

Budget des soins de santé 2023

Proposition du Comité de l'assurance au Conseil général

Table des matières

Synthèse.....	2
1. Contexte.....	4
2. Principes relatifs à la trajectoire pluriannuelle des objectifs de soins de santé.....	5
3. Domaines prioritaires.....	6
A. Modalités d'indexation des rémunérations des professionnels de la santé et l'augmentation des coûts de fonctionnement.....	6
B. Amélioration de l'efficacité des mécanismes de protection financière des patients.....	6
C. Sécurité tarifaire et concertation.....	6
D. Les professionnels de santé.....	7
E. Chantiers en cours et prévus.....	8
F. Une planification et des ressources pour soutenir les chantiers et évoluer vers des soins plus appropriés.....	9
4. Proposition du Comité de l'assurance au Conseil général.....	9
A. Conclave budgétaire du gouvernement.....	9
B. Objectif budgétaire pour 2023.....	10
C. Proposition d'allocation de la marge budgétaire.....	11

Synthèse

La pandémie de Covid-19 a exigé beaucoup des prestataires de soins et des établissements de soins pour répondre à la demande croissante de soins de santé. Le vieillissement de la population et les évolutions épidémiologiques, mais aussi la pénurie croissante de personnel, nous poussent aux limites du système de santé actuel. Nous sommes actuellement tous confrontés à une crise financière et existentielle.

Le Comité de l'assurance demande au gouvernement d'accorder avec priorité une attention particulière tant à l'accessibilité financière des soins qu'aux initiatives qui contribuent au bien-être de tous les travailleurs de la santé et à la viabilité des institutions de santé. Le Comité de l'assurance lance un appel au Gouvernement pour qu'il prévoit des moyens non récurrents, hors de l'objectif budgétaire, d'une part pour couvrir les coûts liés au COVID, d'autre part pour faire face à la croissance des frais énergétiques en particulier pour les hôpitaux.

Aujourd'hui, les mécanismes d'indexation existants dans le système d'assurance maladie réagissent trop lentement à une inflation sans précédent. Le Comité de l'assurance demande au gouvernement une approche approfondie et une réponse structurelle à cette problématique.

Bien que ce problème ne soit pas spécifique aux soins de santé, il convient d'atténuer la pression financière subie par les prestataires conventionnés. Un mécanisme de compensation des coûts pour les pratiques est dès lors prévu pour les prestataires conventionnés. Le Comité de l'assurance propose d'octroyer un montant structurel de 100 millions d'euros de la marge budgétaire à cette fin. Le Comité donne ainsi, dans ce contexte incertain, un signal clair : d'une part, les prestataires qui fournissent des efforts pour fournir des soins accessibles aux patients, doivent être soutenus face aux coûts croissants, et d'autre part, la sécurité tarifaire des patients doit être garantie pour chaque type de soins dans chaque secteur.

Le Comité de l'assurances appelle le gouvernement à respecter le cadre budgétaire de l'assurance maladie, tel que prévu dans l'accord de coalition et avec une norme de croissance de 2,5 % définie par la loi. Cela suppose également que la masse d'index de 2023 est entièrement attribuée aux différents secteurs, ce qui ne change rien au fait que les secteurs sont explicitement invités à remplir partiellement cette masse en tant que masse politique, par le biais, par exemple, d'augmentations sélectives de l'indice lorsque cela est nécessaire et souhaitable.

La situation de crise actuelle exerce également une forte pression sur les ménages. Le Comité de l'assurance veut éviter de leur imposer des charges supplémentaires du côté des coûts de santé. Il faut notamment veiller à ce que les mécanismes de protection (régime préférentiel, tiers payant et facture maximale) conservent leur plein effet et à ce que les factures de frais supplémentaires soient évitées autant que possible. Conformément à l'accord de coalition et aux objectifs choisis en soins de santé, des efforts particuliers seront donc déployés en 2023 pour préserver et accroître l'accessibilité et la protection financières, notamment en garantissant la disponibilité effective des soins à des tarifs conventionnels pour chaque type de soins au sein de chaque secteur, dans la mesure du possible.

Des solutions structurelles sont également nécessaires concernant le non-recours aux mécanismes financiers de protection comme l'intervention majorée. Dans ce contexte, le Comité suggère d'envisager dans les meilleurs délais l'extension de l'octroi automatique à de nouvelles catégories

sociales. En outre, d'ici 2023 des travaux devraient être réalisés pour rénover, ajuster ou réorienter le système de conventionnement sur la base d'une réflexion approfondie en vue de créer une accessibilité financière suffisante à tous les soins, dans toutes les régions du pays..

Le Comité de l'assurance attire également l'attention sur la poursuite des travaux sur un processus budgétaire et un cadre pluriannuel ajustés à partir d'objectifs de soins de santé qui contribuent à une meilleure santé et qualité de vie. Les groupes de travail transversaux mis en place en 2022 autour des initiatives concernant la prévention secondaire et tertiaire ont progressé, mais ils devraient devenir plus concrètes en termes d'objectifs, d'impacts et de financement. L'organe consultatif qui formulera et contrôlera les objectifs de soins de santé communs doit être mis en place en respectant le modèle de concertation.

Le Comité de l'assurance souhaite qu'on porte une attention particulière à la trajectoire de croissance du secteur pharmaceutique. Il demande que la trajectoire d'économies inscrite dans l'accord de gouvernement, qui implique une économie de 210 millions d'euros en 2023 et de 250 millions d'euros en 2024, se concrétise.

Le comité de l'assurance considère qu'il est essentiel d'améliorer en permanence la performance du système de santé en réinvestissant les gains d'efficacité dans de nouvelles initiatives. Le Comité de l'assurance demande que le groupe de travail Appropriate care reprenne ses activités et examine les fiches finalisées (et révisées) pour qu'elles puissent être discutées par les commissions afin que le rapport final du groupe de travail QAIM soit réalisé autant que possible dans les prochaines années. Le Comité de l'assurance s'engage à réaliser un effort de 20 millions d'euros (80 millions d'euros en base annuelle) en 2023.

Pour plusieurs des nouvelles initiatives, la masse d'index sera utilisée à partir du 1er janvier 2023. Il existe également des accords dans certains secteurs concernant la réaffectation des moyens dégagés dans le cadre de l'objectif budgétaire partiel.

1. Contexte

Ces trois dernières années, le secteur des soins de santé a dû faire face à un contexte de crise.

La crise sanitaire a nécessité pour les prestataires de soins d'énormes efforts pour répondre à l'augmentation de la demande ainsi qu'une forte capacité d'adaptation pour assurer la continuité des soins réguliers. Ensuite, l'inflation s'élevant à des niveaux historiquement élevés en 2022 entraîne de fortes tensions : l'augmentation du coût de la vie a, d'une part, des répercussions sur l'accessibilité des soins pour la population et, d'autre part, sur les professionnels de santé avec le financement plus tardif de l'indexation des honoraires pour certaines prestations.

La pandémie de Covid-19 a mis en lumière certaines fragilités de notre système de santé et la nécessité de renforcer sa résilience à l'égard de nouvelles crises sanitaires. Il nous faut maintenant gérer l'ère "post-Covid" et mener une réflexion approfondie sur les enseignements à tirer sur le plan sociétal. Quelques initiatives importantes ont déjà été prises au niveau européen¹. Au niveau belge, la réflexion entamée doit être approfondie. Les partenaires de l'assurance maladie réunis au sein du Comité de l'assurance et le Conseil Général doivent y concourir. Le Comité de l'assurance soutient dès lors l'initiative de la médico-mut de mettre en place un groupe de travail à cet effet avec les associations professionnelles et scientifiques.

