

Budget Soins de santé 2026 : le modèle de concertation sous pression budgétaire

Saskia Mahieu – Cellule expertise politique de santé MC-CM

Résumé

Dans un contexte économique marqué par des perspectives de croissance modérées et un niveau de dette publique particulièrement élevée, la situation budgétaire de la Belgique demeure fragile. Comme dans d'autres pays européens, les dépenses de défense sont en hausse. C'est dans ce contexte que le gouvernement fédéral décide de limiter la norme de croissance des soins de santé à 2% au moins en 2026 et 2027. Le Bureau fédéral du Plan, en revanche, s'attend à ce que, à politique constante, les dépenses de santé augmentent en moyenne de 2,3% entre 2025 et 2029. Par ailleurs, le 22 juillet 2025, le gouvernement adresse au Comité de l'assurance une « lettre de mission » annonçant 907 millions d'euros de mesures d'économies. Cette lettre de mission ne contient pas seulement un cadre budgétaire, mais également de nombreuses orientations politiques.

Cet article décrit le contexte budgétaire général du budget des soins de santé 2026 ainsi que les différentes mesures qui ont été proposées et/ou adoptées dans le cadre du modèle de concertation sociale. Malgré les défis et la difficulté de l'exercice, nous soulignons la capacité des partenaires sociaux à continuer à formuler des propositions concrètes. Bien que la mission d'économies ait été fortement pilotée par le gouvernement, la concertation sociale a fonctionné correctement.

Mot-clés : Budget, soins de santé, objectifs de soins de santé, économies, réformes, modèle de concertation, analyse critique



Table de matières

1. Cadre pour la gestion paritaire lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2026	62
1.1. L'ADN social belge	62
1.2. Croissance limitée pour le budget des soins de santé	62
1.3. Objectifs de santé	63
1.4. L'attention portée aux réformes prévues	64
1.5. Une lettre de mission à partir de 2025	65
2. La norme budgétaire et les estimations techniques	68
2.1. Objectif budgétaire global 2026	68
2.2. Estimations techniques pour 2026 et comparaison avec le calcul normatif	68
3. Le projet des mutualités et la décision du Conseil des ministres	70
3.1. Protection du-de la patient-e et de soins de qualité	70
3.2. La proposition des mutualités	70
3.3. La décision du Conseil général	74
Conclusion	77
Bibliographie	78

1. Cadre pour la gestion paritaire lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2026

1.1. L'ADN social belge

Le système belge de Sécurité sociale est fondé sur le régime bismarckien de sécurité sociale, dans lequel le financement de la Sécurité sociale repose en grande partie sur des cotisations sociales proportionnelles au salaire. La gestion de la Sécurité sociale revient logiquement aux organisations patronales et aux syndicats. En 1963¹, la gestion paritaire est étendue aux mutualités et aux prestataires de soins et la cogestion est appliquée à l'ensemble de l'assurance soins de santé et indemnité, dans laquelle les conventions et accords entre prestataires de soins et mutualités, représentant les ayants droit, deviennent la forme centrale de régulation des soins de santé (van Cutsem, 2016).

La cogestion, dans laquelle toutes les parties concernées élaborent ensemble la politique de santé, est plus réceptive à l'évolution des besoins de la population qu'un modèle sans concertation sociale. C'est pourquoi la cogestion joue un rôle important tant dans l'orientation des mesures politiques que dans la budgétisation de l'assurance obligatoire soins de santé.

Entretemps, l'État est également devenu gestionnaire financier et il est question d'une gestion tripartite de la Sécurité sociale, dans laquelle le gouvernement dispose d'un droit de veto au sein du Conseil général² de l'INAMI lors des décisions concernant le budget des soins de santé. Le rôle du gouvernement devient donc plus important. Lorsqu'il faut prendre des mesures d'économie, il existe un risque que la part personnelle payée par les patient-es pour leurs soins augmente. Dans ce cas, il peut arriver qu'un gouvernement prenne, en compensation, des mesures de protection des plus vulnérables de la société. Cela fa-

vorise malheureusement une médecine à deux vitesses. Le résultat est une sécurité sociale plus libérale que bismarckienne en raison d'une « aide sociale³ stigmatisante pour les plus pauvres et d'un système plus commercialisé pour les autres » (van Cutsem, 2017, p.5). En même temps, les contraintes budgétaires limitent les possibilités de réforme des soins de santé. Or, l'amélioration de la performance du système belge de soins de santé constitue un objectif de la concertation sociale.

1.2. Croissance limitée pour le budget des soins de santé

Depuis le Traité de Maastricht de 1992, il existe une gouvernance européenne de la gestion économique des États membres. Cette gouvernance économique a été réformée en 2024. L'objectif principal de la réforme est de garantir des finances publiques saines et soutenables, tout en favorisant dans tous les États membres une croissance durable et inclusive par le biais de réformes et d'investissements (Conseil européen, 2024). En outre, la Commission propose une « trajectoire de référence » aux États membres dont la dette publique dépasse 60% du produit intérieur brut (PIB) ou dont le déficit public dépasse 3% du PIB. Sur la base de cette trajectoire de référence, les États membres doivent intégrer le parcours d'ajustement budgétaire, exprimé en trajectoires de dépenses nettes, dans leurs plans budgétaires nationaux structurels à moyen terme.

Le 18 mars 2025, le premier plan budgétaire structurel belge à moyen terme a été soumis à la Commission européenne. Ce plan repose sur une trajectoire de référence avec une période d'ajustement de sept ans plutôt que quatre, dans laquelle l'effort budgétaire requis est davantage étalé dans le temps et donc plus réaliste. Pour justifier cette prolongation de la trajectoire de trois ans, la Belgique s'est engagée à mener d'importantes réformes structurelles conformément aux priorités communes de l'Union : une transition verte et numérique juste, y compris les objectifs climatiques, rési-

1 Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des établissements d'utilité publique pour la sécurité sociale et la prévoyance sociale.

2 Le Conseil général de l'assurance pour soins de santé détermine les lignes politiques générales en matière de soins. Les représentant-es de celles et ceux qui financent l'assurance — employeurs, travailleur-es, indépendant-es et représentant-es du gouvernement — détiennent 3/4 des mandats au Conseil général. Les mutualités détiennent 1/4 des mandats. Les représentant-es des prestataires de soins n'y disposent que d'une voix consultative. Voir, pour plus d'informations sur les organes de l'INAMI, voir <https://www.inami.fgov.be/fr/l-inami/nos-organes>.

3 « Les théoricien-nes des systèmes de sécurité sociale distinguent la sécurité sociale et l'aide sociale, qui découlent d'une histoire et d'une logique différentes. La sécurité sociale représente un mécanisme assurantiel contre les risques sociaux, financé solidairement dans les systèmes bismarckiens et destiné à toutes et tous selon les besoins. L'aide sociale représente le filet de dernier recours, octroyé aux personnes disposant de moyens insuffisants, financé par l'impôt et versé par les autorités locales sans contribution préalable » (van Cutsem, 2017, p. 5).

lience sociale et économique, Charte sociale européenne⁴, sécurité énergétique et, lorsque nécessaire, renforcement des capacités de défense. Les réformes belges visent une réforme du système de pension, une réforme fiscale et une réforme du marché du travail. Par ailleurs, un travail est également mené pour améliorer la compétitivité, l'efficacité et la qualité des dépenses publiques, ainsi que la coordination du pilotage budgétaire entre les différents niveaux de pouvoir (SPF Stratégie & Appui, 2025).

Au moment de l'élaboration de l'accord de gouvernement début 2025, le gouvernement fédéral a immédiatement décidé de limiter davantage la croissance du budget des soins de santé. Ainsi, la norme de croissance pour 2026 a été ramenée à 2%. Cela contraste fortement avec les prévisions du Bureau fédéral du Plan, qui estime qu'à politique inchangée les dépenses de santé augmenteront en moyenne de 2,3% entre 2025 et 2029 (Bureau fédéral du plan, 2025a). La norme de croissance ne suffit donc pas à couvrir les dépenses à politique constante, et encore moins à affronter les problèmes prioritaires des soins de santé belges. Cette norme est d'autant plus limitée que les comparaisons internationales montrent que la Belgique consacre proportionnellement autant aux soins de santé que les Pays-Bas et l'Allemagne, et nettement moins que la France, un pays

qui consacre également une plus grande partie de son PIB, selon la *Classification of the Functions of Government* (CO-FOG) développé par l'OCDE (voir Tableau 1).

