Budget des soins de santé 2023

Soutien des prestataires de soins et des patient·es

Saskia Mahieu — Direction Politique
Sophie Cès — Service d'études

Résumé

La préparation du budget 2023 a été marquée par l'impact budgétaire de la pandémie de COVID-19, la pénurie croissante de personnel soignant, la forte inflation et la hausse des prix de l'énergie. Dans certaines disciplines, les prestataires de soins se déconventionnent massivement compromettant ainsi la sécurité tarifaire pour le·la patient·e. Les discussions budgétaires pour l'attribution du budget des soins de santé en 2023 ont donc fortement été influencées par le contexte dans lequel les prestataires de soins travaillent aujourd'hui.

Finalement, le Conseil général aura approuvé à l'unanimité un budget pour les soins de santé en 2023 observant la proposition du Comité de l'assurance. 35,3 milliards d'euros seront mis à disposition des soins de santé. La marge budgétaire a été allouée en priorité pour soutenir les prestataires et les établissements de soins de santé ainsi que pour assurer l'accessibilité financière des soins aux patient·es.

Mots-clés : Budget, soins de santé, nouvelles initiatives, COVID-19, réformes, objectifs des soins de santé, gouvernance, analyse

1. Contexte du processus budgétaire

Le but de chaque trajectoire budgétaire est d'accroitre la contribution du système de soins de santé à la santé et la qualité de vie. Le débat sur le budget de 2023 présente également le défi de rechercher la meilleure santé publique possible dans un contexte économique particulièrement tendu.

L'objectif de l'article est de présenter le contexte politique et économique ainsi que le résultat des négociations budgétaires 2023[1]. L'année 2024 a déjà aussi été abordée par le gouvernement fédéral qui a dessiné une stratégie budgétaire pour 2024 lors de son conclave budgétaire début octobre 2022.

1.1. Historique de la croissance du budget des soins de santé

En Belgique, le budget des soins de santé évolue selon différents paramètres, la norme de croissance légale fixée par le gouvernement, la masse d'indexation et quelques dépenses spécifiques. La norme de croissance légale détermine l'ampleur de la marge budgétaire disponible, qui peut être utilisée pour financer de nouvelles initiatives. Depuis dix ans, cette norme a chuté progressivement pour passer de 4,5% jusqu'en 2012 à un niveau faible de 1,5% à partir de 2015. En réalité, la croissance effective réelle des dépenses de soins de santé n'a été que de 1,5% entre 2012 et 2015 et de 0,9% entre 2015 et 2019 (Lambert L., 2020) en raison notamment de la décision de ne pas octroyer la totalité de la norme de croissance. Or, selon le Bureau fédéral du Plan, l'évolution des besoins structurels en soins (correspondant à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, au vieillissement de la population, aux progrès médicaux, à l'évolution de la pratique médicale et aux facteurs socio-économiques) conduisait théoriquement à 2,2% d'augmentation moyenne annuelle réelle des dépenses de soins de santé (projection à politique inchangée sur la période 2017-2022) (Bureau fédéral du Plan, 2017). Cette contraction importante des moyens budgétaires au regard des besoins de financement au cours de la décennie passée a des implications majeures pour le développement des soins de santé à moyen terme, à commencer par l'impossibilité de financer suffisamment les avancées médicales, à soutenir des rémunérations justes pour les prestataires dans le cadre du conventionnement et à améliorer l'accessibilité des soins. Les analyses de la performance du système de soins de santé récentes montrent en effet que des problèmes d'accès aux soins importants persistent (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020; Cès & Baeten, 2020; Maertens de Noordhout, et al., 2022). La décennie de sous-investissement structurel suivie de la crise sanitaire et économique représente un contexte exceptionnellement tendu pour garantir un système de soins de santé performant.

1.2. Contexte économique actuel pour la préparation du budget 2023

Déjà en juin 2022, le Comité de monitoring mettait en garde contre l'accroissement du déficit budgétaire public. Lors du conclave budgétaire de début octobre, le gouvernement fédéral a dû trouver un équilibre entre l'effort budgétaire à fournir pour réduire le déficit public et les dépenses supplémentaires à consentir pour maintenir le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises.

