Budget des soins de santé 2027

Proposition du Comité de l'Assurance au Conseil Général

Version finale

1.Contexte

1.1 Contexte politique et socio-économique

Tout en poursuivant le cadre du sextuple aim et des objectifs de soins de santé, le système de santé fait face à des injonctions contradictoires. D'une part, les besoins comme les inégalités ne cessent d'augmenter. Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et de la multimorbidité renforcent les besoins de soins et les complexifient, tandis que les écarts de santé se creusent et suivent un gradient social dont le caractère structurant est indéniable. Se donner les moyens de répondre adéquatement à ces besoins, tout en réduisant les écarts de santé et en protégeant les patients vulnérables, constitue un impératif incontournable qui requiert l'engagement de toutes les parties prenantes du système de soins de santé. D'autre part, le contexte budgétaire est contraignant et complexe pour les cogestionnaires du système de santé. Il faut protéger l'accessibilité, faire face aux besoins croissants tout en maitrisant les dépenses de soins et en utilisant au mieux les moyens. Il en va de la durabilité d'un pilier essentiel de notre sécurité sociale, notre système de soins de santé.

Les travaux budgétaires concernant l'assurance maladie s'inscrivent dans un contexte général dans lequel le Gouvernement fédéral annonce vouloir réaliser un effort d'assainissement supplémentaire à hauteur de 14 milliards à l'horizon 2029. Dans cette perspective, identifier des sources d'économies et/ou de recettes qui maintiennent voire renforcent le caractère universel et l'accessibilité du système de santé est crucial ; tout en laissant l'innovation atteindre tant les patients que les prestataires de soins.

Le Gouvernement n'a néanmoins pas transmis de lettre de mission aux partenaires sociaux. Il revient donc au Comité de l'assurance de soumettre une proposition budgétaire.

1.2 Contexte budgétaire

Fédéral :

En totalisant les mesures déjà décidées et les trajectoires pluriannuelles d'économies annoncées, l'assurance maladie est appelée à fournir un effort d'économies, substantiel, d' environ 2 milliards entre 2025 et 2029[1] Or, le système d'assurance maladie obligatoire doit continuer à assurer l'accessibilité, la qualité des soins de santé et la solidarité inhérente au système de sécurité sociale belge : chacun contribue selon ses moyens (via les cotisations et l'impôt) et bénéficie des soins selon ses besoins. Plus le financement se déplace vers des contributions personnelles non proportionnelles aux revenus (tickets modérateurs, suppléments, etc), plus le risque augmente de créer ou d'accentuer les obstacles financiers à l'accès aux soins, en particulier pour les personnes ayant des besoins élevés ou des revenus modestes. Il est nécessaire de systématiquement évaluer

[1] Le montant cumulé exact doit toutefois être consolidé, en distinguant les économies déjà réalisées, les mesures décidées mais encore à mettre en œuvre et les effets structurels attendus à l'horizon 2029.

l'impact direct ou indirect de chaque mesure d'économie sur l'accessibilité des soins, que ce soit sur le conventionnement, les tarifs, la disponibilité des prestataires, etc.

Des soins de santé

L'objectif budgétaire des soins de santé a été fixé à 46,268 milliards d'euros pour 2027 après application de la norme de croissance de 2% pour 2027 et de l'indexation établie à 2,8%. Il intègre la compensation relative aux recettes issues des conventions conclues en application des articles 111 et 81, pour un montant de l'ordre de 2 milliards d'euros. Ce même montant inclut en outre 3 milliards[2] d'euros transférés à l'assurance maladie obligatoire pour la loi hôpitaux depuis 2026. Par ailleurs, une enveloppe de 252,3 millions d'eurosen 2027 est non affectable. Par conséquent, l'objectif budgétaire augmenté de la norme de croissance n'est pas entièrement financé et ramène les dépenses autorisées à 46,017 milliards d'euros.

Sur les exercices 2027 à 2029, l'INAMI estime l'effort d'économies cumulé encore à réaliser pour respecter la trajectoire budgétaire à 644 millions d'euros (voir tableau ci-dessous).

Par ailleurs, plusieurs mesures d'économies ou de maîtrise des dépenses décidées mais non encore exécutées ont déjà été intégrées dans les estimations techniques de l'INAMI de la trajectoire budgétaire pluriannuelle. Ces économies n'apparaissent donc pas dans les tableaux de l'INAMI alors qu'il s'agit bien d'un effort supplémentaire à concrétiser au cours des exercices 2027 à 2029. Il s'agit de l'augmentation des tickets modérateurs (125 millions d'euros en 2027), des économies VARAK (100 millions d'euros au total d'ici à 2029[3]) et de la lutte contre la fraude (25 millions d'euros déjà réalisé en 2026). Au total, l'effort d'économies supplémentaires dans les soins de santé sur les exercices 2027 à 2029 se chiffre dès lors à 844 millions d'euros.

Tableau 1 : synthèse des économies – 2027-2029

en 000 EUR	Effort cumulé			Effort annuel			Total
	2027	2028	2029	2027	2028	2029	2027-2029
Effort dans la norme	-141.521	-341.729	-414.125	-141.521	-200.208	-72.396	-414.125
Montant supplémentaire (hors norme)	0	0	0	0	0	0	0
Total	**-141.521**	**-341.729**	**-414.125**	**-141.521**	**-200.208**	**-72.396**	**-414.125**
Spécialités pharmaceutiques	-41.850	-99.675	-244.307	-41.850	-57.825	-144.632	-244.307
Autres secteurs	-99.671	-242.054	-169.818	-99.671	-142.383	72.236	-169.818
Total	**-141.521**	**-341.729**	**-414.125**	**-141.521**	**-200.208**	**-72.396**	**-414.125**

en 000 EUR	Effort cumulé			Effort annuel			Total
	2027	2028	2029	2027	2028	2029	2027-2029
Effort dans la norme	-141.521	-341.729	-414.125	-141.521	-200.208	-72.396	-414.125
Montant supplémentaire (hors norme)	0	-80.000	-230.000	0	-80.000	-150.000	-230.000
Total	**-141.521**	**-421.729**	**-644.125**	**-141.521**	**-280.208**	**-222.396**	**-644.125**
Spécialités pharmaceutiques	-41.850	-113.515	-284.097	-41.850	-71.665	-170.582	-284.097
Autres secteurs	-99.671	-308.214	-360.028	-99.671	-208.543	-51.814	-360.028
Total	**-141.521**	**-421.729**	**-644.125**	**-141.521**	**-280.208**	**-222.396**	**-644.125**