En raison de l'accroissement des besoins en soins de santé attendus dans la décennie à venir, il est par ailleurs évident que la pérennité de notre système de soins de santé, solidaire, nécessite des investissements et des réformes. La pénurie de personnel de santé reste préoccupante. L'enjeu est de garantir l'accès à tous². En particulier, l'octroi automatique de l'allocation majorée devrait être étendu à de nouvelles catégories sociales telles que les chômeurs de longue durée, les invalides ou d'autres catégories sociales.

L'impact du changement climatique se fait également sentir. Les vagues de chaleur, les nouveaux allergènes et les effets sur la santé liés à l'alimentation ou à l'eau font des ravages. Des recherches sont nécessaires pour voir comment réduire les risques liés au changement climatique. Les politiques de santé peuvent également contribuer à la réalisation du "Green Deal" européen, par exemple en réduisant l'impact environnemental par une meilleure gestion des déchets, en effectuant la transition vers des sources d'énergie renouvelables, etc.

¹ Commission européenne : mesures visant à gérer la phase actuelle de la pandémie de COVID-19 et à se préparer pour la suivante; Parlement européen : Commission spéciale sur la pandémie de COVID-19

² Le « quintuple aim » vise la réalisation des objectifs suivants : la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins ; la santé de la population ; le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées ; l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité ; le bien-être des professionnels de la santé

2. Principes relatifs à la trajectoire pluriannuelle des objectifs de soins de santé

Dans le cadre du budget 2022, la marge disponible de 123.650 milliers d'euros a été affectée à de nouvelles initiatives répondant à des objectifs de soins de santé, dont 52,53 millions € (en prix 2023) à sept initiatives complexes qui nécessitent une coopération étendue. Les groupes de travail ont commencé fin avril 2022 et sont un pas dans la bonne direction, même si leur mise en pratique a révélé des difficultés liées à l'organisation des soins et aux modèles de financement actuels. Dans cette 1ère étape la concertation intersectorielle ne dispose pas encore d'un cadre réglementaire. Les partenaires traditionnels de la concertation, les prestataires et institutions de soins de santé, les organismes assureurs, les organisations d'employeurs et d'employés, mais aussi les administrations qui soutiennent et les organisations professionnelles des prestataires de soins rapportent unanimement le problème de la forte pression de travail et du manque de ressources suffisantes pour réaliser de manière optimale le soutien nécessaire.

Le comité de l'assurance souhaite s'engager dans la poursuite de ce processus tout en tirant les leçons des travaux dans le cadre de la trajectoire 2022-2024 :

- Il faut optimiser la concertation, la co-construction et la collaboration multidisciplinaire, avec un soutien de l'expertise nécessaire. Cette concertation doit être organisée de manière à ce qu'elle ne prenne que peu de temps supplémentaire, mais qu'elle débouche en revanche sur une meilleure politique de santé et des solutions innovantes dans la pratique. Le soutien méthodologique par des approches participatives est indispensable pour favoriser l'émergence de solutions innovantes et transformer substantiellement l'offre de soins en fonction des moyens financiers disponibles ;
- Le modèle de gouvernance devrait être ajusté tout en garantissant le rôle du Conseil général et du Comité de l'assurance et tout en préservant la spécificité des commissions de conventions et d'accord e.a. Le gouvernement devrait clarifier ceci ainsi que le rôle de la Commission d'objectifs de santé dès que possible afin que la procédure budgétaire et la prise de décision adaptées puissent être utilisées à partir de 2024 (et au-delà) ;
- Une approche basée sur des objectifs de (soins) de santé nécessite une coordination étroite avec les entités fédérées;
- Inscrire au budget des mesures suffisamment abouties (clairement définies, chiffrées, avec un objectif SMART et une proposition de monitoring) pour être implémentées au cours de l'exercice budgétaire concerné ;
- Nous travaillons avec une vision stratégique sur plusieurs années, même si aucun engagement budgétaire pluriannuel ne peut être pris (le financement de la sécurité sociale étant annuel). Les objectifs de soins de santé sont réalisés sur 5 à 10 ans. Le calendrier final dépend des possibilités budgétaires ainsi que du monitoring des résultats réalisés ;
- Les travaux relatifs aux fiches "Appropriate care" doivent être poursuivis afin de poursuivre l'efficacité du système de soins de santé. Tous les secteurs s'engagent à discuter en 2023 des différentes fiches du rapport final du groupe de travail QAIM du Comité de l'assurance et du Conseil général, à savoir "Trajectoire budgétaire pluriannuelle 2022-2024 pour l'assurance maladie" et élaborer une trajectoire d'implémentation.

- La mise en place opérationnelle du dossier patient intégré électronique est indispensable à cet égard. Nous renvoyons à la note « Description conceptuelle du dossier de santé électronique intégré ».

3. Domaines prioritaires

A. Modalités d'indexation des rémunérations des professionnels de la santé et l'augmentation des coûts de fonctionnement

Le comité de l'assurance attire l'attention sur les tensions des modalités d'indexation qui résultent du décalage dans le temps entre une inflation galopante, l'indexation des salaires et l'indexation des honoraires liés au dépassement de l'indice pivot et de l'indice santé.

En juin 2022, le gouvernement a accordé une rétribution supplémentaire unique de 207 millions € aux prestataires de soins dont les honoraires sont liés à l'indice santé, tout en garantissant les masses d'index pour 2023. Le comité de l'assurance remercie le gouvernement pour cet effort, mais constate que la tension reste importante et demande que la question des modalités d'indexation soit examinée rapidement de manière globale afin qu'une réponse structurelle soit apportée.

Le secteur des soins de santé est également confronté à une hausse des prix de l'énergie sans précédent. Il en est ainsi pour la population et les entreprises en général. Le Comité de l'assurance lance un appel au Gouvernement pour que le secteur des soins de santé et ses particularités soient pris en compte dans une approche globale concernant cette problématique, entre autre, la problématique de l'énergie et de la hausse des prix.

B. Amélioration de l'efficacité des mécanismes de protection financière des patients

Afin d'atteindre les patients socio-économiquement vulnérables, il est nécessaire que les mécanismes de protection financière soient efficaces :

- MAF : en période de forte inflation, il faut faire en sorte que les gens atteignent plus rapidement les plafonds MAF ;
- BIM Nous atteignons mieux le groupe cible de l'Intervention Majorée à court terme. La quasi-totalité des chômeurs de longue durée et des personnes en invalidité sont en dessous par les plafonds de revenus. Les chiffres montrent qu'il y a un grand non-recours dans ces catégories sociales. Pour cela, l'attribution automatique du droit doit être plus efficace.

C. Sécurité tarifaire et concertation

Le Comité de l'assurance souhaite faire part de sa préoccupation concernant l'évolution de la sécurité tarifaire liée au système de conventionnement. Pour certaines professions (dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes) mais aussi pour certaines disciplines médicales (dermatologie,

ophtalmologues, gynécologues, ...), le taux de déconventionnement a fortement augmenté ces dernières années et atteint des niveaux préoccupants. Ainsi, dans certains secteurs, le seuil de 40% au-delà duquel la convention ou l'accord tarifaire ne s'applique pas est atteint voire dépassé. De fortes différences sont observées entre les régions et les arrondissements. Jusqu'ici les investissements parfois conséquents consentis dans certaines de ces professions pour revaloriser leurs honoraires n'ont pas permis de freiner la croissance du déconventionnement.

Cette « spirale du déconventionnement » est une menace non seulement pour l'accessibilité des soins mais aussi pour l'équilibre global de notre système de soins de santé dont la concertation est un des piliers.

