balance		-148.700.000 €		-148.700.000 €		-148.700.000 €
Primary and Secondary prevention							
	Subtotal	0 €	-39.273.627 €	0 €	-39.273.627 €	250.000.000 €	-39.273.627 €
	Balance		-39.273.627 €		-39.273.627 €		210.726.373 €
Care Pathways							
	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 €		-12.994.000 €		-12.994.000 €
Integrated Care							
	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 €
Government agreement (outside GDOS)							
Accountability							
	Subtotal	3.430.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €
	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		22.870.000 €		22.870.000 €		22.870.000 €
Restructuring the hospital landscape							
	Subtotal	14.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €
	Balance		14.418.406 €		64.418.406 €		64.418.406 €
Nomenclature adjustments							
	Subtotal	9.030.249 €	0 €	43.408.429 €	0 €	43.408.429 €	0 €
	Balance		9.030.249 €		43.408.429 €		43.408.429 €
Innovation at the service of the patient							
	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance		0 €		0 €		0 €
Valorisation of the first-line health-care workers							
	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance		0 €		0 €		0 €
Others							
	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance		0 €		0 €		0 €
	GRAND TOTAL	62.248.655 €	-210.267.627 €	166.756.835 €	-211.367.627 €	416.756.835 €	-208.867.627 €
	BALANCE		-148.018.972 €		-44.610.792 €		207.889.208 €

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 - suicide - 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
GDOS-057	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
GDOS-066	Généraliste gratuit pour les enfants	Gratis huisarts voor kinderen
GDOS-067	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

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 toegankelijkheid 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
GDOS-107	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
MAC-007	Remboursement système de positionnement (Nuage PLS)	Terugbetaling Zitkuipen (Nuage PLS)
MAC-008	Formation universitaire "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	Réduire la morbidité et la mortalité liées au diabète par un dépistage précoce en officine	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	Mesures incitatives pour récompenser les hôpitaux qui achètent des médicaments au meilleur coût pour l'assurance maladie.	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
SPAC-002	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	Diviser la nomenclature non seulement hosp/ambulatoire mais aussi extra/intramural ambulatoire	Nomenclatuur opsplitsen niet enkel hosp/ambul maar ook extra/intramuraal ambulante
SPAC-007	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
SPAC-026	Demande électronique de statut palliatif	Elektronische aanvraag palliatief statuut
SPAC-028	Application générale du système de tiers payant dans les soins primaires	Algemene toepassing derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg
SPAC-032	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-implémentatiefonds 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
SPAC-045	Enregistrement des pratiques et financement incitatif des pratiques pour les soins infirmiers à domicile	Praktijkregistratie en stimulerende praktijkfinanciering thuisverpleging
SPAC-053	Analyses approfondies des données de santé, dans un double objectif : indicateurs pertinents, modèles de prise en charge	Grondige analyse van gezondheidsgegevens, met een dubbele doelstelling: relevante indicatoren, zorgmodellen
SPAC-056	Accessibilité financière des soins kinésithérapeutiques : suppression de la règle des 25 %.	Financiële toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg: afschaffing van de 25%-regel
SPAC-059	Présence physique des orthopédistes (article 29) agréés. Amélioration des conditions d'agrément	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,...
SPAC-073	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
SPAC-075	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.
- ✧ Cette estimation est basée sur le « trend » des dépenses et des cas pour la période 2015 à 2019. Il n'a pas été tenu compte des dépenses et des cas de 2020. Cette estimation technique ne prend donc pas en compte un éventuel impact de la Covid19. Il ne contient aucun moyen pour d'éventuelles dépenses supplémentaires résultant d'un éventuel rattrapage de soins reportés, ou de besoins en soins modifiés tel que le long Covid.
- ✧ Le service a également dressé des évaluations techniques pour les années 2023 et 2024 (aux prix 2022).