Source : INAMI, sept 2026

2 Le montant comprend en outre les moyens correspondant à la part fédérale du budget des moyens financiers des hôpitaux, intégrés à l'objectif budgétaire global de l'assurance soins de santé à la suite d'une modification de périmètre budgétaire. pour un montant d'environ 3 milliards d'euros, sous réserve de validation du tableau budgétaire définitif

3 dont 75 millions sont encore à réaliser d'ici à 2029

Enfin, les estimations techniques révisées de septembre 2026 montrent une légère diminution du trend des dépenses pour les cinq premiers mois de 2026 en comparaison avec les estimations de mai. Ceci montre une première confirmation, même modeste, du caractère structurel des mesures d'économies proposées par le Comité de l'assurance ces dernières années. Celui-ci vise en effet à maitriser la courbe des dépenses de santé dans une direction fondée autant que possible sur l'identification des soins évitables, insuffisamment justifiés ou de faibles valeurs ajoutées, plutôt que sur des réductions linéaires. Cette approche doit rester articulée avec la qualité, l'accessibilité, l'équité et la continuité des soins. L'effet structurel des mesures doit être évalué sur une période suffisamment longue, secteur par secteur, en distinguant les économies réelles des sous-utilisations, reports de dépenses ou transferts vers les patients et d'autres secteurs.

1.3 Accessibilité

L'accessibilité reprend différents volets : la sensibilité aux besoins de soins, la disponibilité qu'elle soit géographique ou qu'elle reprenne la disponibilité des prestataires (pénurie, agenda, compétences) etc., l'accessibilité financière et l'acceptabilité.

En termes d'accessibilité financière, parmi les économies d'1,1 milliard d'euros d'ores et déjà décidées dans les soins de santé, 271,5 millions € - soit 25% de l'effort – sont des augmentations de tickets modérateurs sur les médicaments et les consultations. Cette augmentation de 11,5% de la masse totale des tickets modérateurs va encore augmenter la part des coûts des soins de santé à charge des ménages en Belgique, déjà l'une des plus élevée d'Europe. Les dernières données du financement de la santé disponibles dans la base de données en ligne de de l'OCDE (2026) sont synthétisées dans le tableau ci-dessous pour la Belgique et les pays voisins.

Tableau 2 : Financement des soins de santé, Belgique et pays voisins, 2025

Dépenses santé publiques et privées en % du PIB et dépenses de santé totales, 2025					
	Dépenses santé totales (% PIB)	Dépenses santé publiques (%PIB)	Dépenses santé privées (%PIB)	Dépenses publiques % dépenses totales	Dépenses privées % dépenses totales
Belgique	11,2	8,2	3,0	73,4	26,6
Allemagne	12,7	11,0	1,7	86,3	13,7
France	11,4	9,4	1,9	83,0	17,0
Pays-Bas	10,2	8,5	1,7	83,1	16,9

Source : OCDE, 2026 (lien : **Explorateur des données de l'OCDE • Dépenses de santé et financement**)

Quand on cherche des économies, se tourner vers les patients semble facile, car augmenter les tickets modérateurs offre un rendement budgétaire rapide. C'est néanmoins une solution à court terme, qui a avant tout pour effets, des reports de soins – en particulier pour les populations à plus faibles revenus - avec des conséquences plus lourdes à long terme sur la santé et les dépenses de l'assurance maladie. Comme le relève la dernière étude du KCE sur les performances du système de santé belge[4], « les frais à charge du patient ne sont pas un bon instrument pour inciter les gens à utiliser des ressources plus efficacement et peuvent avoir des effets négatifs sur l'équité et l'efficience ».

Le Comité de l'assurance considère qu'il existe des marges pour améliorer l'efficience de notre système de santé, mais que celles-ci doivent être recherchées intelligemment, sans fragiliser davantage l'accessibilité des soins ni reporter toujours plus la charge financière sur les patients. Il appelle dès lors à assurer un suivi de l'évolution de l'augmentation de coûts des soins de santé à charge des patients, vu la situation décrite par les chiffres de l'OCDE

4 Performance du système de santé belge : rapport 2024 - kce report 376b, p. 48.

(voir ci-dessus) et à privilégier des réformes structurelles visant à résoudre les problèmes systémiques de l'organisation des soins pour la rendre plus efficace et financièrement plus saine et équilibrée.

Concernant l'exercice 2027, l'objectif poursuivi est de concrétiser l'effort supplémentaire d'économies de 99,7 millions euro sans augmenter davantage les coûts à charge des patients et sans réduire la qualité des soins. Etant donné que parmi les mesures décrites au point 3.2 certaines sont des "lignes directrices" qui doivent encore être précisées dans les commissions d'accord et de conventions concernées, le Comité de l'assurance insiste pour que ces deux balises soient strictement respectées dans les phases ultérieures de concertation.

1.4 Travaux en cours

Réformes en cours

De nombreuses réformes fondamentales sont en cours ou en préparation dans le secteur des soins de santé : les réformes des nomenclatures, la réforme du financement et du paysage hospitalier, la réforme du conventionnement, le plafonnement des suppléments d'honoraires. Le Comité de l'assurance rappelle qu'elles sont indispensables pour répondre aux enjeux essentiels à la soutenabilité à long terme du système de soins de santé. Ces réformes sont étroitement liées et doivent dès lors s'inscrire dans une vision globale du système de soins de santé.

Pour mener à bien ces réformes, il est important que les acteurs disposent d'un un cadre budgétaire pluriannuel prévisible et stable. Le Comité de l'assurance s'interroge sur l'intégration des coûts de plusieurs de ces réformes dans un contexte d'économies qui s'accumulent et alors que ces réformes sont considérées comme budgétairement neutres.