C'est la raison pour laquelle, le Comité de l'assurance invite les représentants du Gouvernement et de l'INAMI à une large concertation avec tous les acteurs concernés sur des mesures concrètes pour l'avenir de ce modèle. L'année 2023 doit être mise à profit pour une remise à plat du conventionnement et l'implémentation de mesures permettant, dès la fin de l'année, d'entamer la négociation des nouveaux accords et conventions sur de nouvelles bases. Et ce, afin de faire en sorte que le système de conventionnement réponde à son objectif originel : la fixation des honoraires et des tarifs pour toutes les professions médicales et paramédicales en vue d'une accessibilité financière suffisante aux soins de santé dans tous les arrondissements du pays.

D. Les professionnels de santé

Le Comité de l'assurance souhaite porter une attention particulière à la revalorisation des professionnels de santé. Celle-ci comporte 2 axes : une réflexion sur l'attrait pour la profession, le bien-être et le sens au travail (principe de la subsidiarité, délégation des tâches, simplification administrative, ...) et d'autre part l'aspect financier. Pour les infirmières et les médecins prioritairement (spécifiquement certaines spécialités), mais aussi pour d'autres professionnels de santé, des problèmes d'attractivité et de rétention sont de plus en plus aigus et ils compromettent, à cause de la pénurie, l'accessibilité aux soins et leur continuité, surtout dans certaines régions.

Une réflexion globale concernant l'ensemble des professions de santé doit être poursuivie afin d'analyser les problèmes et trouver des solutions pratiques rapidement. Des choix devront être faits à cet égard.

Les modalités de financement sont également à étudier, en prenant en compte les différentes dimensions (notamment les frais de fonctionnement, déplacement, ...), en utilisant des paramètres pertinents et validés. Ceci afin de permettre une rétribution correcte et équilibrée entre les différents prestataires, tenant compte d'une partie forfaitaire et d'une partie à l'acte, tout en favorisant la qualité et la multidisciplinarité et en renforçant la sécurité tarifaire nécessaire à l'accessibilité aux soins. Aussi bien la sur-consommation que la sous-consommation devront être découragées.

E. Chantiers en cours et prévus

Le Comité de l'assurance considère comme prioritaire la concrétisation de l'agenda des réformes en chantiers et le réinvestissement dans les soins de santé des gains d'efficacité qui en découleraient, en particulier :

- La réforme du financement et de l'organisation des hôpitaux, y compris l'hospitalisation de jour
- La réforme de la nomenclature des honoraires médicaux
- Le Plan interfédéral des soins intégrés
- Les soins de santé mentale
- L'Agenda pour l'avenir du personnel soignant³ pour lutter contre la pénurie en améliorant l'attractivité de la profession (en complément du fonds blouse blanche, IFIC, ...)
- Le New deal pour la médecine générale⁴
- Le Plan 2022-2025 "Health Data Authority et dossier patient intégré et partagé en toute sécurité" (cf. point 3.11 de la note CGSS 2021/169 concernant le budget 2022)

L'accord de majorité prévoit à cet égard un nouvel accord conclu avec, entre autres, le secteur pharmaceutique visant notamment la responsabilité budgétaire du secteur. Le Comité de l'assurance réitère son appel pour que cet accord sur les points clés d'une nouvelle politique en matière de médicaments soit concrétisé au plus vite et que tous les acteurs concernés soient impliqués, notamment le prescripteur. Le taux de croissance des dépenses pharmaceutiques nécessite un encadrement et un traitement correct du dépassement de l'objectif budgétaire partiel.

Une attention suffisante doit être accordée à la disponibilité et à l'accessibilité des médicaments. Outre les baisses de prix et de volume, il faut également examiner quels secteurs peuvent être sensibilisés (et responsabilisés) afin d'éviter les dépassements dans le secteur des spécialités pharmaceutiques et où ces dépassements se produisent principalement (médicaments ambulatoires versus médicaments hospitaliers).

Aujourd'hui, le budget du secteur des spécialités pharmaceutiques contient encore une partie de la masse de remboursement des pharmaciens d'officine. Le comité des assurances souhaite attirer l'attention sur le fait que les économies réalisées dans le secteur pharmaceutique ont également un impact sur des secteurs tels que les pharmacies et les hôpitaux et doivent être prises en compte. Le Comité de l'assurance demande à nouveau que l'objectif budgétaire partiel distinct pour les pharmacies, qui a été décidé précédemment mais n'a pas encore été atteint, soit mis en œuvre dès que possible. Le Comité de l'assurance se réfère à la recommandation 28 (Nota CGV 2022-281 p. 163) du « Rapport de la Commission de Contrôle Budgétaire » ainsi qu'au phasage et à la méthodologie qui y sont proposés.

³ [Soins de santé mentale | Frank Vandenbroucke \(belgium.be\)](#).

⁴ [Vers un New Deal pour le \(cabinet de\) médecin généraliste | Frank Vandenbroucke \(belgium.be\)](#)

F. Une planification et des ressources pour soutenir les chantiers et évoluer vers des soins plus appropriés

Il faut tenir compte de l'interdépendance de certains de ces chantiers (outre l'objectif propre de chaque chantier) et qu'une prise en charge globale et cohérente de l'ensemble de ces chantiers soit mise en place avec un timing réaliste.

Nos administrations de santé requièrent suffisamment de ressources humaines et financières pour accomplir leurs missions et soutenir les différents chantiers, qui nécessitent des études et des projets pilotes. Il en est de même pour les associations professionnelles.

4. Proposition du Comité de l'assurance au Conseil général

Ce projet de budget respecte pleinement le cadre normatif de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance maladie et invalidité.

A. Conclave budgétaire du gouvernement

Le Comité de l'assurance présente au Conseil général sa proposition pour le budget soins de santé 2023 alors qu'il ne connaît pas encore l'issue du conclave budgétaire du gouvernement.

Le Comité de l'assurance a lu le rapport de monitoring du 22 septembre et se rend compte que le gouvernement est confronté à de nombreux défis. Afin de maintenir la population en aussi bonne santé que possible, le Comité de l'assurance demande au gouvernement d'investir suffisamment dans les soins de santé pour que ceux-ci soient accessibles à tous :

- La masse d'index doit rester garantie pour le secteur des soins de santé, comme expliqué ci-dessus, afin de pouvoir financer la rémunération et les frais de fonctionnement croissants, y compris l'augmentation importante des coûts des achats des matières premières et du matériel;
- Les mesures spécifiques au COVID-19 doivent continuer en 2023 à faire l'objet d'une dotation spécifique via une provision interdépartementale ou tout autre dispositif budgétaire ad hoc. Le Comité de l'assurance appelle à une évaluation des mesures actuelles (y compris sur les volumes et les prix), avec, à terme, en fonction des résultats de l'évaluation, une éventuelle intégration dans l'objectif budgétaire (avec ou sans augmentation de la norme) ;
- La proposition budgétaire du Comité de l'assurance est conforme à la norme de croissance légale. Cette proposition est basée sur des mesures à prendre dans le cadre de l'accès aux soins et du bien-être des prestataires de soins;
- Une solution à l'augmentation des coûts énergétiques (en dehors du budget des soins de santé).