• Calcul de la norme 2022-2024

- ✦ Le calcul de la norme est indiqué à l'article 40 de la Loi SSI.
- ✦ Pour l'année 2022, ce calcul s'élève à 31.595.971 milliers d'euros :
 - Le calcul de la norme part de l'objectif budgétaire global précédent et s'élève à 30.072.305 milliers d'euros pour l'année 2021 ;
 - Ce montant est diminué des revenus de l'article 111/81 inclus dans l'objectif 2021 (- 876.153 milliers d'euros) ;
 - La norme de croissance réelle est de 2,5% à partir de l'année 2022, ce qui amène à un montant de 729.904 milliers d'euros pour 2022 ;
 - Un montant de 241.374 milliers d'euros est ajouté à titre de surcoûts d'indexation des salaires en 2022, des prestations d'assurance, des tarifs et des prix ;
 - S'ajoute le revenu prévisionnel de l'article 111/81 pour l'année 2022 (1.178.541 milliers d'euros) ;
 - Ce résultat est augmenté d'un budget de 250.000 milliers d'euros pour la mise en œuvre des accords sociaux.
- ✦ Le calcul de la norme pour les années 2023 et 2024 est présenté en prix 2022. Il est tenu compte de la norme de croissance de 2,5% ainsi que de la compensation des recettes de l'article 111/81.
- ✦ Le calcul de la norme 2023 au prix 2022 s'élève à 32.503.107 milliers d'euros. Pour l'année 2024, également au prix de 2022, cela correspond à un montant de 33.429.254 milliers d'euros.

Normberekening / Calcul de la norme	2022 000 EUR Prijzen 2022	2023 000 EUR Prijzen 2022	2024 000 EUR Prijzen 2022
Globale begrotingsdoelstelling t-1 Objectif budgétaire global t-1	30.072.305	31.595.971	32.503.107
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - t-1 Montant compensation recettes totales art. 111/81 - t-1	-876.153	-1.178.541	-1.325.241
Strikte norm / Norme stricte	29.196.152	30.417.430	31.177.866
Reële groeinorm 2,5 % Norme de croissance réelle 2,5 %	729.904	760.436	779.447
Sub-totaal / Sous-total	29.926.056	31.177.866	31.957.313
gezondheidindex Indice santé	132.570	0	0
spilindexmassa 2021 masse indice pivot 2021	108.804	0	0
Sub-totaal / Sous-total	30.167.430	31.177.866	31.957.313
Sociaal akkoord Accord social	250.000	0	0
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - t Montant compensation recettes totales art. 111/81 - t	1.178.541	1.325.241	1.471.941
Begrotingsdoelstelling t Objectif budgétaire t	31.595.971	32.503.107	33.429.254

• Estimations techniques 2022-2024 (juni 2021)

- ✦ L'estimation technique initiale pour 2022 s'élève à 31.385.054 milliers d'euros.
- ✦ La comparaison du RTI 2022 avec l'objectif budgétaire global pour 2022 montre une sous-utilisation de 210.917 milliers d'euros. Ce montant augmentera de 93.578 milliers d'euros en 2023 avec effet cumulatif à un niveau de 304.495 milliers d'euros.
- ✦ En 2024, la différence cumulée est de 285.686 milliers d'euros, soit 18.809 milliers d'euros de moins qu'en 2023.
- ✦ Il s'agit d'estimations techniques à législation constante.
- ✦ Par exemple, le trajet d'épargne pour les spécialités pharmaceutiques a été entièrement pris en compte :
 - 30 millions extra avec effet cumulatif de 180 millions d'euros en 2022 ;
 - 30 millions extra avec effet cumulatif de 210 millions d'euros en 2023 ;
 - 40 millions extra avec effet cumulatif de 250 millions d'euros en 2024.
- ✦ Lorsque ces résultats servent de base à la confection d'un budget pluriannuel, ils doivent bien entendu être interprétés avec prudence et une analyse plus dynamique est nécessaire. Si de nouvelles initiatives Appropriate Care sont prises au cours d'une année donnée, elles auront également des effets dans les années à venir. Ces effets n'ont pas encore été inclus car cette estimation est basée sur une politique constante. Des effets dynamique se produisent également lorsqu'une partie de la marge estimée sera utilisée dans les années à venir pour de nouvelles initiatives prises dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle. Une initiative qui génère des dépenses l'année t réduira également la marge budgétaire l'année suivante. La marge budgétaire du tableau ci-dessus ne doit donc pas simplement être interprétée de manière cumulative.
- ✦ Tout cela illustre la grande importance d'un bon système de suivi pour le processus pluriannuel. C'est d'autant plus vrai dans la situation actuelle de grande incertitude sur les dépenses futures liées à la Covid-19, y compris les effets du long Covid.

Exclusief Covid-19	2022 in p 2022	2023 in p 2022	2024 in p 2022
	000 EUR	000 EUR	000 EUR
Technische ramingen in prijzen 2022	31.385.054	32.198.612	33.143.568
Normberekening in prijzen 2022	31.595.971	32.503.107	33.429.254
Budgettaire ruimte	210.917	304.495	285.686
Budgettaire ruimte: evolutie	210.917	93.578	-18.809

✧ L'annexe B3 contient le détail de l'estimation pluriannuelle par objectif budgétaire partiel.