Dans le secteur des soins de santé, le principal défi a été de trouver des réponses budgétaires adaptées aux difficultés rencontrées par les prestataires et les patient·es alors même que les moyens budgétaires étaient très limités. En effet, dans certaines disciplines, le nombre de prestataires de soins conventionné·es est trop faible pour garantir un accès rapide aux soins au tarif conventionné (De Wolf, et al., 2020). Le modèle doit être réformé, comme mentionné dans la note du Conseil général du 17 octobre 2022 : l'accessibilité c'est aussi « Faire en sorte de disposer de suffisamment de prestataires de soins qui respectent les tarifs» (RIZIV-INAMI, 2022a). Les difficultés économiques liées à l'inflation importante n'épargnent pas le secteur des soins de santé, en particulier parce que les mécanismes d'indexation existant au sein de l'assurance maladie sont actuellement trop lents, ce qui fait peser une charge financière considérable sur les prestataires et les établissements de soins. Ce problème combiné à la pénurie croissante de personnel soignant accroit le risque de dégradation de l'accessibilité des soins de santé, compromettant ainsi la viabilité du système de soins santé.

1 « Le travail de négociation se fait dans un premier temps au sein des Commissions de conventions et d'accords (commission par secteur de soins rassemblant les mutualités et prestataires de soins concernés) lorsqu'elles déterminent chacune leurs priorités budgétaires. Ensuite, au sein du Comité de l'assurance, lorsque les représentants tant des prestataires de soins que des mutualités formulent une première proposition budgétaire globale, début octobre » (Lambert L., 2020). Le Conseil général de l'INAMI approuve ensuite la proposition.

Finalement, le Comité de l'assurance a été obligé de transmettre une proposition de budget pour les soins de santé 2023 au Conseil général sans connaître les résultats du conclave budgétaire.

1.3. Réforme de la gouvernance du système de soins de santé

En février 2022, un groupe de travail, « Quintuple Aim », institué dans le cadre du Comité de l'assurance et un Comité scientifique indépendant ont livré un rapport comprenant les orientations pour adapter la gouvernance du processus budgétaire (INAMI-RIZIV, 2022b). Les mutualités se sont demandé quel rôle leur serait attribué en septembre. Comme les adaptations n'étaient pas encore mises en œuvre en 2022, les mutualités ont continué à assumer le même rôle que dans les années précédentes et ont coordonné les discussions budgétaires en vue de la proposition du Comité de l'assurance au Conseil général.

En juillet 2022, les membres du Comité de l'assurance et du Conseil général ont reçu une note du gouvernement contenant les principes d'adaptation de la gouvernance. Cette note respecte les travaux du groupe de travail *Quintuple Aim* et du Comité scientifique. Le raisonnement repose sur le principe que l'amélioration de la performance du système de santé dans un contexte de ressources limitées nécessite une nouvelle façon de travailler ensemble en mobilisant mieux la réflexion collective, au-delà des considérations en silo par secteur et sur la base d'éclairages scientifiques. Cette nouvelle approche collective pour résoudre les problèmes devrait stimuler les propositions innovantes, mieux à même de répondre aux nombreux défis de santé publique.

Étapes d'élaboration des programmes d'action

La complexité des soins de santé nécessite de réunir toutes les parties prenantes concernées pour réfléchir ensemble aux actions à mettre en oeuvre. L'objectif à atteindre dans cet exercice doit être une meilleure santé et une meilleure qualité de vie pour tous. La gouvernance future du système des soins de santé devrait ainsi permettre d'asseoir un cadre favorable à la co-construction, qui soit à la fois bien formalisé et structurant tout en restant suffisamment souple et adaptatif pour guider les transformations dans les domaines jugés prioritaires. La co-construction se définit comme la collaboration entre différents acteur·rices (prestataires de soins, organisations de soins, associations de patient·es, expert·es, mutualités) autour de questions complexes liées à la santé de la population et à la performance du système des soins de santé, afin de proposer des programmes d'action pour atteindre des objectifs prioritaires partagés et d'en évaluer les effets (Cès, 2022). Il s'agit avant tout de se doter d'une vision stratégique du système des soins de santé avec un cadre de valeurs, des domaines prioritaires, avec des objectifs de santé globaux et des objectifs de soins de santé SMART[2] (lorsque c'est possible) et partagés (qui sont déterminés de manière participative). Comme les objectifs de santé sont majoritairement des objectifs à long terme, il est aussi essentiel de disposer d'objectifs opérationnels (processus, structure, organisation) afin de vérifier à court et moyen terme si les améliorations apportées au système des soins de santé ont effectivement été mises en œuvre.

2 Spécifique (défini), Mesurable, Atteignable (compte tenu des actions possibles), Réaliste (compte tenu de l'échelle de temps), Temporellement défini. Ces types d'objectifs ne sont pas un outil de contrôle. Ils sont indispensables pour évaluer l'amélioration de la performance du système des soins de santé.

