

Description et utilisation du modèle PROMES

Février 2024

Ce Working Paper s'inscrit dans le cadre des travaux préparatoires au chiffrage des priorités des partis politiques en vue de l'élection pour la Chambre des représentants de juin 2024 (DC2024).

Abstract - Dans le cadre du chiffrage des programmes électoraux, le modèle PROMES du Bureau fédéral du Plan sera utilisé pour calculer l'impulsion budgétaire de mesures portant sur les dépenses publiques de soins de santé. PROMES est un modèle de microsimulation qui est alimenté par des données administratives individuelles sur les dépenses de santé couvertes par l'assurance maladie et invalidité obligatoire. Il permet de calculer l'impact de mesures qui s'appliquent à l'ensemble des dépenses de soins de santé ou de mesures ciblées sur certains groupes de dépenses ou de publics cibles spécifiques. Ce document décrit les caractéristiques, la structure et le fonctionnement du modèle. Pour illustrer les possibilités de simulation du modèle, il présente les résultats du scénario de référence et de quelques scénarios alternatifs.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Description du modèle PROMES	2
2.1. Caractéristiques générales du modèle	2
2.2. Structure du modèle	3
2.2.1. Les microdonnées utilisées	3
2.2.2. Définition des groupes de dépenses	4
2.2.3. Conception des modèles comportementaux	5
2.2.4. Mécanisme de projection	7
2.3. Hypothèses du scénario de référence	8
2.4. Possibilités de simulation et limites	9
3. Résultats de la projection du scénario de référence.....	11
4. Scénarios alternatifs	14
4.1. Vieillesse	14
4.2. Consommation d'antibiotiques	16
4.3. Soins dentaires et intervention majorée	17
Bibliographie	19
Annexe	20

Liste des tableaux

Tableau 1	Aperçu des groupes de dépenses modélisés dans PROMES	4
Tableau 2	Variables explicatives de la consommation de soins dans PROMES	6
Tableau 3	Résultats de la projection du scénario de référence de PROMES 2.17, 2024-2029	11
Tableau 4	Scénario à structure d'âge constante : résultats des projections 2024-2029.....	15
Tableau 5	Résultats de la projection des consommations d'antibiotiques* selon différents scénarios, 2024-2029	17
Tableau 6	Résultats des projections des soins dentaires selon différents scénarios, 2024-2029	18
Tableau 7	Résultats détaillés de la projection du scénario de référence de PROMES, 2024-2029	20

Liste des graphiques

Graphique 1	Fonctionnement du modèle de projection	7
Graphique 2	Résultats de la projection du scénario de référence PROMES 2.17, 2024-2029	12

1. Introduction

Dans le cadre du chiffrage des programmes électoraux, le modèle PROMES (PROjecting MEdical Spending) sera utilisé pour calculer l'impulsion budgétaire de mesures portant sur les dépenses publiques de soins de santé.

Le modèle PROMES a été développé par le Bureau fédéral du Plan (BFP), à la demande de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et en collaboration avec celui-ci. Il produit des projections de dépenses de soins de santé à moyen terme. Le modèle est mis à jour chaque année et fournit des inputs pour les perspectives économiques à moyen terme du BFP. Les résultats des projections sont également utilisés pour étayer les estimations techniques réalisées par l'INAMI et sont intégrés dans les publications d'autres institutions, telles que le rapport du KCE intitulé "Assessing the sustainability of the Belgian health system using projections" (Lefèvre & Gerkens, 2021).

PROMES est un modèle de microsimulation fondé sur des modèles de comportements. Il est alimenté par des données de l'Échantillon permanent (EPS), à savoir une banque de données administratives longitudinales sur le recours aux soins de santé et les dépenses de plus de 300 000 affiliés aux mutuelles. Pour chaque groupe de prestations de soins (telles que les consultations, les soins à domicile, les médicaments, etc.), on estime la probabilité qu'un individu de l'échantillon ait recours à des soins, la quantité de soins et les dépenses de l'assurance maladie et invalidité qui en découlent. Les estimations tiennent compte des caractéristiques individuelles de la personne, telles que l'âge, le sexe, l'état de santé, la situation sociale et le statut d'assurance, son recours antérieur aux soins de santé et certains facteurs environnementaux tels que la densité de population et de médecins.

Les résultats des projections pour l'échantillon sont ensuite alignés sur d'autres projections à moyen terme afin de refléter les évolutions futures de facteurs qui ont un impact significatif sur le recours aux soins de santé : la taille et la structure d'âge de la population, la prévalence des maladies chroniques et le contexte socioéconomique. Enfin, la projection des dépenses tient compte d'une évolution spécifique des prix par type de soins qui reflète la tendance historique de l'évolution des prix, au-delà de l'inflation.

Le modèle PROMES permet de simuler les effets de mesures qui s'appliquent à l'ensemble des dépenses de soins de santé. Il est également possible de simuler les effets de mesures ciblant des groupes de dépenses spécifiques ou des groupes d'assurés spécifiques, par exemple en fonction de l'âge, de l'état de santé ou du statut d'assuré.

La partie 2 ci-après décrit les caractéristiques générales et la structure du modèle, ses possibilités et limites en matière de simulations. La partie 3 présente les résultats du scénario de référence. Enfin, le fonctionnement du modèle est illustré au moyen de scénarios alternatifs dans la partie 4. Pour une description plus détaillée de PROMES et d'autres simulations réalisées avec ce modèle, voir Geerts, Van den Bosch et Willemé (2018).

2. Description du modèle PROMES

2.1. Caractéristiques générales du modèle

PROMES est un modèle de microsimulation fondé sur des modèles comportementaux. Ces modèles relient le recours aux soins à des caractéristiques individuelles pertinentes par groupe de prestations (comme les consultations, les soins à domicile, la kinésithérapie, les médicaments, les hospitalisations, etc.).

Ces modèles comportementaux tiennent compte de caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe, la composition du ménage, l'état de santé, la situation socioéconomique et le statut d'assuré. Les patients suivent généralement des trajets de soins dans un intervalle de temps relativement court. Ces trajets sont constitués d'une première consultation, de consultations de suivi ou de réorientations, d'exams de diagnostic et de traitements. PROMES tient compte de ce cheminement en intégrant des variables explicatives qui rendent compte des recours aux soins les mois précédents. En outre, les modèles tiennent compte d'un certain nombre de facteurs environnementaux tels que les caractéristiques du lieu de résidence, la probabilité d'une épidémie de grippe et l'évolution de la densité de médecins. Nous vous renvoyons à la section 2.2.3 pour un aperçu complet des variables explicatives des modèles.

Le lien entre les caractéristiques individuelles et le recours aux soins pouvant varier considérablement en fonction du type de soins, des modèles comportementaux distincts ont été estimés pour chaque groupe de prestations de soins. Ainsi, le recours aux consultations, aux soins à domicile, à la kinésithérapie, aux médicaments, aux hospitalisations, etc. est modélisé dans des modules distincts. Toutefois, les disparités en matière de recours aux soins de santé ne se limitent pas à ces grandes catégories. On observe aussi d'importantes différences au sein même des groupes. Le profil (âge, sexe et état de santé) des consommateurs d'antibiotiques est, par exemple, tout à fait différent de celui des consommateurs de médicaments contre le diabète. Les modèles comportementaux sont donc décomposés jusqu'au niveau approprié et sont estimés par groupe détaillé de prestations de soins. La section 2.2.2 donne un aperçu des groupes de dépenses modélisés. PROMES modélise ainsi le recours aux soins de manière très détaillée et peut dès lors faire apparaître, en projection, les effets différenciés de certaines évolutions, par exemple démographiques, par type de soins. Les effets des mesures politiques ciblant des groupes de dépenses spécifiques peuvent également être estimés et projetés.

Les modèles comportementaux ont été estimés à partir de données longitudinales sur les prestations médicales couvertes par l'assurance maladie et invalidité obligatoire (AMI) pour un échantillon représentatif de plus de 300 000 personnes issues de la population des affiliés aux mutuelles, à savoir l'Échantillon permanent (EPS). Pour la version actuelle 2.17 du modèle PROMES, nous avons utilisé les données EPS pour la période 2008-2019. La section 2.2.1 aborde ces données plus en détail.