B. Objectif budgétaire pour 2023

	2023 000 EUR
Strikte nomberekening / Calcul strict de la norme	
Globale begrotingsdoelstelling 2022 Objectif budgétaire global 2022	32.126.154
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - 2022 Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2022	-1.280.272
Bijkomende vergoeding aan de zorgverleners Indemnité supplémentaire aux prestataires	-207.000
Strikte norm 2022 / Norme stricte 2022	30.638.882
Reële groeionorm 2,5 % Norme de croissance réelle 2,5 %	765.972
Sub-totaal / Sous-total	31.404.854
Gezondheidindex (8,14%) Indice santé (8,14%)	1.475.727
Spilindexmassa 2022 (meerkost in 2023 t.o.v. doelstelling 2022) Masse indice pivot 2022 (surcoût en 2023 par rapport objectif 2022)	673.170
Spilindexmassa 2023 Masse indice pivot 2023	282.743
Sub-totaal / Sous-total	33.836.494
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - 2023 Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2023	1.429.348
Hervorming gedetineerden - Réforme Détenus	19.453
Voorstel Begrotingsdoelstelling 2023 Proposition Objectif budgétaire 2023	35.285.295

Les estimations techniques de septembre de l'INAMI s'élèvent à 35.110.267 milliers d'euros.

Ces estimations techniques comportent un montant de 210 millions d'euros non affectable en accord avec la décision du gouvernement fin 2020. Nous comprenons que le gouvernement va concrétiser ce montant, comme prévu dans l'accord de gouvernement.

Les estimations techniques de l'INAMI se situent 175.028 milliers d'euros sous l'objectif budgétaire.

Le Comité de l'assurance déclare que, pour gérer efficacement l'assurance soins de santé, un ensemble de mesures appropriate care doivent être réalisées à concurrence de 20 millions d'euros au cours du dernier trimestre 2023, soit 80 millions d'euros structurels en 2024. Pour la mise en œuvre de celles-ci, il sera fait appel aux propositions appropriate care soumises dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle, du plan handhavingsplan du SECM, ainsi qu'à une analyse approfondie des secteurs qui dépassent leur objectif budgétaire partiel, ceci également sur base des rapports d'audit permanent de l'INAMI.

Suite à la décision du Conseil général, il appartient aux secteurs d'élaborer des propositions en fonction de l'effort demandé. En l'absence d'une proposition appropriée d'ici le 30 septembre 2023, le montant sera déduit de façon linéaire des secteurs pour leur part convenue des soins appropriés.

La marge budgétaire disponible totale pour 2023 s'élève dès lors à 195.028 milliers d'euros.

C. Proposition d'allocation de la marge budgétaire

Le Comité de l'assurance alloue la marge disponible aux initiatives qui améliorent la santé publique, au sens large du terme, et qui s'inscrivent dans le cadre du Quintuple Aim.

Dans un contexte économique particulièrement difficile, la priorité est mise sur les mesures d'accessibilité financière et physique des soins aux patients et sur les mesures pour le bien-être du prestataire de soins.

Des informations détaillées sur les calculs et l'(es) objectif(s) de la mesure se trouvent en annexe.

Accessibilité financière pour le patient :

Mesures	Budget annuel proposé
Verres de lunettes et autres dispositifs: adaptation de la nomenclature et réduction des seuils, en particulier réduction de 7,75 à 6 dioptries pour le groupe cible des 18-65 ans (voir fiche GDOS-031)	3.354.000,00
Soins bucco-dentaires : extension des codes d'âge enfants (sans ticket modérateur) jusqu'au 19ème anniversaire	3.527.000,00
Extension limite d'âge jusqu'au 60ième anniversaire pour l'examen buccal parodontal	445.000,00
Suppression de la limite d'âge pour l'examen buccal annuel	1.500.000,00
Intégration tarifs maximum (étape supplémentaire)	1.500.000,00
Extension du remboursement des capteurs pour le diabète de type II (en deux étapes pour obtenir une tarification correcte)	7.000.000,00
Oncofreezing (extension des indications)	1.500.000,00
Transport interhospitalier	6.493.930,00
Augmenter de forfait pour la nutrition entérale à domicile	2.200.000,00
Total	27.519.930,00

Accessibilité physique pour le patient :

Mesures	Budget annuel proposé
Transgenre : création de centres satellites en raison de listes d'attente de plus de 700 personnes	470.912,00
Maladies rares : la création de centres de référence coûtera plus cher que le budget qui peut déjà être mis à leur disposition	675.000,00
Soins santé mentale : soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques (première étape)	6.443.999,32
Continuité domicile/hôpital - première étape : les centres/unités de convalescence selon concertation avec les régions et les secteurs (deuxième étape: extension aux lits SP et soins à domicile)	8.389.532,44
Total	15.979.443,76

Bien-être des prestataires

Mesures	Budget annuel proposé
Mesure structurelle supplémentaire pour les prestataires conventionnés (compensation augmentation des coûts de fonctionnement)	100.000.000,00
Statut social des sages-femmes aligné sur celui des infirmières à domicile	1.036.146,24
Revalorisation des soins de kinésithérapie sur la base de la masse d'index, de la marge budgétaire et de l'indexation : 17,29 millions d'euros au 1.1.2023 et 11,162 millions d'euros à partir du 1.7.2023 afin de prendre le temps de rédiger des mesures appropriées bien que cette description n'empêche pas la réalisation de la revalorisation au 1.7.2023	25.000.000,00
Amélioration du code du week-end pour les soins postnatals au 5ième jour	492.480,00
Statut social pour les ASO's et HAIO's	5.000.000,00
Soutien hospitalier contre les cyberattaques	15.000.000,00
Soutien pour les coûts de transport infirmiers à domicile	5.000.000,00
Total	151.528.626,24

Annexe : Calculs et objectifs pour les différentes mesures

Accessibilité financière

Afin d'évaluer l'impact des mesures prises en faveur de l'accès financier, les objectifs SMART à moyen terme sont définis :

- Réduire de 50% la proportion de besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits pour raisons financières d'ici 2024 chez les personnes avec bas revenus (respectivement 4,3% en 2019 et 10,5% cf. enquête EU-SILC1 , site Eurostat) ;
- Réduire de 50% la proportion d'enfants qui vivent dans des ménages avec risque de pauvreté qui déclarent des besoins médicaux non satisfaits pour les enfants (7,8% en 2017, cf. enquête EU-SILC).
- Réduire de 50% la proportion de besoins en soins médicaux non satisfaits pour raisons financières (9,7% en 2017, cf. enquête EU-SILC) chez les personnes qui se déclarent en mauvaise santé ;
- Réduire de 50% la proportion des personnes à risque de pauvreté ayant un fardeau financier important pour les soins médicaux (28,5% en 2017, cf. EU-SILC)² .

Verres de lunettes et autres aides : adaptation de la nomenclature et réduction du seuil, notamment réduction de 7,75 à 6 dioptries pour le groupe cible des 18-65 ans (voir fiche GDOS-031) et pour les jeunes enfants.

La note CGV 2020/193 a commencé à abaisser le seuil dioptrique pour le remboursement des verres de lunettes à la fin de 2022. Nous poursuivons cette réduction du seuil. Des moyens sont également prévus pour les verres de lunettes des jeunes enfants. Les couts sont calculés sur base d'une extrapolation des chiffres, notamment

€ 1.677.000,00 * 2 = €3.354.000,00

Soins bucco-dentaires :

- **Extension des codes d'âge enfants (sans ticket modérateur) jusqu'au 19e anniversaire - 3,5 millions d'euros**
- **Prolongation de l'âge à 60 ans pour la recherche paradontale - 0,4 million d'euros**
- **Suppression de la limite d'âge pour l'examen oral annuel - 1,5 million d'euros**
- **Intégration des tarifs maximaux (étape supplémentaire) - 1,5 million d'euros**

Voir fiche Dentomut.

¹ Statistiques de l'Union Européenne sur le revenu et les conditions de vie : " Depuis 2004, une étude de suivi est réalisée dans tous les pays de l'Union européenne pour évaluer les changements dans les conditions de vie des ménages "

² Le revenu disponible équivalent est inférieur à 60 % du revenu médian.