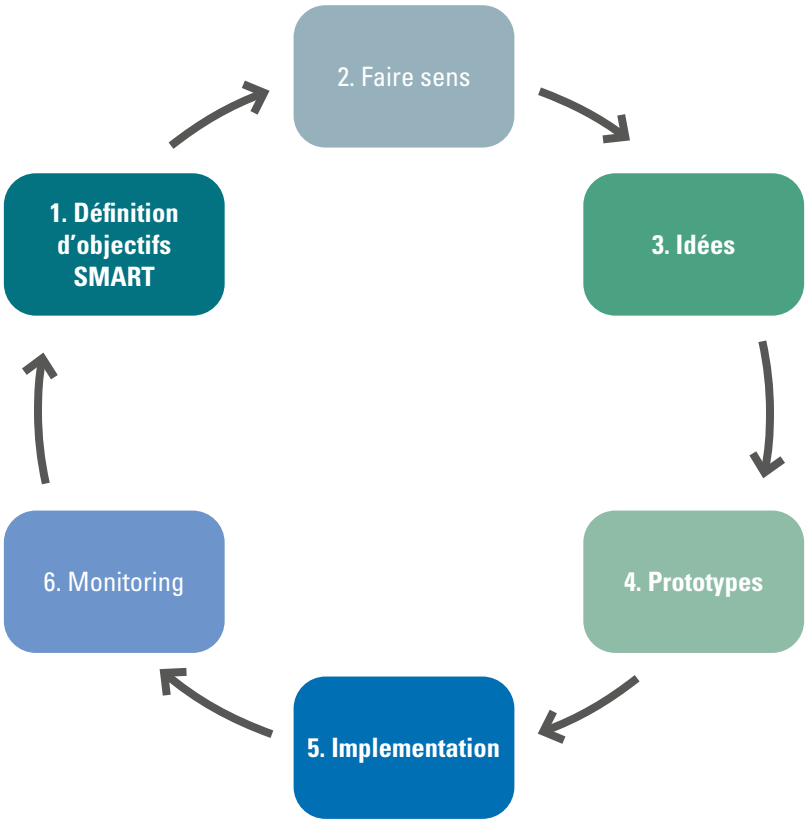
La co-construction concerne un cycle d'amélioration itératif (voir Figure 1) :

1. le problème à traiter est choisi et défini, formulation d'objectif SMART;
2. le problème étant complexe, il est essentiel de commencer à acquérir une connaissance commune du problème;
3. des options alternatives, des modèles et des actions possibles sont proposés, les plus pertinents sont sélectionnés;
4. la valeur des actions proposées est évaluée en les confrontant à la perspective des patient·es et des prestataires de soins, au contexte local et à d'autres facteurs externes ou à des projets existants, etc.;
5. les actions prioritaires ayant passé l'épreuve sont opérationnalisées et des estimations budgétaires sont faites pour planifier sur plusieurs années leur mise en œuvre.

Avec la décision relative au budget des soins de santé 2022, une nouvelle ligne transversale a été introduite : « Objectifs des soins de santé et *appropriate care* ». Le but est de coconstruire avec l'ensemble des parties concernées pour résoudre des problèmes complexes de santé publique et de performance du système des soins de santé. Concrètement, il s'agit de développer des programmes d'action afin de réaliser des objectifs de soins de santé communs dans un cadre budgétaire pluriannuel. En 2022, dans les domaines de la prévention secondaire et tertiaire, sept problématiques de santé prioritaires ont été sélectionnées pour élaborer des trajets de soins transversaux, des itinéraires de soins et des soins intégrés :

- pré-trajet pour le patient ayant un risque de diabète et suivi des patients diabétiques ;
- trajet de soins pour l'obésité infantile ;
- trajet de soins multidisciplinaire périnatal (pré- et postnatal) pour les femmes vulnérables ;
- trajet de soins autour du patient avant et après une transplantation abdominale ;
- prise en charge des troubles alimentaires pour chez les jeunes ayant des problèmes psychiatriques ;
- réduire les réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) par le déploiement d'une meilleure rééducation pulmonaire et l' augmentation de la qualité de vie des patients concernés via l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles ;

Figure 1 : Cycle d'amélioration itératif



- divers projets dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire dans la 1ère ligne : notamment le projet post-COVID.

En 2022, l'amorce de cette nouvelle gouvernance a été lancée. On espère qu'en 2023, les ressources supplémentaires nécessaires pourront être fournies en fonction des conclusions des groupes de travail.

2. L'objectif budgétaire et les estimations techniques pour 2023

2.1. Objectif budgétaire global 2023

Le calcul de l'objectif budgétaire global est fixé par la loi. Chaque année le calcul se base sur l'objectif budgétaire global de l'année en cours. Celui-ci est majoré par la norme de croissance légale que chaque gouvernement fixe par la loi en début de législature, la masse d'indice basée sur l'indice santé[3] (8,14%) et l'indice pivot, ainsi que certaines dépenses spécifiques (voir Tableau 1).

