

Budget Soins de santé 2025 : la valeur ajoutée de la concertation sociale

Saskia Mahieu – Cellule Expertise Politique de santé MC-CM

Résumé

Quand le budget pour les soins de santé 2025 a été élaboré, le gouvernement De Croo était en affaires courantes. Bien que compétent pour adopter ce budget, le Gouvernement semblait parfois hésiter sur les directions à prendre dans le trajet budgétaire, et ce, notamment, parce qu'une nouvelle coalition et un nouvel accord de gouvernement étaient en négociation au même moment. Cependant, l'indexation des honoraires à partir du 1^{er} janvier 2025 aurait été fort incertaine en l'absence de budget approuvé avant la fin de l'année 2024. Cette incertitude a lourdement affecté le trajet, puisqu'en décembre 2024, les prestataires de soins de santé menaçaient de dénoncer plusieurs conventions et accords.

Ces éléments particuliers s'inscrivent dans le contexte budgétaire plus global des finances dégradées de l'État. Le niveau d'activité a augmenté régulièrement après la crise de COVID-19, ce qui a entraîné un léger dépassement de l'objectif budgétaire global des soins de santé pour 2024. La Commission européenne a formulé des recommandations supplémentaires pour que la Belgique réduise sa dette publique. Et, plus encore, les conflits – notamment en Ukraine – ont exercé une pression en faveur d'importants investissements dans la défense.

Malgré ce contexte difficile, la concertation sociale a fonctionné. Les dépenses en augmentation ont été analysées et si elles n'étaient pas conformes à la politique de soins de santé prévue, des mesures appropriées ont été prises tout en protégeant les patient-es et les prestataires de soins de santé. Après avoir traversé de nombreuses difficultés, un nouveau conseil des ministres, dirigé par le Premier ministre De Wever, a fixé le 28 février 2025 le budget des soins de santé pour 2025. Le comité de l'assurance a été suivi dans sa proposition de début octobre, à l'exception d'ajustements sur les économies dans le secteur des médicaments.

Mots-clés : Budget, soins de santé, objectifs en matière de soins de santé, économies, réformes, gouvernance, modèle de concertation, analyse critique

1. L'ADN social belge

Le système belge de Sécurité sociale est basé sur le système de sécurité sociale bismarckien développé en Allemagne à la fin du XIX siècle. Cela signifie que le financement de la Sécurité sociale repose en grande partie sur des cotisations sociales proportionnelles aux salaires. Le système s'appuie donc sur la solidarité entre les personnes actives et inactives et sur les personnes malades et en bonne santé. La gestion de la Sécurité sociale incombe logiquement aux organisations patronales et aux syndicats, représentants des travailleurs et des travailleuses, qui la financent. C'est ce que l'on appelle le système de gestion paritaire. En 1963, la gestion paritaire est étendue aux mutualités et aux prestataires de soins et la logique de la cogestion est appliquée à l'ensemble du système d'assurance obligatoire soins de santé¹, les accords et conventions entre les prestataires de soins et les mutualités en tant que représentants des bénéficiaires devenant la forme centrale de régulation des soins de santé (van Cutsem, 2016).

Le modèle de gestion paritaire définit les besoins de la population dans le cadre de la concertation sociale. La cogestion, dans laquelle toutes les parties prenantes façonnent ensemble la politique des soins de santé, est plus sensible à l'évolution des besoins de la population qu'un modèle sans concertation sociale et joue donc un rôle important dans l'orientation non seulement des mesures politiques, mais aussi de la budgétisation de l'assurance maladie (van Cutsem, 2016). Cette cogestion a permis d'assurer la meilleure qualité et l'accessibilité des soins à ce jour, en mettant l'accent sur les groupes de patient-es les plus vulnérables. Nous nous référons au professeur Deleeck qui, notamment dans son livre *De architectuur van de wel-*

vaartsstaat opnieuw bekeken (2001), remet en question l'idée que la Sécurité sociale serait une affaire purement étatique et qui souligne le rôle des partenaires sociaux et la nature pluraliste du système (van Cutsem, 2016).

Au fil du temps, une gestion tripartite de la Sécurité sociale s'est mise en place, l'État prenant davantage un rôle de gestionnaire politique et financier à côté des acteurs et actrices de la concertation sociale. Le gouvernement fixe la norme de croissance du budget des soins de santé et dispose d'un droit de veto dans le Conseil général de l'INAMI lorsqu'il s'agit de décider du budget des soins de santé². Le Comité de l'assurance dispose de très peu de temps pour discuter d'une proposition budgétaire³, car les estimations techniques revues ne sont pas connues avant la mi-septembre et la proposition financière doit être soumise au plus tard le premier lundi d'octobre⁴.

La procédure budgétaire a été adaptée à partir de 2017, d'une part pour aligner le calendrier budgétaire belge sur le calendrier budgétaire européen et, d'autre part, pour obliger les commissions de conventions et les commissions d'accords à formuler des compensations lorsqu'ils dépassent leurs objectifs budgétaires ou qu'ils demandent l'investissement de nouvelles ressources. Cela a introduit le fait d'élaborer des mesures d'économies et a confirmé le cloisonnement dans l'assurance maladie (van Cutsem, 2017). Entretemps, les mutualités avaient essayé à nouveau de dépasser un travail en silos. En 2022, les mutualités et les prestataires de soins de santé ont concrétisé une approche reposant sur des objectifs de (soins de) santé par une nouvelle ligne budgétaire⁵. Les ambitions de la MC en termes de co-construction⁶ étaient élevées, d'une part pour le modèle de concertation sociale et d'autre part pour l'engagement de toutes les parties prenantes pour atteindre les objectifs de soins de santé. À partir de 2025, la

1 Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des institutions d'utilité publique de sécurité sociale et de prévention sociale.

2 Le Conseil général de l'assurance maladie détermine les politiques générales en matière de soins de santé. Les représentants des personnes chargées du financement de l'assurance, à savoir les employeurs, les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants et les représentants du gouvernement, détiennent les 3/4 des mandats au sein du Conseil général. Les organismes assureurs ont 1/4 des mandats. Les représentants des prestataires des soins de santé n'ont qu'une voix consultative au sein du conseil. Pour plus d'informations sur les organes de l'INAMI, voir le site web de l'INAMI <https://www.inami.fgov.be/fr/l-inami/nos-organes>.

3 Le Comité de l'assurance pour les soins de santé est chargé de tâches plus étroitement liées aux prestataires des soins de santé et aux prestations des soins de santé. Il est composé d'un nombre égal de représentants des organismes assureurs et des prestataires des soins de santé. Les représentants des partenaires sociaux ont ici une voix consultative. Pour plus d'informations sur les organes de l'INAMI, voir le site web de l'INAMI <https://www.inami.fgov.be/fr/l-inami/nos-organes>.