Extension des capteurs de remboursement pour le diabète de type II (en deux étapes pour obtenir une tarification correcte)

Les personnes atteintes de diabète de type II ayant besoin de plusieurs injections d'insuline et contraintes de vérifier leur glycémie par piqûre au doigt au moins 4 fois (jusqu'à plus de 7 fois) par jour, ont un suivi de diabète aussi contraignant que les patients atteints de diabète de type I. Nous voulons leur offrir le même accès à la technologie des capteurs que les patients atteints de diabète de type I. Actuellement, seuls 5,7% des patients de type II utilisent les capteurs, moyennant un supplément de 924€ par an.

Un autofinancement de 15 % est possible car cette nouvelle version de la technologie des capteurs réduit considérablement le besoin de mesures "classiques" supplémentaires. L'élargissement de l'accès à la technologie des capteurs pour le diabète de type II nécessite un budget supplémentaire de 10 712 572 euros en plus de l'autofinancement. Nous implémentons une première phase avec 7 millions d'euros.

Onco-congélation (indications d'expansion)

Restauration du budget initial de la convention à 4033500€ (+2998500 par rapport au budget 2021) pour permettre l'élargissement des critères proposés et permettre une évaluation et un élargissement supplémentaire si nécessaire (le budget nécessaire pour les critères proposés s'élève : 1,500,000€ environ)

De cette façon, un plus grand nombre de personnes pourront bénéficier du remboursement de l'onco-congélation et, par conséquent, un plus grand nombre de patients pourront être atteints.

Augmenter la nutrition entérale forfaitaire à domicile

Pour garantir le remboursement proportionnel de la nutrition entérale à domicile en fonction des besoins nutritionnels spécifiques, un budget supplémentaire d'environ 2,2 millions d'euros sera nécessaire pour les patients concernés.

Transport interhospitalier

Le financement du transport interhospitalier urgent et non urgent nécessite, respectivement, 6 654 383 € et 6 839 547 €, soit un total de 13 493 930 € pour que ce transport ne soit plus à la charge du patient. En tenant compte de 7 millions d'euros supplémentaires provenant d'autres sources de financement, 6 493 930 euros doivent être budgétisés.

Accessibilité physique

Transgenre : création de centres satellites en raison de listes d'attente de plus de 700 personnes

Depuis 2017, une convention de prise en charge spécialisée des personnes transgenres a été signée avec 2 hôpitaux (U.Z. Gand et CHU de Liège). Cette convention prévoit l'accompagnement multidisciplinaire des personnes nécessitant une assistance psychosociale et/ou médicale

concernant leur identité de genre ou leur expression de genre. La chirurgie transgenre n'est pas remboursée par ces accords. La conclusion de ces conventions a permis d'élargir l'offre de soins aux transsexuels dans les deux hôpitaux.

L'U.Z. Gand, cependant, doit faire face à de longues listes d'attente pour les soins aux transgenres. Selon l'hôpital, le délai d'attente pour un entretien d'admission est actuellement de 15 mois. Ce sont 15 mois pendant lesquels les patients ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin, ce qui peut avoir de graves conséquences. Pour faire remédier à ces listes d'attente pour les soins aux transgenres, U.Z. Gand propose 2 mesures :

- Une expansion de la capacité de traitement de la convention avec U.Z. G d'environ 25 %. Selon l'U.Z. Gand un maximum de 129 patients réalisable pour l'hôpital lui-même. Toutefois, cette augmentation de 25 % ne suffira pas à réduire de manière significative les délais d'attente pour les soins aux transgenres. La deuxième mesure défendue par U.Z. Gand, est également nécessaire à cette fin.

- Création de centres de soins supplémentaires pour les transsexuels, répartis dans tout le pays. Ces centres pourraient être accompagnés dans leur phase de démarrage par l'U.Z. Gand. A cet effet, U.Z. Gand a déjà mis au point un programme de coaching, qui pourrait être remboursé par la convention. Selon l'U.Z. Gand, la création de centres supplémentaires est une nécessité absolue, car, déjà, un seul centre ne peut faire face à l'ensemble des besoins des patients transgenres.

Une expansion de 25 % de la capacité de traitement de l'accord avec U.Z. Gand coûtera 235.456 €.

Nous prévoyons une augmentation de la capacité dans tout le pays en 2023 de $235.456 \text{ €} * 2 = 470.912,00 \text{ €}$.

Maladies rares : la création de centres de référence coûtera plus cher que le budget initialement prévu

Les maladies rares (ZZ) sont des maladies potentiellement mortelles ou chroniquement invalidantes. Leur rareté nécessite des efforts particuliers et combinés pour les traiter. À titre indicatif, rare dans ce contexte signifie une prévalence de moins de 5 personnes sur 10 000 dans l'Union européenne.

Le CMD examine la formulation de ces conventions pour qu'ils restent cohérents avec le nouveau cadre juridique des maladies rares (fonction maladies rares, centres d'expertise, réseaux) et la définition des missions précises des centres spécialisés pour ces pathologies. Des discussions à ce sujet ont également eu lieu avec les fonctions maladies rares, avec les associations de patients souffrants de ces pathologies, et avec les médecins spécialisés dans ces pathologies. D'autres discussions sont encore prévues. Le nombre de patients souffrants de ces pathologies et le nombre de patients annuel pouvant bénéficier des prestations que les conventions avec les centres spécialisés rembourseront seront également examinés. Il faut tenir compte du fait que tous les patients n'ont pas besoin d'un suivi fréquent ou permanent dans des centres spécialisés ou ne sont pas, eux-mêmes, disposés à faire les efforts nécessaires pour être suivis dans ces centres. Un facteur important à cet égard : pour une même maladie, il peut y avoir de grandes différences dans la sévérité de la pathologie qui peut par ailleurs être stabilisée chez certains patients. Compte tenu de ces éléments, le nombre de patients qui devraient pouvoir être suivis annuellement est estimé comme suit :

- Atrophie systémique multiple (ASM) : 350 patients, tous dans un état très grave ;
- Fibrose pulmonaire idiopathique : 500 patients, dont 125 dans un état très grave ;
- Déficit immunitaire primaire (DIP) : 4 400 patients, dont 440 sont dans une situation très grave ;
- Epidermolyse bulleuse (E.B.) : 70 patients, dont 10 dans un état très grave.
- Nombre total de patients souffrants de l'une de ces 4 pathologies : 5 320 patients, dont 925 sont dans une situation très grave.

Sur base de 1 850 patients X 1 500 € par pathologie, le budget nécessaire pour ces 4 pathologies est estimé à 2 775 000 €. Sur ce montant, 1 600 000 € sont déjà disponibles. Nous supposons une croissance du nombre de patients atteints et prévoyons donc 675 000,00 € en 2023.

Soins de santé mentale : soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques (première étape : HP)

Tout d'abord, le KCE indique, en suivant les directives internationales, que chaque patient admis dans un établissement psychiatrique doit recevoir (dès que possible) un "plan de traitement et de suivi" individuel comprenant des soins psychiatriques et somatiques.

Population cible : admissions résidentielles dans un hôpital psychiatrique (HP) et un service psychiatrique hôpitaux généraux (SPHG) (A, T, IB et Sp psychogériatrie), patients adultes.

Type de séjour	Nombre total de séjours		
	Temps plein	Partiel	Total
PZ	42.425	8.068	50.493
PAAZ	47.151	8.104	55.255
Total	89.576	16.172	105.748

Ratio des séjours à temps plein et à temps partiel, nouveaux séjours en HP et SPHG - MPG 2019

Les hospitalisations classiques concernent les admissions médico-psychiatriques dans les lettres de code A, T, IB et Sp-psychogériatrie. Les hospitalisations partielles comprennent les admissions médico-psychiatriques dans les lettres de code A, T, IB et Sp-psychogériatrie.

a. Prévoir un honoraire de dépistage, d'admission et de sortie pour l'interniste/généraliste, par analogie avec ce qui existe déjà dans la nomenclature pour les psychiatres.