2.2. Estimations techniques pour 2023

Les estimations techniques permettent d'estimer, à politique constante, les dépenses de santé en 2023 à 33,351 milliards d'euros (sans indexation) (INAMI-RIZIV, 2022c) (voir Tableau 2).

Les membres du Comité de l'assurance et du Conseil général reçoivent de la part des services de l'INAMI à la mi-septembre les estimations techniques révisées, soit les dépenses prévues pour l'année suivante sur la base des chiffres disponibles et à politique constante. Les estimations techniques 2022 – 2023 sont, en principe, basées sur l'évolution du trend des dépenses et des cas prestés pour la période 2015 – 2019, sans tenir compte des dépenses et des cas prestés des années 2020 et 2021 ou de l'évolution corrigée du trend des dépenses et cas comptabilisés pour la période 2017 – 2021. En ne tenant pas compte des années comptables 2020 et 2021 ou en corrigeant celles-ci, l'impact du COVID-19 est neutralisé dans l'extrapolation du trend, de sorte que les résultats ne sont pas affectés par les moindres dépenses en 2020 et 2021 dues au COVID-19.

Tableau 1 : Résumé du calcul de l'objectif budgétaire global 2023 (Source : INAMI-RIZIV, 2022c)

	en 000 d'euros
Objectif budgétaire global 2022	32.126.154
Montant compensation recettes totales art.111/81-2022	-1.280.272
Interventions financières supplémentaires pour les prestataires de soins	-207.000
Norme stricte 2022	**30.638.882**
Norme de croissance réelle 2,5%	765.972
Sous-total	**31.404.854**
Indice santé (8,14%)	1.475.727
Masse indice pivot 2022 (surcoût en 2023 par rapport à l'objectif 2022)	673.170
Masse indice pivot 2023	282.743
Sous-total	**33.836.494**
Montant compensation recettes totales art.111/81-2023	1.429.348
Réforme détenus	19.453
Proposition objectif budgétaire pour 2023	**35.285.295**

3 Indice santé : « La valeur actuelle de cet indice est obtenue par la soustraction de certains produits du panier de l'indice des prix à la consommation, à savoir les boissons alcoolisées (achetées en magasin ou consommées dans un café), le tabac et les carburants, à l'exception du LPG » | Statbel (fgov.be). Pour les salariés, c'est l'indice pivot qui s'applique (appliqué le 1er mois après dépassement de 2%).

Tableau 2 : Résumé du calcul de la marge budgétaire 2023 (Source : INAMI-RIZIV, 2022c)

En milliers d'euros (septembre)	Simulation de l'objectif budgétaire 2023	ITR 2023 (septembre 2022)	Différence
Résultat (en p 2022*)		**33.351.797**	
Masse d'index			
Indice santé		1.475.727	
Indice pivot 2023		282.743	
Résultat (en p 2023)	**35.285.295**	**35.110.267**	**175.028**

* Exclusivement le financement complémentaire des prestataires de soins au 1er juin 2022

La marge budgétaire correspond à l'objectif budgétaire 2023 (voir Tableau 1) moins les estimations techniques (et les montants d'indexation estimés pour 2023) (voir Tableau 2). En 2023, le solde est positif et correspond à une différence de 175,028 millions d'euros par rapport à l'objectif budgétaire normatif. Cette marge positive permet de financer de nouvelles initiatives.

3. Proposition de budget du Comité de l'assurance et décision du Conseil général

3.1. La proposition de budget du Comité de l'assurance : allocation de la marge budgétaire

Le Comité de l'assurance se fonde sur le *Quintuple Aim* pour orienter les politiques d'investissement (INAMI-RIZIV, 2022a; INAMI-RIZIV, 2022b) :

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

L'objectif de la recherche d'une meilleure efficience du système de santé trouve une concrétisation en 2023 dans l'*appropriate care*. La formule *appropriate care* exprime l'intention de mieux utiliser les moyens disponibles, en d'autres mots de réaliser des gains d'efficience[4]. La réflexion est centrée sur les possibilités de dégager des gains financiers nets, c'est-à-dire en finançant des actions qui peuvent non seulement être rentabilisées mais qui génèrent aussi un gain financier net par rapport à ce qui est investi. Le but est de pouvoir réinvestir ces gains pour financer d'autres besoins[5]. L'*Appropriate care* doit être explicité. Il faut éviter que ce concept soit réduit à une volonté d'éviter le gaspillage et donc de simplement faire disparaître l'*inappropriate care*. L'objectif est de passer, avec le budget existant, de moins à plus de soins appropriés. « L'*Appropriate care* a pour objectif de créer une *health value* additionnelle et se base 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 » (INAMI-RIZIV, 2022b).