Ce principe implique qu'au-delà de la contribution des soins de santé à l'assainissement du déficit de l'Etat et à la correction du trend de croissance des dépenses à politique constante, des économies supplémentaires doivent être réalisées à due concurrence pour financer le coût des reformes. Ainsi sur les 2 milliards € d'économies prévues dans les soins de santé sur la législature 2025-2029, 905 millions € contribuent à l'assainissement du déficit de l'Etat, 584 millions € à corriger le trend de croissance des dépenses à politique constante et 475 millions € à financer les réformes, dont un accord social dans le non-marchand. Relevons qu'à ce stade, ce dernier montant n'intègre pas encore les coûts annexes de la réforme du paysage hospitalier (ex : fonds de transition), ni ceux de l'intégration des tarifs indicatifs dans le MAF à partir de 2028 comme prévu dans la loi cadre soins de santé.

Enfin, le Comité de l'assurance attire l'attention sur les deux éléments suivants :

Réforme du statut BIM

Le statut BIM renforce l'accessibilité aux soins et réduit le report de soins des personnes à faibles ressources financières. Les chiffres de l'INAMI montrent en effet que ce statut permet de limiter en moyenne à 2 % des tarifs INAMI les tickets modérateurs payés par les patients BIM (après prise en compte des remboursements MàF), contre 6 % si ce mécanisme n'existait pas.

Si, d'une manière générale, le statut BIM reflète correctement le niveau de précarité sociale[5], une évaluation et une réforme ciblée des conditions d'octroi de l'intervention majorée est indiquée afin de permettre d'atteindre de manière encore plus efficiente le public cible. Le Comité de l'assurance estime que la priorité doit être donnée à une meilleure prise en compte de la situation matérielle réelle des bénéficiaires en tenant compte, sur base des données fiscales et financières existantes, de tous les revenus fiscaux (y compris ceux qui ne doivent pas

5 5 % des bénéficiaires de l'intervention majorée vivent dans les 10 % des quartiers présentant le plus mauvais score BIMD, c'est-à-dire L'indice belge de défavorisation multiple qui offre une vision multidimensionnelle de la défavorisation sociale en Belgique, en y intégrant 6 domaines : l'éducation, l'emploi, les revenus, le logement, la criminalité et la santé

être systématiquement déclarés ou qui sont exonérés[6]) mais aussi des éléments patrimoniaux (immobilier et mobilier).

Maîtrise des suppléments d'honoraires

Le Comité de l'assurance réitère son engagement pour mener à bien ces travaux en 2027, pour soutenir, coordonner et les suivre dans le respect des compétences des commissions concernées.

La loi cadre soins de santé, publiée au MB du 5 juin 2026, prévoit que la facturation des suppléments est plafonnée au plus tard le 1er janvier 2028 dans tous les secteurs sur base des propositions des commissions de conventions et d'accord devant être rendues au plus tard le 31 juillet 2027.

Le Comité de l'assurance souligne toutefois, comme relevé plus haut, les interactions fortes entre le débat sur la maîtrise des suppléments d'honoraires et les réformes des nomenclatures en cours en medico-mut et en dento-mut.

Le Comité de l'assurance rappelle par ailleurs l'ambition exprimée par le gouvernement qu'au terme de la réforme de la nomenclature et du financement hospitalier l'hôpital ne doive plus faire appel à des rétrocessions sur les honoraires ou à des suppléments d'honoraires pour se financer ainsi que l'engagement que cette réforme soit neutre sur le plan budgétaire pour le secteur hospitalier (« Pax Hospitalia » du 21 juillet 2025).

2. Plan d'action

2.1 Une meilleure qualité de vie pour tout un chacun

Les objectifs de soins de santé forment le cadre d'organisation et de financement actuel et futur des soins de santé. Ils servent à cet égard de boussole pour nos choix actuels et futurs. Le Conseil Général définit les objectifs prioritaires suivants, sur lesquels les directions politiques de cette législature devraient s'appuyer :

1. OSS1. Meilleure utilisation des données
2. OSS2. Augmentation de l'efficacité
3. OSS3. Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins.
4. OSS5. Meilleure accessibilité aux soins
5. OSS7. Accroitre les efforts en matière de prévention et de dépistage

Le Comité de l'assurance approuve cette vision et estime que les décisions budgétaires doivent au maximum contribuer à la réalisation de ces objectifs.

Quant à la proposition 2027, elle doit servir de base au développement d'un trajet pluriannuel qui dirige les moyens disponibles là où ils créeront le plus de valeur ajoutée pour la santé et pour la qualité de vie de la population. Or, ceci n'est réalisable que dans la mesure où les piliers fondamentaux de notre système de santé sont préservés. L'accessibilité, le caractère abordable et l'utilisation efficace des ressources disponibles dans le cadre du « sextuple aim » doivent former les principes fondamentaux de la future politique de santé. Les investissements dans les soins de demain constituent l'élément essentiel d'un système de santé durable.

2.2 Plan pluriannuel pour les soins de santé

Les soins de santé font face à des défis très importants. Nous nous trouvons au cœur d'importants chantiers, notamment les réformes des nomenclatures, celles du paysage hospitalier et du financement hospitalier comme déjà mentionnées ci-dessus. Ces chantiers sont essentiels pour garantir la pérennité du système. Néanmoins, de

6 Par exemple les revenus issus de flexi-jobs ou d'une bourse de doctorat

grandes incertitudes se font sentir, tant au niveau financier qu'organisationnel. Cela nécessite un cadre budgétaire stable et une vision commune à long terme. Une approche budgétaire annuelle dépourvue de cette vision à long terme n'est plus tenable.

Pour le Comité de l'assurance, le maintien de la norme de croissance telle que déjà décidée à 2% en 2027, 2,6% en 2028 et 3% en 2029 ainsi que des moyens nécessaires à l'assurance maladie sont cruciaux pour offrir la stabilité budgétaire. Par ailleurs, la norme de croissance doit couvrir les évolutions démographiques, technologiques et sociales. Pour ce faire, les moyens relatifs à la norme doivent être entièrement affectables.