Partant des coefficients estimés par les modèles comportementaux, la probabilité de recours aux soins et le volume des soins sont estimés pour chaque individu de l'échantillon, mois par mois, sur l'ensemble de l'horizon de projection. Les dépenses à charge de l'assurance maladie et invalidité sont ensuite

calculées sur la base du volume de soins projeté, en tenant compte de l'inflation attendue et de l'évolution des prix au-delà de l'inflation.

Les individus de l'échantillon sont ensuite "repondérés" afin que leurs caractéristiques agrégées en projection correspondent à la taille et à la composition de la future population. Les caractéristiques de la population prises en compte sont la composition démographique, les indicateurs de santé, les caractéristiques socioéconomiques et le statut d'assurance. L'évolution de ces caractéristiques au cours de la période de projection est simulée dans une partie distincte du modèle de microsimulation. Les résultats de ces simulations sont alignés autant que possible sur les projections existantes, telles que les projections de population et de ménages (Duyck et al., 2023) et les projections de chômage du BFP.

Le mécanisme de projection est expliqué plus en détail dans la section 2.2.4.

2.2. Structure du modèle

2.2.1. Les microdonnées utilisées

PROMES est alimenté par les données de l'Échantillon permanent (EPS). Il s'agit d'une base de données administratives contenant des données longitudinales individuelles sur l'ensemble des prestations médicales relevant de l'assurance maladie obligatoire. L'EPS est un échantillon représentatif composé de plus de 300 000 individus de la population assurée belge. L'échantillon est tiré de la base de données de l'AIM (Agence Intermutualiste), qui recueille depuis 2002 les données de tous les affiliés à l'assurance maladie obligatoire. L'EPS comprend des données sur les soins de santé prodigués et les médicaments délivrés caractérisés par leur code de la nomenclature, ainsi qu'un ensemble limité de variables sociodémographiques pertinentes dans le contexte de l'assurance maladie. Cependant, l'EPS ne contient que des informations limitées sur d'autres déterminants clés du recours aux soins de santé, tels que l'état de santé des assurés. Dans la section 2.2.3, nous expliquons quelles variables de l'EPS sont utilisées dans les modèles comportementaux et comment sont créés les indicateurs d'approximation de l'état de santé.

Dans la version actuelle du modèle (PROMES 2.17), les estimations du recours aux soins des modèles comportementaux sont basées sur les données EPS de 2010 à 2019 (EPS release 17). La période d'observation est plus courte pour les groupes de dépenses qui ont été réformés en profondeur durant cette période. Les données pour 2020 et 2021 sont disponibles, mais n'ont pas été exploitées compte tenu de l'impact important du Covid-19 sur le recours aux soins. Les données ont également été limitées à 2019 pour les autres données d'input fondées sur l'EPS, comme les volumes et dépenses moyens, le rythme de comptabilisation¹ des prestations et les facteurs de repondération. Le jeu de données de base pour les projections est basé sur les données de l'EPS pour l'année 2019.

Les autres données utilisées pour le scénario de référence PROMES 2.17 sont décrites dans la section 2.3 « Hypothèses du scénario de référence ».

¹ Soit le rythme auquel les prestations sont comptabilisées par les mutuelles. Dans de nombreux cas, la date de comptabilisation par les mutuelles est ultérieure à la date de prestation du soin. Certaines attestations de soins peuvent être remboursées pendant deux ans et ne sont comptabilisées qu'après que l'assuré a remis l'attestation à la mutualité. La vitesse de comptabilisation varie selon les groupes de dépenses et évolue également, notamment en raison de l'introduction de la facturation électronique pour certaines prestations.

2.2.2. Définition des groupes de dépenses

Les dépenses de l'AMI pour les soins de santé, modélisées dans PROMES au moyen de modèles comportementaux, sont réparties en modules par grands groupes de dépenses, et parfois subdivisées en sous-groupes (voir tableau 1). Ce niveau de détail permet d'estimer et de projeter distinctement les effets des mesures politiques ciblées sur des groupes de dépenses spécifiques.

Tableau 1 Aperçu des groupes de dépenses modélisés dans PROMES

Modules	Groupes
Honoraires médicaux	
Consultations et visites	Consultations de généralistes, visites de généralistes, spécialistes, urgentistes
Prestations techniques et chirurgie	Ambulatoire/hospitalisation, diagnostic/traitement
Biologie clinique	Ambulatoire/hospitalisation, forfaitaire/non forfaitaire
Imagerie médicale	Ambulatoire/hospitalisation, forfaitaire/non forfaitaire
Gynécologie	Ambulatoire/hospitalisation
Surveillance	Ambulatoire/hospitalisation
Honoraires dentaires	
	7 sous-groupes, dont la consultation et les soins préventifs, les extractions
Spécialités pharmaceutiques	
Officines publiques	Par grande classe thérapeutique (ex. antithrombotiques, antibactériens, psycholeptiques) + dépenses article 81/111 * séparément
Pharmacies hospitalières, pour soins ambulatoires	Par grande classe thérapeutique (ex. antithrombotiques, antibactériens, psycholeptiques) + dépenses article 81/111 * séparément
Pharmacies hospitalières, pour hospitalisations	Forfaitaire/non forfaitaire + dépenses article 81/111 * séparément
Honoraires des praticiens de l'art infirmier (soins à domicile)	
	5 sous-groupes dont séance de soins, forfaits pour les patients lourdement dépendants
Soins par kinésithérapeutes	
Soins par bandagistes et orthopédistes	2 sous-groupes : bandagistes, orthopédistes
Implants	
Soins par opticiens	
Soins par audiciens	
Hospitalisations	
Hospitalisation	dont soins aigus, services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle, hôpital de jour chirurgical
Hospitalisation de jour	dont forfait plâtre, maxi-forfait
Dialyse	
Rééducation fonctionnelle et professionnelle	
Logopédie	
Maximum à facturer	
Maisons médicales	Médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes

* L'article 81/111 concerne les médicaments relevant de contrats temporaires conclus avec des entreprises pharmaceutiques pour les médicaments innovants. Ces contrats permettent, dans un contexte où les incertitudes demeurent sur la valeur réelle d'un médicament, de rembourser néanmoins les médicaments innovants. Lorsque de tels contrats sont conclus, des mécanismes de compensation sont prévus pour l'INAMI.

Cependant, un certain nombre de groupes de dépenses ne sont pas ou seulement partiellement projetés au moyen d'un modèle comportemental.

Tout d'abord, dans le module "Hospitalisations", seule la partie dite variable du budget d'hospitalisation est modélisée. Environ 80% de ce budget est directement versé aux hôpitaux sous la forme de provisions mensuelles (part fixe). La part restante (part variable) est facturée par le biais d'un montant par hospitalisation et d'un montant par jour. Les informations disponibles au niveau des patients individuels ne concernent que la partie variable. Dans PROMES, ces dépenses sont modélisées au niveau microéconomique. Les dépenses pour la partie fixe sont estimées par extrapolation de

l'évolution tendancielle du rapport entre les dépenses totales pour la partie fixe et celles pour la partie variable.

Deuxièmement, la projection d'autres groupes de dépenses, plus restreintes, n'est pas réalisée à partir de modèles comportementaux. Il s'agit de groupes pour lesquels l'EPS n'est pas suffisamment représentatif, de groupes qui ne sont pas liés à des patients individuels ou de nouveaux groupes de dépenses qui ne figurent pas encore dans les années d'observation exploitées de l'EPS. À titre d'exemple, aucun modèle distinct n'a été estimé pour le matériel corporel humain, les soins à basse variabilité ou les projets de soins intégrés. Pour de tels groupes, seules les dépenses sont projetées, pas les volumes de soins. Ces projections de dépenses sont réalisées à partir de taux de croissance, soit d'une catégorie de dépenses similaire qui a été modélisée, soit du total des catégories de dépenses modélisées.