✧ Les honoraires des médecins augmenteront de 2,2% en 2022 par rapport à l'objectif 2021 pour un montant de 9,061 milliards d'euros. Cela représente 28,9% des dépenses totales. La croissance en 2023 et 2024 (aux prix de 2022) est de 1,4% en moyenne.

✧ Les dépenses brutes pour les prestations pharmaceutiques augmenteront de 6,9% en 2022 jusqu'à 6,783 milliards d'euros. Ces dépenses augmenteront encore de 6,6% en 2023 et 2024. Cependant, on s'attend à une augmentation des conventions de l'article 81/111 qui devrait atteindre 1,472 milliards d'euros pour l'année 2024. La croissance nette sera donc de 3,5% en 2022 et de 5,5% en moyenne pour 2023 et 2024.

✧ Les dépenses pour le prix de la journée d'hospitalisation reprises à la rubrique 12 augmenteront de 4,6% en 2022. La croissance moyenne (en prix 2022) sera de 0,8% en 2023 et 2024. La croissance plus forte en 2022 s'explique principalement par le nouvel accord social 2022 ainsi que par le montant de rattrapage destiné au Fonds Blouses blanches qui est inclus dans l'estimation 2022.

✧ Les autres rubriques augmenteront de 4,0% en 2022 et en moyenne de 2,4% en 2023 et 2024 (en prix 2022).

✧ La trajectoire d'économie des spécialités pharmaceutiques et les transferts hors objectifs budgétaires sont inclus comme montants à ne pas dépenser dans l'évaluation pluriannuelle. Ces montants sont indiqués séparément car ils n'ont pas été enregistrés à l'article 40 de la loi SSI, qui détermine le calcul standard.

In 000 EUR	Objectif 2021	TR 2022 en p 2022	TR 2023 en p 2022	TR 2024 en p 2022
Honoraires des médecins	8.861.909	9.061.255	9.174.800	9.310.177
Prestations pharmaceutiques (brut)	6.346.404	6.782.506	7.230.524	7.712.909
Journée d'hospitalisation	6.834.159	7.146.217	7.177.130	7.267.942
Autres secteurs	7.768.759	8.077.899	8.268.981	8.465.363
S/total	29.811.231	31.067.877	31.851.435	32.756.391
Montants à ne pas dépenser	261.074	317.177	347.177	387.177
Total	30.072.305	31.385.054	32.198.612	33.143.568

	2021	en p 2022	en p 2022	en p 2022
Honoraires des médecins		2,2%	1,3%	1,5%
Prestations pharmaceutiques (brut)		6,9%	6,6%	6,7%
Journée d'hospitalisation		4,6%	0,4%	1,3%
Autres secteurs		4,0%	2,4%	2,4%
S/total		4,2%	2,5%	2,8%
Montants à ne pas dépenser				
Total		4,4%	2,6%	2,9%

- **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).
- ✧ 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 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 endroits, 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.

✧ 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.

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 précédentes 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.
- ✧ L'ensemble de la procédure de participation n'est bien entendu qu'un des éléments du passage à un processus de budgétisation pluriannuelle en fonction des objectifs de (soins) santé. Ce cadre à long terme n'a pas pu être élaboré dans le délai prévu pour cet exercice. Il serait bien qu'une proposition en ce sens soit élaborée d'ici 2022. Certains principes généraux sont énoncés dans les § IV.3 et IV.4. Ce qui est proposé n'est pas un changement disruptif, mais se rapproche des procédures existantes. Le principe de base d'un budget annuel ne peut être abandonné, mais il faut progressivement tenter d'arriver à des budgets plus intégrés et transversaux.
- ✧ 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'OESO définit 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 Gezondheidszorgdoelstellingen

- ✧ 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 !
- ✦ La structure de gouvernance avec trois TF et un WCS pourrait être plus efficace mais tout le monde est d'accord sur ce point. Malgré le contexte difficile pour travailler dans un timing serré, les membres acceptent de continuer à s'impliquer dans les travaux à l'avenir.

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 ci-après 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 sur 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.