En même temps, un cadre financier pluriannuel durable pour les soins de santé exige que la croissance budgétaire soit plus étroitement liée à des plus-values réelles. Les soins de santé basés sur la recherche de valeur offrent un cadre directif pour cela : les ressources sont principalement utilisées pour des interventions qui améliorent pertinemment la santé, la qualité de vie et la sécurité des patients (PROMs et PREMs), tout en tenant compte de leur impact budgétaire et du rapport coût-efficacité.

Cela nécessite d'évaluer systématiquement les soins existants comme ceux à venir, mais aussi, de répondre à la sous-utilisation des soins considérés comme nécessaires et d'arrêter la prescription des soins sans valeurs suffisamment confirmées. Les moyens qui seront ainsi disponibles doivent être réinvestis avec transparence dans l'accessibilité, la recherche de qualité et les soins intégrés.

Les méthodes Value-based healthcare ne sont pas des mesures d'économie à usage unique mais consistent en une approche structurelle pour renforcer la solidarité et la durabilité de l'assurance maladie.

Le Comité de l'Assurance s'engage d'ici au 31 mai 2027, en respectant les principes cités ci-dessus, à développer un plan pluriannuel avec des propositions concrètes afin d'attribuer au mieux les moyens disponibles et de faire en sorte que l'augmentation de la courbe du volume des dépenses augmente moins vite que prévu pour continuer à investir dans nos soins. Nous intégrons tous les prestataires de soins dans cet exercice.

Pour la fin décembre 2026, la méthodologie doit être fixée en termes de structure (groupe de pilotage, groupes de travail, trekkers et calendrier pour chaque groupe de travail thématique).

Dans ce plan, seront en outre détaillés les mesures suivantes :

- Prescription rationnelle sur base des directives ;
- Soins de fin de vie : des avancées sont faites vers des soins axés sur le confort et la qualité de vie, la planification des soins est davantage anticipée et des temps de discussion sont organisés en temps voulu, à des moments charnières spécifiques dans les parcours de soins de fin de vie, en fonction des souhaits du patient ;
- Implication de tous les prestataires en lien avec la prévention.

En travaillant ces propositions, nous veillerons au maximum aux synergies existantes avec les réformes en cours et les groupes de travail, à l'image du trajet appropriate care de l'INAMI

Chaque proposition doit être évaluée en fonction de son impact sur l'accessibilité des soins, entendue de manière large, pas uniquement selon l'aspect financier.

Pour ce faire, le Comité de l'assurance identifie plusieurs leviers nécessaires :

- Un dossier médical partagé;
- Le déploiement d'un système de triage performant et de qualité avec du personnel correctement qualifié et rémunéré, incluant une communication claire envers les citoyens ;

- Un déploiement supplémentaire des systèmes d'aide à la décision clinique qui incite à des soins efficients et de haute qualité, tout en conservant des possibilités de parcours personnalisés pour le patient ;
- Afin de préparer l'avenir, donner de l'attention à l'impact de l'intelligence artificielle sur les différentes professions dans le domaine de la santé.

Les investissements dans le cadre de ce plan pluriannuel sont alignés en priorité avec les objectifs de santé sélectionnés par le Conseil Général. Soit ceux-ci nécessitent des leviers pour mettre en œuvre ce qui a été convenu dans ce plan, soit ils ont déjà le potentiel de générer des gains d'efficience ou des soins plus efficaces.

Avec ce plan d'action conjoint et le suivi pluriannuel qui l'accompagne, le Comité de l'assurance souhaite évoluer d'une logique budgétaire annuelle vers un cadre pluriannuel durable dans lequel l'accessibilité, les objectifs de santé, la qualité de vie, les prévisions financières et la soutenabilité sont poursuivis de manière cohérente.

3. Proposition du Comité de l'Assurance au Conseil Général

Cette proposition budgétaire pour 2027 répond entièrement au cadre normatif de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance maladie et invalidité.

3.1 Proposition budgétaire 2027 et estimations techniques

La proposition budgétaire 2027 s'appuie sur les estimations techniques établies en septembre par l'INAMI. Celles-ci identifient un dépassement de l'équilibre budgétaire de 141 millions d'euros, en ne tenant pas compte des montants réservés et sous-utilisations pour 2027.

Tableau 3 : comparaison des estimations des dépenses pour 2027 avec l'objectif budgétaire 2027

CTI septembre 2026

in 000 EUR - en 000 EUR sept	Simulatie Begrotingsdoelstelling 2027 Simulation Objectif budgétaire 2027	ITR 2027 (sept 2026) CTI 2027 (sept 2026)	Verschil Différence
Resultaat - Résultat in p 2026 - en p 2026	**46.016.639**	**45.293.442**	
Indexmassa - Masse index			
Gezondheidsindex 2,80% - Indice Santé 2,80%		671.142	
Spilindex 2027- Indice pivot 2027		267.684	
Resultaat excl. niet te besteden bedrag - Résultat montant non affectable excl.	**46.016.639**	***46.232.268***	***-215.629***
Onderbenuttingen 2027 in p 2027 - Sous utilisations 2027 en p 2027		-50.826	
Gereserveerde bedragen 2027 in p 2027 - Montans réservés 2027 en p 2027		-23.282	
Resultaat incl. gereserveerde bedragen en onderbenuttingen	**46.016.639**	**46.158.160**	***-141.521***
Niet te besteden bedrag - Montant non affectable	252.333		
Resultaat - Résultat in p 2027 - en p 2027	**46.268.972**		

Etant donné que la trajectoire pour le secteur des spécialités pharmaceutiques est fixée (mécanisme du 17,3%), la répartition prévoit 41,85 millions euros d'économies pour ce secteur et 99,671 millions euros d'économies pour les autres secteurs à réaliser en 2027 afin de rétablir l'équilibre.

3.2 Proposition financière

Mesures d'économies – secteur pharma[7]

Dans le cadre pharmaceutique pluriannuel, la part des dépenses pour les médicaments a été fixée à 17,3 % des dépenses totales. Pour réaliser cet objectif, un ensemble de mesures est nécessaire afin de générer une économie de 41,85 millions d'euros en 2027.

La présente proposition repose sur une maîtrise durable des dépenses pour les médicaments au moyen de soins efficients, d'une prescription rationnelle et d'une stimulation de la concurrence. L'accent est mis sur des mesures structurelles centrées sur la valeur thérapeutique ajoutée, créant ainsi une marge budgétaire au bénéfice de l'accès des patients aux traitements.