1.3. Objectifs de santé

En 2015, les Nations Unies ont adopté 17 objectifs de développement durable ou *Sustainable Development Goals* (SDG's)⁵, avec 169 sous-objectifs et 231 indicateurs pour en suivre les progrès. Cela est nécessaire pour répondre de manière juste aux besoins de la génération actuelle sans mettre en danger ceux des générations futures.

Le troisième objectif de développement durable concerne une bonne santé, à savoir « *Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de toutes et tous à tout âge* ». En 2025, le Bureau fédéral du Plan rapporte que la Belgique progresse en matière d'espérance de vie en bonne santé, mais régresse en ce qui concerne (entre autres) le nombre de personnes âgées de plus de 16 ans atteintes de maladies chroniques ou de troubles psychiques (Bureau fédéral du Plan, 2025b). Il est également constaté que les six indicateurs pour ce troisième objectif affichent un meilleur score à mesure que le niveau de revenu augmente.

Tableau 1 : Comparaison internationale des dépenses publiques en % du PIB (Source : Eurostat, 2023)

	Zone euro	Belgique	France	Pays-Bas	Allemagne
Protection sociale	21,0%	21,0%	24,8%	16,6%	20,9%
Santé	8,2%	8,6%	9,2%	8,7%	8,6%
Sous-total	29,2%	29,6%	34,0%	25,3%	29,5%
Affaires économiques	6,3%	7,1%	6,9%	5,9%	6,0%
Services publics généraux	6,1%	7,0%	5,8%	3,9%	6,2%
Éducation et enseignement	4,7%	6,3%	5,2%	5,1%	4,5%
Sous-total	17,1%	20,4%	17,9%	14,9%	16,7%
Ordre public	1,7%	1,8%	1,7%	2,0%	1,7%
Défense	1,2%	0,9%	1,8%	1,3%	1,1%
Culture	1,1%	1,2%	1,4%	1,3%	1,1%
Protection de l'environnement	0,8%	1,3%	1,0%	1,4%	0,6%
Logement social et équipements collectifs	0,6%	0,4%	1,3%	0,4%	0,5%
Total	51,7%	55,6%	59,1%	46,6%	51,2%

4 La Charte sociale européenne est un traité du Conseil de l'Europe garantissant des droits sociaux et économiques fondamentaux, tels que le droit au logement, à la santé, à l'éducation, à la protection sociale, à des conditions de travail équitables et à la mobilité des personnes.

5 Voir <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.

En 2024, la Conférence interministérielle de la Santé publique a formulé, dans sa volonté d'une meilleure santé pour la population belge, trois objectifs de santé⁶ que tous les ministres concernés devraient poursuivre :

- Prolonger l'espérance de vie en bonne santé ;
- Réduire les inégalités de santé ;
- Assurer un environnement de vie aussi sain que possible.

En 2025, la Commission des objectifs de soins de santé⁷ a rendu un avis sur la manière dont le système de soins de santé pourrait contribuer à la réalisation de ces objectifs nationaux de santé. Le 5 mai 2025, le Conseil général de l'INAMI a décidé de poursuivre les domaines politiques prioritaires suivants dans les soins (INAMI, 2025a) :

- OSS1 : Meilleure utilisation des données ;
- OSS2 : Augmenter l'efficacité ;
- OSS3 : Meilleure organisation des soins de première ligne et alignement des différentes lignes de soins ;
- OSS5 : Meilleure accessibilité des soins ;
- OSS7 : Accent renforcé sur la prévention et le dépistage.

La prochaine étape consiste à traduire ces domaines d'objectifs de soins de santé, sur la base d'une évaluation de la performance de notre système de soins, en objectifs SMART (spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et temporellement défini) et à mettre les moyens nécessaires à disposition. Grâce à la réalisation de tels objectifs clairs, les besoins de santé de la population belge seront mieux rencontrés. Créer un espace budgétaire pour ces objectifs de soins de santé en période de pénurie financière constitue un défi supplémentaire dans l'élaboration du budget des soins de santé.

1.4. L'attention portée aux réformes prévues

Les trois grandes réformes suivantes sont prévues pour être introduites conjointement au 1er janvier 2028. Il faut donc veiller, lors de l'élaboration du budget pour 2026 et 2027, à ce que les mesures d'économie ne compromettent pas leur réalisation.

La révision de la nomenclature médicale vise à corriger les différences de revenus entre médecins généralistes et médecins spécialistes, ainsi qu'entre médecins spécialistes eux-mêmes. En même temps, la nomenclature est actualisée pour les évolutions des interventions médicales. La transparence des prestations hospitalières est également améliorée par une distinction entre la partie professionnelle du médecin et tous les coûts directs ou indirects liés à la prestation qui ne sont pas financés autrement. Un objectif supplémentaire est de supprimer les prélèvements sur les honoraires (part professionnelle) des médecins spécialistes au profit des hôpitaux. Enfin, la révision de la nomenclature médicale doit aussi améliorer la collaboration et la qualité des soins.

La révision du financement et de l'organisation du paysage hospitalier est en cours depuis un certain temps. Le 1er janvier 2019, les « soins à faible variabilité » ont été introduits, c'est-à-dire un montant global d'honoraires pour des soins standardisés et peu complexes (SOI 1 et 2, *severity of illness*). Le montant global est identique pour chaque hôpital, même si le processus de soins pour le-la patient-e individuel-le peut varier selon la nature du traitement et la politique de soins dans chaque hôpital. L'étape suivante pour garantir des soins hospitaliers de qualité consiste à trouver un équilibre entre soins de proximité et soins concentrés, sur la base des évolutions dans les soins médicaux. Cela permet également de lutter contre la fragmentation des soins et les pénuries de personnel.

Au 1er janvier 2028, **le modèle de convention sera réformé**. Afin d'assurer davantage de sécurité tarifaire, les suppléments d'honoraires seront limités et, simultanément, des tarifs de référence seront introduits. Les tarifs de référence sont des dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix pour les prestataires de soins ayant adhéré aux conventions. Ils doivent avoir un caractère temporaire et leur inclusion dans les conventions doit être évaluée. Ils ne seront donc pas généralisés, mais peuvent être prévus, entre autres, pour des formes innovantes de soins ou lorsque le montant de la rémunération pour certaines prestations est dépassé. Parallèlement, des plafonds maximums pour les suppléments d'honoraires seront introduits tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire, et pour tous les prestataires qui ne sont pas conventionnés.

6 Voir <https://www.health.belgium.be/fr/actualites/2024-4-communique-presse-conference-interministerielle-sante-publique>.

7 La Commission des objectifs de soins de santé a été créée fin 2023 pour formuler, sur la base de preuves scientifiques, un avis concernant les objectifs de soins de santé prioritaires afin d'améliorer l'affectation des moyens disponibles et d'assurer une évaluation annuelle de leur progression. La commission se compose de dix membres votants issus d'institutions de recherche et de neuf membres consultatifs : trois administrations publiques de soins de santé, trois mutualités et trois représentant-es des prestataires de soins.

1.5. Une lettre de mission à partir de 2025

Dans le nouvel accord de gouvernement fédéral du 31 janvier 2025, il est indiqué que le gouvernement discute en conseil des ministres des estimations techniques de mai et septembre et qu'il formule, sur cette base et en tenant compte de l'avis de la commission des objectifs de soins de santé, une lettre de mission avant les vacances d'été. Il s'agit d'un changement significatif dans le processus budgétaire, par lequel le gouvernement reprend fortement en main l'élaboration du budget des soins de santé (voir Tableau 2). Dans cette lettre de mission, le gouvernement mentionne en effet à la fois le cadre budgétaire dans lequel le Comité de l'assurance peut proposer un budget pour les soins de santé, et les priorités politiques dont il faut tenir compte. La « lettre de mission » du gouvernement du 22 juillet 2025 limite donc fortement la concertation sociale, même s'il lui manque encore une base légale. Cette absence a compliqué les discussions avec les prestataires de soins, qui souhaitent peu suivre la lettre de mission. D'autre part, le cadre défini dans la lettre de mission était clairement directeur, puisque le gouvernement possède en fin de parcours un droit de véto au Conseil général.

Le gouvernement indique dans sa lettre de mission, sur la base des estimations techniques de mai 2025, qu'il faut économiser 907 millions d'euros (voir Tableau 3).