2.2.3. Conception des modèles comportementaux

Les modèles comportementaux établissent un lien entre le recours individuel aux soins de santé et les caractéristiques individuelles et du milieu de vie. La direction et la solidité des liens sont estimées à partir de données historiques de l'EPS pour la période 2010-2019. La modélisation s'opère en deux étapes. La première étape consiste à déterminer si une personne recourt ou non à un certain type de soins en fonction de ses caractéristiques individuelles et d'autres variables pertinentes. La probabilité qu'une personne ait recours à un type de soins est estimée au moyen de modèles de régression logistique. Le nombre de prestations de soins (le volume de soins) est ensuite modélisé pour les personnes qui ont recours aux soins. Le module « consultations et visites » utilise à cet effet des modèles dits de dénombrement. Les autres modules s'appuient, pour cette étape, sur une modélisation simplifiée centrée sur des volumes moyens liés à un jeu limité de caractéristiques contextuelles. La variation du nombre de prestations par patient est en effet assez faible pour de nombreuses catégories de dépenses.

À quelques exceptions près, la dimension temporelle de la modélisation des groupes de dépenses est mensuelle, car celle-ci se rapproche le plus des trajets de soins des patients : réorientations, consultations de suivi et traitements se succèdent en effet assez rapidement. Ce n'est que pour les modules dentisterie, rééducation fonctionnelle et professionnelle, maximum à facturer et maisons médicales qu'une périodicité annuelle est utilisée.

Le Tableau 2 présente un aperçu des variables explicatives des modèles comportementaux. Il s'agit de variables démographiques (groupe d'âge, sexe, composition du ménage), d'indicateurs de l'état de santé, d'indicateurs de la situation sociale (chômeur complet, chômeur de longue durée de 50 ans et plus, droit à la garantie de revenus aux personnes âgées ou au revenu d'intégration et/ou à l'aide du CPAS), du statut d'assuré (droit à une intervention majorée, dossier médical global, maximum à facturer), de caractéristiques du milieu de vie (arrondissement, densité de population, densité médicale) et de la période (année, mois).

Tableau 2 Variables explicatives de la consommation de soins dans PROMES

	Exogènes	Endogènes
Démographie	Classe d'âge (classes de 10 ans) Sexe Interaction âge-sexe Situation de vie (isolé/cohabitant)	
Santé	État de santé général Malade chronique ou limitations de longue durée sur la base d'un forfait de soins, d'un handicap ou d'une invalidité Maladies chroniques spécifiques Épidémie de grippe	
Variables socioéconomiques	Chômeur Chômeur de longue durée (50+) Droit à la garantie de revenu pour les personnes âgées ou au revenu d'intégration et/ou droit à l'aide du CPAS	
Statut d'assurance	Droit à une intervention majorée Dossier médical global Droit au remboursement dans le cadre du maximum à facturer	
Soins antérieurs		Contacts avec un généraliste, spécialiste, urgentiste (t-1) Hospitalisation (t-1, t-2, t-3)
Milieu de vie	Arrondissement Densité de population Densité médicale (généralistes, spécialistes, urgentistes)	
Période	Année, mois	

Les données de l'EPS ne comportent pas de données sur l'état de santé en tant que tel. Des indicateurs d'approximation de l'état de santé ont donc été établis. Un indicateur général des maladies chroniques ou de limitations à long terme se fonde sur des données sur le statut des assurés (forfait de soins, handicap, invalidité). En outre, une série d'indicateurs a été construite à partir de données de consommation de médicaments délivrés sur prescription : un indicateur de l'état de santé général à partir du nombre de médicaments différents pris, huit indicateurs pour des maladies chroniques relativement courantes ont été établis partant du recours aux médicaments relevant de classes spécifiques (affections cardiovasculaires, asthme-BPCO, diabète, épilepsie, maladie de Parkinson, psychose, troubles de la thyroïde et un indicateur regroupant les maladies auto-immunes, la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn). Pour définir ces maladies chroniques, nous nous sommes fondés sur les groupes de coûts pharmaceutiques (Farmacie Kosten Groepen, FKG) établis aux Pays-Bas. Cette classification est mise à jour chaque année par l'Institut néerlandais des soins de santé pour refléter la consommation actuelle de médicaments². Un indicateur sur le cancer est basé sur des données relatives à la radiothérapie, la chimiothérapie et la consultation multidisciplinaire d'oncologie.

Outre ces variables individuelles relatives à l'état de santé, les modèles incluent aussi une variable « épidémie de grippe », qui correspond au dépassement du seuil de 500 consultations pour des symptômes grippaux pour 100 000 habitants. Cette variable est construite à partir de données de l'Institut scientifique de santé publique.

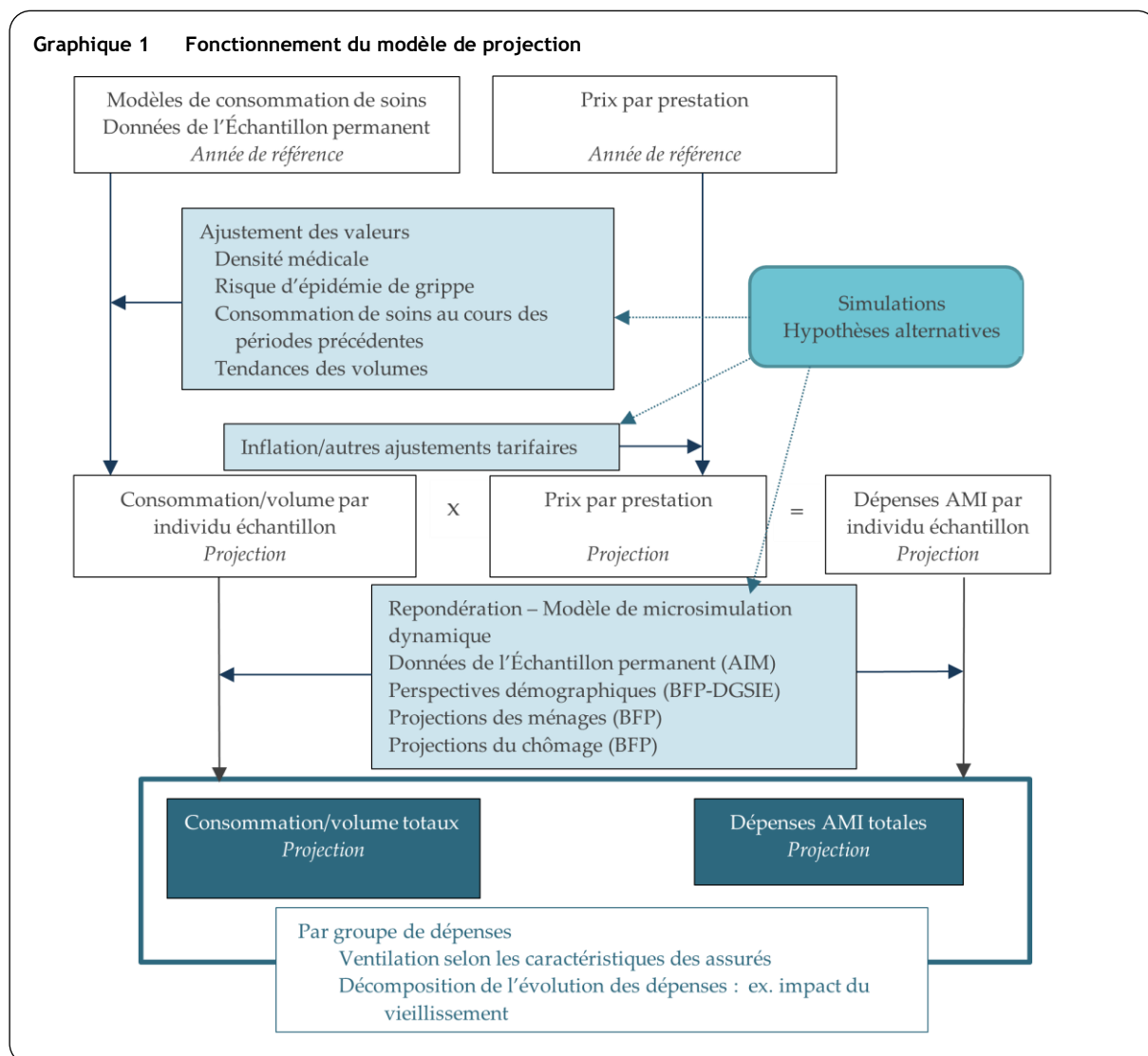
² Dans PROMES v2.17, nous nous référons aux définitions mentionnées dans le Referentiestand FKG_C modeljaar 2023.

La densité médicale (nombre de généralistes, spécialistes et urgentistes pour 10 000 habitants) est calculée par arrondissement, sur la base des données INAMI sur le nombre de médecins.