Les mesures sont regroupées autour de cinq piliers.

Le premier pilier concerne la **réévaluation des remboursements par la CRM dans le cadre de l'efficience**. Les médicaments dont le rapport bénéfice-risque est insuffisamment favorable ou dont la valeur thérapeutique ajoutée s'avère limitée doivent pouvoir être réévalués. Par ailleurs, un Test d'Impact Budgétaire est introduit afin de vérifier si les dépenses réelles correspondent aux prévisions initiales formulées lors de l'inscription au remboursement et, lorsque cela s'avère nécessaire, de réaliser une analyse et de revoir les conditions de remboursement.

Un deuxième pilier important est la **prescription rationnelle**. En actualisant les quotas de prescription de médicaments bon marché, une économie supplémentaire de 4,5 millions d'euros est réalisée. En outre, des études d'optimisation et d'efficience telles que BeNeBio doivent accélérer l'implémentation de stratégies thérapeutiques dont l'efficience supérieure a été démontrée, ce qui représente une économie supplémentaire de 4,4 millions d'euros en 2027.

En matière de **fixation des prix**, plusieurs mesures sont proposées. Le filet de sécurité UE-6 est optimisé et réformé, ce qui génère une économie de 3,5 millions d'euros. En outre, il est prévu d'aboutir à une harmonisation progressive phasée du patent cliff entre les différentes catégories de remboursement (rendement : 10 millions d'euros). Pour les médicaments hors brevet sans concurrence, deux mécanismes sont prévus : une baisse réduite lors de l'activation du cluster à 15 ans et une baisse de prix supplémentaire après 18 ans de monopole, représentant un rendement estimé à 9,75 millions d'euros.

Enfin, le Comité de l'assurance souhaite **stimuler la concurrence** en réévaluant les lignes de traitement dès que des biosimilaires deviennent disponibles. Les traitements plus coûteux sont alors réservés aux patients qui en retirent un bénéfice supplémentaire démontrable. Ces révisions par groupe de lignes de traitement devraient générer 6 millions d'euros en 2027.

Outre les mesures d'économie, des **initiatives ciblées** sont également proposées. Il est proposé d'investir dans la contraception (-2,5 millions d'euros) et le sevrage tabagique (-0,65 million d'euros), partant de la conviction que la prévention génère à plus long terme des gains de santé et une utilisation plus efficiente des ressources.

Le Comité de l'assurance propose par ailleurs d'élaborer en 2027 des mesures en vue de pouvoir les mettre en œuvre en 2028. Les détails de ces mesures figurent en annexe 1.

Le Comité de l'assurance recommande également d'identifier l'impact des mesures d'économie prises dans le secteur des spécialités sur la rémunération des pharmaciens et sur les hôpitaux, afin d'améliorer la transparence des décisions budgétaires.

[7] Voir aussi annexe

Tableau 4 : mesures secteur pharma

Mesures	Entrée en vigueur	Rendement 2027 (€)
1.Remboursement efficient: réévaluation par la CRM		
1.1. Évaluation du remboursement pour les médicaments présentant un rapport bénéfice/risque négatif	1/7/2027	3.350.000
1.2. Test d'Impact Budgétaire	1/7/2027	3.000.000
1.3. Révision par groupe pour des raisons budgétaires	1/10/2027	500.000
2. Prescription rationnelle et maîtrise des volumes		
2.1. Efficience: volume		pm
2.2. Quotas de prescription	1/7/2027	4.500.000
2.3. Soutien à la prescription rationnelle au moyen de l'aide numérique à la décision		pm
2.4. Lutte contre le gaspillage		pm
2.5. Etudes d'optimisation et d'efficience (oncologie en psoriasis)	1/4/2027	4.400.000
3.Fixation des prix		
3.1. Réforme du filet de sécurité EU 6 (avec exceptions)	1/7/2027	3.500.000
3.2. Harmonisation progressive phasée du patent cliff hors A (avec exceptions)	1/4/2027	10.000.000
3.3. Baisse réduite pour les molécules sans concurrence et baisses de prix pour les médicaments hors brevet sans concurrence - Alignement du biologique sur le biosimilaire (Xolair) en Abraxane	1/4/2027	9.750.000
3.4. Comparaisons dynamiques des prix		pm
3.5. Nouveau modèle de prix		pm
3.6. Fixation des prix - médicaments d'importation parallèle		pm
4. Stimuler la concurrence		
4.1. Task force / Plan d'action biosimilaires		pm
4.2. Révision par groupe – lignes de traitement	1/7/2027	6.000.000
4.3. Suivi et évaluation		pm
4.4. Arrêt du contrat lorsqu'un biosimilaire ou un générique arrive sur le marché		pm
5. Organiser la concurrence là où existent des options thérapeutiques équivalentes		pm
6. Récupération en cas d'abus de brevet		
7. Clawback strict		pm
8. Initiatives		
8.1. Soins palliatifs anticipés et soins pertinents en fin de vie		pm
8.2 Investissements		
8.2.1. Contraception	1/7/2027	-2.500 000
8.2.2. Sevrage tabagique	1/10/2027	-650.000
8.2.3. Vaccination de rattrapage HPV		pm
9. Evaluations		pm
Total		41.850.000

Enfin, le Comité de l'assurance soutient le nécessaire rattrapage de la vaccination HPV en 2027. Grâce à la complémentarité de la première ligne et de la deuxième ligne, cette vaccination, facilement accessible peut être proposée aux patient.e.s, avec une attention particulière pour certains groupes, plus difficilement atteignables via les canaux actuels. Un monitoring peut être mis en place pour suivre l'évolution du taux de vaccination.