Différents types de gains d'efficience sont alors envisageables pour réaliser l' *appropriate care* :

- d'un côté, il est possible de mener la réflexion autour de la réduction du coût des soins, qui doit passer, d'une part, par la réduction de certaines activités qui apportent peu de valeur ajoutée et, d'autre part, par une moindre utilisation de ressources en quantité ou avec des ressources moins coûteuses pour la même efficacité ;
- d'un autre côté, il est aussi indispensable de lutter contre la morbidité évitable qui implique des coûts de prise en charge importants, à commencer par l'amélioration de

4 Le rapport entre ce qui est investi dans le système et les résultats obtenus (www.gezondbelgie.be).

5 Il est également possible de réaliser des gains d'efficience sans libérer directement des moyens financiers, c'est-à-dire en investissant davantage pour obtenir des gains de santé plus importants. Toutefois, cette possibilité ne concerne pas l'*appropriate care* car il s'agit d'obtenir un gain financier net à court terme.

la sécurité des soins pour réduire les coûts supplémentaires de prise en charge (par exemple, lutte contre les complications de plaies, les infections nosocomiales, les réhospitalisations évitables, etc.) (Devos, et al., 2019). L'amélioration de l'accès aux soins est aussi un moyen de prévenir les complications évitables, par exemple, par un dépistage précoce, par l'amélioration de la continuité des soins, en particulier à la sortie de l'hôpital ou encore par un meilleur accès aux soins essentiels pour les malades chroniques.

Dans cette optique de meilleure gestion de l'assurance maladie, il est proposé d'investir 80 millions d'euros en *appropriate care* en régime de croisière en 2024 et de rendre cette enveloppe effective dès le 1er octobre 2023 afin que 20 millions d'euros puissent déjà être réinvestis dans de nouvelles initiatives en 2023. La marge budgétaire totale disponible pour 2023 s'élève donc à 195,028 millions d'euros, ce qui représente 0,55% du budget total de 2023. Celle-ci vise à financer les nouvelles initiatives qui sont présentées dans les tableaux 3, 4 et 5 ci-dessous.

Dans un contexte économique particulièrement difficile, la priorité est donnée aux mesures en faveur du bien-être des prestataires de soins (cf. « *Quintuple Aim* »). Cet effort représente 70% de la marge budgétaire. L'amélioration de l'accessibilité financière et physique des soins a aussi été une priorité budgétaire, représentant 22% de la marge budgétaire.

Nouvelles initiatives prises dans le cadre de l'objectif budgétaire 2023 (allocation de la marge budgétaire de 195 millions d'euros)

Tableau 3 : Mesures d'accessibilité financière pour les patient·es (sur base annuelle, 14% de la marge budgétaire)

Mesures	En euros
Verres de lunettes et autres aides : adaptation de la nomenclature et abaissement des seuils, notamment réduction de 7,75 à 6 dioptries pour le groupe cible 18-65 ans	3.354.000
Soins bucco-dentaires : extension des codes d'âge enfants (sans ticket modérateur) jusqu'au 19e anniversaire	3.527.000
Extension de la limite d'âge pour un examen parodontal jusqu'au 60e anniversaire	445.000
Suppression de limite d'âge pour l'examen buccal annuel	1.500.000
Intégration des tarifs maximum (étape supplémentaire)	1.500.000
Extension du remboursement des capteurs pour le diabète de typeII (par étapes pour obtenir une tarification correcte)	7.000.000
Oncofreezing (élargissement des indications)	1.500.000
Transport interhospitalier	6.493.930
Augmentation du forfait nutrition entérale à domicile	2.200.000
Total	**27.519.930**

Tableau 4 : Mesures d'accessibilité physique pour les patient·es (sur base annuelle, 8% de la marge budgétaire)

Mesures	En euros
Transidentité : création de centres satellite en raison de listes d'attente de plus de 700 personnes	470.912
Affections rares : financement de la fonction de coordination des soins pour 4 maladies pilotes	675.000
Soins de santé mentale : honoraires des médecins pour des soins somatiques dans des hôpitaux psychiatriques (première étape)	6.443.999
Continuité domicile/hôpital — première phase : financement des séjours de revalidation / unités de revalidation après concertation avec les régions, avec une deuxième phase comprenant l'extension à des lits SP et aux soins à domicile	8.389.532
Total	**15.979.443**

Tableau 5 : Mesures en faveur du bien-être du prestataire de soins (sur base annuelle, 70% de la marge budgétaire)