Un **premier paquet** d'économie de 263,7 millions d'euros concerne des décisions déjà prises, mais devant encore être concrétisées :

- Lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2025, le déficit avait été estimé à 361 millions d'euros, mais seules des mesures d'économie pour 217 millions d'euros devaient être mises en œuvre au 1er janvier 2025. Les 144 millions d'euros restants ne devaient pas être économisés immédiatement, car des retards d'implémentation laissaient penser qu'ils ne seraient pas dépensés en 2025, mais à partir de 2026 (Mahieu, 2025). Le ministre a décidé que les mesures compensatoires pour cette sous-utilisation temporaire en 2025 devaient être trouvées dans les secteurs qui, en 2024, avaient plus que d'autres dépassé leur objectif partiel : 62,198 millions d'euros dans le secteur des honoraires médicaux, 50,670 millions d'euros dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, 23,526 millions d'euros dans le secteur des implants et 4,329 millions d'euros dans le sec-

Tableau 2 : Procédure d'élaboration du budget des soins de santé

	Procédure en 2024	Nouvelle procédure en 2025
Estimations techniques mai	31 mai	31 mai
Audit permanent	30 juin	30 juin
Rapport de la commission des objectifs de soins de santé (CGDOS)	Non applicable	30 juin
Listes de besoins des secteurs	1 ^{er} septembre	30 juin
Mesures de compensation en cas de dépassement de l'objectif partiel et pour le financement de nouvelles initiatives	1 ^{er} septembre	30 juin
Cadre budgétaire général et priorités stratégiques	Processus continu	Processus continu
Lettre de mission	Non applicable	22 juillet
Estimations techniques septembre	15 septembre	15 septembre
Rapport de la commission de contrôle budgétaire (CCB)	Au plus tard le huitième jour ouvrable après le 15 septembre	Au plus tard le huitième jour ouvrable après le 15 septembre
Proposition de budget soins de santé du Comité de l'assurance (CA)	Vote au plus tard le premier lundi d'octobre	Vote au plus tard le premier lundi d'octobre
Analyse de la proposition du CA par la CCB	Mercredi après le vote au CA	Deuxième lundi d'octobre
Analyse de la proposition du CA par la CGDOS	Non applicable	Deuxième lundi d'octobre
Discussion de la proposition de budget des soins de santé par le conseil des ministres	Non applicable	Entre le deuxième et le troisième lundi d'octobre
Vote du budget des soins de santé par le Conseil général	Troisième lundi d'octobre	Troisième lundi d'octobre

teur des maisons médicales et des centres de santé intégrés ;

- Lors de l'élaboration du budget soins de santé 2025, il avait été proposé que les médecins maîtrisent mieux, via leur comportement de prescription, le volume des médicaments. Cela devait générer structurellement 16 millions d'euros, avec garantie budgétaire de la part du secteur médical ;
- Toutes les mesures prévues en 2024 dans le secteur des spécialités pharmaceutiques n'ont pas rapporté ce qui avait été estimé. La décision d'économie doit toutefois être exécutée, et des mesures supplémentaires pour 26,7 millions d'euros doivent donc être prises ;
- Lors de l'élaboration du budget soins de santé 2025, le conseil des ministres a décidé une *clawforward*⁸ qui devait rapporter 80,363 millions d'euros en 2025 et être remplacée par des mesures alternatives à partir du 1er janvier 2026 (Mahieu, 2025).

Un deuxième paquet concerne un plan d'action des mutualités pour un contrôle plus strict, qui doit rapporter 25 millions d'euros en 2026.

Un troisième paquet concerne d'une part, l'écart à combler entre les estimations techniques des dépenses à politique constante et le budget des soins de santé disponible avec une norme de croissance de 2% (soit 493,5 millions d'euros) et d'autre part, une économie initialement déci-

dée hors norme, mais devant finalement être réalisée en grande partie dans la norme (125 millions d'euros). Le gouvernement a négocié un cadre pluriannuel avec le secteur pharmaceutique, dans lequel la part des dépenses de médicaments dans le budget global des soins de santé est fixée à 17,3%, soit le même pourcentage que la moyenne 2021-2024. De cette manière, l'objectif partiel de ce secteur est fixé dès juillet. Sur la base des estimations techniques de mai, cela implique un effort d'économie de 275 millions d'euros. Le gouvernement décide également de la répartition du reste des efforts :

- 150 millions d'euros dans les honoraires médicaux ;
- 50 millions d'euros dans le secteur hospitalier ;
- 50 millions d'euros dans les autres secteurs ;
- 25 millions d'euros via un plan de contrôle de l'INAMI ;
- 35 millions d'euros via sous-utilisation en 2026 ;
- 33,5 millions d'euros d'économies pour lesquelles une mesure hors norme doit encore être trouvée.

Le gouvernement mentionne **au total 449 millions d'euros de mesures d'économie dans le secteur des spécialités pharmaceutiques** :

- 275 millions d'euros pour combler l'écart entre les estimations techniques de mai pour 2026 et l'objectif partiel fixé pour 2026 sur la base d'une part de 17,3% dans l'objectif global (voir plus haut) ;
- 50,7 millions d'euros en compensation de la sous-utilisation en 2025 (voir plus haut) ;
- 26,7 millions d'euros de mesures restant à réaliser selon

Tableau 3 : Aperçu des mesures d'économie dans la lettre de mission du gouvernement du 22 juillet 2025a

Paquet de mesures déjà décidées pour 2026	140,7 millions d'euros	263,7 millions d'euros
Encore à réaliser pour 2025 : prescription rationnelle de médicaments par les médecins	16 millions d'euros	
Encore à réaliser pour 2024 dans le secteur des spécialités pharmaceutiques	26,7 millions d'euros	
Clawforward à remplir à partir de 2026	80,3 millions d'euros	
Contrôle par les mutualités avec garantie	25 millions d'euros	25 millions d'euros
Effort supplémentaire lors de l'élaboration du budget de soins de santé 2026 ; soit 493,5 millions d'euros plus 125 millions d'euros	618,5 millions d'euros	275 millions d'euros dans les spécialités pharmaceutiques sur la base des estimations techniques de mai 2025 et 343,5 millions d'euros dans les autres secteurs

8 Un *clawback* et un *clawforward* sont des mécanismes permettant, dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, de récupérer les dépassements de l'objectif partiel. Dans un *clawback*, le solde à régulariser est calculé en fin d'année. Dans un *clawforward*, un montant est payé au début de l'année pour réduire un *clawback* ultérieur.

les décisions budgétaires pour 2024 (voir plus haut) ;

- 80,3 millions d'euros de mesures liées à la *clawforward* décidée pour 2025 et à convertir en économies structurelles d'ici le 1er janvier 2026 (voir plus haut) ;
- 16 millions d'euros décidés pour 2025 à charge d'un effort des médecins via une prescription plus rationnelle (voir plus haut).

L'article 39 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé stipule que le Comité de l'assurance mentionne, dans sa proposition budgétaire, les mesures d'économie correspondantes ainsi que leur date d'entrée en vigueur⁹. En même temps, l'article 69, §4 de la loi prévoit que l'objectif partiel pour les spécialités pharmaceutiques est fixé après concertation avec les représentant-es de l'industrie pharmaceutique¹⁰. Via la lettre de mission, le gouvernement indique les mesures qu'il a décidées après concertation avec l'industrie, ainsi que la répartition des efforts d'économie entre les différents acteurs concernés :

- **Médecins** : 16 millions d'euros via prescription rationnelle (voir plus haut) ;
- **Officines publiques** : 20 millions d'euros de mesures d'économie à déterminer, dont 8 millions d'euros seront réinvestis dans les honoraires pour la délivrance d'antibiotiques par durée de traitement (net : 12 millions d'euros) ;
- **Pharmacies hospitalières** : la facturation partielle des médicaments doit rapporter 42 millions d'euros et l'évitement des substitutions de traitement vers des médicaments plus coûteux 20 millions d'euros (total : 62 millions d'euros) ;
- **Patient-es** : une « contribution solidaire » d'au minimum 2 euros est demandée pour chaque boîte de médicaments – minimum 1 euro pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée, et l'usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des statines est financière-

ment découragé. La contribution solidaire rapporterait 26,2 millions d'euros et l'usage plus efficient des médicaments 87,2 millions d'euros. En même temps, il est réinvesti dans une extension du M&F (8,9 millions d'euros) et dans l'*Early & Fast access* de nouveaux médicaments (14 millions d'euros). Cela signifie une économie totale de 113,4 millions d'euros dont 22,9 millions d'euros sont réinvestis ;

- **Industrie** : si l'industrie pharmaceutique ne propose pas, pour 80,3 millions d'euros, des mesures structurelles de moindres dépenses acceptables par le gouvernement (voir « *clawforward* » ci-dessus), une baisse de prix sera appliquée pour ce montant. Le solde de 188,2 millions d'euros sera réglé par une *clawback*, ce qui signifie que l'on part d'un prélèvement pour le dépassement de l'objectif budgétaire partiel au lieu de prendre à l'avance les mesures nécessaires. Mieux vaut toutefois prévenir que guérir.