Les variables susmentionnées sont exogènes : elles sont déterminées en dehors du modèle. Les modèles comportementaux contiennent également un certain nombre de variables endogènes déterminées au sein du modèle même. Elles portent sur le recours aux soins de santé au cours des mois précédents et s'expriment par le nombre de contacts que la personne a eus avec un médecin généraliste, un spécialiste ou un service d'urgence au cours du mois précédent, ainsi que par une hospitalisation au cours du mois précédent, deux mois, voire trois mois plus tôt.

2.2.4. Mécanisme de projection

PROMES a pour horizon de projection le moyen terme (2029 pour les résultats présentés ici). Le schéma ci-dessous illustre le fonctionnement du modèle de projection.



Les données de base des projections sont les données de l'EPS pour la dernière année d'observation (2019). Pour chaque individu de cet échantillon, le recours aux soins et le volume de soins dans chaque

groupe de dépenses (voir tableau 1) sont projetés sur base mensuelle selon plusieurs variables explicatives (voir tableau 2) : des variables exogènes qui, au niveau de l'individu, demeurent inchangées (par exemple l'âge, le sexe, le statut d'assuré), quelques variables exogènes qui peuvent évoluer (comme la densité médicale, le risque d'épidémie de grippe - sur base annuelle ou mensuelle) et quelques variables endogènes qui sont calculées dans le modèle même (par exemple, le nombre de consultations d'un généraliste au cours du mois précédent). Les projections se basent sur les résultats d'estimation des modèles comportementaux, la projection des variables exogènes et des tendances en matière de volumes de soins moyens par groupe de prestations.

Au cours de l'étape suivante, les projections de dépenses par individu sont calculées en multipliant les volumes projetés par les prix moyens (interventions de l'AMI) par groupe de prestations, lesquels sont différenciés en fonction de caractéristiques pertinentes des assurés comme l'âge et le droit à une intervention majorée. Les prix moyens, calculés à partir des observations pour 2019, sont ajustés en projection pour tenir compte des prévisions d'inflation et des adaptations au bien-être des tarifs spécifiques à chaque groupe qui sont calculées sur la base de données historiques.

Les résultats de la projection pour l'échantillon sont ensuite « repondérés » de sorte que les caractéristiques agrégées des individus en projection correspondent à la taille et à la composition de la population future. Un modèle de microsimulation dynamique a été construit sur la base des données EPS 2009-2019 pour calculer les facteurs de repondération. Ce modèle simule le vieillissement, année après année, des individus de l'échantillon EPS et adapte leurs caractéristiques à partir des résultats de modèles de régression logistique. Les caractéristiques pertinentes de la population qui y sont simulées sont le domicile (arrondissement), la composition du ménage, des indicateurs de santé, le chômage et le statut d'assuré. Les naissances, décès, immigrations et émigrations sont également simulés. Les calculs des facteurs de repondération sont, autant que possible, alignés sur les projections disponibles : les perspectives démographiques et les projections des ménages du Bureau fédéral du Plan et de Statbel, les projections de chômage dans le modèle de moyen terme HERMES.

2.3. Hypothèses du scénario de référence

Les estimations réalisées avec la version actuelle de PROMES (version 2.17) s'appuient sur les données observées jusqu'en 2019 de l'EPS, soit avant la crise sanitaire. Pour la plupart des groupes de dépenses, le scénario de référence table sur la poursuite à moyen terme des tendances³ de probabilités de recours aux soins de santé et de volumes de soins de santé.

Les projections de la population assurée sont alignées sur les projections de la population et des ménages de février 2023 (Duyck et al., 2023) ainsi que sur les projections du chômage du BFP de juillet 2023, qui tiennent compte de l'impact de la pandémie.

L'estimation des prix moyens en projection repose sur les prévisions d'inflation réalisées avec le modèle HERMES, version de juin 2023 (Bureau fédéral du Plan, 2023) et les adaptations au bien-être historiques moyennes calculées à partir de données agrégées de volume et de dépenses sur la période 1980-2019 (ou une période plus courte pour les groupes de dépenses ayant fait l'objet de réformes majeures).

³ Tendances résiduelles, après contrôle des autres variables du modèle.

La projection de la densité médicale a été alignée sur celle de la cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, version de juin 2023 (SPF SSE, 2020).

Pour la variable « épidémie de grippe » (dépassement de seuil de consultations pour des symptômes de grippe de 500 pour 100 000 habitants), la projection se fonde sur une probabilité moyenne historique calculée à partir des données de Sciensano pour la période de janvier 2007 à février 2020.

2.4. Possibilités de simulation et limites

Le modèle PROMES peut simuler les incidences budgétaires de mesures qui impactent l'ensemble des dépenses de l'AMI pour les soins de santé, comme une modification du droit à l'intervention majorée, ou de mesures ciblées sur certaines dépenses dans un domaine, par exemple une hausse des honoraires de dentisterie. Le modèle permet aussi de simuler les effets des mesures ciblées spécifiquement sur certains groupes d'assurés, par exemple les enfants ou les patients chroniques ou les assurés bénéficiant de l'intervention majorée.

Les mesures peuvent jouer à plusieurs niveaux dans le modèle (voir **Error! Reference source not found.**) et impliquer :

- l'adaptation des valeurs des données variables (données qui évoluent sur base mensuelle ou annuelle) dans le jeu de données de base des projections, par exemple en cas d'hypothèses alternatives sur l'évolution de la densité médicale ou sur les tendances des volumes moyens par patient ;
- l'adaptation des tarifs moyens en fonction d'hypothèses alternatives sur l'inflation et/ou sur les ajustements de prix en dehors de l'inflation ;
- l'adaptation des facteurs de repondération conformément à des hypothèses alternatives sur l'évolution de la taille et de la composition de la population assurée, par exemple les pourcentages d'assurés disposant d'un dossier médical global ou bénéficiant du droit à une intervention majorée, ou atteints de certaines maladies chroniques.

Outre simuler l'impact budgétaire de mesures spécifiques, le modèle permet également d'élaborer des scénarios alternatifs afin de clarifier l'impact de certains facteurs, tels que :

- les changements dans la taille et la structure de la population (effet du vieillissement) ;
- les tendances à la baisse ou à la hausse de la prévalence des maladies chroniques ;
- les tendances résiduelles à la baisse ou à la hausse (après contrôle des autres variables explicatives) du recours à certains types de soins.

En dépit des nombreuses possibilités qu'il offre, PROMES présente également des limites, à l'instar d'autres modèles de projection. Nous passons ici les principales en revue.

Le modèle est estimé principalement à partir de données tirées de l'Échantillon permanent, qui ne fournit pas d'informations sur un certain nombre de caractéristiques individuelles importantes susceptibles d'influencer la demande de soins, comme les revenus (du ménage), le niveau d'éducation,

les habitudes de vie (alimentation, consommation d'alcool et de tabac, activité physique, etc.), les antécédents et les conditions de travail. Certaines de ces variables, notamment les revenus et le niveau d'éducation, pourraient en principe être mises à disposition dans l'EPS de manière récurrente, à condition qu'elles soient liées aux données du Datawarehouse marché du travail et protection sociale ou à ses fichiers sources. Toutefois, à ce jour, l'ajout de ces variables à l'EPS n'a pas eu lieu.

PROMES modélise uniquement la consommation et les dépenses de soins qui relèvent de la nomenclature de l'AMI. Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, un certain nombre de compétences, principalement celles liées aux soins de longue durée, ont été transférées aux Communautés, notamment dans les domaines des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des centres de soins de jour et des maisons de soins psychiatriques. D'autres aspects des soins de longue durée relevaient depuis plus longtemps des compétences des Communautés et Régions (comme les soins aux personnes handicapées). Des mesures spécifiques prises dans ces domaines ne peuvent pas être évaluées avec le modèle PROMES.

Par définition, un modèle ne peut simuler les effets de changements que pour les variables qu'il contient. À titre d'exemple, les effets d'une nouvelle campagne contre le tabagisme ne peuvent par exemple pas être estimés avec PROMES car le tabagisme n'est lui-même pas observé.