Mesures	En euros
Mesure structurelle supplémentaire pour les prestataires de soins conventionnés (compensation de l'augmentation des coûts de fonctionnement)	100.000.000
Instauration d'un statut social pour les sage-femmes (cf. les infirmier·ère·s à domicile)	1.036.146
Revalorisation des soins de kinésithérapie sur la base de la masse d'index, de la marge budgétaire et de l'indexation (voir ci-dessous) : 17,29 millions d'euros au 1/1/2023 et 11,162 millions d'euros à partir du 1/7/2023 pour laisser le temps de rédiger des mesures appropriate care, bien que cette description n'empêche pas la réalisation de la revalorisation au 1/7/2023	25.000.000
La réévaluation des codes de week-end pour les soins post-natals au 5ème jour	492.480
Statut social des spécialistes et des généralistes en formation	5.000.000
Soutien aux frais de transport des infirmiers à domicile salariés	5.000.000
Total	**136.528.626**

Le risque accru de cyberattaques requiert un budget supplémentaire de 15 millions (8% de la marge budgétaire). Il s'agit d'une mesure exceptionnelle étant donné que les frais d'ICT ne sont en principe pas financés avec le budget des soins de santé. Mais les expériences concrètes ont montré que la continuité des soins pouvait être gravement compromise par les cyberattaques et que le financement par le budget des soins de santé était dans ce cas exceptionnellement justifié.

3.2. Décision du Conseil général

Le gouvernement confirme les nouvelles initiatives envisagées dans la proposition de budget du Comité de l'assurance et souligne les mesures suivantes dans le cadre de l'accessibilité financière pour les patient·es. Ces mesures sont prises en dehors de l'objectif budgétaire.

Concernant l'amélioration de l'accès financier, les plafonds des tickets modérateurs du maximum à facturer (MAF) ne sont pas indexés cette année. Le MAF est une mesure de protection financière qui vise à éviter les dépenses de santé excessives pour les ménages. Au-delà d'un certain plafond, les tickets modérateurs accumulés sur une année ne sont plus socialement acceptables parce qu'ils deviennent une charge financière trop importante. Lorsque le plafond (dépendant des revenus familiaux nets imposables) est dépassé, les tickets modérateurs et autres frais prévus à la charge du patient sont remboursés. Cela signifie que la limite prévue au-delà de laquelle les patient·es bénéficient de la prise en charge de leurs tickets modérateurs et autres frais par l'assurance maladie n'est pas augmentée cette année. Une autre mesure en faveur de l'accès financier est l'octroi automatique de l'intervention majorée aux chômeur·ses de longue durée et aux personnes en incapacité de travail parce qu'ils se situeraient sous le plafond de revenus.

Certains glissements budgétaires ont également été décidés. Un montant résiduel de 7,635 millions d'euros de la ligne budgétaire transversale est alloué à une convention « coordinateur de soins spécialisés et consultation multidisciplinaire concernant la sclérose en plaques ». Sur la base de l'accord national médico-mutualiste, 4 millions d'euros sont prévus pour l'ajustement des honoraires des neurologues, des psychiatres et gériatres auprès des résident·es des maisons de repos pour personnes âgées afin d'améliorer l'accès à ces soins. 1,036 million d'euros est débloqué pour la création de banques de lait maternel dans les hôpitaux car le budget nécessaire à l'instauration du statut social des sage-femmes a pu finalement être trouvé dans un autre poste de dépenses « administratives ». Dans le cadre de la politique intégrée en matière de drogue, les services A de 20 réseaux de soins de santé mentale sont

renforcés et un soutien supplémentaire aux projets art. 56 concernés (avec chaque fois une suite en 2024) est prévu.

Pour cette année seulement, un montant unique de 80 millions d'euros est prévu pour compenser la hausse des frais énergétiques du premier semestre 2023 dans les hôpitaux. Une évaluation aura lieu d'ici le 30 juin 2023 pour voir si des moyens supplémentaires doivent être dégagés pour ce poste. Le coût supplémentaire pour 2023 des mesures contre le COVID-19 a été estimé en septembre à 296,693 millions d'euros. Ce montant dépend de l'évolution de la pandémie et plus encore de la stratégie de dépistage prévue (INAMI-RIZIV, 2022c). En raison de l'ajustement, après le conclave budgétaire, de cette stratégie de dépistage, le coût supplémentaire a finalement été réévalué pour 2023 à 100 millions d'euros. Ce coût supplémentaire n'est pas inclus dans l'objectif budgétaire global. Ce n'est qu'en 2024 que les mesures structurelles de lutte contre le COVID-19 nécessaires seront incluses dans l'objectif budgétaire global et ne devront donc plus être financées en dehors de la norme de croissance budgétaire.