Le Comité de l'assurance peut proposer des mesures alternatives tant que la répartition des efforts est respectée. Le gouvernement confirme également les priorités politiques sur base des objectifs de soins de santé sélectionnés par le Conseil général, et mentionne plus concrètement les secteurs prioritaires pour investissements :

- Introduction de téléconsultations dans les postes de garde de médecine générale ;
- Soins dentaires ;
- Kinésithérapie ;
- Soins fournis par les sage-femmes.

Bien que le gouvernement n'exclue pas la concertation sociale, il en limite la marge de manœuvre. En outre, il est également oublié qu'une mission communiquée seulement fin juillet arrive tard lorsqu'elle implique des analyses ou des trajectoires d'implémentation complexes.

9 L'article 39 stipule que « Le Comité de l'assurance examine toutes les données transmises par les commissions compétentes. Le Comité peut, le cas échéant, inviter par demande motivée, les commissions compétentes à procéder à une réévaluation [de l'inventaire des modifications] de leur sous-secteur. [Le Comité transmet au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire, au plus tard le premier lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, une proposition globale qui respecte la norme de croissance, la progression de l'indice santé visée à l'article 40, § 1er, alinéa 3, le cadre budgétaire, le trajet pluriannuel et les priorités politiques concernant la politique nouvelle et les ajustements de la politique existante.] Pour fixer les objectifs partiels au sein de cette proposition globale, le Comité de l'assurance indique, par rapport aux estimations techniques, pour les secteurs concernés selon le cas soit le montant d'économies à réaliser ainsi que les mesures d'économies concrètes correspondantes accompagnées de la date de leur entrée en vigueur, soit les montants correspondants à des mesures positives ainsi qu'un descriptif de ces mesures accompagnées de leur date d'entrée en vigueur. En absence d'une telle proposition au premier lundi d'octobre, le Conseil général est compétent en matière de fixation des objectifs partiels ».

10 L'article 69, § 5, stipule que « Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil général et du Comité de l'assurance, le budget global annuel des moyens financiers pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b), c) et e), ainsi que la répartition de ce budget en fonction des prestations délivrées aux bénéficiaires hospitalisés ou non hospitalisés. (Le budget global des prestations précitées est fixé après concertation avec les représentant-es [...] de l'industrie du médicament dont il est question à l'article 191, 15°quater. Lors de la fixation de ce budget, à partir de l'année 2017, les montants estimés dus à l'Institut en exécution des modalités de compensation visées à l'article 35bis, § 7, [ainsi que les montants estimés dus à l'Institut en exécution de l'article 31septies, § 4, alinéa 3,] sont déduits. Le Roi peut, dans les limites du budget global des moyens financiers pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, [5, b), c) et e)], prévu à l'alinéa [1er], fixer une subdivision de celui-ci en des budgets partiels pour les classes pharmacothérapeutiques qu'il indique. Il peut scinder ces budgets partiels en fonction des modalités de remboursement en vigueur dans les classes pharmacothérapeutiques concernées ».

2. La norme budgétaire et les estimations techniques

2.1. Objectif budgétaire global 2026

La méthode de calcul de l'objectif budgétaire global pour l'année suivante est fixée par la loi. Chaque année, cet objectif est calculé à partir de l'objectif global de l'année en cours :

- En l'augmentant de la norme de croissance légale fixée par le gouvernement au début de la législature (pour 2026, 2%) ainsi que de la masse d'indexation¹¹ ;
- En l'ajustant d'une estimation des recettes de l'article 111/81 dans le secteur des médicaments¹².

Le tableau 4 reprend l'application de ces principes pour l'objectif budgétaire global 2026.

Il est désormais d'usage pour le gouvernement de bloquer une partie du budget des soins de santé afin de limiter le déficit fédéral. Le montant non consommable

passé de 200,018 millions d'euros en 2025 (Mahieu, 2025) à 310,439 millions d'euros en 2026. Cette évolution s'explique par une économie que le gouvernement prévoyait, lors de la conclusion de l'accord de gouvernement 2025, de réaliser hors budget des soins de santé (91,5 millions d'euros), mais qu'il souhaite finalement intégrer dans la norme de croissance. L'obligation de 25 millions d'euros pour contrôle et application par les mutualités, garantie hors norme, a également un impact dans le budget des soins de santé. Le budget réellement disponible pour 2026 s'élève donc à 40,987 milliards d'euros.

2.2. Estimations techniques pour 2026 et comparaison avec le calcul normatif

L'INAMI estime les dépenses de soins de santé pour 2026 à politique constante à 41,593 milliards d'euros. Comparé à l'objectif budgétaire global financé pour 2026 (40,987 milliards d'euros), cela représente un déficit de 606,6 millions d'euros. Comme lors du budget 2025, l'INAMI calcule également une sous-utilisation des crédits :

Tableau 4 : Résumé du calcul de l'objectif budgétaire global pour 2026, en millions d'euros (Source : INAMI, 2025b)

Objectif budgétaire global 2025	39.812.150
Compensation recettes totales art. 111/81 2025	-2.000.515
Norme stricte	37.811.635
Norme de croissance réelle 2%	756.233
Sous-total	38.567.868
Indice santé (2,72%)	630.464
Masse indice pivot 2025 (surcoût en 2026 par rapport objectif 2025)	43.963
Masse indice pivot 2026	135.029
Sous-total	39.377.324
Compensation recettes totales art. 111/81 2026	1.919.845
Proposition d'objectif budgétaire 2026	41.297.169

11 Index santé : la valeur de cet indice est obtenue en retirant de l'indice des prix à la consommation certains produits (boissons alcoolisées, tabac et carburants — sauf LPG). Lorsque la moyenne des quatre derniers indices santé \times 98% atteint ou dépasse l'indice pivot, les allocations sociales et les salaires sont adaptés. Pour les travailleur-euses, l'indice pivot est utilisé (appliqué le 1er mois après dépassement de 2%).

12 Il s'agit des articles 111 et suivants (anciennement 81 et suivants) de l'arrêté royal du 1er février 2018, sur la base desquels l'État rembourse des médicaments, en général très coûteux et dont l'efficacité thérapeutique est encore incertaine, afin que les patient-es puissent en bénéficier le plus rapidement possible.

- Retards d'implémentation des montants réservés¹³ : 17,563 millions d'euros ;
- Sous-utilisations temporaires¹⁴ : 80,919 millions d'euros ;
- Sous-utilisations structurelles¹⁵ : 37,359 millions d'euros.

Les estimations techniques révisées atteignent donc 41,458 milliards d'euros. Ainsi, le déficit, dans la comparaison entre les estimations révisées et l'objectif budgétaire 2026, est de 470,8 millions d'euros (voir Tableau 5).

L'objectif partiel pour les spécialités pharmaceutiques est fixé dès juillet à 17,3% de l'objectif global, soit 6,759 milliards d'euros. Les estimations techniques révisées de septembre pour ce secteur atteignent 6,986 milliards d'euros, soit un déficit final de 227,9 millions d'euros. Ce déficit prévu est, en septembre et sur base de données plus récentes concernant l'évolution des dépenses dans le secteur des médicaments, 47 millions d'euros plus faible que celui annoncé dans les estimations initiales de mai pour 2026. Cela signifie que le Comité de l'assurance peut faire des propositions d'économie moins sévères pour ce secteur.

Tableau 5 : Estimations techniques révisées des dépenses de santé pour 2026 (en millions d'euros) (Source : INAMI, 2025b)

	Simulation objectif 2026	Estimations techniques révisées 2026	Différence
Résultat en prix 2025	40.987	40.828	
Masse index			
• Indice santé 2,72%		630.464	
• Indice pivot 2025		135.029	
Résultat hors montant non affectable	40.987	41.593	-607
Montants réservés (prix 2026)		-18	
Sous-utilisations temporaires		-81	
Sous-utilisations structurelles		-37	
Résultat avec montants réservés et sous utilisations	40.987	41.458	-471
Montant non affectable	310		
Résultat en prix 2026	41.297		

13 Les montants réservés sont des mesures budgétées qui ne sont pas encore entrées en vigueur. Pour 2026, on s'attend à ce que l'implémentation de ces mesures ne soit pas entièrement réalisée au 1er janvier 2026, mais bien en cours d'année.

14 Une sous-utilisation temporaire survient lorsqu'une nouvelle initiative a déjà été introduite, mais n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière.