4 Les estimations techniques sont les calculs effectués par l'actuariat de l'INAMI sur les dépenses de santé prévues pour l'année suivante, sur la base d'une analyse des dépenses des cinq dernières années et en tenant compte de la mise en œuvre effective des décisions budgétaires antérieures.

5 Ces objectifs de santé globaux font partie d'une politique de santé plus générale qui concerne tous les domaines politiques (*Health in All Policies*). Ils sont élaborés conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements des communautés et des régions, afin de réaliser à l'avenir une politique de santé cohérente et ordonnée. Des objectifs en matière de soins de santé doivent être formulés dans le domaine de la politique des soins de santé. Ils permettent d'atteindre les objectifs de santé globaux (Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

6 La co-construction se définit comme la collaboration entre différents acteurs et actrices (prestataires de soins, organisations de santé, associations de patient-es, expert-es, mutualités) autour de questions complexes liées à la santé publique et à la performance du système de santé afin de proposer des programmes d'actions pour atteindre des objectifs prioritaires partagés et d'en suivre les effets (Cès, 2022).

concertation sociale, grâce à la nouvelle Commission pour les objectifs de soins de santé, aura un appui scientifique pour opérer des ajustements prioritaires dans la répartition du budget des soins de santé (voir encadré).

Les contraintes budgétaires en matière de soins de santé augmentent le risque d'une augmentation de la part du-de la patient-e dans les coûts de ses soins. Le risque existe qu'en période de pénurie, un gouvernement privatise partiellement les soins de santé et prenne en compensation des mesures supplémentaires pour protéger les plus faibles de la société. Toutefois, cela tend à favoriser une médecine à deux vitesses (van Cutsem, 2017). Il en résulte une sécurité sociale plus libérale que bismarckienne en raison d'une « assistance sociale⁷ stigmatisante pour les plus démunis et un système davantage marchandisé pour les autres » (van Cutsem, 2017, p. 5). De même, un budget insuffisant pour les soins de santé limite les chances de réforme du système. L'amélioration des performances du système de santé belge est pourtant un objectif de la concertation sociale.

Le nouvel accord de gouvernement fédéral du 31 janvier 2025 prévoit que « les documents de base dans le cadre de la préparation du budget, tels que les estimations techniques de juin et de septembre, sont d'abord discutés au sein du Conseil des ministres. Sur la base de cette discussion et des travaux de la Commission pour les objectifs de santé, le gouvernement formule une lettre de mission qui énonce clairement les priorités politiques ainsi que le cadre budgétaire et une chronologie claire dans laquelle le Comité de l'assurance doit exécuter sa mission légale de préparer une première proposition de projet budgétaire »⁸ (Regering De Wever, 2025). Si le gouvernement continue à s'appuyer sur la concertation sociale, il en rend la mise en œuvre difficile faute de temps pour mener un processus budgétaire qualitatif avec les parties concernées.

2. Gestion de l'assurance obligatoire soins de santé par le gouvernement De Croo

La Belgique a été confrontée à la crise de COVID-19 le 2 février 2020. Peu après, les plans d'urgence des hôpitaux ont été lancés et les consultations, examens et interventions non urgentes ont été temporairement suspendus dans tous les hôpitaux. La première mission du nouveau gouvernement de De Croo était de protéger la santé publique. S'en sont suivis des exercices budgétaires particuliers dont nous reprenons ici l'historique.

2.1. Les choix en matière de soins de santé en 2020

Lorsque le gouvernement De Croo est entré en fonction le 30 septembre 2020, certaines mesures de soutien au secteur de la santé étaient déjà décidées, non seulement en termes de lutte contre le COVID-19, mais aussi en ce qui concerne l'élimination de la pénurie de prestataires de soins de santé⁹ et la satisfaction des besoins en matière de soins de santé mentale. Le gouvernement a financé les 1,2 milliard d'euros nécessaires, en grande partie grâce aux recettes de la TVA et d'autres sources de financement¹⁰ (voir Tableau 2). Cet investissement correspond à une croissance nominale de 5,57% de l'objectif budgétaire entre 2020 et 2021 (Mahieu & Lambert, 2021).

7 « Les théoriciens des systèmes de sécurité sociale distinguent la sécurité sociale de l'assistance sociale, qui toutes deux procèdent d'une histoire et d'une logique différente. La sécurité sociale représente un mécanisme d'assurance face aux risques sociaux qui, dans les systèmes bismarckiens est financée solidairement et s'adresse à tous en fonction des besoins. L'assistance sociale représente le filet de sécurité de dernier recours, octroyé aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financé par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation » (van Cutsem, 2017, p. 5).

8 https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/autorites_federales/gouvernement_federal/politique/accord_de_gouvernement (p.125).

9 Les infirmiers figurent depuis plus d'une décennie sur la liste des professions en pénurie dans les trois régions belges (Janssens & Laverigne, 2024).

10 Autres sources de financement : un pourcentage des recettes de la TVA et d'autres recettes fiscales telles que les droits d'accise et l'impôt des personnes physiques et des sociétés, au lieu d'imposer le travail.

Les propositions du Comité de l'assurance face au gouvernement

Dans ses rapports de 2006 et de 2011 sur la budgétisation et le contrôle des dépenses de soins médicaux, la Cour des comptes fait référence aux 'principes de base élémentaires' de la loi sur l'assurance maladie et invalidité : « Dans l'exposé des motifs des 'principes de base élémentaires' de la loi sur l'assurance maladie et invalidité, il est indiqué avec insistance que la détermination des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie doit être chronologiquement séparée du conclave budgétaire du gouvernement » et que « les décisions doivent être prises au plus près de la réalité quotidienne : le ministre des Affaires sociales ne doit intervenir qu'en tout dernier ressort » (Rekenhof, 2006 ; Rekenhof, 2011, p. 27). La procédure budgétaire a certes dû être adaptée au calendrier budgétaire européen. Néanmoins, il convient de laisser la concertation sociale préparer le contenu des décisions sur le budget des soins de santé.