Mesures d'économies – autres secteurs

Initiatives ponctuelles

Conformément aux décisions du gouvernement de décembre 2025, l'INAMI calcule un total de 94, 875 millions d'euros pour des initiatives ponctuelles en 2027. La répartition de ce montant n'a pas encore été définitivement tranchée au niveau du gouvernement, mais plusieurs pistes ont été discutées, comme, entre autres, l'intégration des tarifs maximaux dans le MAF et les mesures de revalorisation et d'accompagnement au travail du personnel soignant. Le Comité de l'assurance souhaite intégrer les tarifs maximaux des soins dentaires étant également une priorité formulée par la commission dento-mutualiste pour 2027. Il estime aussi prioritaire les mesures de revalorisation et d''accompagnement au travail des fonctions de soins afin de lutter contre la pénurie de personnel soignant

Enfin, concernant les initiatives en matière d'accessibilité, de prévention et de soins de première ligne, le Comité de l'assurance propose d'attribuer 2,4 millions d'euros à la perfusion du foie (*liver dynamic preservation* est validé internationalement comme pratique appropriate care) et 2-3 millions d'euros au développement du trajet périnatal, en cours d'élaboration à l'INAMI.

Répartition des montants d'économie

Les raisons des économies de 99,671 millions d'euros dans les estimations techniques révisées de septembre 2026 s'expliquent en grande partie par l'accélération des montants de rattrapage depuis 2018 dans le secteur des hôpitaux. Cela signifie que pour la confection du budget des soins de santé 2027, des mesures d'économies doivent être prises sans que la cause structurelle du solde négatif ne soit clairement établie. Le gouvernement doit, à partir de la réglementation en vigueur, procéder à ces révisions (montants de rattrapage) dans le secteur des hôpitaux qui concernent le niveau d'activité, le financement du personnel et des programmes spéciaux tels que les soins contre le cancer. Aucun secteur n'a d'impact sur la vitesse à laquelle le gouvernement met en œuvre ces révisions. C'est pourquoi le Comité de l'assurance juge équitable, dans ces circonstances exceptionnelles, de répartir l'effort d'économie de manière proportionnelle entre tous les secteurs.

Aucune nouvelle initiative n'est prévue tant que l'espace budgétaire pour y parvenir n'est pas suffisant à l'exception d'une correction de rémunération dans le cas où des soins sont apportés à un enfant en l'absence de mère. Un investissement de 125.000 euros y est accordé, réparti proportionnellement. Le montant total à répartir se chiffre ainsi à 99,796 millions d'euros.

Afin de créer des marges pour des investissements futurs, les dépenses inefficientes seront analysées en vue de prendre des mesures plus ciblées (indépendamment du risque de dépassement des secteurs en 2026)

Tableau 5 : répartition proportionnelle

Description	ETR en 1000 euro	poids égal dans chaque secteur (0,29 % des ETR)
Honoraires médicaux	12.684.002	36.956
Hôpitaux	12.412.729	36.165
Soins dentaires	1.845.795	5.378
Soins à domicile (Infirmier)	2.394.264	6.976
Kinésithérapie	1.502.339	4.377
Technologues orthopédiques	344.946	1.005
Implants	1.017.099	2.963
Opticiens	51.649	150
Audiciens	134.399	392
Sages-femmes	54.191	158
Rééducation fonctionelle et professionnelle	735.857	2.144
Logopèdes	248.108	723
Pharmaciens	98.508	287
Maisons médicales	454.899	1.325
Soins psychologiques	273.263	796
Total	34.252.048	99.796

Une part importante des défis budgétaires actuels se trouve au niveau du financement des hôpitaux. En effet, nous sommes confrontés à des montants de rattrapage importants dans le budget des moyens financiers. L'accélération de ces montants de correction structurels et conjoncturels a et aura un impact important sur les dépenses autorisées en 2027 et dans les prochaines années.

Le Comité de l'assurance constate que l'impact des montants de rattrapage et d'autres flux financiers dans le financement des hôpitaux est difficile à comprendre pour les autres secteurs et suscite des questions. Le fait que ces impacts conjoncturels positifs et négatifs soient aujourd'hui intégrés dans la norme a pour conséquences que des surcoûts conjoncturels doivent être compensés par des économies structurelles et qu'inversement des marges conjoncturelles sont mises à disposition pour financer des dépenses structurelles, le tout dans un contexte de réformes et de défis budgétaires considérables.

Une plus grande transparence sur les flux financiers pourrait aider à mieux comprendre les défis budgétaires auxquels tous les secteurs sont confrontés. Le Comité de l'assurance propose qu'à cette fin, une concertation avec toutes les parties concernées soit organisée à court terme.

Mesures d'économies

Le temps disponible après la décision du Conseil Général le 3ème mardi d'octobre étant très court pour assurer la publication des mesures au Moniteur belge avant le 1er janvier 2027, les possibilités en matière de mesures d'économies sont limitées. De surcroit, certaines grandes réformes, comme mentionnées ci-dessus, sont une condition préalable avant que d'autres mesures soient prises.

De plus, il n'était pas attendu de réaliser un montant de 99,7 millions euros d'économies (septembre 26) à la place des 54 millions euros (mai 2026), ce qui est principalement expliqué par l'accélération des montants de rattrapage du secteur hospitalier.

C’est pourquoi le Comité de l’Assurance demande au Conseil Général de faire les corrections techniques suivantes afin que le solde négatif de 99,8 millions d’euros soit réduit pour tous les secteurs en maintenant la répartition proportionnelle de l’économie entre ces derniers :

1. Correction technique sur l’estimation des recours dans le secteur hospitalier,
2. Une intégration plus rapide des montants de rattrapage en 2026, afin de les imputer davantage en 2026 que en 2027, étant donné que le solde de l’exercice budgétaire estimé pour 2026 affiche une sous-utilisation de presque 200 millions,
3. Un étalement plus large du remboursement de ces montants de rattrapage : pas uniquement en 2027 et 2028 mais aussi 2029,
4. Pour l’avenir, le Comité de l’assurance recommande que les effets conjoncturels (positifs ou négatifs) des rattrapages sur le budget des moyens financiers soient neutralisés dans le calcul de l’objectif budgétaires normé.

Le Comité de l’assurance propose au regard de ses compétences de prendre les mesures d’économies suivantes, celles-ci doivent s’appliquer au 1er janvier 2027 , sauf mentionné autrement.