Le budget de cette proposition est estimé à 3 074 964,00 € pour les admissions HP.

b. L'élaboration d'un plan de traitement et de suivi peut avoir lieu après une concertation multidisciplinaire entre les différents prestataires de soins responsables de la prise en charge de la santé somatique et mentale du patient. Cette consultation doit inciter l'élaboration d'un plan de traitement et de suivi.

Le budget de cette proposition est estimé à 3 369 035,32 euros pour les admissions en HP.

Total HP : 6,443,999.32

Continuité à domicile/hôpital : première phase : centre de convalescence/ unités de convalescence après consultation des régions et des secteurs et deuxième phase : extension aux lits Sp et aux soins à domicile)

Sur la base du ratio de population et de la capacité en lits actuellement en service, les besoins en centre de convalescence / unités de convalescence en Belgique sont estimés aujourd'hui comme suit : 730 lits en Flandre (58,30%), 392 en Wallonie (31,30%) et 130 à Bruxelles (10,40%), soit un total de 1.252 lits.

Pour ces 1252 lits, un financement est prévu à partir de 2023, exprimé en termes de 60 lits, pour 5 ETP de physiothérapie / ergothérapie, les soins infirmiers et la diététique. En supposant un coût salarial moyen de €80 410,85 cela représente environ $5 * (1252/60) * €80 410,85 = 8.389.532,44$.

Il s'agit de la première étape d'une démarche visant à fournir les bons soins aux bons endroits aux patients dans leur retour de l'hôpital vers leur domicile. Donc, une première étape dans le cadre de la continuité des capacités existantes de séjour de récupération/unités de récupération, mais aussi en concertation avec les régions et les secteurs dans le cadre d'une extension aux services de Sp et aux soins à domicile.

Bien-être du prestataire

Statut social des sage-femmes cf infirmières à domicile

Il n'existe pas encore de statut social pour les sage-femmes. Nous voulons rectifier cela. Un statut social sera mis en place pour les sage-femmes comme celui existant pour les infirmières à domicile.

À partir d'un seuil d'au minimum 150 prestations ou d'au moins 2 250 V-valeur, sur la base des chiffres de 2020, un total de 1 746 sage-femmes sur 3 917 atteignent ce seuil. Ce faible chiffre s'explique par les temps partiels.

$1\ 746 * 593,44$ (prime 2023) = 1036146,24 €

Mise à niveau du code du week-end pour les soins postnatals au 5e jour

Il s'agit plutôt d'une rectification pour arriver à une rémunération spécifique des prestations de week-end.

Une valorisation de 50% de l'honoraire du code 422995 (V28>V42) est estimée à 492,480,54 EUR sur base des estimations des cas pour 2023.

Revalorisation des soins de kinésithérapie en fonction de la masse d'index et de la marge budgétaire : 25 millions d'euros au 1.1.2023.

Un budget de 25 millions d'euro sera octroyé au 1er janvier 2023. Le secteur s'engage à mettre en place des mesures appropriées qui permettront de financer la revalorisation complémentaire.

Dans le cadre d'une prise en charge efficace et de la garantie d'un traitement de qualité avec une présence physique suffisante d'un kinésithérapeute, le développement d'un registre de pratique utile est indispensable, dont une des conséquences est de pouvoir réduire les volumes de séances.

Statut social pour les MSF et les MGF

Il s'agit de renforcer la protection sociale des MGF et des MSF (notamment en matière de retraite) :

En 2022, le montant du statut social des MGF et des MSF s'élève à 6.401 Eur. Sur base de la masse salariale du deuxième trimestre 2022 déclarée à l'ONSS, le montant de la cotisation pension (part patronale et part salariale) peut être calculé lorsque les MGF et les MSF sont soumis au régime de pension légal. Cette contribution s'élèverait à 7 712 Eur. La différence avec le statut social s'élève à 1.311 Eur par MGF et MSF par an. Pour supprimer cette différence, un montant de 1 311 Eur x 8 300 MGF et MSF est nécessaire, soit 10,9 mio Eur. Une marge budgétaire de 5 millions y est allouée en 2023.

Mesure structurelle augmentant les coûts de fonctionnement des prestataires de soins conventionnés

Le Comité de l'Assurance prévoit une enveloppe structurelle de 100 millions d'euros pour la compensation des coûts pour les prestataires de soins de santé conventionnés, et ce en plus des mécanismes d'indexation applicables. Le Comité de l'Assurance fait valoir les conditions suivantes :

- La compensation des coûts est uniquement accordée aux prestataires de soins de santé entièrement conventionnés
- Elle est accordée d'une manière administrativement simple sans création de tarifs différenciés, par exemple via une prime
- Le Conseil général fixera - sur proposition du Comité de l'Assurance - les paramètres de répartition de l'enveloppe d'ici à la fin 2022.

La cybersécurité dans les hôpitaux

Ces dernières années, les hôpitaux sont régulièrement victimes de cyberattaques ciblées. Cela met non seulement en danger la confidentialité des données patients, mais perturbe également complètement l'organisation des soins hospitaliers, ce qui dans plusieurs cas a même mis en péril la continuité des soins.

Un budget one shot alloué à la cybersécurité en 2022 a permis de faire le point sur la maturité des hôpitaux dans ce domaine et de prendre des premières mesures, mais un budget structurel est nécessaire pour pouvoir intervenir à la fois de manière préventive et réactive.

Frais de déplacement des infirmières à domicile

Un budget de 5 millions d'euros est prévu pour faire face aux coûts de déplacement dans le secteur des soins à domicile salariés.

D'ici 2023, des travaux devraient être réalisés pour garantir une approche plus cohérente du remboursement des frais de déplacement de manière intersectorielle et quel que soit le statut du prestataire de soins.