Impact du COVID-19 sur les dépenses de santé

Le coût supplémentaire des mesures spécifiques pour le COVID-19 hors objectif budgétaire global s'élevait en 2020 à 897,170 millions d'euros dont environ 200 millions pour le dépistage) et en 2021 à 1,123 milliard d'euros (dont environ 640 millions pour le dépistage (INAMI-RIZIV, 2022c). La réduction totale des dépenses liées à l'utilisation des soins de santé est estimée à 1,47 milliard d'euros pour l'année 2020 (INAMI, 2021) et à beaucoup moins pour l'année 2021.

Les dépenses, autant dans les secteurs ambulatoires que dans les hôpitaux, sont considérablement plus élevées en 2021 qu'en 2020 :

- dans les secteurs ambulatoires hors hôpitaux, les dépenses ont augmenté en 2021 de 9,7% par rapport à 2020;
- dans les hôpitaux, les dépenses ont augmenté en 2021 de 10,3% par rapport à 2020.

Il faut noter qu'en 2021, dans tous les secteurs, il y a eu 10,7 millions au total de prestations à distance. Elles représentent une dépense de 224 millions d'euros. La majeure partie de ces prestations sont faites par des médecins (représentant 218 millions d'euros pour 10,5 millions de prestations).

L'industrie pharmaceutique doit mettre en œuvre la trajectoire d'économies décidée dans l'accord de gouvernement pour les années 2022-2024 : au terme de l'accord de gouvernement, le gouvernement a décidé de demander à l'industrie pharmaceutique les efforts suivants à titre de contribution à l'équilibre budgétaire du gouvernement fédéral (non cumulatifs) : 150 millions en 2021, 180 millions en 2022, 210 millions en 2023 et 250 millions en 2024. De plus, le gouvernement a décidé lors de son conclave budgétaire que le secteur des soins de santé ne pourra pas employer 120 millions d'euros en 2023 afin de réduire le déficit budgétaire du gouvernement fédéral. Ce montant correspond à 80 millions d'euros pour des corrections techniques apportées aux estimations de l'INAMI et 40 millions d'euros pour de nouvelles initiatives politiques qui ne pourront pas être mises en œuvre en 2023, mais sont réservées pour 2024.

Enfin, le gouvernement a déjà pris quelques décisions qui limiteront fortement les discussions budgétaires pour le budget des soins santé 2024 et dès lors les réponses qui pourraient être apportées aux besoins en soins de la population et aux besoins de financement des prestataires de soins. La norme de croissance passe exceptionnellement de 2,5% à 2% en 2024, ce qui équivaut à une diminution de 169 millions d'euros de budget et rend improbable la possibilité de marge budgétaire pour investir dans les soins de santé. Les 2% d'accroissement réel des dépenses seront largement absorbés par l'augmentation structurelle des besoins en soins de la population à politique constante (cf. partie 1). En effet, pour la période 2020-2024, le Bureau fédéral du Plan estimait une croissance réelle moyenne de 2,5% par an à politique constante (Bureau fédéral du Plan, 2019). À cette réduction drastique du budget 2024 devront s'ajouter les coûts supplémentaires dus aux mesures contre le COVID-19 (voir ci-dessus). Enfin, il est également prévu que 125 millions d'euros ne pourront pas être utilisés en 2024, mais seront en principe réservés à 2025.

4. Conclusion

La proposition du budget pour l'année 2023 a été votée par les membres du Comité de l'assurance à la majorité des deux tiers[6] et approuvée à l'unanimité par le Conseil général. La décision prend les mesures nécessaires pour soutenir l'accès aux soins et prendre en compte les difficultés financières des prestataires et des établissements de soins malgré la situation économique difficile. Comme c'est précisément en raison de cette situation difficile que l'on peut s'attendre à ce que davantage de personnes reportent leurs soins, ou peut-être même y renoncent, nous apprécions cette décision du gouvernement. Cependant, les séquelles de la pandémie, conjuguées à la pénurie croissante de personnel, au vieillissement de la population, à la hausse des prix de l'énergie et au retard des indexations, soumettent les prestataires de soins de santé à une forte pression. À juste titre, une grande partie de la marge budgétaire leur a été attribuée, ainsi qu'à des mesures favorisant l'accessibilité financière des soins en faveur des patient·e·s.