Au cours des dix dernières années, la proposition de budget des soins de santé du Comité de l'assurance a été respectée six fois au cours du processus décisionnel ultérieur. À quatre reprises, le budget des soins de santé n'a pas été décidé par le Conseil général de l'INAMI dans le cadre de la concertation sociale, mais bien par le Conseil des ministres (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Respect de la concertation sociale dans la préparation du budget des soins de santé

	Proposition du Comité de l'assurance	Proposition du Conseil général similaire à la proposition du Comité de l'assurance	Approbation du budget des soins de santé par le Conseil général	Décision du conseil des ministres sur le budget des soins de santé
2016	X			X
2017				X
2018	X	X	X	
2019	X		X	
2020	X			X
2021	X	X	X	
2022	X	X	X	
2023	X	X	X	
2024	X	X	X	
2025	X	X		X

Tableau 2 : Aperçu des décisions politiques concernant le budget des soins de santé pour 2020

Aperçu des décisions parlementaires	Coût supplémentaire total sur base annuelle, en millions d'euros
Fonds blouses blanches	402
Équipes mobiles hôpitaux	22
Élargissement santé mentale	200
Élargissement contraception	11,5
Accord social	600
Total	1.235,5



Nouvelle Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS)

La loi du 6 novembre 2023, fixant un cadre pluriannuel et des objectifs de santé, a défini les missions suivantes pour la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS) :

- Dans les quarante jours suivant la dissolution de la Chambre des représentants, la COSS présente un rapport contenant les objectifs de soins de santé qui devraient être poursuivis en priorité au cours de la législature suivante. Elle le fait d'une part à partir d'une étude structurée du vaste domaine des soins de santé, et d'autre part de preuves scientifiques et de tous les données et rapports nationaux et internationaux disponibles sur les performances des systèmes de santé, des systèmes de soins de santé et des systèmes de sécurité sociale pour la santé. Elle prend également en compte les objectifs de santé et les objectifs de soins de santé qui valaient pour la législature précédente. La commission évalue en même temps la réalisation des objectifs de soins de santé de la législature précédente.
- Au plus tard le 30 juin, la Commission publiera un rapport annuel sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs en matière de soins de santé fixés par le Conseil général pour cette législature.
- Au plus tard le deuxième lundi d'octobre, la Commission remet au Conseil général un avis sur la conformité de la proposition globale du Comité de l'assurance pour le budget des soins de santé avec les objectifs en matière de soins de santé. Cet avis sera transmis en même temps au Comité de l'assurance qui pourra se réunir avant le troisième lundi d'octobre pour éventuellement ajuster sa proposition.

La COSS n'ayant été constituée qu'après l'été 2024, son premier rapport ne sera pas disponible avant le premier semestre 2025. Le Conseil général déterminera, entre autres sur base de ce rapport, et en tenant compte du contexte budgétaire, les objectifs prioritaires en matière de soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire pour la législature. À cette fin, le Conseil général est invité à consulter le Comité de l'assurance, qui doit rendre son avis dans les 30 jours suivant la demande du Conseil général.

Le Conseil général vérifie également l'adéquation des conventions et accords avec les objectifs de santé qu'il détermine.

La nouvelle Commission pour les objectifs en matière de soins de santé est composée comme suit :

- Membres votants : le président, un membre du Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé, un membre de Sciensano, un membre du Conseil supérieur de la santé et six membres représentant les secteurs académique et scientifique ;
- Avec voix consultative : un membre de l'INAMI, un membre du Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, un membre de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, trois membres représentant les organismes assureurs et trois membres représentant les prestataires de soins de santé.

2.2. Impact du COVID-19 sur la constitution du budget 2021-2024

Si l'on compare 2020 à 2019, presque tous les secteurs, à l'exception des soins infirmiers à domicile, ont vu leurs dépenses diminuer, par exemple pour le mois d'avril : -29% dans le secteur hospitalier, -49,9% sur les honoraires des médecins généralistes, -93,5% sur les honoraires des dentistes, -4,7% sur les honoraires des médecins spécialistes, -74,1% pour les kinésithérapeutes, -92,4% pour les opticiens, -50,1% pour les audiciens, etc. Comme la pandémie n'a pas été combattue immédiatement, l'Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI) a décidé de ne pas tenir compte de l'évolution des dépenses en 2020 pour estimer les dépenses à politique constante pour 2021, 2022 et 2023. À partir de 2024, l'INAMI a réévalué les dépenses de santé en tenant compte des chiffres jusqu'au 31 décembre de l'année précédente. Finalement, même en 2023, les activités du secteur des soins n'avaient pas complètement repris (voir chapitre 3.2).

De nombreuses mesures ont été prises pour lutter contre le COVID-19 : mesures de protection, mises en place des centres de collecte et de tri, des centres intermédiaires de soins pour la lutte contre le coronavirus¹¹, augmentation de la capacité de test, soins de cohorte¹², vaccins, soins à distance, simplification administrative, allègement des procédures, *contact tracing*, etc. Ces mesures ont été financées au cours de la période 2020-2022 au-delà du budget des soins de santé. Par la suite, ce surcoût a été intégré au budget des soins de santé : 91 millions d'euros étaient prévus en 2023 et 18,8 millions d'euros étaient budgétés en 2024. Enfin, les hôpitaux ont été soutenus financièrement en 2020, 2021 et 2022 avec un total de 2,071 milliards d'euros sous forme d'avances aux hôpitaux généraux et psychiatriques, en partie pour les médecins spécialistes. Sur base de l'état des décomptes actuels, 138 millions d'euros supplémentaires seront régularisés dans les hôpitaux via le budget des moyens financiers (INAMI, 2025).

2.3. Gestion *ad hoc* du budget

La pandémie, suivie de la crise énergétique, a eu pour effet de faire reculer l'économie belge et de créer un trou dans le budget fédéral global. Depuis 2022, le gouvernement est soumis à une pression croissante pour trouver un équilibre entre les efforts budgétaires de réduction du déficit et l'augmentation des dépenses pour préserver le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises. Cela donne lieu à des décisions *ad hoc* en matière de budget des soins de santé à mesure que les informations sur l'évolution des dépenses de santé deviennent disponibles. Vous trouverez un aperçu des montants dans le tableau 3 :

- Lors de la rédaction de l'accord de gouvernement du 30 septembre 2020, le gouvernement a mis en place un trajet d'économies structurelles dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, en commençant par 150 millions d'euros en 2021, pour aboutir à un total de 250 millions d'euros en 2024. L'objectif budgétaire pour les soins de santé n'a pas changé, mais les moyens ne peuvent pas être dépensés par ailleurs dans les soins de santé. Une « dépense négative » est ainsi enregistrée auprès de l'INAMI en faveur du solde budgétaire du gouvernement fédéral ;
- Régulièrement, des moyens sont déplacés de l'intérieur vers l'extérieur de l'objectif budgétaire, comme dans le cadre de la loi sur les hôpitaux ou pour l'accord social ;
- Le gouvernement apporte, au moment de la préparation du budget, mais aussi tout au long de l'année, des corrections techniques aux estimations de l'INAMI, en supposant que le budget des soins de santé sera sous-utilisé ;
- Le Comité de l'assurance s'est engagé à réaliser 80 millions d'euros de gains d'efficacité (*'appropriate care'*)¹³ d'ici 2024, mais le gouvernement a décidé que la moitié de cette somme ne pouvait pas être réinvestie ;
- Enfin, le gouvernement a abaissé exceptionnellement la norme de croissance du budget des soins de santé en 2024 de 2,5% à 2% (Mahieu, 2024).