Des mesures inédites – donc non observées dans les données historiques – ne peuvent pas être directement évaluées avec le modèle. À titre d'exemple, l'impact d'une extension de l'offre de soins (par exemple, l'introduction de nouveaux programmes de soins ou les récentes augmentations du remboursement des soins psychologiques) sur les dépenses de soins de santé. Les effets attendus de telles mesures sur les dépenses peuvent être intégrés aux résultats de la projection par le biais d'estimations externes.

3. Résultats de la projection du scénario de référence

Le Tableau 3 présente les résultats de la projection des dépenses de l'AMI pour toutes les catégories de dépenses, dans le scénario de référence de PROMES⁴. La projection débute par les dépenses attendues pour 2024 selon les estimations techniques les plus récentes de l'INAMI pour cette année (INAMI, 2023). Les estimations techniques sont réalisées chaque année en vue d'élaborer le budget de l'année suivante et tiennent compte des mesures déjà décidées et mises en œuvre dans le secteur de la santé. Pour les années 2025 à 2029, la croissance projetée dans le scénario de référence de PROMES est ensuite appliquée. Le scénario de référence s'entend à politique constante. Le tableau présente la croissance des dépenses nominales (en prix courants). Les prix sont ajustés en fonction des adaptations tarifaires, telles que décrites à la section 2.2.4 et conformément aux perspectives d'inflation projetées par le modèle macroéconomique de moyen terme HERMES du Bureau fédéral du Plan, version de juin 2023. Les résultats des projections PROMES sont également disponibles en montants réels. Les dépenses nominales sont alors déflatées sur base de l'indice santé estimé. Dans ce Working Paper, tous les résultats sont exprimés en montants nominaux.

Tableau 3 Résultats de la projection du scénario de référence de PROMES 2.17, 2024-2029
Dépenses nominales de l'AMI, calibrées pour 2024 sur les estimations techniques de l'INAMI de septembre 2023
Montants en millions d'euros

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Taux de croissance annuel moyen
Honoraires médicaux							
Biologie clinique	1 425	1 469	1 491	1 510	1 528	1 542	1,6%
Imagerie médicale	1 663	1 731	1 775	1 816	1 858	1 897	2,7%
Consultations et visites	3 289	3 442	3 552	3 669	3 792	3 919	3,6%
Prestations spéciales + Chirurgie	3 297	3 463	3 582	3 699	3 818	3 933	3,6%
Gynécologie + Supervision + Autres	1 125	1 181	1 225	1 264	1 307	1 346	3,7%
Honoraires dentaires	1 459	1 550	1 621	1 693	1 769	1 847	4,8%
Fournitures pharmaceutiques - brutes	8 183	8 815	9 565	10 361	11 189	12 009	8,0%
dont : - Compensation recettes art. 111/ 81	1 842	2 098	2 381	2 701	3 031	3 354	12,7%
- Fournitures pharmaceutiques - nettes	6 341	6 717	7 184	7 660	8 158	8 655	6,4%
Soins infirmiers à domicile	2 277	2 463	2 628	2 791	2 961	3 136	6,6%
Kinésithérapie	1 220	1 317	1 376	1 463	1 556	1 652	6,2%
Hôpitaux*	8 494	8 960	9 371	9 830	10 250	10 744	4,8%
Soins à basse variabilité	420	439	452	465	478	491	3,1%
Maisons médicales	331	362	390	423	459	496	8,4%
Autres dépenses **	4 124	4 266	4 473	4 679	4 905	5 117	4,4%
Total	37 309	39 460	41 500	43 661	45 871	48 129	5,2%

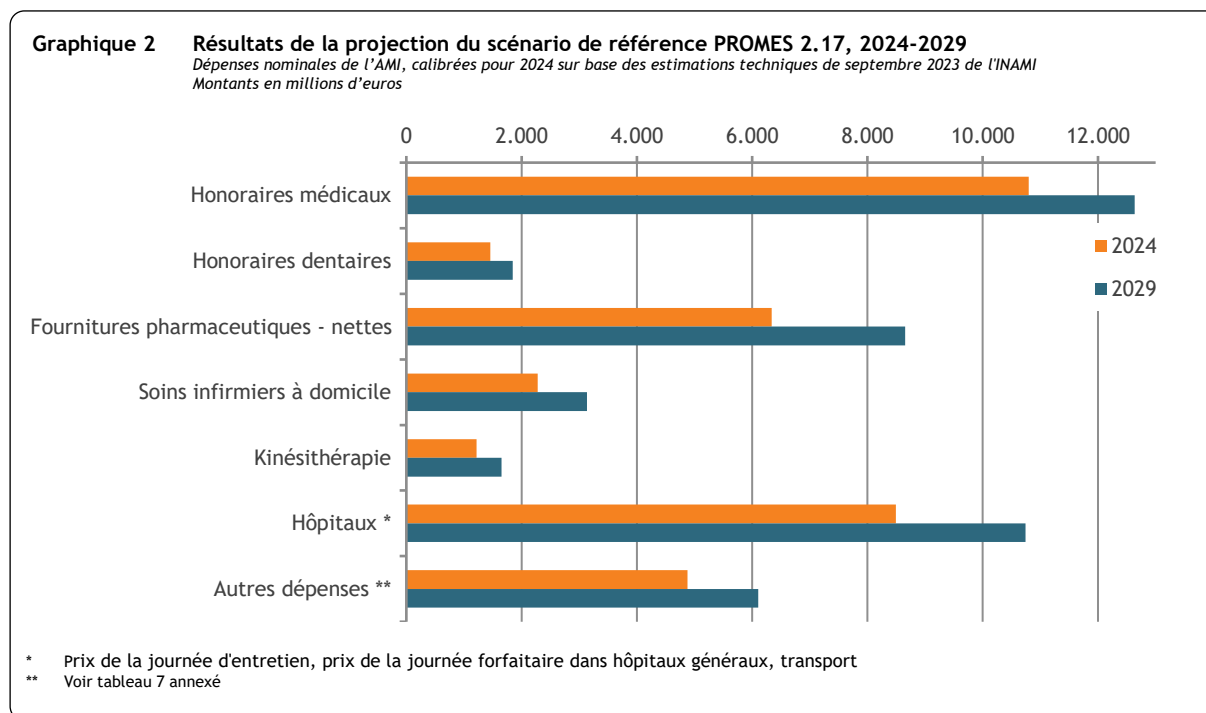
* Prix de la journée d'entretien, prix de la journée forfaitaire dans hôpitaux généraux, transport

** voir Annexe tableau 7

Sur la période 2024-2029, l'augmentation des dépenses de soins médicaux est estimée à 5,2% par an en moyenne. Le taux de croissance estimé varie certes sensiblement entre les groupes de dépenses. Les

⁴ Le Tableau 3 présente seulement les résultats pour les grands groupes de dépenses. Les résultats pour tous les groupes de dépenses sont rassemblés dans le tableau 7 en annexe.

secteurs affichant une croissance moyenne relativement élevée sont les maisons médicales (8,4%), les soins infirmiers à domicile (6,6%), les fournitures pharmaceutiques nettes (6,4%) et la kinésithérapie (6,2%). La croissance moyenne estimée est relativement faible pour l'imagerie médicale (2,7%) et la biologie clinique (1,6%). Le graphique 2 illustre la taille des groupes de dépenses en millions d'euros en 2024 et 2029. En chiffres absolus, la croissance estimée la plus élevée concerne les fournitures pharmaceutiques nettes (2 314 millions d'euros) et le prix de la journée d'hospitalisation (2 249 millions d'euros).



Les éléments suivants doivent être pris en considération lors de l'interprétation de la croissance estimée par groupe de dépenses.

Les dépenses brutes pour les fournitures pharmaceutiques ont été réparties dans le tableau entre la « compensation recettes Art. 111/81 » et les dépenses nettes. Le premier poste correspond au montant total des compensations versées à l'INAMI par les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de conventions sur les médicaments. C'est le taux de croissance estimé pour l'ensemble des médicaments relevant de l'article 81/111 qui est appliqué en projection⁵. Ainsi, la part des remboursements dans les dépenses de fournitures pharmaceutiques brutes passerait de 23% en 2024 à 28% en 2029.