En 2022, l'augmentation des coûts de fonctionnement et les retards dans les mécanismes d'indexation ont soumis le modèle de convention à une pression intense. Le conventionnement et un nombre suffisant de prestataires de soins de santé qui y adhèrent sont néanmoins essentiels pour maintenir l'accessibilité financière pour chaque patient·e (sous réserve de tarifs de conventionnement raisonnables). Il n'y a pas non plus de solution évidente pour le conventionnement. Les 100 millions d'euros destinés à la compensation structurelle de la hausse des coûts de fonctionnement au profit des prestataires de soins entièrement conventionnés devraient donner à tous les acteur·rices le temps de procéder à une adaptation de fond du modèle de conventionnement. L'objectif est que la population de chaque région dispose d'une offre suffisante de soins à un tarif conventionné. Ces réformes devront être élaborées en 2023, en même temps que la réforme de la nomenclature médicale et que les élections médicales, ce qui ne sera pas facile.

Le succès des politiques de soins de santé dépendra de la capacité des processus de gouvernance à intégrer l'ensemble des perspectives multiples dans une dynamique d'amélioration continue du système de soins de santé. Pour permettre la réalisation de cette dynamique, la co-construction des politiques de soins de santé, visant à transformer le système de santé de façon participative et itérative, est une nouvelle mission, par ailleurs en cours de formalisation pour l'ensemble des parties prenantes. À l'heure actuelle, aucun objectif interfédéral de santé n'a été formulé et aucun objectif SMART pour les soins de santé n'a été fixé lors des décisions budgétaires pour 2023; de même, la gouvernance pour un processus budgétaire adapté n'a pas encore été opérationnalisée et aucune méthodologie participative permettant aux prestataires de soins, aux mutualités et aux expert·es d'apprendre à co-construire n'a encore été mise sur pied.

L'introduction de la nouvelle méthodologie des objectifs (de soins) de santé, des programmes d'action et de la planification pluriannuelle nécessite du temps et des moyens pour développer des méthodes de travail et une gouvernance adaptées. En même temps, il est indispensable d'établir une confiance dans la nouvelle méthode de travail. Les mutualités avaient espéré un rythme de progression plus soutenu dans ce domaine, notamment dans les sept groupes de travail transversaux suite à la décision budgétaire pour 2022 (voir ci-dessus). C'est pourquoi il a été décidé de ne pas lancer de nouveaux groupes de travail (la ligne budgétaire transversale n'a provisoirement pas encore été complétée). Il est désormais urgent de mettre en place une gouvernance capable de mobiliser toutes les parties prenantes autour des nombreux défis à long terme auxquels le système de santé sera confronté. De nouvelles méthodes de travail devront être élaborées pour arriver à coupler aux objectifs des soins de santé des programmes d'action basés sur l' *appropriate care* , ainsi que pour apprendre la planification pluriannuelle. Toutefois, la préservation du système des soins de santé ne pourra pas être garantie sans une politique d'investissement forte pour rencontrer les besoins croissants en soins de la population dans les années à venir, c'est-à-dire en commençant par le relèvement de la norme de croissance légale. En effet, les choix budgétaires doivent non seulement répondre aux besoins actuels, mais aussi permettre d'anticiper les besoins futurs. Compte tenu de l'évolution rapide des besoins, la préservation d'un modèle de soins de santé basé sur la solidarité dépendra très fortement des choix budgétaires qui seront posés dans les années à venir.

6 Le Comité de l'assurance a recommandé la proposition avec une majorité des deux tiers : 100% sur le banc des mutualités (22 voix sur 22 pour) et 73% sur le banc des prestataires de soins de santé (6 absents parce qu'il n'a été signalé que très tard que la réunion aurait lieu en présentiel et non en ligne, 5 abstentions, 8 voix pour et 3 contre).

Bibliographie

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? KCE Reports 334D/2020/10.273/30.* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Bureau Fédéral du Plan. (2017). *Perspectives économiques régionales 2017-2022.* Bruxelles: BFP.

Bureau Fédéral du Plan. (2019). *Perspectives économiques 2019-2024.* Bruxelles: BFP.

Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Mutalité Chrétienne, Santé & Société, 2*, 20-39.

Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique. Rapport de synthèse.* Bruxelles: Observatoire Social Européen.

De Wolf, F., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., Rygaert, X., & Willaert, D. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement.* Bruxelles: Agence intermutualiste AIM-IMA.

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge. Rapport 2019. KCE Reports 313B.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

INAMI-RIZIV. (2021). *Monitoring COVID-19. L'impact de la COVID-19 sur le remboursement des soins de santé. Rapport 2020.* Bruxelles: INAMI-RIZIV.

INAMI-RIZIV. (2022a). Nota ARGV_2022/064. Brussel: RIZIV-INAMI.

INAMI-RIZIV. (2022b). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024.* Brussel: RIZIV-INAMI

INAMI-RIZIV. (2022c). Nota CGV_2022/262. Brussel: RIZIV-INAMI.

Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-informations, 281*, 4-22.

Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adriaenssens , J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques. KCE Reports 352B.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).