11 Les centres intermédiaires de soins pour la lutte contre le coronavirus pouvaient accueillir temporairement les patients atteints de COVID-19 après leur séjour à l'hôpital ou après un examen dans un centre de tri, en attendant qu'ils retournent dans leur situation à domicile (voir <https://www.inami.fgov.be/fr/theme/covid-19-nous-financons-la-coordination-le-suivi-la-supervision-et-les-soins-dans-les-structures-intermediaires>).

12 Les patient-es (probablement) infecté-es par le COVID-19 ont parfois besoin de soins infirmiers à domicile. Dans le cadre des soins de cohorte, une équipe permanente d'infirmier-ères est responsable des soins infirmiers à domicile de ce groupe de patient-es pendant leur période de contamination. La séparation des prestataires de soins et des patient-es concerné-es permet d'assurer la continuité des soins tout en évitant la contamination croisée avec les patient-es non infecté-es et les autres prestataires de soins. En outre, les soins de cohorte permettent une utilisation optimale du matériel de protection spécifiquement requis (voir <https://www.inami.fgov.be/fr/theme/covid-19-nous-financons-la-coordination-le-suivi-la-supervision-et-les-soins-dans-les-structures-intermediaires#:~:text=Des%20structures%20interm%C3%A9diaires%20peuvent%20accueillir,ces%20structures%20interm%C3%A9diaires%20de%20soins>).

13 *Appropriate care* vise à créer une « *health value* » supplémentaire et repose sur des principes tels que le bon soin au bon endroit. Cela implique un désinvestissement dans les soins « *inappropriate* », une diminution des variations dans les pratiques, un recyclage des ressources provenant de l'« *overuse* » et un réinvestissement dans l'« *underuse* ». La sur- et la sous-consommation de soins et de médicaments sont combattues, notamment par la promotion de l'innovation technologique (INAMI, 2022).

Tableau 3 : Aperçu des montants à ne pas dépenser dans le budget des soins de santé, en millions d'euros (Sources : INAMI, 2020, 2021, 2022, 2023)

Mesure	2021	2022	2023	2024
Trajet d'économies spécialités pharmaceutiques	150	180	210	250
Transferts hors objectif	/	206,5	116,7	108,4
Corrections techniques	/	/	55,4	255,5
Économies sur l'appropriate care	/	/	/	40
Réduction de la norme de croissance	/	/	/	169
Total	150	386,5	382,1	822,9

Non seulement une grande partie des moyens issus de la norme de croissance n'ont pas pu être dépensés pour les soins de santé, mais en outre, le budget des soins de santé est de moins en moins transparent, car il n'est pas toujours évident de savoir si la décision d'un gouvernement s'applique uniquement à l'année en cours, ou si elle est de nature structurelle. Cela complique les négociations pour l'élaboration du budget de soins de santé, car l'attention est détournée de la politique de santé stricto sensu pour résoudre des problèmes budgétaires.

3. L'objectif budgétaire pour 2025 et les estimations techniques

3.1. Objectif budgétaire global

La méthode de calcul de l'objectif budgétaire global pour l'année qui suit est fixée par la loi. Chaque année, il est calculé en additionnant à l'objectif budgétaire global de l'année en cours

- La norme de croissance légale fixée par le gouvernement au début de la législature (pour 2025, cette norme est de 2,5%) et les masses d'indexation ;
- Une estimation des recettes Article 111/81 dans le secteur des médicaments¹⁴.

Le tableau 4 montre l'application de ces principes pour l'objectif budgétaire global 2025.

Tableau 4 : Résumé du calcul de l'objectif budgétaire global pour 2025, en millions d'euros (Source : INAMI, 2024)

Objectif budgétaire global 2024	37.825
Compensation du revenu total art.111/81-2024	-1.842
Norme stricte	35.982
Norme de croissance réelle 2,5%	+900
Sous-total	36.882
Indice santé (3,34%)	+742
Indice pivot 2024 (coût supplémentaire en 2025 par rapport à l'objectif 2024)	+55
Indice pivot 2025	+132
Sous-total	37.812
Compensation des recettes totales art.111/81-2025	+2.001
Proposition d'objectif budgétaire pour 2025	39.812

¹⁴ Il est fait référence ici à l'article 111 et suivants (anciennement article 81 et suivants) de l'arrêté royal du 1er février 2018, sur base duquel l'État rembourse les médicaments généralement très coûteux et dont l'effet thérapeutique est encore incertain, afin que les patients puissent en bénéficier le plus rapidement possible.

L'objectif budgétaire 2025 inclut des montants à ne pas dépenser. Les mesures d'économie dans le secteur des médicaments sont de nature structurelle et s'élèvent à 250 millions d'euros en 2025. Il y a aussi les corrections techniques apportées par le gouvernement aux estimations de l'INAMI, fondées sur des estimations de sous-utilisation du budget des soins de santé. L'une de ces corrections techniques déjà décidées et restant valable en 2025 s'élève à 62,5 millions d'euros. Par la suite, le Comité de l'assurance s'est engagé à réaliser 80 millions d'euros de gains d'efficacité '*appropriate care*' en vitesse de croisière à partir du 1er octobre 2023, mais le gouvernement a décidé que 40 millions d'euros ne devaient pas être réinvestis. Enfin, un transfert de fonds de l'intérieur vers l'extérieur de l'objectif budgétaire de 162,482 millions d'euros était initialement noté comme à ne pas dépenser pour 2025. L'INAMI a décidé d'apporter quelques corrections dans l'intérêt d'un budget plus transparent, notamment le regroupement des dépenses liées à l'accord social au sein de l'objectif budgétaire et de celles liées aux maîtres de stage dans les objectifs budgétaires partiels respectifs des médecins et des dentistes. Ces corrections ont réduit – ainsi que l'annulation d'un transfert interne au sein de l'INAMI d'un total de 152,482 millions d'euros – le montant à ne pas dépenser à 200,018 millions d'euros. Le budget à dépenser est de 39,612 milliards d'euros.