OMSCHRIJVING - LIBELLE	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023
	p 2022 (*)	INDEX	SPILINDEX	p 2023	Besparingen	Initiatieven	2023
	TR	gezondheid		TR	Economies	Initiatives	Voorstel
	sept 2022	8,14%	INDICE	sept 2022			Verzekeringscomité
	CT	INDEX	PIVOT	CT			Proposition
	sept 2022	santé		sept 2022			Comité de
	000 EUR	8,14%		000 EUR	000 EUR	000 EUR	l'assurance
							000 EUR
0. - Transversale gezondheidszorgdoelstellingen Objectifs de soins de santé transversaux							
a) Voortraject voor patiënt met risico op diabetes en opvolging van patiënten met diabetes Pré-trajet pour patient à risque de diabète et suivi des patients diabétiques	5.000	407	0	5.407			5.407
b) Zorgtraject voor kinderen met obesitas Trajet de soins pour enfants obèses	5.000	407	0	5.407			5.407
c) Multidisciplinair perinataal (pre-en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, zie KCE-studie 326 Trajet de soins multidisciplinaire périnatal (pré-et postnatal) pour femmes fragilisées voir KCE étude 326	10.000	814	0	10.814			10.814
d) Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie Itinéraire de soins autour du patient avant et après une transplantation d'organe abdominal	4.900	399	0	5.299			5.299
e) Meer psychiatrische zorg, maar ook in somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen Plus de soins psychiatriques mais aussi soins somatiques pour jeunes avec problèmes psychiatriques	5.000	407	0	5.407			5.407
f) Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren Réduire les réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) par le déploiement d'une meilleure réhabilitation pulmonaire et l'augmentation de la qualité de vie des patients concernés par l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles	5.000	407	0	5.407			5.407
g 1) Overeenkomst post Covid-19 - Convention post Covid-19	6.670	543	0	7.213			7.213
g 2) Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn Plusieurs projets dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire dans la première ligne	7.060	575	0	7.635			7.635
h) Terugbetaald ontweningsplan via magistrale bereidingen voor het afkicken van benzodiazepines en de 'zogenaamde' Z drugs in overleg met en op voorschrift van de huisarts Le remboursement d'un plan de sevrage aux benzodiazépines et « Z drugs » via des préparations magistrales, en concertation et sur prescription du médecin généraliste	0	0	0	0			0
Gereserveerd bedrag - Montant réservé							
Totaal - Total	48.630	3.959	0	52.589	0	0	52.589
1. - Honoraria van artsen Honoraires médicaux							
a) Klinische biologie - Biologie clinique	1.456.688	129.588	0	1.586.276			1.586.276
b) Medische beeldvorming - Imagerie médicale	1.428.401	120.139	0	1.548.540			1.548.540
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen - Consultations, visites et avis	2.771.358	260.289	0	3.031.647		6.444	3.038.091
d) Speciale verstrekkingen - Prestations spéciales	1.597.878	130.067	0	1.727.945			1.727.945
e) Heelkunde - Chirurgie	1.228.111	99.968	0	1.328.079			1.328.079
f) Gynaecologie - Gynécologie	65.491	5.331	0	70.822			70.822
g) Toezicht - Surveillance	516.338	42.030	0	558.368			558.368
h) Honoraria buiten nomenclatuur - honoraires hors nomenclature	177.957	9.736	0	187.693			187.693
i) Onverdeeld- Non réparti	-6.005	-489	0	-6.494			-6.494
j) Gereserveerd bedrag - Montant réservé							
subtotaal zonder bio en rx	6.351.128	546.932	0	6.898.060	0	6.444	6.904.504
Totaal - Total	9.236.217	796.659	0	10.032.876	0	6.444	10.039.320
2. - Honoraria van tandheelkundigen Honoraires dentaires							
Gereserveerd bedrag - Montant réservé	1.160.546	108.048	0	1.268.594		6.972	1.275.566

OMSCHRIJVING - LIBELLE	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023
	p 2022 (*)			p 2023			p 2023
	TR	INDEX	SPIINDEX	TR	Besparingen	Initiatieven	Voorstel
	sept 2022	gezondheid		sept 2022			Verzekeringscomité
CT	INDEX	INDICE	CT	Economies	Initiatives	Proposition	
sept 2022	santé	PIVOT	sept 2022			Comité de	
	8,14%					l'assurance	
	8,14%						
	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR
Totaal - Total	1.160.546	108.048	0	1.268.594	0	6.972	1.275.566
3. - Farmaceutische verstrekkingen Fournitures pharmaceutiques							
a) Farm. specialiteiten - Spécialités pharm.	5.589.958	53.896	0	5.643.854			5.643.854
a.1 Economische marge - Marge économique (**)	112.819	9.183	0	122.002			122.002
a.2 Honoraria apothekers - Honoraires pharmaciens (**)	536.419	44.713	0	581.132			581.132
b) Magistrale bereidingen - Préparations magistrales	71.623	4.573	0	76.196			76.196
c) Wachthonoraria - Honoraires de garde	6.874	560	0	7.434			7.434
d) Bloed - Sang	90.916	7.401	0	98.317			98.317
e) Medische hulpmiddelen - Dispositifs médicaux	48.729	98	0	48.827			48.827
f) Medische voeding - Alimentation médicale	34.142	35	0	34.177		2.200	36.377
g) Radio-isotopen - Radio-isotopes	57.115	0	209	57.324			57.324
h) Desinfecterende baden - Bains désinfectants	106	0	0	106			106
i) Zorgtrajecten - Trajets de soins	9.197	87	0	9.284			9.284
j) Zuurstof - Oxygène	687	8	0	695			695
k) Honoraria zuurstof - Honoraires oxygène	346	28	0	374			374
l) Analgetica - Analgésiques	0	0	0	0			0
Gereserveerd bedrag - Montant réservé							
Totaal - Total	5.909.693	66.686	209	5.976.588	0	2.200	5.978.788
4. - Honoraria van verpleegkundigen (thuisverzorging) Honoraires des praticiens de l'art infirmier (soins à domicile)	1.939.158	155.863	416	2.095.437		5.000	2.100.437
Zorgpersoneelsfonds - Fonds blouses blanches	48.000	0	0	48.000			48.000
Gereserveerd bedrag - Montant réservé							
Totaal - Total	1.987.158	155.863	416	2.143.437	0	5.000	2.148.437
5. - Specifieke tegemoetkomingen diensten thuisverpleging Interventions spécifiques services de soins à domicile	41.957	0	0	41.957			41.957
Gereserveerd bedrag - montant réservé							
Totaal - Total	41.957	0	0	41.957	0	0	41.957
6. - Verzorging door kinesitherapeuten Soins par kinésithérapeutes	968.650	96.755	0	1.065.405		25.000	1.090.405
e-Attest	27.737	2.258	0	29.995			29.995
Gereserveerd bedrag - Montant réservé							
Totaal - Total	996.387	99.013	0	1.095.400	0	25.000	1.120.400
7. - Verzorging door bandagisten en orthopedisten Soins par bandagistes et orthopédistes							
* Bandagisten - Bandagistes	64.913	5.284	0	70.197			70.197
Gereserveerd bedrag - Montant réservé							
* Orthopedisten - Orthopédistes	195.069	15.879	0	210.948			210.948
Gereserveerd bedrag - Montant réservé							
Totaal - Total	259.982	21.163	0	281.145	0	0	281.145

		2023 p 2022 (*)	2023	2023	2023 p 2023	2023	2023	2023 p 2023
	OMSCHRIJVING - LIBELLE	TR sept 2022	INDEX gezondheid 8,14%	SPILINDEX	TR sept 2022	Besparingen	Initiatieven	Voorstel Verzekeringcomité
		CT sept 2022	INDEX santé 8,14%	INDICE PIVOT	CT sept 2022	Economies	Initiatives	Proposition Comité de l'assurance
		000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR
8.	- Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen Implants et dispositifs médicaux Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	888.425	0	0	888.425	0	0	888.425
9.	- Verzorging door opticiens Soins par opticiens Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	37.300	3.036	0	40.336	0	3.354	43.690
10.	- Verzorging door audiciens Soins par audiciens Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	94.214	7.669	0	101.883	0	0	101.883
11.	- Honoraria van vroedvrouwen Honoraires sages-femmes Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal -Total	43.435	3.509	0	46.944	0	492	47.436
12.	a) Verpleegdagprijs Prix de la journée d'entretien	7.689.364	0	266.917	7.956.281	0	16.599	7.972.880
	b) Forfaitaire dagprijzen in alg. ziekenhuizen Prix de la journée forfaitaire dans l'hôp. général	308.564	25.117	0	333.681	0	0	333.681
	c) Vervoer Transport	6	0	0	6	0	0	6
	d) Verpleegdagprijs : Niet-erkende bedden Prix de la journée d'entretien : Lits non-agrésés	41.921	0	0	41.921	0	0	41.921
	Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	8.039.855	25.117	266.917	8.331.889	0	16.599	8.348.488
13.	- Militair hospitaal - all-in prijs Hôpital militaire - prix all-in Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	10.699	0	368	11.067	0	0	11.067
14.	- Dialyse Dialyse							
	a) Dialyse in het ziekenhuis - Dialyse à l'hôpital	299.788	24.403	0	324.191	0	0	324.191
	b) Dialyse thuis of in een centrum - Dialyse à domicile ou dans un centre	194.607	15.841	0	210.448	0	0	210.448
	Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	494.395	40.244	0	534.639	0	0	534.639
16.	Forfaitaire dagprijs psychiatrische ziekenhuizen Prix journée forfaitaire hôpitaux psychiatriques Gereserveerd bedrag - Montant réservé	6.023	438	0	6.461	0	0	6.461