Les groupes de dépenses « soins à basse variabilité » et « maisons médicales » captent des formes de financement groupé pour des prestations relevant d'autres groupes de dépenses. Les soins à basse variabilité font référence au financement groupé de soins standardisables et peu complexes dans les hôpitaux. Le financement comprend tous les honoraires médicaux par hospitalisation, à l'exclusion d'un

⁵ Les dépenses de médicaments relevant de l'article 81/111 sont modélisées séparément dans PROMES 2.17. À cette fin, les données de l'EPS sont liées à un ensemble de données contenant les noms des produits et les dates de début et de fin des périodes de convention pour les médicaments relevant de l'article 81/111. Nous modélisons ensuite séparément les médicaments de l'article 81/111 (pas par classe) délivrés dans les pharmacies publiques, dans les hôpitaux aux patients ambulatoires et dans les hôpitaux aux patients hospitalisés.

groupe spécifique de prestations⁶. Les maisons médicales regroupent les consultations et les visites de médecins généralistes, les services de kinésithérapie et les soins infirmiers et sont financées par un forfait mensuel par patient.

⁶ Voir la page internet de l'INAMI Séjours hospitaliers pour des « soins à basse variabilité » : Pour quelles prestations ?

4. Scénarios alternatifs

4.1. Vieillesse

L'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la natalité entraînent une poursuite du vieillissement de la population. En outre, la génération du baby-boom, née au cours des deux décennies qui ont suivi la Seconde guerre mondiale, atteint des âges élevés. Par conséquent, les effectifs des classes d'âge les plus élevées augmentera fortement au cours des décennies à venir. Selon les projections démographiques, la proportion du groupe d'âge des 65 ans et plus dans l'ensemble de la population passera de 21,0% en 2023 à 23,2% en 2029. Étant donné que les dépenses moyennes de l'AMI dans ce groupe d'âge sont beaucoup plus élevées que dans la population plus jeune, l'évolution de la structure d'âge entraîne une augmentation des dépenses totales de l'AMI. Le vieillissement progressif de la population âgée elle-même constitue un autre aspect du vieillissement. Le poids relatif des personnes très âgées augmente plus rapidement que celui de tout autre segment d'âge. Ainsi, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait s'accroître de plus de 18% entre 2023 et 2029, tandis que le nombre de personnes âgées de 65 à 79 ans augmentera de 10% et que la population des moins de 65 ans fléchira de 1%. Or, les dépenses moyennes pour les personnes très âgées sont nettement plus élevées que celles pour les jeunes séniors. La forte croissance de ce groupe d'âge exerce donc un effet à la hausse supplémentaire sur les dépenses totales de l'AMI.

Scénario à structure d'âge constante

Une manière de calculer l'impact du vieillissement est de considérer un scénario dans lequel la structure par âge de la population ne change pas au cours de la période de projection. La simulation ci-dessous se fonde bien sur la croissance de la population totale, telle qu'elle ressort des projections démographiques. Cela signifie que, d'une part, la population âgée augmentera moins dans cette simulation que dans le scénario de référence, mais que d'autre part, la croissance du reste de la population sera plus forte.

Le tableau ci-dessous montre l'écart dans les dépenses nominales de l'AMI entre le scénario de référence et le scénario avec structure d'âge constante. Par rapport au scénario de référence (tableau 3), les dépenses totales de l'AMI (à l'exclusion de la compensation recettes article 111/81) sont inférieures de 176 millions d'euros en 2025 et l'écart se creuse pour atteindre 1 283 millions d'euros en 2029. Sur la période 2024-2029, la croissance annuelle moyenne est donc inférieure de 0,6 point de pourcentage à celle du scénario de référence (4,2% contre 4,8%).

En termes relatifs, la différence la plus marquée est observée dans les soins à domicile : à structure d'âge inchangée, la croissance annuelle moyenne y est inférieure de 1,3 point de pourcentage par rapport à celle du scénario de référence (5,3% contre 6,6%). Même dans certains groupes de dépenses plus réduites, tels que les implants et la dialyse, la croissance annuelle moyenne est sensiblement plus faible (de 0,9 et 1,2 point de pourcentage, respectivement). En termes absolus, l'écart le plus marqué avec le scénario de référence concerne les fournitures pharmaceutiques et les hôpitaux : à structure d'âge

inchangée, en 2029, les dépenses de l'AMI pour ces groupes seraient respectivement inférieures de 295 millions d'euros et de 302 millions d'euros à celles du scénario de référence.

Les écarts sont beaucoup plus réduits pour les honoraires médicaux et la kinésithérapie. Dans les groupes de dépenses touchant des patients plus jeunes, comme les honoraires dentaires et les maisons médicales, les dépenses dans le scénario à structure d'âge constante sont plus élevées que dans le scénario de référence.

Enfin, à structure d'âge constante, les dépenses pour le maximum à facturer sont également nettement moins élevées (-25 millions d'euros en 2029). Comme ce scénario implique un nombre moins élevé de patients (âgés) confrontés à des dépenses élevées, moins de familles atteignent le montant maximum de contributions personnelles. Dans le scénario de référence, les dépenses liées au maximum à facturer augmentent en moyenne de 4% par an sur la période 2024-2029 (voir tableau 7 en annexe). Si la structure par âge de la population n'évolue pas, les dépenses n'augmentent en moyenne que de 2,9% par an.

Tableau 4 Scénario à structure d'âge constante : résultats des projections 2024-2029
Croissance des dépenses nominales de l'AMI et écart par rapport au scénario de référence

	Scénario : structure d'âge constante Croissance annuelle moyenne	Écart par rapport au scénario de référence					Croissance annuelle moyenne en ppt
		2025	2026	2027	2028	2029	
<i>en millions d'euros</i>							
Honoraires médicaux :							
Biologie clinique	1,0%	-7,0	-17,6	-22,4	-35,2	-44,0	-0,6
Imagerie médicale	2,2%	-6,3	-16,3	-22,2	-33,7	-42,4	-0,5
Consultations et visites	3,2%	-8,0	-23,9	-32,6	-50,5	-66,1	-0,4
Prestations spéciales + Chirurgie	3,1%	-15,1	-37,0	-49,4	-75,8	-95,8	-0,5
Gynécologie + Supervision + Autres	3,2%	-4,0	-11,7	-12,9	-23,0	-28,9	-0,4
Honoraires dentaires	4,9%	1,4	1,9	3,4	5,0	7,8	0,1
Fournitures pharmaceutiques - brutes	7,1%	-56,1	-169,4	-189,2	-367,5	-465,0	-0,8
<i>Compensation recettes, art. 111/81</i>	11,6%	-19,7	-53,3	-59,1	-128,0	-169,6	-1,2
<i>Fournitures pharmaceutiques - nettes</i>	5,7%	-36,4	-116,2	-130,2	-239,5	-295,4	-0,7
Soins infirmiers à domicile	5,3%	-22,4	-61,5	-91,9	-136,4	-187,0	-1,3
Kinésithérapie	5,7%	-2,8	-13,7	-19,7	-29,9	-39,3	-0,5
Hôpitaux *	4,2%	-53,7	-110,5	-140,8	-226,9	-301,9	-0,6
Soins à basse variabilité	2,7%	-1,6	-4,3	-5,6	-8,7	-11,1	-0,5
Maisons médicales	8,6%	1,2	1,8	3,4	3,2	5,0	0,2
Autres dépenses :							
Implants	4,1%	-6,3	-15,3	-22,7	-35,2	-44,0	-0,9
Dialyse	2,6%	-2,0	-16,5	-20,6	-32,9	-39,5	-1,2
Maximum à facturer	2,9%	-3,8	-9,5	-14,3	-20,0	-25,2	-1,1
Autres	3,9%	-9,4	-30,9	-41,3	-58,3	-75,5	-0,6
Total	4,6%	-195,7	-534,6	-678,8	-1 126,0	-1 452,9	-0,6
Total hors compensation recettes art. 111/81	4,2%	-176,1	-481,3	-619,7	-998,0	-1 283,3	-0,6

* Prix de la journée d'entretien, prix de la journée forfaitaire dans hôpitaux généraux, transport

4.2. Consommation d'antibiotiques

La Commission belge de coordination de la politique antibiotique a été créée en 1999 pour lutter de manière structurelle contre la consommation inadéquate d'antibiotiques et la résistance à ces derniers. Elle a entre autres élaboré un plan d'action national « One Health » contre la résistance aux antimicrobiens. Bien que la consommation d'antibiotiques en Belgique ait diminué au cours de la dernière décennie, elle reste plus de deux fois supérieure à celle des Pays-Bas, le pays européen qui enregistre le meilleur résultat sur le plan de la consommation d'antibiotiques⁷.