15 Une sous-utilisation structurelle est constatée lorsqu'une nouvelle initiative a été introduite depuis un certain temps et qu'il est désormais certain que le budget prévu ne sera jamais nécessaire.

3. Le projet des mutualités et la décision du Conseil des ministres

3.1. Protection du-de la patient-e et de soins de qualité

La concertation sociale est confrontée à un grand défi. Le contexte budgétaire et l'ampleur des économies demandées rendent l'élaboration du budget des soins de santé 2026 très difficile. Les mutualités décident d'introduire une proposition budgétaire après une évaluation approfondie de toutes les dépenses du système de soins afin d'économiser en supprimant les inefficiences. De cette manière, le-la patient-e peut être protégé-e au mieux et le-la prestataire de soins peut continuer à fournir des soins de qualité. L'utilisation plus efficiente des moyens peut se faire comme suit :

- Réduction des dépenses de soins
 - Éviter le gaspillage : cela signifie que des soins sans valeur ajoutée ou ayant des effets négatifs (par exemple, usage excessif d'antibiotiques, d'examens d'imagerie, etc.) doivent être évités ;
 - Réduire des coûts : utiliser des moyens moins nombreux et/ou moins coûteux pour une efficacité identique (par exemple, baisse du prix des produits de base, adaptation de la tarification selon l'évolution du prix réel du marché, réduction des variations de pratiques) ;
- Augmentation de l'efficacité des soins
 - Améliorer la sécurité des soins : réduire les effets indésirables ou autres conséquences négatives évitables entraînant des coûts supplémentaires (par exemple, complications de plaies, infections nosocomiales, ré-hospitalisations évitables, etc.) ;
 - Améliorer l'accès aux soins : éviter l'aggravation de problèmes de santé dus à un traitement retardé nécessitant des soins plus coûteux, par exemple via dépistage précoce, amélioration de la continuité des soins, notamment lors de la sortie d'hôpital, amélioration de l'accès aux soins essentiels pour les personnes souffrant de maladies chroniques, ou réduction des délais d'attente.

En septembre, alors que la concertation sociale doit pouvoir élaborer une proposition budgétaire, un débat apparaît dans la presse concernant l'augmentation du ticket modérateur. Les mutualités font tout pour éviter ou au minimum limiter une hausse des tickets modérateurs. En effet, la part des paiements directs des ménages pour les soins de santé représentait en 2020 3,6% des dépenses de consommation, un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE. Selon l'OCDE, les dépenses privées représentaient en 2024 26,2% des dépenses totales de santé, les dépenses publiques couvrant 73,8% du total¹⁶. En France, Allemagne et Pays-Bas, les parts des dépenses privées sont respectivement 15,5%, 13,7% et 16,8%. Autrement dit, les dépenses privées en Belgique sont presque deux fois plus élevées que dans les trois pays voisins et représentent un quart des dépenses totales de santé. La part des paiements directs est particulièrement élevée pour les soins dentaires et les dispositifs médicaux (p. ex. lunettes, appareils auditifs), ce qui ressort aussi de rapports belges de performance des soins de santé¹⁷.

3.2. La proposition des mutualités

Les mutualités discutent avec les prestataires de soins des mesures d'économie pour un montant de 242,9 millions d'euros (voir Tableau 6), à savoir 470,8 millions d'euros d'économies (voir Tableau 5), diminués de 227,9 millions d'euros d'économies dans le secteur des spécialités pharmaceutiques (voir ci-dessus).

Un premier paquet de mesures proposé concerne le **secteur des honoraires médicaux** pour un total de 150 millions d'euros :

- **Biologie clinique** : les honoraires forfaitaires ambulatoires sont révisés avec un impact de 28,4 millions d'euros.
- **Imagerie médicale** : la valeur de clé de certains CT scans moins complexes et des CBCT (*Cone beam computed tomography*) est diminuée, les angiographies par soustraction numérique et l'honoraire de l'arthrographie et de l'arthroIRM sont révisés. Certaines de ces mesures seront annulées sur la base d'adaptations proposées par l'association professionnelle belge des radiologues. Ces adaptations seront d'abord discutées dans le

16 Les dépenses privées concernent les dépenses non couvertes par l'assurance obligatoire. Cela comprend ce que les ménages paient directement de leur poche, c'est-à-dire les tickets modérateurs, les suppléments et les dépenses de santé non remboursables, ainsi que les dépenses éventuellement couvertes en souscrivant des assurances privées volontairement ou via son employeur.

17 Voir <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins/accessibilite-financiere>

Conseil technique médical. L'économie totale réalisée est de 25,2 millions d'euros. Le choix des examens a notamment été déterminé sur la base du risque d'irradiation. La rémunération de l'échocardiographie diminue de 4 euros (économie de 5,8 millions d'euros).

- **Non accrédité-es** : les rémunérations des consultations et visites d'un-e médecin généraliste non accrédité-e et les consultations d'un-e médecin spécialiste non accrédité-e diminuent de 3,8 euros. L'objectif est d'encourager les nonaccrédité-es à adhérer aux valeurs scientifiques de l'accréditation. Cette économie s'élève à 49,5 millions d'euros.
- **Prestations spéciales** : la diminution de 1 euro pour la prestation ECG (électrocardiogramme) permet une économie de 2,2 millions d'euros. L'honoraire de la prothèse de genou est temporairement diminué de 5% dans l'attente de critères clairs pour la chirurgie. L'économie s'élève à 1,1 million d'euros. L'adaptation de la nomenclature pour HER2FISH (*Human Epidermal growth factor Receptor 2 -Hybridation in situ par fluorescence*) et des règles de cumul supplémentaires donne une économie de 1 million d'euros.
- **Chirurgie** : pour l'aide opératoire, la présence d'un-e deuxième médecin n'est pas nécessaire pour chaque intervention. Il sera donc examiné où cette aide est indispensable et la prestation sera révisée d'un certain montant. Cet exercice s'accompagne d'une économie de 18,5 millions d'euros. L'excision de polypes avec anse diathermique est diminuée de 10 euros. Cela représente une économie de 1,1 million d'euros. La diminution de la tympanoscopie de 1 euro donne une économie de 1,3 million d'euros. La prestation pour l'ostéotomie autour d'une dent retenue est diminuée de 6 euros, soit une économie de 0,78 million d'euros. La prestation de comptage des cellules endothéliales de la cornée est diminuée de 15 euros. L'association professionnelle est invitée à proposer des critères pour un usage correct de ce comptage. Dans une première phase, cette prestation permet une économie de 2 millions d'euros.
- **Surveillance** : l'honoraire de surveillance en oncologie dans l'hôpital de jour présente un surcoût qui ne peut être immédiatement expliqué. Deux prestations sont diminuées de 10 euros dans l'attente d'une analyse et éventuellement de limitations supplémentaires. L'économie est de 3,8 millions d'euros.
- **Honoraires hors nomenclature** : triage dans les postes de garde de médecins généralistes (PMG). Une partie des patient-es qui souhaiteraient consulter le PMG peut en réalité attendre le lendemain pour consulter leur médecin généraliste. Ce projet pourrait générer une économie annuelle de plus de 3 millions d'euros. Un montant de

1,5 million d'euros est retenu pour la première année. Enfin, via la prime de pratique intégrée pour les médecins généralistes, des critères basés sur des indicateurs seront proposés pour rendre la prescription plus efficiente tant en biologie clinique qu'en imagerie médicale. Cette mesure permet une économie de 2 millions d'euros et 1,5 million d'euros respectivement.

- **Dialyse** : l'honoraire forfaitaire d'hémodialyse à l'hôpital est diminué de 6 euros. L'économie totale est de 4,4 millions d'euros.

Un deuxième paquet de mesures se situe dans **le secteur des hôpitaux**, conformément à la « lettre de mission », dans l'hôpital de jour (50 millions d'euros) :

- **Impact de la circoncision sur le BMF** : dans les mesures de régulation pour 62,2 millions d'euros dans le secteur des honoraires médicaux visant à compenser la sous-utilisation temporaire en 2025 (voir ci-dessus), il est convenu de renforcer les conditions pour cette prestation. Cela résultera en une économie dans le BMF. Le montant correspondant sera retiré du budget BMF (0,9 million d'euros) ;
- **Impact de l'ablation endométriale par radiofréquence sur le forfait 6** : l'introduction de cette nouvelle nomenclature réduira le recours à la prestation 432456 – 432460 ablation complète de l'endomètre. Le nombre de facturations du forfait groupe 6 en hôpital de jour diminuera en conséquence (2 millions d'euros) ;
- **Montant non affectable** : une économie supplémentaire de 47 millions d'euros sera inscrite comme montant non affectable dans l'objectif partiel 2026 pour les hôpitaux, dans l'attente de mesures plus efficaces et validées médicalement. Cela limite pour les hôpitaux les moyens disponibles puisque le budget est fermé.