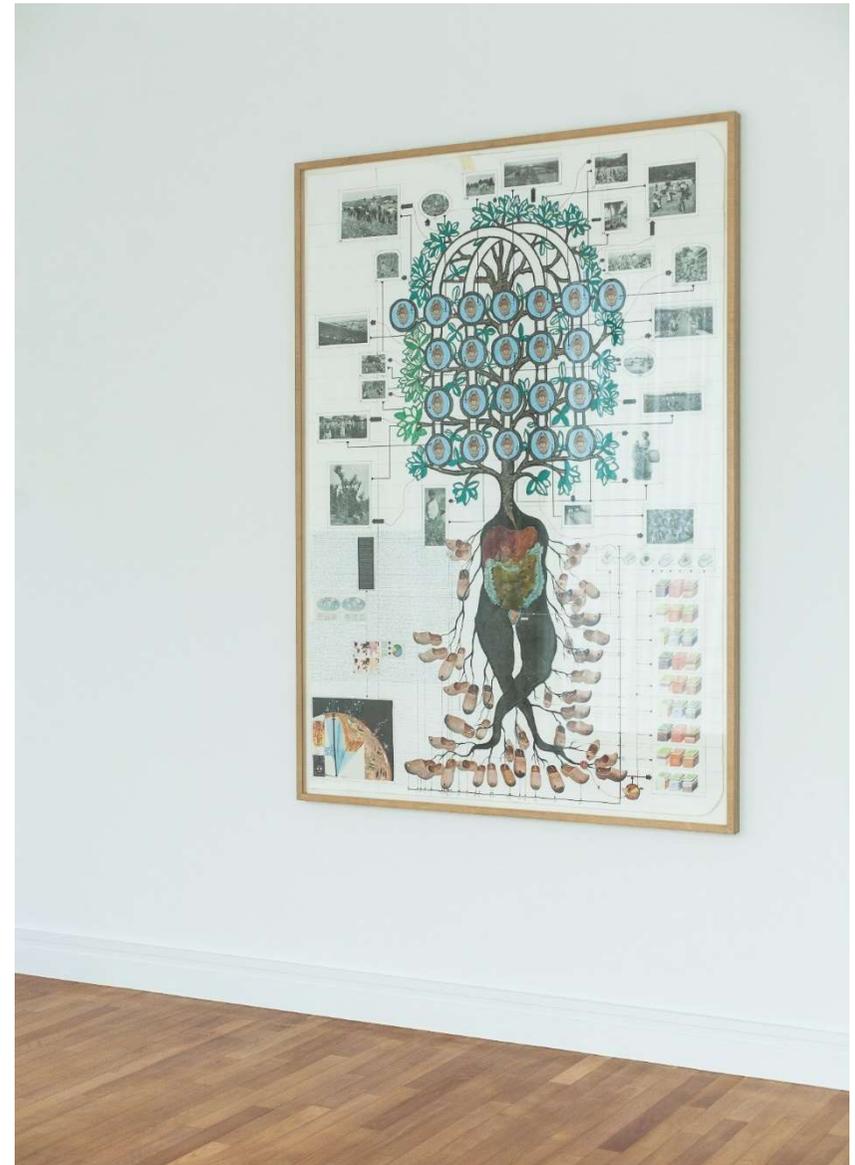
✧ La portée budgétaire des nouvelles initiatives peut alors être déduite de la comparaison des estimations techniques avec les objectifs budgétaires prédéterminés. Il est utile de répéter les points qui ont déjà été mentionnés :

- 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 doit être ajustée à la hausse ou à la baisse.

- ✧ 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.

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.
- ✧ Comme expliqué plus en détail, il n'est pas nécessaire de déplacer une éventuelle marge vers la ligne transversale. De nouvelles initiatives peuvent également rester possibles dans les autres secteurs. Les décisions finales quant à ceci seront prises par le Comité de l'assurance et par le Conseil général.
- ✧ 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.