Scénarios de consommation d'antibiotiques

Le Tableau 5 présente les dépenses nominales de l'AMI (en prix courants) en antibiotiques pour la période 2024-2029, selon différents scénarios. Les dépenses portent sur les médicaments remboursés de la classe ATC J01⁸ délivrés dans les pharmacies publiques. Le scénario de référence de PROMES repose sur l'hypothèse que la tendance résiduelle⁹ à la baisse de la probabilité de consommation d'antibiotiques, observée au cours de la période d'observation 2017-2019¹⁰, se poursuit en projection. Selon ce scénario, entre 2024 et 2029, les dépenses de l'AMI en antibiotiques baissent de 53,4 à 44,3 millions d'euros, ce qui représente une diminution moyenne de 3,7% par an.

Il est possible que la tendance à la baisse de la probabilité de consommation d'antibiotiques ne se poursuive pas dans les années à venir au cas où la politique menée à ce jour aurait par exemple produit tous ses effets. La deuxième simulation illustrée dans le tableau 5 montre l'évolution des dépenses selon ce scénario : bien que la probabilité de consommation en projection soit toujours influencée par les autres variables explicatives du modèle (voir tableau 2), elle ne présente plus une tendance à la baisse. Dans ce scénario, le prix moyen par dose journalière définie (DDD) des antibiotiques évolue comme dans le scénario de référence (selon une extrapolation tendancielle du prix moyen par DDD).¹¹ Dans cette simulation, les dépenses nominales de l'AMI pour les antibiotiques augmentent de 0,8% par an en projection. Par rapport au scénario de référence, cela engendre des dépenses supplémentaires de 2,4 millions d'euros en 2025 qui vont croissant et atteignent 11,3 millions d'euros en 2029.

La troisième simulation présentée dans le tableau 5 table sur une diminution plus marquée de la consommation d'antibiotiques que dans le scénario de référence, sous l'effet de politiques nouvelles. Par rapport au scénario de référence, le volume moyen d'antibiotiques par consommateur y est réduit de 5% par an. Dans ce scénario, les dépenses de l'AMI diminuent de 8,5% par an. Toujours par rapport au scénario de référence, cela représente une économie de 2,6 millions d'euros en 2025, qui grimpe à 10 millions d'euros en 2029.

⁷ KCE (2019) et European Centre for Disease Prevention and Control

⁸ La classe J01 de la classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) comprend les agents antibactériens à usage systémique.

⁹ Résiduel signifie après contrôle de toutes les autres variables explicatives dans le modèle de consommation.

¹⁰ Nous nous référons à une période d'observation plus courte pour estimer les modèles de consommation des spécialités pharmaceutiques parce que nous modélisons séparément les dépenses pour les médicaments relevant ou non de l'article 81/111 et que la période 2011-2016 se caractérise par l'introduction et l'expansion rapide des médicaments relevant de l'article 81/111.

¹¹ L'estimation de l'évolution des prix des spécialités pharmaceutiques délivrées dans les pharmacies publiques et dans les hôpitaux est réalisée dans PROMES à partir d'extrapolations de tendances par classe de médicaments et non sur la base de prévisions d'inflation et d'adaptations au bien-être spécifiques à des groupes comme pour les autres groupes de dépenses.

Tableau 5 Résultats de la projection des consommations d'antibiotiques* selon différents scénarios, 2024-2029
Dépenses nominales de l'AMI - Montants en millions d'euros

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Croissance annuelle moyenne
Scénario 1 : scénario de référence							
Dépenses	53,4	51,5	49,7	47,9	46,1	44,3	-3,7%
Scénario 2 : la probabilité de consommation d'antibiotiques n'évolue pas après 2024							
Dépenses	53,4	53,9	54,5	54,9	55,3	55,6	0,8%
Écart par rapport au scénario de référence		+2,4	+4,7	+7,0	+9,2	+11,3	4,5 ppt
Scénario 3 : le volume d'antibiotiques par patient diminue de 5% par an par rapport au scénario de référence							
Dépenses	53,4	48,9	44,9	41,1	37,6	34,3	-8,5%
Écart par rapport au scénario de référence		-2,6	-4,8	-6,8	-8,6	-10,0	-4,8 ppt

* Antibiotiques : médicaments remboursés de la classe ATC J01 délivrés dans des pharmacies publiques

4.3. Soins dentaires et intervention majorée

Les bénéficiaires de l'intervention majorée paient un ticket modérateur moins élevé pour leurs soins de santé. Pourtant, ce groupe recourt beaucoup moins aux soins dentaires que le reste de la population. Les données relatives à la période d'observation (2009-2019) montrent que la probabilité de recourir aux soins dentaires est globalement plus faible chez les personnes bénéficiant d'une intervention majorée que chez les personnes ayant le même profil (âge, sexe, etc.) mais qui ne bénéficient pas de cette intervention majorée. C'est particulièrement vrai pour l'orthodontie, suivie de loin par les consultations et les soins préventifs, les radiographies et les soins conservateurs. L'inverse vaut pour deux autres types de soins dentaires : la probabilité de recours aux extractions et autres soins dentaires est plus élevée chez les personnes bénéficiant d'une intervention majorée que dans le reste de la population.

Scénarios de recours aux soins dentaires pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée

Le Tableau 6 montre la projection des dépenses nominales de l'AMI sur la période 2024-2029 selon deux scénarios : le scénario de référence et un scénario dans lequel nous supposons que les personnes bénéficiant d'interventions majorées ont autant recours aux soins dentaires que le reste de la population en projection¹². La première partie du tableau présente les dépenses dans le scénario de référence. D'après cette simulation, les dépenses de l'AMI en dentisterie passent de 1 356 millions d'euros en 2024 à 1 721 millions d'euros en 2029. Les groupes de dépenses les plus importants sont les soins conservateurs (environ 40% des dépenses) et les consultations et soins préventifs (environ 30% des dépenses).

La deuxième partie du tableau montre l'écart dans les dépenses de l'AMI entre les deux scénarios. Si les personnes bénéficiant d'une intervention majorée avaient autant recours aux soins dentaires que le reste de la population, les dépenses totales de l'AMI en soins dentaires seraient supérieures d'environ 2% à celles du scénario de référence (+27,2 millions d'euros en 2024 et +35,8 millions d'euros en 2029). Ces

¹² Techniquement, cela est mis en œuvre dans le modèle en égalisant, pour chaque type de soins dentaires, la probabilité estimée de recours par une personne bénéficiant d'une intervention majorée à celle d'une personne présentant le même profil, mais ne bénéficiant pas d'une intervention majorée.

dépenses supplémentaires concernent principalement les consultations et les soins préventifs (+15,4 millions d'euros en 2024 et +19,2 millions d'euros en 2029). En termes relatifs, toutefois, ce sont les dépenses d'orthodontie qui augmenteraient le plus par rapport au scénario de référence : elles seraient supérieures de 12% à 13% en projection. À l'inverse, les dépenses de l'AMI seraient moins élevées pour les extractions et les autres soins dentaires sur la période de projection : pour les extractions, elles seraient inférieures de 0,4 à 0,5 million d'euros par an et, pour les autres soins dentaires, de 5,1 à 5,9 millions d'euros.