Un troisième paquet est proposé dans le **secteur des techniciens orthopédistes** :

- Conformément à la lettre de mission concernant la réduction des variations de pratiques, la nomenclature et le remboursement des orthèses de genou et des orthèses thoracolombaires sont alignés sur l'évidence médicale disponible (3 millions d'euros) ;
- De plus, certaines baisses de prix sélectives sont prévues d'ici le 31 décembre 2025 (5 millions d'euros).

Un quatrième paquet de mesures concerne le **secteur de la rééducation** :

- Sur la base d'évaluations scientifiques, il n'est plus nécessaire de maintenir actuellement un budget spé-

cifique pour les Technologies Avancées ou Onéreuses (TAO) dans les soins du diabète (1,4 million d'euros) ;

- Dans l'attente de la révision de la nomenclature pour la réadaptation cardiaque, les prestations sont diminuées linéairement de 10%, sans mettre en danger les soins de la population actuelle de patient-es. Cette économie ne compromet pas une réforme future (3,4 millions d'euros) ;
- Bien qu'une réforme de la réglementation de l'oxygénothérapie soit préparée à court et long terme, une réduction de prix pour l'oxygénothérapie de longue durée est d'ores et déjà mise en œuvre. Cette réduction ne compromet pas la réforme (6,9 millions d'euros).

Dans le **secteur des soins infirmiers à domicile**, la mesure suivante est proposée :

- Ces dernières années, une croissance importante est observée dans les forfaits palliatifs par acte (PP – PN), avec de fortes fluctuations. Une proposition du secteur consiste à diminuer la valeur intrinsèque de certains codes de nomenclature dès le 1er janvier 2026, en tenant compte d'un usage plus efficient à long terme. Plus concrètement, la rémunération du forfait PP – code 427173, et du forfait PN – code 427070 est diminuée de 25% à partir du 1er janvier 2026 (11,9 millions d'euros).

Dans le **secteur des soins dentaires**, les mesures suivantes sont proposées :

- Une revalorisation récente de la radiographie OPG (orthopantomogramme) a eu lieu, avec remboursement via l'assurance obligatoire de la part du tarif maximal. En dessous de 19 ans, une OPG est surtout indiquée pour l'orthodontie. Audessus de 19 ans, une OPG est moins fréquemment indiquée, et un remboursement tous les trois ans suffit au lieu de tous les deux ans. Cela rapporte 2 millions d'euros ;
- Lecture obligatoire de l'eID à partir du 1er octobre 2026 (4,3 millions d'euros).

Dans le **secteur de la kinésithérapie**, la mesure suivante est proposée :

- Le forfait hebdomadaire de télémonitoring avait été fixé à 1,5 fois l'honoraire d'une séance individuelle de kinésithérapie de 30 min (prestation standard M24). Ceci avait été estimé comme budgétairement neutre en vue d'une mise en œuvre au 1er janvier 2026. La mesure consiste à aligner ce forfait sur l'honoraire d'une séance M24 (8,4 millions d'euros).

Dans le **secteur des implants**, le budget pour de nouveaux moyens est diminué de 1,045 million d'euros.

Enfin, dans le **secteur de la logopédie**, une sous-utilisation structurelle est observée car le nombre de patient-es atteint-es du *locked-in syndrome* est inférieur au nombre initialement prévu lors du lancement en 2017 (150.000 euros).

Selon la proposition des mutuelles, toutes les mesures entrent en vigueur le 1er janvier 2026 à l'exception de l'adaptation de la nomenclature des orthèses de genou avec alignement sur l'évidence scientifique disponible, l'adaptation de la nomenclature pour les orthèses thoraco-lombaires avec inscription d'indications afin de promouvoir un usage médical efficient et la lecture obligatoire de l'eID dans les soins dentaires. Ces trois mesures entrent en vigueur le 1er octobre 2026.

Les mutualités proposent également, en concertation avec les prestataires de soins, des mesures d'économie alternatives dans le **secteur des spécialités pharmaceutiques** (voir Tableau 7). Par rapport aux estimations techniques de mai sur lesquelles la lettre de mission et la concertation bilatérale préalable entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique sont basées, il faut économiser 47,2 millions d'euros de moins selon les estimations techniques plus récentes de septembre.

Pharmacien-nes. En concertation avec les associations professionnelles des pharmaciennes, deux adaptations sont suggérées : une adaptation des critères d'inclusion pour les groupes cibles de pharmaciennes de référence et une mise en œuvre plus réaliste de la délivrance à l'unité pour les antibiotiques. Une adaptation des critères d'inclusion est proposée, visant à diriger davantage le remboursement vers les patient-es ayant les besoins de soins les plus importants, c'est-à-dire les patient-es pour qui, dans la même pharmacie et sur une période d'un an, au moins cinq médicaments remboursés différents, dont au moins deux médicaments chroniques (au lieu d'un médicament chronique), ont été délivrés. Pour les patient-es pour qui une prestation de « pharmacienne de référence » est déjà en cours, la continuité du suivi est importante. Le-la pharmacienne évaluera de quelle manière cette continuité peut être garantie au mieux, en fonction des besoins individuels du-de la patient-e (12 millions d'euros). Le plan belge *OneHealth* prévoit un certain nombre de mesures pour lutter contre la résistance antimicrobienne et pour utiliser les antibiotiques de manière plus rationnelle. L'une de ces mesures est la délivrance d'antibiotiques à l'unité ou dans un conditionnement plus approprié, afin de mi-

nimiser le risque de surconsommation d'antibiotiques et d'automédication menant au phénomène de résistance aux antibiotiques. Une délivrance par durée de traitement est également reprise dans l'accord de gouvernement fédéral. Lors de la mise en œuvre de la mesure, il est proposé d'appliquer la délivrance d'antibiotiques de la manière la plus efficiente possible, c'est-à-dire en délivrant, dans la mesure du possible, via des conditionnements adéquats. Cela nécessite un investissement moindre dans les honoraires supplémentaires pour les tâches techniques et administratives liées à la délivrance par durée de traitement (-3,3 millions d'euros).

Pharmacies hospitalières. L'impact total via les répercussions des économies dans d'autres postes budgétaires conduit à ce que bien plus de 50 millions d'euros soient à charge du secteur hospitalier. En effet, en plus de l'économie sur l'hôpital de jour, il y a aussi des économies via la pharmacie hospitalière, la réadaptation (voir ci-dessus), les implants (voir ci-dessus) et indirectement via les prélèvements sur les honoraires médicaux diminués (voir ci-dessus). En ce qui concerne les deux mesures pour les pharmacies hospitalières, les mutualités plaident, en concertation avec les fédérations hospitalières, pour la prudence. L'approfondissement de la facturation partielle de 85% à 78% doit être limité à 81,5% et, pour éviter une substitution en faveur de molécules plus coûteuses sans grande plus-value. Une liste sélective de molécules doit d'abord être établie afin que la mesure à prendre ait un impact **maîtrisable**.

Patient-e. La lettre de mission du ministre prévoit une augmentation du ticket modérateur pour les médicaments. Les recettes qui en découlent sont investies dans un remboursement plus rapide des médicaments et dans une extension du Maximum à facturer. La surconsommation des IPP (inhibiteurs de la pompe à protons ou antiacides) et des statines (utilisées en cas d'hypercholestérolémie) est également combattue via l'augmentation de la contribution personnelle lors de leur achat, indépendamment de la situation du-de la patient-e. Les mutualités proposent de ne pas lutter contre la surconsommation de médicaments par une incitation financière, mais bien par une prescription plus efficiente et un contrôle de celle-ci par les mutualités. Les IPP sont actuellement inscrits au chapitre II de la liste des médicaments remboursés. Dans le chapitre II, il existe deux catégories de remboursement (B et C), selon la force et la durée du traitement. Pour encourager un usage plus efficient des IPP, il est proposé de transférer les médicaments inscrits en catégorie B du chapitre II vers le chapitre IV (médicaments soumis au contrôle du méde-

cin-conseil), en maintenant le remboursement actuel, mais avec une limitation de la durée du traitement (44,1 millions d'euros). Pour améliorer l'efficacité dans l'usage des statines, de l'ézétimibe et des combinaisons avec ézétimibe, les mutualités proposent, en cas de prévention primaire sans comorbidités, de transférer les médicaments de la catégorie B vers la catégorie C au chapitre I, et en cas de prévention primaire avec comorbidités (par exemple diabète), de transférer les médicaments, tout en maintenant le remboursement en catégorie B, vers le chapitre IV. En cas de prévention secondaire également, un transfert vers le chapitre IV avec maintien du remboursement en catégorie B est proposé (17,5 millions d'euros).