3.2. Estimations techniques et comparaison avec le calcul de norme

L'INAMI estimait les dépenses de santé pour 2025 à politique constante à la mi-septembre à 39,973 milliards d'euros. En les comparant à l'objectif budgétaire global financé pour 2025, à savoir 39,612 milliards d'euros, un déficit de 361 millions d'euros était constaté. En même temps, certaines nouvelles initiatives devaient entrer en vigueur après le 1er janvier 2025 et d'autres n'avaient pas encore atteint leur pleine capacité en 2025, ce qui équivalait à 30,148 millions d'euros et 114,401 millions d'euros. Compte tenu de ces derniers montants, en comparant les estimations techniques et l'objectif budgétaire pour 2025, le déficit ne s'élève plus qu'à 216,8 millions d'euros (voir Tableau 5). Selon des chiffres plus récents concernant l'évolution des dépenses de santé, le déficit attendu est beaucoup plus élevé que ce qui était attendu avec les premières estimations techniques pour 2025, à savoir un déficit de 79,117 millions d'euros (INAMI, 2024). La tendance à la hausse des dépenses de santé était vraisemblablement plus importante que prévu parce que l'activité du secteur de la santé ne s'était pas complètement remise de la pandémie en 2023, et que la reprise de l'activité s'est donc poursuivie en 2024.

Tableau 5 : Estimations techniques révisées des dépenses de santé pour 2025 en millions d'euros (Source : INAMI, 2024)

	Simulation de l'objectif budgétaire 2025	Estimations techniques révisées 2025	Différence
Résultat en prix 2024	39.612	39.096	
Masses d'indexation			
• Indice santé (3,34%)		746	
• Indice pivot 2025		132	
Résultat excluant les montants à ne pas dépenser	39.612	39.973	-361
Montants réservés en prix 2025		-30	
Sous-utilisations 2025 en prix 2025		-114	
Résultat, y compris les montants réservés et la sous-utilisation 2025	39.612	39.829	-217
Montant à ne pas dépenser (pharma)	250		
Correction technique 125 millions d'euros : 50% dans l'objectif	62,5		
Montant à ne pas dépenser : <i>appropriate care</i>	40		
Correction montants à ne pas dépenser	-152		
Résultat des prix 2025	39.812		

4. La proposition 2025 du Comité de l'assurance et la décision du Conseil des ministres

4.1. Contexte politique

Lors de l'élaboration du budget des soins de santé 2025, le gouvernement fédéral était en affaires courantes. Bien que compétent, la situation politique a compliqué son travail et l'issue des discussions du Conseil général était donc incertaine. L'absence de fixation d'un objectif budgétaire au 31 décembre 2024 aurait pu plonger le système de santé dans une période d'incertitude. C'est pourquoi la concertation sociale a joué un rôle crucial dans l'élaboration du budget des soins de santé 2025.

Parallèlement, au niveau européen, la gouvernance économique des États membres a été réformée. Le programme de stabilité existe depuis le traité de Maastricht de 1992, mais depuis peu la Commission européenne a également présenté un « trajet 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. Au départ du trajet de référence, les États membres concernés devront inclure une trajectoire de dépenses nettes, dans leurs plans budgétaires et structurels nationaux pour effectuer leur trajet d'ajustement budgétaire. Les nouvelles règles visent à encourager les réformes structurelles et les investissements publics qui renforcent la durabilité et la croissance. Les États membres peuvent demander une extension de la période d'ajustement budgétaire de quatre ans à sept ans s'ils entreprennent un ensemble

de réformes et d'investissements qui améliorent la croissance potentielle et le potentiel de résilience, favorisent la viabilité budgétaire et répondent aux priorités communes de l'Union européenne. Il s'agit notamment de réaliser une transition écologique et numérique équitable, d'assurer la sécurité énergétique, de renforcer la résilience sociale et économique et, le cas échéant, de renforcer les capacités de défense (Europese Raad, 2024).

La Belgique fait partie des pays ayant une dette publique excessive. Conformément à cette réforme, cela signifie que « lorsque la procédure concernant les déficits excessifs est ouverte sur base du critère du déficit, pour les années au cours desquelles la dette publique générale devrait dépasser la valeur de référence, la trajectoire correctrice des dépenses nettes devrait être compatible avec un ajustement structurel annuel minimal d'au moins 0,5% du PIB » (Europese Raad, 2024).

Le nouvel accord de gouvernement fédéral du 31 janvier 2025 confirme que l'effort à fournir pour assainir les finances publiques est particulièrement important et nécessitera plus d'une législature.

4.2. Contexte budgétaire

Les estimations techniques révisées de septembre 2024 montraient un dépassement de l'objectif budgétaire global pour 2024 de 153,768 millions d'euros. Certains secteurs n'atteignaient pas leur objectif budgétaire partiel. Le dépassement total des secteurs en dépassement était de 546,125 millions (voir Tableau 6).

Tableau 6 : Aperçu du dépassement attendu des objectifs budgétaires partiels en 2024 sur base des estimations techniques révisées de septembre 2024 (Source : Commission de contrôle budgétaire, 2024)

Secteurs présentant un dépassement important	Dépassement en millions d'euros	Part du dépassement
Total	546,1	100,0%
Honoraires des médecins	185,4	33,9%
Dentistes	21,3	3,9%
Spécialités pharmaceutiques nettes	214,6	39,3%
Préparations magistrales	1,3	0,2%
Implants et dispositifs médicaux invasifs	80,2	14,7%
Maisons médicales	19,9	3,6%
Mesures Covid	23,5	4,3%

Pour l'année 2024, des mesures correctrices ne pouvaient plus être prises à l'automne, mais pour éviter que ces dépassements ne se répètent en 2025, des mesures correctives ayant un impact récurrent ont dû être prises à partir du 1er janvier 2025.

4.3. Proposition du Comité de l'assurance

Les mesures d'économies doivent toujours être bien considérées, dans le respect du *Quintuple Aim* pour la politique des soins de santé de l'*Institute for Health Care Improvement*. Ces cinq objectifs sont :

- Qualité des soins, telle qu'elle est perçue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance ;
- Santé de la population ;
- Le rapport coût-efficacité, qui est le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées ;
- L'équité dans la société, avec un accent particulier sur l'accessibilité aux soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financier) et l'inclusion des différentes formes de diversité ;
- Bien-être des professionnels de la santé (INAMI, 2022).

Identifier les inefficacités et les traduire en mesures prend du temps. L'analyse du gaspillage potentiel des ressources doit être effectuée de manière approfondie et le trajet de mise en œuvre doit être bien étudié afin que le-la patient-e et le-la prestataire de soins soient protégé-es.