Par ailleurs, pour les secteurs concernés, si les mesures visées ci-dessous ne sont pas suffisamment développées d’ici au 30/11/2026 ou dans l’éventualité où ces mesures n’apportent finalement pas autant que prévu dans les économies, pour résorber les différences entre les estimations techniques des dépenses et les objectifs partiels, alors, la condition suivante prise par le Conseil Général s’applique pour atteindre l’objectif d’économie à réaliser pour le 1er janvier 2027 : réduction d’une ou plusieurs lettres clefs afférentes aux codes de nomenclature sectoriels (ou une autre correction linéaire). Cela n'exclut toutefois pas que cette correction puisse, par la suite, être remplacée par une mesure d'efficience spécifique.

De plus, rappelons que le Conseil Général est compétent pour vérifier la concrétisation de l’ensemble des mesures décidées dans le cadre du budget 2027.

1. Secteur des honoraires médicaux

- Un certain nombre de mesures pour l'avenir seront examinées au cours de l'année 2027 ; par conséquent, dans l'intervalle, il sera fait appel à certains montants réservés ainsi qu'à des montants sous-utilisation :
    - Centres trauma majeurs : 544keuros
    - Revalidation pulmonaire multidisciplinaire : 908 keuros
    - Télémédecine COM médecins généralistes : 400 keuros
    - SSM – fonction de liaison : 3.298 keuros
    - Sous-utilisation : New Deal : 5.450 keuros
- Économies liées à l'hospitalisation de jour : une somme de 460 000 euros est réaffectée suite aux économies réalisées sur l'hospitalisation de jour vers les honoraires médicaux. Cette économie découle d'une modification de la liste A, générant une économie de 460 000 euros sur les honoraires forfaitaires biologie clinique. Ce montant est pris en compte dans la réduction des économies réalisées sur les tests PCR
- Médecine générale : Une proposition visant à gagner en efficacité et constituant une première étape vers une amélioration du triage. Une téléconsultation spécifiquement crée pour les services de garde organisés dans les postes de garde de médecine générale durant les weekends et jours fériés pour remplacer une consultation physique pas indispensable par une téléconsultation. Cette initiative sera soumise à des règles d’application et à un suivi spécifique afin de garantir l'atteinte effective de l'objectif. L'ambition est de basculer 30 %

des consultations vers la téléconsultation, tout en conservant une marge de prudence. L'économie à atteindre s'élève à 4,1 million d'euros

- En matière d'imagerie médicale, il est rappelé une fois de plus que les recommandations doivent être respectées lors de la prescription de tels examens ; les prescripteurs portent une responsabilité importante à cet égard. En conséquence, l''imagerie médicale se trouve en dépassement. Il est demandé à la profession de mettre en œuvre des mesures visant à limiter ces volumes dans les différents articles d'imagerie médicale. Un objectif d'économies de 10,650 millions d'euros a été fixé — à atteindre après concertation avec les radiologues et les spécialistes concernés — pour une entrée en vigueur des mesures au 1er janvier 2027
- Dialyse : Le nombre de traitements de dialyse en milieu hospitalier est en augmentation, parallèlement à une diminution du nombre de thérapies rénales alternatives. Le nombre de dialyses pratiquées sur des patients très âgés est également élevé, ce qui soulève la question de savoir si une évaluation gériatrique et l'avis du médecin généraliste ont été pris en compte au préalable. Nous attendons à ce que ce point soit dûment examiné lors de la révision de la convention. Une réduction de 1,85 euro de la prestation 470293–470304 (dialyse en milieu hospitalier) est proposée. Économies: 1,443 million d'euros
- L'utilisation de l'OCT en ophtalmologie a considérablement augmenté depuis l'introduction du code de nomenclature 248474–248485 ; cette évolution suscite une réflexion. Une économie de 4,985 millions d'euros est prévue à partir du 1er janvier 2027
- La nouvelle prestation PCR en ambulatoire a entraîné une augmentation de 213.699 cas par rapport au volume estimé initialement. Il convient certainement d'examiner si des tests rapides pourraient être une alternative dans ces situations ; un test PCR peut être envisagé si le test rapide ne donne pas d'indication. Dans l'attente d'une révision de ces prestations (557115–557126 et 557152–557163), la lettre clé sera diminuée de 11,85 euros. Cela génère une économie nette de 2,532 millions d'euros (le montant de 460keuros a déjà été pris en compte par rapport à l'économie initiale)
- L'augmentation du nombre d'ablations percutanées (code prestation 589551–589562) nécessite une analyse approfondie, notamment en ce qui concerne le nombre d'interventions répétées. Dans l'attente de cette analyse, la prestation est réduite de 150 euros. Cette mesure permet de réaliser une économie de 2,192 millions d'euros.
- Vous trouverez un aperçu des mesures dans l'annexe 2.

2. Secteur des hôpitaux

- Une économie de 36 165 000 euros sera inscrite, à compter du 1er janvier 2027, en tant que montant non affectable dans l'objectif budgétaire partiel des hôpitaux. Le CFEH en précisera les modalités d'ici le 31/12/2026. Compte tenu du budget fermé, cela signifie que les ressources disponibles pour les hôpitaux seront donc limitées.

3. Secteur des honoraires dentaires

- Limitation du nombre de radiographies intrabuccales (1 premier cliché + 9 clichés supplémentaires): 41.000 euros
- Suppression de la radiographie panoramique non-digitale (et suppression de la possibilité de l'attester en prestations non remboursables) : 345.000 euros
- Interdiction de cumul de prestations la même journée. Comme pour une pratique en solo : 800.000 euros
- Une mesure sur le remboursement des radiographies panoramiques numériques, une fois tous les 5 ans au lieu de tous les 3 ans chez les + de 19 ans sera examinée en dento-mut avant le 30/11/2026 pour voir si elle peut être prise sans pénaliser les patients (économies potentielles de 2.984.000 euros)

- Ces mesures pourraient entrer en vigueur au 01/04/2027 et devraient être complétées par une indexation moindre des prestations dentaires au 01/01/2027.

Néanmoins, ces mesures pourraient être modifiées et/ou remplacées par d'autres, par la Commission Nationale dento-mutualiste en fonction des chiffres de consommation du second trimestre 2026 dès qu'ils seront disponibles. Ces mesures seraient alors mieux adaptées aux dépassements constatés et objectivés.