Industrie. Une responsabilisation de toutes les parties est nécessaire, y compris celle de l'industrie pharmaceutique. Pour maîtriser les dépenses, les mutualités proposent, au lieu de travailler avec un *clawback*, de travailler avec des sous-budgets, c'est-à-dire un objectif budgétaire partiel pour, par exemple, l'oncologie, au sein de l'objectif budgétaire partiel pour le secteur des spécialités pharmaceutiques. Un mécanisme similaire pourrait également être appliqué à d'autres classes de médicaments à forte croissance. Comme cette mesure n'a pas d'influence sur le comportement de prescription, il est également proposé de miser simultanément sur un usage plus rationnel des médicaments oncologiques, par exemple en ce qui concerne d'éventuelles réductions de dose et l'usage en fin de vie.

Malgré les nombreuses concertations, entre autres, les syndicats médicaux et les fédérations hospitalières décident de voter contre la proposition des mutualités. Leur signal au gouvernement est qu'il faut économiser trop sur un laps de temps trop court et qu'une contribution plus importante du-de la patient-e est indiquée. Aucune proposition de budget de soins de santé 2026 n'est transmise par le Comité de l'assurance au Conseil général. **Il revient donc au gouvernement, et en particulier au ministre de la Santé publique, de présenter un projet de budget à la table du Conseil général.**

3.3. La décision du Conseil général

La proposition budgétaire présentée par le ministre de la Santé ne répond pas au souhait de certains d'augmenter le ticket modérateur afin de réaliser les économies demandées. Le seul secteur où un ticket modérateur est introduit est celui des sage-femmes, où il est fait dans le but de mieux rémunérer les sage-femmes. La proposition budgétaire respecte ainsi la proposition des mutuelles, moyennant quelques ajustements mineurs (voir Tableau 6) :

- **Biologie clinique** : adaptation pour le secteur hospitalier. Au total, un effort presque équivalent, mais 15,4 millions d'euros linéaires en attendant des mesures davantage axées sur le volume et l'efficacité, qui doivent d'abord être élaborées en collaboration avec les associations professionnelles d'ici la fin mai 2026 ;
- **Imagerie médicale** : effort plus important dans ce domaine grâce à l'introduction de restrictions en matière de prescription ;
- **Médecins non agréés** : effort beaucoup plus modeste, avec la demande de révision du système actuel d'agrément, ainsi que de la prime de pratique intégrée en matière d'efficacité et de qualité, d'ici septembre 2026 ;

- **Prestations spéciales** : ajout de la polysomnographie ambulatoire ;
- **Chirurgie** : ajout principalement de la chirurgie du dos et de la forfaitisation de l'extraction extracapsulaire de la cataracte, y compris les examens pré et postopératoires ;
- **Secteur hospitalier** : montant linéaire au lieu de non affectable. Élaboration de mesures alternatives au cours de l'année 2026 avec un impact en 2027 ;
- Économies dans les secteurs **des sage-femmes, des logopèdes et des kinésithérapeutes** afin de valoriser les consultations vidéo à un niveau inférieur à celui des consultations physiques, cf. secteur des honoraires médicaux ;
- Économies plus importantes sur les **implants** ;
- Adaptation de certains calculs que l'INAMI devait encore vérifier.

Un montant de 1,6 million d'euros est réinvesti dans l'élargissement du MAF en cas d'hospitalisation psychiatrique. En outre, des consultations de triage téléphonique sont introduites de manière budgétairement neutre dans les postes de garde des médecins généralistes.

Tableau 6 : Aperçu des mesures d'économie décidées par le Conseil général en comparaison avec la proposition des mutualités

	Proposition des mutualités	Décision du Conseil général
Secteur des honoraires des médecins		
• Biologie clinique	28.400.00	26.600.000
• Imagerie médicale	31.000.000	57.400.000
• Consultations, visites et avis	49.500.000	8.500.000
• Prestations spéciales	4.300.000	5.900.000
• Chirurgie	23.680.000	43.400.000
• Surveillance	3.800.000	3.800.000
• Honoraires hors nomenclature	5.000.000	0
• Dialyse : honoraires	4.400.000	4.400.000
<i>Total</i>	<i>150.080.000</i>	<i>150.000.000</i>
Secteur des hôpitaux		
• Impact circoncision sur BMF	900.000	921.568
• Impact ablation endométriale par radiofréquence sur forfait 6	2.005.326	2.005.326
• Montant non affectable / réduction linéaire	47.083.014	47.073.106
<i>Total</i>	<i>50.000.000</i>	<i>50.000.000</i>

Autres secteurs		
• Techniciens orthopédistes		
• Adaptation de la nomenclature des orthèses du genou	1.250.000	1.250.000
• Adaptation de la nomenclature des orthèses thoraco-lombaires	1.750.000	1.750.000
• Diverses baisses de prix	5.000.000	5.000.000
<i>Total</i>	<i>8.000.000</i>	<i>8.000.000</i>
• Rééducation		
• TAO – 7.86.9	1.404.000	1.408.000
• Rééducation cardiaque – 7.82.1	2.178.600	2.312.00
• Oxygénothérapie de longue durée – 7.81	3.367.022	3.546.000
<i>Total</i>	<i>6.949.622</i>	<i>7.266.000</i>
• Soins à domicile		
• Forfait PP - code 427173 et forfait PN - code 427070	11.907.242	11.907.242
• Soins dentaires		
• Limitation du remboursement OPG 1 à tous les deux ans (au lieu de tous les trois ans), et ce pour les personnes âgées de 19 ans ou plus	2.021.000	2.076.000
• Lecture obligatoire de l'eID	4.339.250	4.339.250
<i>Total</i>	<i>6.360.250</i>	<i>6.415.250</i>
• Kinésithérapie		
• Uniformisation de la consultation vidéo	0	2.335.000
• Alignement du forfait hebdomadaire de télésurveillance sur les honoraires d'une séance M24	8.374.000	6.039.000
<i>Total</i>	<i>8.374.000</i>	<i>8.374.000</i>
Implants		
• Réduction des moyens estimés pour la nouvelle politique	1.045.886	2.442.000
Logopédie		
• Initiative <i>locked in</i> syndrome : déjà mentionnée dans la sous-utilisation TR	150.000	0
• Uniformisation de la consultation vidéo	0	48.000
<i>Total</i>	<i>150.000</i>	<i>48.000</i>
Sage-femmes		
Uniformisation de la consultation vidéo	0	25.000
• MAF Psychiatrie		
	0	-1.590.000
Total	42.787.000 (*)	42.887.000 (*)

(*) Le différentiel par rapport au montant de 50.000.000 d'euros dans la lettre de mission s'explique comme suit :

- Le solde de 4,1 millions qui était devenu disponible après les estimations techniques révisées de septembre, car les économies à réaliser étaient légèrement moins importantes, est dans la proposition des mutualités utilisé pour contribuer aux efforts généraux d'économie ou, en d'autres termes, pour réduire les économies dans les secteurs plus petits de l'assurance maladie dans la proposition des mutualités. Le Conseil général décide de réinvestir une partie limitée de ce solde dans l'expansion de la MAF lors de l'admission dans un hôpital psychiatrique.
- Les maisons médicales contribuent également à l'économie, à hauteur de 3 millions d'euros. Leur contribution est déjà incluse dans les estimations techniques révisées, de sorte qu'elle n'est pas mentionnée dans ce tableau et qu'en réalité, seuls 47 millions d'euros sont recherchés dans les autres secteurs, et non 50 millions d'euros.