En septembre 2024, des concertations entre les mutualités et les prestataires de soins concernés ont eu lieu afin de détecter les tendances indésirables dans l'évolution des dépenses et d'accroître la qualité de l'offre de soins. La concertation s'est concentrée sur les secteurs qui dépassaient leur objectif budgétaire partiel en 2024 ; ils représentaient ensemble 92% du dépassement : honoraires des médecins, honoraires des dentistes, spécialités pharmaceutiques et implants. En même temps, au vu de la situation politique et budgétaire difficile, il a été décidé de ne pas prendre de nouvelles initiatives en 2025.

Le Comité de l'assurance a proposé les mesures d'économie suivantes (voir Tableau 7).

Tableau 7 : Résumé des mesures d'économie recommandées par le Comité de l'assurance, en millions d'euros (Source : INAMI)

Déficit sans économies	- 217
Économies dans le secteur des médicaments	113,4
• Budget partiel médicaments oncologiques	88,4
• Baisse de prix pour les médicaments orphelins anciens et coûteux	9
• Prescription rationnelle	16
Économies secteur honoraires pour les médecins	73,4
• Interruption de la téléconsultation	68,4
• Diminution de la valeur de la lettre-clé de réduction pour les prestations	
- angiographie cérébrale	0,5
- examen duplex couleur bilatéral	2,5
- échographie urinaire complète	1,5
- chirurgie de l'abdomen	0,5
Économies dans le secteur des implants	10
Économies dans le secteur des soins dentaires	19,989
Marge disponible avec les économies	0

Secteur pharmaceutique

Le coût total des médicaments oncologiques pris en charge par l'assurance maladie est en forte augmentation. Le Comité de l'assurance a donc proposé au gouvernement d'économiser 88,432 millions d'euros net sur base annuelle et de mieux gérer ces dépenses de santé à partir d'un sous-budget dédié à cet effet. Par ailleurs, certains médicaments orphelins ou commercialisés comme tels sont remboursés depuis plus de 12 ans et ont un coût par patient-e très élevé pour l'assurance maladie. Nombre de ces médicaments ne sont plus protégés par un brevet et le système de réduction légale des prix pourrait donc fonctionner. Malheureusement, aucun médicament générique n'est disponible. Par conséquent, ces « anciens » médicaments n'ont pas subi de baisse de prix liée au *patent cliff*¹⁵ alors que la recherche a pourtant été amortie depuis. Tout en prenant bien en compte les préoccupations relatives aux indisponibilités, le Comité de l'assurance a donc proposé de réduire le prix de ces 'anciens' médicaments de 20% afin de récolter 9 millions d'euros. Enfin, fin 2024, il a été proposé qu'une « *mini-Task force* » composée des personnes impliquées dans le contrôle du volume des médicaments décide de mesures concrètes pour rationaliser la prescription de médicaments à partir du 1er janvier 2025. Cela permettrait de générer sur base annuelle 16 millions d'euros pour le secteur des officines publiques avec une garantie budgétaire imputée au secteur des médecins.

Secteur des honoraires médicaux

Les dépenses pour les consultations téléphoniques des médecins généralistes et, dans une moindre mesure, des médecins spécialistes ont augmenté de manière spectaculaire pour atteindre plus de 68 millions d'euros. Pour autant, lors de leur introduction, aucun impact budgétaire n'était attendu, car elles étaient destinées à remplacer les consultations physiques. Bien que cela montre que les médecins consacrent beaucoup de temps aux interactions téléphoniques, cela n'est pas une utilisation optimale des fonds pour les honoraires médicaux. Les consultations téléphoniques n'ont pas toutes la même valeur ajoutée. Il était nécessaire de réviser le tarif des consultations téléphoniques et de le faire avec des lignes directrices plus claires. Le Comité de l'assurance a suggéré de supprimer le mode de fonctionnement actuel à partir du 1er janvier 2025 et d'en introduire un nouveau mode à partir du 1er janvier 2026, probablement avec une période de transition

du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025. Les consultations vidéo ont bien été maintenues. Une économie supplémentaire d'environ 6 millions d'euros est prévue à partir du 1er janvier 2025 en réduisant le tarif de plusieurs prestations de médecine spécialisée.

Secteur des implants

Les estimations techniques révisées des dépenses de santé en 2025 intégraient 19 millions d'euros pour de nouvelles initiatives en 2025. Ce budget a été réduit de 10 millions d'euros.

Secteur des soins dentaires

L'analyse du rapport d'audit 2023 a montré une croissance exponentielle de l'utilisation du test *Dutch Periodontal Scoring Index* (DPSI). En 2024, le nombre de tests DPSI atteignait 1,9 million, ce qui représentait 47,2 millions d'euros, soit 80% des dépenses de parodontologie en 2024. En outre, l'indemnité du DPSI introduite en 2006 peut être combinée avec le remboursement de l'examen bucco-dentaire annuel. À partir des données de prestation de 2023, il a été constaté que 1 285 345 (88%) du total des 1 455 155 prestations DPSI étaient effectuées le même jour qu'un examen bucco-dentaire préventif annuel du/de la patient-e. Par conséquent, le Comité de l'assurance a proposé d'intégrer le DPSI dans le tarif de l'examen bucco-dentaire annuel, qui comprenait déjà une série d'actes de diagnostic et de prévention (par exemple, radiographies intra-orales, élimination de la plaque dentaire, détartrage léger, etc). Pour cela, l'indemnité pour l'examen bucco-dentaire a été augmentée de 10 euros. Par ailleurs, l'indemnité DPSI qui n'entrait pas dans l'examen bucco-dentaire a été diminuée de 28,5 euros à 24,5 euros pour tenir compte du temps moyen nécessaire pour faire le test.

4.4. Décision du Conseil des ministres du 28 février 2025

La proposition du Comité de l'assurance a reçu un vote positif quasi unanime : seules les sages-femmes ont voté contre en raison de leurs honoraires - contrairement à tous les autres secteurs – ceux-ci ont diminué en 2025 par rapport à 2024. La raison est la suppression de la « prime de convention » temporaire. Elle avait été prolongée, uniquement pour le secteur des sages-femmes d'un an en 2024,

15 En Belgique, des réductions de prix imposées par la loi sont d'application, en vertu desquelles l'allocation de l'assurance maladie pour un médicament est réduite si une spécialité moins chère est disponible pour ce médicament. L'ouverture d'un « cluster de référence » en Belgique signifie que le prix et la base de remboursement de la spécialité d'origine sont réduits d'un pourcentage compris entre 44,75% et 51,52%. Il s'agit de l'application de ce que l'on appelle le *patent cliff*. La réduction de prix s'applique aussi bien au médicament générique qu'au médicament original.

dans l'attente de la réalisation du programme de soins périnataux. L'un des membres des syndicats de médecins s'est également abstenu.