		2023 p 2022 (*)	2023	2023	2023 p 2023	2023	2023	2023
	OMSCHRIJVING - LIBELLE	TR sept 2022	INDEX gezondheid 8,14%	SPIINDEX	TR sept 2022	Besparingen	Initiatieven	Voorstel Verzekeringcomité
		CT sept 2022	INDEX santé 8,14%	INDICE PIVOT	CT sept 2022	Economies	Initiatives	Proposition Comité de l'assurance
		000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR
	Totaal - Total	6.023	438	0	6.461	0	0	6.461
17.	- Eindeloopbaan Fin de carrière Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	26.082 26.082	0 0	1.191 1.191	27.273 27.273	0	0	27.273 27.273
18.	- Revalidatie en herscholing Rééducation fonctionnelle et professionnelle Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	577.839 577.839	4.615 4.615	13.059 13.059	595.513 595.513	0	9.646 9.646	605.159 605.159
19.	- Bijzonder solidariteitsfonds Fonds spécial de solidarité Unmet Medical Need Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	8.407 11.099 19.506	0 0 0	0 0 0	8.407 11.099 19.506	0	0	8.407 11.099 19.506
20.	- Logopedie Logopédie Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	152.980 152.980	15.160 15.160	0 0	168.140 168.140	0	0	168.140 168.140
21.	- Andere kosten van verblijf en reiskosten Autres frais de séjour et frais de déplacement Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	17.061 17.061	1.389 1.389	0 0	18.450 18.450	0	0	18.450 18.450
22.	- Regularisaties Régularisations Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	-2.314 -2.314	0 0	0 0	-2.314 -2.314	0	0	-2.314 -2.314
23.	- Maximumfactuur Maximum à facturer Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	363.868 363.868	29.619 29.619	0 0	393.487 393.487	0	0	393.487 393.487
24.	- Chronische ziekten Patients chroniques Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	143.937 143.937	11.716 11.716	0 0	155.653 155.653	0	0	155.653 155.653
25.	- Palliatieve zorgen (patient) Soins palliatifs (patient) Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	23.272 23.272	1.894 1.894	0 0	25.166 25.166	0	0	25.166 25.166

		2023 p 2022 (*)	2023	2023	2023 p 2023	2023	2023	2023 p 2023
	OMSCHRIJVING - LIBELLE	TR sept 2022	INDEX gezondheid 8,14%	SPILINDEX	TR sept 2022	Besparingen	Initiatieven	Voorstel Verzekeringcomité
		CT sept 2022	INDEX santé 8,14%	INDICE PIVOT	CT sept 2022	Economies	Initiatives	Proposition Comité de l'assurance
		000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR
26.	- Menselijk lichaamsmateriaal Matériel corporel humain Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	11.713	953	0	12.666	0	0	12.666
		11.713	953	0	12.666	0	0	12.666
28.	- Geïnterneerden Internés Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	33.897	2.759	0	36.656	0	0	36.656
		33.897	2.759	0	36.656	0	0	36.656
30.	- Specifieke zorgprogramma's Programmes de soins spécifiques a) COMA b) PVS c) MS/ALS/HUNTINGTON Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	3.883 570 18.183	316 46 1.480	0 0 0	4.199 616 19.663	0	0	4.199 616 19.663
		22.636	1.842	0	24.478	0	0	24.478
31.	- Medische huizen Maisons médicales Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	274.418	22.017	180	296.615	0	0	296.615
		274.418	22.017	180	296.615	0	0	296.615
33.	- Sociaal akkoord Accord social Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	38.509	1.522	403	40.434	0	0	40.434
		38.509	1.522	403	40.434	0	0	40.434
34.	- Diversen Divers Budget ICT implantaten - Budget ICT implants Kankerplan/chronisch ziekten - Plan cancer/mal.chron. Transferts uitkeringsverzekering - Transfert indemnités Aanpassing. verzekerbareid - Adapt. assurabilité Harmonisering voorkeurregeling - Harmonisation régime préférentiel Mediprima Monkey pokken screening - Dépistage variole du singe Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	1.070 16.936 5.573 1.335 1.547 150 1.094	87 1.378 454 109 126 0 89	0 0 0 0 0 0 0	1.157 18.314 6.027 1.444 1.673 150 1.183	0	0	1.157 18.314 6.027 1.444 1.673 150 1.183
		27.705	2.243	0	29.948	0	0	29.948
36.	Geïntegreerde zorg - Soins intégrés a) PGZ - PSI b) Zorgvernieuwing - Renouvellement de soins c) Belrai Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	8.795 12.942 1.162	716 1.053 95	0 0 0	9.511 13.995 1.257	0	0	9.511 13.995 1.257
		22.899	1.864	0	24.763	0	0	24.763
39.	Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 Compensation recettes totales art. 111/81	1.429.348	0	0	1.429.348			1.429.348

OMSCHRIJVING - LIBELLE	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023
	p 2022 (*)	INDEX	SPIINDEX	p 2023	Besparingen	Initiatieven	Voorstel
	TR	gezondheid		TR	Economies	Initiatives	Verzekeringscomité
	sept 2022	8,14%	INDICE	sept 2022			Proposition
CT	santé	PIVOT	CT			Comité de	
sept 2022	8,14%		sept 2022			l'assurance	
000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR
40. Psychologische zorg Aide psychologique Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	153.005 153.005	12.455 12.455	0 0	165.460 165.460	0 0	0 0	165.460 165.460
41. LVZ : Forfaitaire honoraria SBV : Honoraires forfaitaires Totaal - Total	371.709 371.709	30.257 30.257	0 0	401.966 401.966	0 0	0 0	401.966 401.966
44. Nieuw Sociaal akkoord 2021-2022 Nouvel Accord social 2021-2022	43.972	3.579	0	47.551			47.551
45. Herwaardering Geestelijke gezondheid Revalorisation Soins de santé mentale Gereserveerd bedrag - Montant réservé Totaal - Total	5.391 5.391	439 439	0 0	5.830 5.830	0 0	0 0	5.830 5.830
47. Gedetineerden - Détenus	19.453	0	0	19.453			19.453
Herstelverblijf / hersteleenheden						8.390	8.390
Structurele maatregelen geconventioneerden						100.000	100.000
Appropriate care					-20.000		-20.000
Totaal - Total	33.031.802	1.475.727	282.743	34.790.272	-20.000	184.097	34.954.369
Niet te besteden bedrag (Farma) - Montant non affectable (Pharma)	210.000	0	0	210.000			210.000
Transfer buiten doelstelling - Transfert hors objectif: cybersecurity						3.416	3.416
Transfer buiten doelstelling - Transfert hors objectif: interhospitaal vervoer						1.479	1.479
Transfer buiten doelstelling - Transfert hors objectif: sociaal statuut vroedvrouwen						1.036	1.036
Transfer buiten doelstelling - Transfert hors objectif: ASO's en HAIO's						5.000	5.000
Transfer buiten doelstelling - Transfert hors objectif	109.995	0	0	109.995			109.995
Resultaat - Résultat	33.351.797	1.475.727	282.743	35.110.267	-20.000	195.028	35.285.295

(*) Exclusief de bijkomende vergoeding zorgverleners 1/06/2022 - Hors indemnité supplémentaire aux prestataires 1/06/2022

(**) Indicatieve bedragen, het betreft niet uitsluitend ZIV-tegemoetkoming
Montants indicatifs, il ne s'agit pas uniquement d'intervention AMI