Tableau 6 Résultats des projections des soins dentaires¹³ selon différents scénarios, 2024-2029
Dépenses nominales de l'AMI - Montants en millions d'euros

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Scénario 1 : scénario de référence						
Consultations et soins préventifs	388,1	414,7	435,2	456,7	478,9	501,8
Extractions	46,7	49,8	52,3	54,8	57,3	59,9
Soins conservateurs (plombages, couronnes, etc.)	589,0	622,0	646,1	669,9	694,6	718,9
Parodontologie	45,5	54,8	64,6	75,9	89,0	103,7
Orthodontie	74,7	79,8	83,7	87,5	91,3	95,3
Radiographie	72,5	75,4	77,1	78,8	80,5	82,2
Autres *	139,4	145,2	148,8	152,3	155,7	159,1
Total	1 355,9	1 441,7	1 507,7	1 575,9	1 647,3	1 720,9
Scénario 2 : recours identique aux soins dentaires par les personnes bénéficiant d'une intervention majorée : écart par rapport au scénario de référence						
Consultations et soins préventifs	15,4	16,2	17,1	17,8	18,6	19,2
Extractions	-0,4	-0,4	-0,4	-0,5	-0,5	-0,5
Soins conservateurs (plombages, couronnes, etc.)	6,3	6,7	7,1	7,5	7,9	8,2
Parodontologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Orthodontie	9,3	9,9	10,7	11,5	12,1	12,7
Radiographie	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1
Autres *	-5,1	-5,3	-5,4	-5,6	-5,7	-5,9
Total	27,2	29,1	30,9	32,6	34,4	35,8

* Autres soins dentaires : prothèses dentaires amovibles, implants oraux, soins spéciaux, supplément d'honoraires d'urgence, restaurations pour patients cancéreux, soins à distance - Covid-19

¹³ Le tableau présente les estimations des dépenses nominales (à prix courants), non calibrées sur les estimations techniques de l'INAMI pour 2024. Les « dépenses propres » pour la prime télématique et l'accréditation n'ont pas été reprises dans ce tableau. Pour ces raisons, les montants totaux pour les soins dentaires dans la simulation de référence diffèrent des totaux rapportés dans le Tableau 3, qui présente les dépenses nominales calibrées sur les estimations techniques, y compris les « dépenses propres ».

Bibliographie

- Bureau fédéral du Plan (2023), Perspectives économiques 2023-2028, Version de juin 2023, Bruxelles, Bureau fédéral du Plan. https://www.plan.be/publications/publication-2365-fr-perspectives_economiques_2023_2028_version_de_juin_2023
- Bureau Fédéral du Plan (2024), Description et utilisation du modèle HERMES, Working Paper 1 DC2024, Bruxelles, Bureau fédéral du Plan.
- Duyck, J., Fasquelle, N., Nevejan, H., Vandresse, M. (2023), Perspectives démographiques 2022-2070 : Conséquences de la guerre en Ukraine : croissance démographique en Belgique exceptionnelle en 2022 et incertitudes à moyen terme, Bruxelles, Bureau fédéral du Plan et Statbel. https://www.plan.be/publications/publication-2319-fr-consequences_de_la_guerre_en_ukraine_croissance_demographique_en_belgique_exceptionnelle_en_2022_et_incertitudes
- Geerts, J., Van den Bosch, K., Willemé, P. (2018), PROMES - Un nouvel instrument pour la projection des dépenses AMI en matière de soins de santé, Rapport final, Rapport 11700, Bruxelles, Bureau fédéral du Plan. <https://www.plan.be/press/event-40-fr-presentation>
- INAMI - Service des soins de santé (2023), Nota ARGV 2023/080 Gezondheidszorgbegroting 2024. 16 octobre 2023, Bruxelles, Institut national d'assurance maladie-invalidité Document interne
- KCE (2019), Performance du système de santé belge – Rapport 2019, Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. <https://doi.org/10.57598/R313B>
- Lefèvre, M., Gerkens, S. (2021), Assessing the sustainability of the Belgian health system using projections. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Health Services Research (HSR). <https://doi.org/10.57598/R341C>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (2020), Médecins. Scénarios de base de l'évolution de la force de travail "Médecins" 2016-2036, Bruxelles, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Commission de planification - offre médicale <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-scenarios-de-base-de-levolution-de-la-force-de-travail-medecins-2016-2036>
- Vandresse, M. (2014), Une méthodologie de projection des ménages : le modèle HPROM (Household PROjection Model), Bruxelles, Bureau fédéral du Plan. https://www.plan.be/publications/publication-1401-fr-une_methodologie_de_projection_des_menages_le_modele_hprom_household_projection_model

Annexe

Tableau 7 Résultats détaillés de la projection du scénario de référence de PROMES, 2024-2029
Dépenses AMI nominales, calibrées pour 2024 sur les estimations techniques de septembre 2023
en millions d'euros

Description	2024	2025	2026	2027	2028	2029
0. Objectifs transversaux en matière de santé	83	88	92	97	102	107
1. Honoraires médicaux						
a) Biologie clinique	1 425	1 469	1 491	1 510	1 528	1 542
b) Imagerie médicale	1 663	1 731	1 775	1 816	1 858	1 897
c) Consultations et visites	3 289	3 442	3 552	3 669	3 792	3 919
d) Prestations spéciales + e) Chirurgie	3 297	3 463	3 582	3 699	3 818	3 933
f) Gynécologie + g) Surveillance + h) Honoraires hors nomenclature + (i) Non réparti	943	991	1 028	1 062	1 099	1 133
(j) Financement complémentaire Hôpitaux	183	191	196	202	208	213
2. Honoraires dentaires	1 459	1 550	1 621	1 693	1 769	1 847
3. Fournitures pharmaceutiques	6 341	6 717	7 184	7 660	8 158	8 655
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier (soins à domicile)	2 277	2 463	2 628	2 791	2 961	3 136
5. Interventions spécifiques services de soins à domicile	51	55	58	62	66	70
6. Soins par kinésithérapeutes	1 220	1 317	1 376	1 463	1 556	1 652
7. Soins par bandagistes et orthopédistes	305	318	328	337	346	353
8. Implants et dispositifs médicaux	861	904	942	986	1 038	1 095
9. Soins par opticiens	47	49	51	53	55	58
10. Soins par audiciens	113	123	132	141	152	163
11. Honoraires sages-femmes	51	55	58	61	65	68
12. Hôpitaux : prix de la journée d'entretien, prix de la journée forfaitaire dans hôpitaux généraux, transport	8 494	8 960	9 371	9 830	10 250	10 744
13. Hôpital militaire - prix all-in	11	12	12	13	13	14
14. Dialyse	576	604	632	651	681	695
16. Prix de la journée forfaitaire dans les hôpitaux psychiatriques	7	7	8	8	8	9
17. Fin de carrière	26	28	30	32	34	36
18. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	620	657	690	724	754	782
19. Fonds spécial de solidarité	20	21	22	23	25	26
20. Logopédie	180	195	207	220	234	249
21. Autres frais de séjour et frais de déplacement	21	22	23	24	26	27
22. Régularisations	1	1	1	1	1	1
23. Maximum à facturer	397	420	436	452	469	484
24. Patients chroniques	170	184	196	209	222	235
25. Soins palliatifs (patient)	28	30	32	34	36	38
26. Matériel corporel humain	13	14	15	15	16	16
28. Internés	38	41	43	45	47	50
30. Programmes de soins spécifiques	25	27	29	31	33	35
31. Maisons médicales	331	362	390	423	459	496
33. Accord social	92	98	103	109	114	120

Description	2024	2025	2026	2027	2028	2029
34. Divers	24	25	27	28	29	31
36. Soins intégrés	26	28	30	32	34	36
39. Compensation recettes totales art. 81 111/ 81	1 842	2 098	2 381	2 701	3 031	3 354
40. Aide psychologique	245	260	273	288	302	317
41. Soins à basse variabilité : honoraires forfaitaires	420	439	452	465	478	491
48. Séjour de convalescence	9					
49. Mesures structurelles conventionnés	106					
50. Mesures Covid	37					
53. Soins appropriés	-85					
Soins appropriés - mesures positives	27					
Total	37 309	39 460	41 500	43 661	45 871	48 129

Chiffrage des programmes électoraux 2024

La loi du 22 mai 2014 confie au Bureau fédéral du Plan la tâche du chiffrage des programmes électoraux présentés par les partis politiques en vue de l'élection pour la Chambre des représentants. Dans le cadre des travaux préparatoires au chiffrage pour les élections de juin 2024 (DC2024), le Bureau fédéral du Plan publie une série de documents techniques à l'attention des partis politiques, des médias et du public.

La coordination du projet est assurée par Baudouin Regout (br@plan.be), Bart Hertveldt (bh@plan.be) et Igor Lebrun (il@plan.be).

Rue Belliard 14-18, 1040 Bruxelles
+32-2-5077311
www.plan.be
contact@plan.be

Contributions

Cette publication a été rédigée Joanna Geerts (jg@plan.be) et Karen Geurts (kg@plan.be).

Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.

Éditeur responsable : Baudouin Regout

Dépôt légal : D/2024/7433/6