Lors de la réunion du Conseil général du 21 octobre 2024, le gouvernement n'a pas présenté de proposition de budget pour les soins de santé en 2025. En conséquence, c'est la proposition de budget déposée par le Comité de l'assurance qui a été soumise au vote. Bien que soutenu par 14 voix sur 21, aucun budget n'a été approuvé, car deux partis au pouvoir ont utilisé leur droit de veto¹⁶.

Pour s'engager à assurer la continuité des missions de l'INAMI à partir du 1er janvier 2025, le Comité de gestion générale¹⁷ de l'INAMI s'est réuni le 4 décembre 2024 pour discuter du projet de budget des soins de santé. Les représentant-es du banc des employeurs se sont abstenus, mais la proposition de budget du Comité de l'assurance a été approuvée sur base de l'arrêté royal du 3 avril 1997 relatif à la responsabilité des Organismes publics de sécurité sociale (OPSS)¹⁸ ; cela, en attendant qu'une décision du Conseil des ministres soit prise. Seules les mesures actant la réalisation de nouvelles dépenses n'étaient pas possibles. En décembre 2024, les organisations professionnelles des sages-femmes et l'association professionnelle belge des kinésithérapeutes ont dénoncé leurs conventions de remboursement de leurs interventions¹⁹.

Le 28 février 2025, le Conseil des ministres, sur proposition du ministre compétent pour les affaires sociales et la santé publique, le ministre Vandenbroucke, a approuvé le budget des soins de santé pour 2025. La décision finale

diffère légèrement de la proposition du Comité de l'assurance, mais associe les médecins, les pharmaciens et les mutualités aux économies en matière d'utilisation des médicaments. Les différences avec la proposition du Comité de l'assurance sont les suivantes (voir Tableau 8, INAMI, 2025). Les économies proposées via le sous-budget des médicaments oncologiques et la diminution du prix des « anciens médicaments orphelins » ont été supprimées (97,432 millions d'euros). En compensation, la marge économique des pharmaciens n'a pas été indexée et la masse d'indexation pour leurs honoraires a été réduite. En revanche, le programme de sevrage progressif des benzodiazépines a été prolongé (-7,069 millions d'euros). Il a également été décidé qu'un programme de contrôle du suivi des médicaments du chapitre IV soit déterminé par les organismes assureurs, en collaboration et avec le soutien de l'INAMI et sous la coordination du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes (-10 millions d'euros). Il s'agit en particulier d'accorder de l'attention aux semaglutides, aux médicaments de deuxième et troisième ligne contre le diabète, aux médicaments contre l'hypercholestérolémie familiale, aux oncolytiques coûteux et aux anticoagulants oraux. Le *claw forward* de 80,363 millions d'euros en 2025 sera utilisé à la place des mesures pharmas prévues par le Comité de l'assurance. Une baisse structurelle des dépenses de médicaments sera élaborée comme alternative à ce *claw forward* d'ici le 1er janvier 2026. Si l'industrie ne propose pas de mesures alternatives suffisantes d'ici l'été 2025, une baisse générale des prix de tous les médicaments sera appliquée et un filet de sécurité en cas d'indisponibilité sera élaboré.

16 Le Conseil général a voté la proposition de budget des soins de santé introduite par le Comité de l'assurance : cinq voix pour les travailleurs, trois voix pour les mutualités, une voix pour le président du Conseil général, cinq voix pour les membres du gouvernement, cinq abstentions pour les employeurs, une abstention pour le Mouvement réformateur (MR) et une voix contre pour l'Open VLD. Chaque membre du gouvernement doit voter en faveur de la proposition de budget pour qu'elle soit approuvée par le Conseil général.

17 Les compétences du Comité général de gestion portent principalement sur la tenue des comptes, l'établissement du budget des frais d'administration et les décisions en matière de personnel. Le Comité général de gestion est composé de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et des travailleurs indépendants, de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de représentants des organismes assureurs. Trois représentants du gouvernement participent également aux réunions. Ils sont nommés par le Roi sur proposition des Ministres en charge des Affaires sociales, du Budget et des Classes moyennes.

18 Cette décision prévoit que :

- le projet de budget des organismes publics de sécurité sociale est préparé par l'organe de gestion ;
- le budget annuel de chaque Organisme public de Sécurité Sociale (OPSS) se compose de :
 - un budget de mission contenant les dépenses et les recettes relatives aux missions statutaires de l'organisme ;
 - un budget de gestion couvrant les dépenses et les recettes pour la gestion de l'organisme.

19 Comme le prévoit la procédure, l'INAMI a soumis un autre texte d'accord au Comité de l'assurance. Ces nouveaux textes prévoient une indexation des honoraires à partir du 1er février 2025. Pour les deux secteurs, les accords ont été approuvés par le Conseil général le 27 janvier 2025 et par le Conseil des ministres en février 2025. Entretemps, les textes d'accord ont été respectivement soumis à chaque sage-femme et à chaque kinésithérapeute. Rien n'empêche les commissions de conventions concernées de continuer à négocier un nouvel accord qui s'appliquerait ultérieurement.

Tableau 8 : Différences entre les mesures d'économie recommandées par le Comité de l'assurance et décidées par le Conseil des ministres, en millions d'euros (Source : INAMI, 2025)

	Proposition du Comité de l'assurance	Décision conseil des ministres
Marge disponible sans économies	- 217	- 217
Économies dans le secteur des médicaments	113,4	113,4
• Budget partiel médicaments oncologiques	88,4	
• Baisse de prix des médicaments orphelins anciens et coûteux	9	
• Prescription rationnelle	16	16
• Pharmaciens		7,069
• <i>Claw forward</i>		80,4
• Conformité - Chapitre IV		10
Économies secteur des honoraires médicaux	73,4	73,4
• Interruption de la téléconsultation	68,4	68,4
• Diminution de la valeur de la lettre-clé pour les prestations		
- angiographie cérébrale	0,5	0,5
- examen duplex couleur bilatéral	2,5	2,5
- échographie urinaire complète	1,5	1,5
- chirurgie de l'abdomen	0,5	0,5
Économies dans le secteur des implants	10	10
Économies dans le secteur des soins dentaires	19,989	19,989
Marge disponible avec les économies	0	0

Grâce à ce *claw forward*, le montant à ne pas dépenser passe de 200,018 millions d'euros à 119,655 millions d'euros. Par conséquent, les dépenses de santé en 2025 pourraient atteindre 39,692 milliards d'euros au lieu de 39,612 milliards d'euros (voir chapitre 3.1).