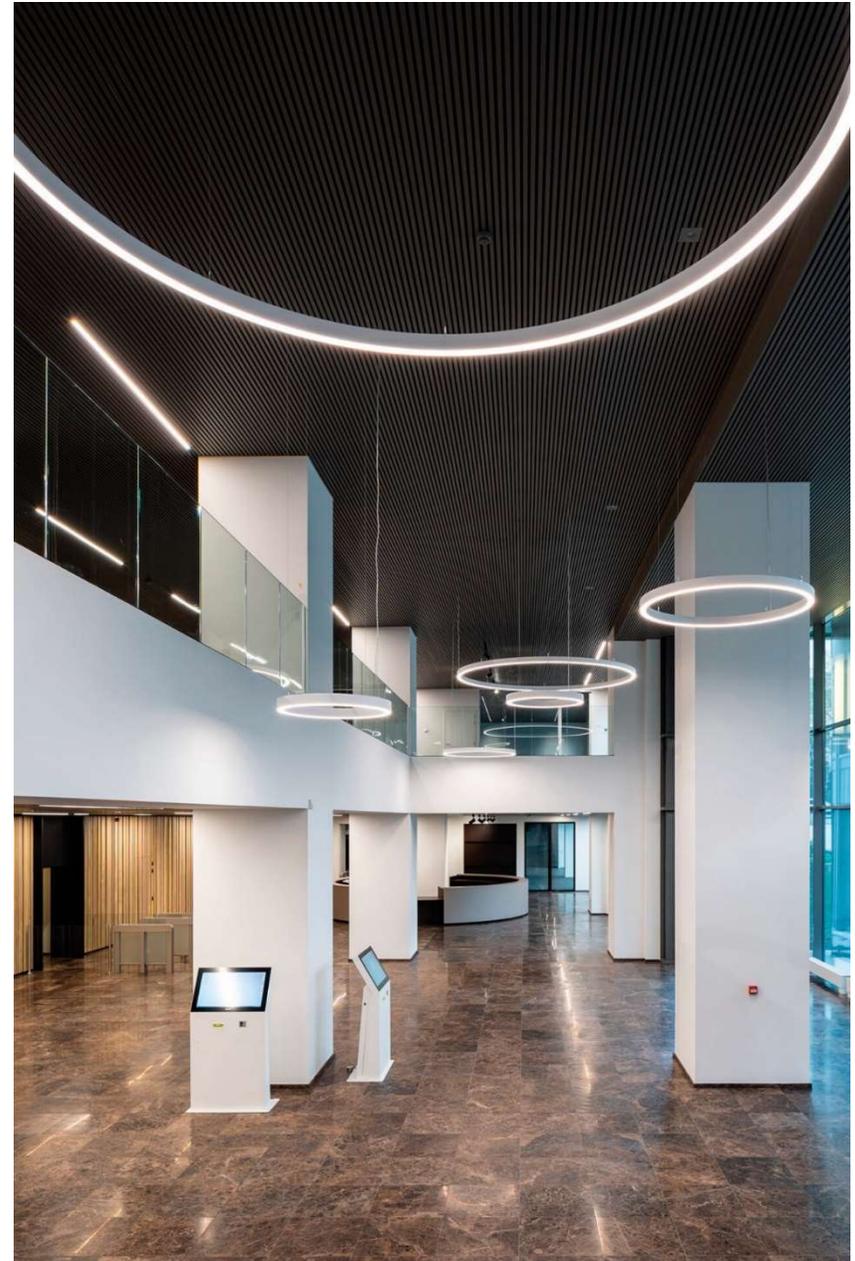
- ✧ Chacune de ces instances tient compte des engagements pris en début de législature concernant le cadre pluriannuel. Cependant, ces engagements sont mis à jour chaque année en fonction des nouvelles informations. Il est absolument nécessaire de suivre attentivement l'évolution des dépenses et, le 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

✧ Voir rapport final 31/12/2021.

Références

• Rapports

- ✦ Accord du gouvernement, 2020. https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf
- ✦ Baeten R. Observatoire social européen, 2021, Bruxelles. http://www.ose.be/files/publication/health/2021_Baeten_Deliverable_gezondheidszorg_bevraging_Synth_NL.pdf
- ✦ Cès S., Baeten R. Observatoire social européen, 2020, Bruxelles. http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Report_EN.pdf
- ✦ HSPA, 2020, Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement, Publications Office of the EU, Luxembourg. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2020_resilience_en.pdf
- ✦ INAMI et SPF Santé publique. Note d'orientation. Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique. Conférence nationale Soins aux malades chroniques 28 novembre 2013.
- ✦ INAMI et Médecins du Monde. LIVRE BLANC sur l'accès aux soins en Belgique. Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2014. D/2014/0401/39
- ✦ KCE. Position paper: organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Reports 190Bs. D/2012/10.273/83
- ✦ KCE. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02
- ✦ KCE. Étapes exploratoires vers la formulation d'objectifs pour le système de santé belge – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 292Bs. D/2017/10.273/60
- ✦ KCE. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.
- ✦ KCE. Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019b. KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77.
- ✦ KCE. Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019c. KCE Reports 318Bs. D/2019/10.273/49
- ✦ KCE. Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/29.
- ✦ OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf
- ✦ OMS : WHO Regional Office for Europe. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/healthservices-delivery/publications/2016/the-european-framework-foraction-on-integrated-health-services-delivery-an-overview-2016>

• Sites internet

- ✦ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/>
- ✦ https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/Pages/reunion_lancement_comite_assurance_elargi.aspx
- ✦ https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/priority_areas_en