La proposition suit en partie les propositions d'économies alternatives dans le secteur des spécialités pharmaceutiques (voir Tableau 7). Le montant de 47,2 millions d'euros qui ne doit finalement pas être économisé dans ce secteur est réparti en grande partie par le Conseil général entre l'industrie pharmaceutique (20 millions d'euros nets d'économies en moins) et le secteur hospitalier (20 millions d'euros d'économies en moins). Malheureusement, le patient n'est pas épargné. La proposition suit la position des mutuelles visant à étendre la mesure relative aux médicaments hypocholestérolémiants à l'ézétimibe et aux combinaisons avec l'ézétimibe, mais ne suit pas son transfert partiel vers le chapitre IV afin de ne pas alourdir la charge administrative pour le médecin. Le gouvernement ne revient pas non plus sur sa lettre de mission dans laquelle

il mentionnait déjà un ticket modérateur d'au moins 2 euros pour tous les médicaments (au moins 1 euro pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée). Un effort d'économie de 109,5 millions d'euros, soit 27% de toutes les économies réalisées dans le secteur des spécialités pharmaceutiques repose donc sur les patient-es (même si 22,9 millions d'euros sont réinvestis dans l'amélioration de l'accessibilité des médicaments). La proposition alternative des mutuelles concernant les économies réalisées chez le-la pharmacien-ne de famille est également suivie.

La proposition du ministre de la Santé publique est approuvée par le Conseil général et, de cette manière, le budget des soins de santé ainsi que les objectifs budgétaires partiels sont fixés.

Tableau 7 : Aperçu des mesures alternatives dans le secteur des spécialités pharmaceutiques

Mesures	Lettre de mission	Proposition des mutualités	Décision du Conseil général
Prescription rationnelle par les médecins	16.000	16.000	16.000
Industrie			
• <i>Clawback</i>	188.200	208.200	158.200
• Baisse de prix (si pas d'alternatives à la <i>clawforward</i>)	80.300	80.300	90.300
Officines ouvertes			
• Économies sur marge et honoraires	20.000		
• Public cible pharmacien-ne de référence		12.000	12.000
• Antibiotiques par durée de traitement	-8.000	-3.300	-3.300
Pharmacies hospitalières			
• Facturation ATC 5 78% au lieu de 85% (81,5% dans la proposition des mutualités)	42.000	21.000	42.000
• Facturation ATC 4 90%	20.000	20.000	0
Patient-e			
• Ticket modérateur minimal	26.200		26.200
• Extension MAF Cs et Cx	-8.900		-8.900
• <i>Early access</i>	-14.000	-14.000	-14.000
Usage efficient			
• IPP B/C → Cx	53.900	44.100	53.900
• Statines B → C	33.300	17.500	29.400
Total	449.000	401.800	401.800

Conclusion

Bien que la concertation sociale soit sous pression, il demeure très important, au vu de la complexité et de l'ampleur des enjeux, de lui accorder des marges d'action suffisantes. Il est néanmoins positif de constater que le gouvernement a repris presque intégralement la proposition de budget pour les soins de santé soumise par les mutualités.

Cependant, le budget finalement approuvé à la fois « frappe » et « guérit ». Ainsi, en 2026, le ticket modérateur pour les médicaments est augmenté, tandis que le Maximum à Facturer est élargi. De plus, sous pression budgétaire, le risque de déconventionnement augmente, tout comme le risque de supplément facturé pour compenser la perte de revenu. Il existe également, en matière de prestations non remboursables, de nombreuses possibilités créatives pour facturer des coûts aux patient-es. Ce contexte budgétaire pour les soins de santé risque malheureusement de favoriser une médecine à deux vitesses.

Pour les prochaines années, la situation budgétaire ne semble pas plus favorable. Les estimations du Comité de monitoring du 22 septembre 2025 indiquent un déficit du budget fédéral de 42,6 milliards d'euros d'ici 2030, soit 5,8% du PIB, à politique inchangée (Monitoringcomite, 2025). Le 24 novembre 2025, le gouvernement fédéral décide d'économiser 9,2 milliards d'euros d'ici 2029. Dans l'assurance obligatoire soins de santé, des gains d'efficience struc-

turels de 684 millions d'euros sont annoncés d'ici 2029. Une augmentation récurrente du ticket modérateur de 125 millions d'euros par an à partir du 1er juillet 2026 est également annoncée. Cette hausse sera réalisée dans le secteur des honoraires médicaux et pourra être réinvestie dans les soins.

L'amélioration de la performance du système belge de soins de santé est un objectif de la concertation sociale. À partir de 2025, la concertation sociale est renforcée grâce à la nouvelle Commission des objectifs de soins de santé, soutenue par une base scientifique pour identifier les priorités d'allocation du budget des soins de santé. Dans les prochaines années, la concertation sociale devra tenir compte d'une lettre de mission du gouvernement, fondée sur les estimations techniques ainsi que sur le rapport de cette commission. Cela n'empêche pas qu'il reste fortement souhaitable que la Commission des objectifs de soins de santé, le Conseil général et surtout le gouvernement soient disposés à écouter la concertation sociale et à poursuivre la coconstruction des politiques en matière de soins de santé.

Bibliographie

- Bureau fédéral du Plan (2025a). *Perspectives économiques 2025-2030*. Bruxelles : Bureau fédéral du plan.
- Bureau fédéral du Plan (2025b). *Indicateurs de développement durable*. Bruxelles : Bureau fédéral du plan.
- Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé. *Santé & Société*, 14, 29-56.
- Commission pour les objectifs de soins de santé. (2025). Objectifs en matière de soins de santé : avis de la commission OSS. Bruxelles : INAMI.
- Comité scientifique. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et des objectifs 'soins de santé'*. Bruxelles : INAMI.
- Conseil européen. (2024). *Réexamen de la gouvernance économique : le Conseil et le Parlement parviennent à un accord sur une réforme des règles budgétaires*. Récupéré sur <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2024/02/10/economic-governance-review-council-and-parliament-strike-deal-on-reform-of-fiscal-rules/>.
- European Commission. (2023). Autumn 2023 Economic Forecast: A modest recovery ahead after a challenging year. Récupéré https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-forecast-and-surveys/economic-forecasts/autumn-2023-economic-forecast-modest-recovery-ahead-after-challenging-year_en.
- European Commission. (2025). *Spring 2025 Economic Forecast: Moderate growth amid global economic uncertainty*. Brussels: European Commission.
- Eurostat. (2023). *Government expenditure by function in the EU*. Récupéré sur https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_by_function_%E2%80%93_COFOG.
- Gouvernement De Wever. (2025). Accord de coalition fédérale 2025-2029. Bruxelles : gouvernement fédéral.
- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024, rapport final*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2025a). Note CGSS 2025/029. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2025b). Note CGV_2025_228. Bruxelles : INAMI.
- Mahieu, S. (2020). Budget 2020 : prestataires de soins, établissements de soins, mutualités et syndicats demandent un budget construit sur un projet et permettant de nouvelles initiatives. *MC-Informations*, 279, 4-11.
- Mahieu, S. (2024). Budget des soins de santé 2024 : « D'abord le contenu ». *Santé & Société*, 9, 44-55.
- Mahieu, S. (2025). Budget Soins de santé 2025 : La valeur ajoutée de la concertation sociale. *Santé & Société*, 14, 58-72.
- Mahieu, S., & Cès, S. (2023). Budget des soins de santé 2023 : Soutien des prestataires de soins et des patient-es. *Santé & Société*, 5, 62-72.
- Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021 : Prestataires de soins, institutions de soins et mutualités s'allient pour mettre en oeuvre des réformes essentielles. *MC-Informations*, 283, 4-11.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022 : Une nouvelle méthodologie pour le budget des soins de santé en Belgique. *Santé & Société*, 2, 6-17.
- Monitoringcomité. (2025). *Actualisation 2025-2030*. Bruxelles : SPF Stratégie et appui.
- OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023 - OECD Indicators*. Paris : OCDE.
- Peters, B., van Cutsem, P., Lebbe, C. & Sommen L. (2019). Budget 2019 : élaboration, risques et conclusions. *MC-Informations*, 275, 15-22.
- Rekenhof. (2006). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers*. Brussel: Rekenhof.
- Rekenhof. (2011). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - opvolgingsaudit*. Brussel: Rekenhof.
- SPF Stratégie & Appui (2025). *Medium-Term Fiscal-Structural Plan*. Bruxelles : SPF Stratégie & Appui.
- van Cutsem, P. (2016). Budget fédéral 2016 des Soins de santé. *MC-Informations*, 263, 26-39.
- van Cutsem, P. (2017). Budget fédéral 2017 des Soins de santé. Economies dans les soins de santé et crise des accords tarifaires : vers une libéralisation de notre sécurité sociale ? *MC-Informations*, 267, 3-18.
- van Cutsem, P. (2018). Budget 2018 : Un budget qui invite à la modération. *MC-Informations*, 271, 21-26.
- Vandenbroucke, F. (2025, juli 22). *Lettre de mission*. Bruxelles : gouvernement Belge fédéral.
- Comité scientifique. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et des objectifs 'soins de santé'*. Bruxelles : INAMI.