Toutefois, en raison de la décision tardive sur le budget des soins de santé, la plupart des mesures n'ont pas pu démarrer le 1er janvier 2025²⁰. Combiné à une augmentation toujours plus forte que prévue des dépenses de soins de santé, ceci indique, grâce aux nouvelles estimations techniques de l'INAMI de janvier 2025, un dépassement actuellement attendu de l'objectif budgétaire global pour 2025 de 46 millions d'euros (INAMI, 2025).

Enfin, le gouvernement rappelle à la Commission de contrôle budgétaire, au Comité de l'assurance et à la commission des accords et conventions leurs responsabilités quant à l'encadrement du budget des soins de santé pour 2026 (INAMI, 2025). Le ministre prendra déjà des mesures d'économie à hauteur des montants réservés et de la sous-utilisation temporaire calculées à 144,401 millions d'euros (voir chapitre 3.2). En effet, sans ajustement politique, ces initiatives pourraient ne plus être sous-utilisées et atteindre leur pleine capacité à partir du 1er janvier 2026 en coûtant effectivement 144,401 millions d'euros.

²⁰ Seules les baisses de tarif pour certaines interventions chez les médecins spécialistes ont été mises en œuvre le 1^{er} janvier 2025. Les travaux sur le programme de contrôle du suivi des médicaments du chapitre IV ont également été lancés à l'automne 2024. Le contrôle de suivi des critères de remboursement des médicaments contre le diabète ne nécessitait qu'une décision du ministre le 1er mars et sera introduit à court terme.

Conclusion

Grâce à une concertation sociale efficace, le nouveau gouvernement a pu valider, un mois seulement après son entrée en fonction, le budget des soins de santé pour 2025 qui comprenait des mesures d'économie nécessaires. La concertation sociale a porté une attention particulière à la soutenabilité du système belge de soins de santé, à l'accessibilité et à la qualité des soins pour les patient-es à court terme. Les mesures d'économies ont été bien réfléchies et s'éloignent de corrections souvent linéaires du passé qui avaient pour effet d'augmenter le volume des soins et des suppléments pour les patient-es au détriment d'un système de soins de santé performant et durable.

Comme dans les autres pays européens, la croissance économique en Belgique sera limitée et fragile dans les années à venir, principalement en raison de la guerre en Ukraine, mais aussi de la guerre entre l'Israël et la Palestine, des risques croissants de dérèglement climatique et potentiellement aussi d'une guerre commerciale avec les États-Unis. Le déficit public belge, influencé d'une part par les dépenses en matière de pensions et de soins de santé et d'autre part par la hausse des frais d'intérêt, augmentera chaque année pour atteindre 6% du PIB en 2029 (Monitoringcomité, 2025). Cependant, la valeur de référence pour le pacte de stabilité européen est un déficit public ne dépassant pas 3% du PIB.

Le gouvernement De Wever a décidé de réduire la norme de croissance pour 2026 et 2027 de 2,5% à 2% et de la fixer par la suite, notamment à 2,6% en 2028 et à 3% en 2029. Toutefois, des mesures d'économie supplémentaires sont notées à l'agenda, hors norme pour l'instant. La réduction de la norme de croissance de 2,5% à 2% en 2026 correspond à 192 millions d'euros. Ce sera donc un véritable défi pour la concertation sociale de proposer un budget des soins de santé pour 2026 qui soit suffisamment soutenu par les prestataires de soins et qui tienne compte d'une politique de soins de santé adéquate visant à mettre en place un système de soins de santé moderne et performant. *Business as usual* ne fonctionnera pas. Si nous voulons garantir l'État-providence et une meilleure qualité de vie pour toutes et tous, nos politiques en matière de santé et de soins de santé doivent changer. Il est urgent de mettre en œuvre des réformes globales qui évitent les inefficacités et se concentrent sur la valeur ajoutée pour les patient-es. La concertation sociale a déjà concrétisé ces lignes directrices pour la prise de mesures d'économies dans le budget des soins de santé 2025. Les mutualités poursuivront encore davantage ce projet pour 2026 et les années suivantes.

Bibliographie

- Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.
- Commissie voor begrotingscontrole. (2024). *Rapport van de Commissie voor begrotingscontrole in het kader van de vaststelling van het budget voor geneeskundige verzorging voor het jaar 2025*. Brussel: RIZIV.
- Europese Raad. (2024). *Evaluatie economische governance: Raad en Parlement akkoord over hervorming begrotingsregels*. Récupéré sur Europese Raad : <https://www.consilium.europa.eu/nl/press/press-releases/2024/02/10/economic-governance-review-council-and-parliament-strike-deal-on-reform-of-fiscal-rules/>
- Janssens, H. & Lavergne, T. (2024). Pénurie des infirmier-es et crise du 'prendre soin'. *Santé & Société*, 10, 4-37.
- Mahieu, S. (2024). Budget des soins de santé 2024 : « d'abord le contenu ». *Santé & Société*, 9, 44-55.
- Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021 : Prestataires de soins, institutions de soins et mutualités s'allient pour mettre en œuvre des réformes essentielles. *MC-Information*, 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). *Voorlopige realisaties 2024 - Raming 2025 - Meerjarenraming 2026 – 2029 Entiteit I*. Brussel: BOSA.
- Regering De Wever. (2025). *Federaal regeerakkoord 2025-2029*. Brussel: Federale regering.
- 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.
- INAMI. (2020, 10 19). Nota ARGV_2020_066. Brussel, België: RIZIV.
- INAMI. (2021, 10 18). Nota ARGV_2021_069. Brussel, België: RIZIV.
- INAMI. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024, finaal rapport*. Brussel: RIZIV.
- INAMI. (2022, 10 17). Nota ARGV_2022_064. Brussel, België: RIZIV.
- INAMI. (2023, 10 16). Nota ARGV_2023_080. Brussel, België: RIZIV.
- INAMI. (2024). *Nota CGV_2024_177*. Brussel: RIZIV.
- INAMI. (2024). *Nota CGV_2024_265*. Brussel: RIZIV.
- INAMI. (2025, 01 17). Nota ARGV_2025_007. Brussel, België: RIZIV.
- INAMI. (2025, 03 10). Nota ARGV_2025_011. Brussel, België: RIZIV.
- INAMI. (2025). *Nota ARGV-2025-009*. Brussel: RIZIV.
- van Cutsem, P. (2016). Budget fédéral 2016 des Soins de santé. *CM-Information*, 263, 26-39.
- van Cutsem, P. (2017). Economies dans les soins de santé et crise des accords tarifaires : vers une libéralisation de notre sécurité sociale? *MC-Information*, 267, 3-18.
- Wetenschappelijk Comité. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.