4. Secteur des soins infirmiers à domicile

- Supprimer la nomenclature actuelle des soins du diabète à l'article 8, compte tenu de la participation alternative explicite des infirmiers à domicile à la prise en charge du diabète à domicile via la nomenclature de réadaptation dans le cadre des Trajets de soins diabète et des Trajets de démarrage diabète, que nous souhaitons voir davantage développés. Cette suppression sera réalisée en ramenant la valeur de la lettre-clé à zéro à partir du 1er janvier 2027. Cette nomenclature n'est utilisée que de manière limitée. Économie estimée : 353 000 euros par an.
- Supprimer l'utilisation de la nomenclature de l'article 8 dans le milieu hospitalier en ramenant la valeur de la lettre-clé à zéro à partir du 1er janvier 2027. Cette mesure vise à mettre fin à un usage créatif croissant et non autorisé de cette nomenclature comme forme de double financement ou de financement complémentaire. Économie estimée : au moins 1 150 000 euros par an.
- Mettre à jour, à partir du 1er janvier 2027, la liste des communes pour lesquelles les soins dispensés donnent également droit à une indemnité complémentaire pour les déplacements en zones rurales, conformément à la proposition transmise. Coût estimé : 2 600 000 euros par an. Cette proposition devra certainement être examinée plus en détail au sein de la Commission de conventions.
- Comme quatrième proposition, nous souhaitons ouvrir le débat sur les conditions et le concept des soins d'hygiène T2 en soins infirmiers à domicile : quels soins de ce type doivent encore être réalisés par les infirmiers à domicile ? Dans quelle mesure ? Comment adapter, à partir du 1er janvier 2027, les conditions prévues dans les instructions de cotation de l'échelle de Katz ? C'est dans ce cadre que pourrait être réalisée la part restante de l'effort budgétaire, soit 2 873 000 euros par an.

5. Secteurs des soins par kinésitherapeutes

- Les mesures suivantes visant à promouvoir des soins efficients seront prises :
    - La valeur de la lettre-clé **M** pour les prestations **Fb 61-80** sera réduite de 1**,50 € à partir du 1er janvier 2027**. L'économie estimée s'élève à **862 425 euros**. En accordant une valorisation légèrement moindre à ces prestations, nous cherchons à encourager une utilisation aussi efficiente que possible des 60 premières séances.
    - Afin de garantir une utilisation encore plus efficiente des moyens disponibles, et dans la perspective de la nouvelle nomenclature, des **actions de sensibilisation** seront mises en place à partir du **1er janvier 2027** afin d'assurer une gestion aussi efficace que possible des séances de traitement disponibles. Les différences de pratiques continueront à être analysées afin de cibler ces actions de manière plus précise. Ces actions de sensibilisation pourront s'adresser aussi bien aux **dispensateurs de soins**, aux **patients** qu'aux **prescripteurs**.

  La commission de conventions s'engage à réaliser de cette manière une économie de **3 464 575 euros en 2027**. Si cet objectif n'était pas atteint, une correction linéaire sera introduite

ultérieurement au cours de l'année 2027. Cela n'exclut toutefois pas que cette correction linéaire puisse, par la suite, être remplacée par une autre mesure d'efficience.

6. **Secteur des technologues orthopédiques**
   - La commission de convention entre les orthopédistes et bandagistes d'une part, et les organismes d'assurance d'autre part, réalisera une économie de 1 005 000 euros grâce à la suppression de la genouillère souple, c'est-à-dire en ramenant à zéro les numéros de nomenclature 647555-647566 « Genouillère souple tissée, avec ou sans néoprène, renforcée par des baleines ». Cette mesure entrera en vigueur le 1er janvier 2027

7. **Secteur des implants et dispositifs médicaux**
   - Un montant de 2,963 millions d'euros sera déduit du budget consacré aux nouvelles initiatives en 2027. Cela n'empêche toutefois pas qu'il faille mettre en place des procédures plus transparentes et plus claires afin que, pour chaque dossier, il soit clairement établi à quel exercice budgétaire il se rapporte et quelle part du budget lui est allouée.

8. **Secteur des soins par opticiens**
   - Une économie de 150 000 euros est réalisée grâce à une correction linéaire par une réduction de valeur de la lettre clé à partir du 1/1/2027.

9. **Secteur des soins par audiciens**
   - La commission de convention entre les audiciens et les organismes d'assurance réévaluera la procédure actuelle relative aux tests à domicile. Cette mesure contribuera à une utilisation plus efficace des ressources, à une meilleure maîtrise des coûts et à une répartition plus ciblée des capacités disponibles au sein des services. Cette mesure s'inscrit également dans l'objectif plus large d'optimiser la prise en charge des patients, sans nuire à la qualité des soins et du service offerts aux clients. Elle entrera en vigueur le 1er mars 2027.

10. **Secteur des sage-femmes**
    - La Commission de conventions des sage-femmes élaborera des mesures visant à promouvoir une répartition plus complémentaire des tâches entre les gynécologues et les sage-femmes dans le suivi de la grossesse. Cela se fera en interdisant le cumul de certaines prestations le même jour. Plus précisément, il s'agit de la combinaison des **codes 105593 et 428131** le même jour. Cette mesure repose sur le principe que, dans le cadre d'une grossesse à faible risque, une consultation chez un gynécologue et une sage-femme le même jour n'est nécessaire qu'à titre exceptionnel. Par dérogation à cette règle, un cumul pourra être admis lorsqu'il existe une suspicion de pathologie, à condition que celle-ci soit clairement motivée et documentée dans le dossier du patient. Cette approche s'inscrit dans les principes du futur **trajet de soins pour les grossesses à faible risque,** qui met l'accent sur une collaboration efficiente et une répartition claire des rôles entre les différents prestataires de soins.

11. **Secteur de la rééducation fonctionnelle**
    - Pour le secteur « rééducation et reconversion professionnelle », le Collège des médecins-directeurs propose d'introduire, à partir du 1er janvier 2027, une mesure d'économie ciblée dans le cadre de la convention diabète (786-0) afin de freiner la forte croissance des dépenses. Cette hausse est due à une utilisation plus importante que prévu des capteurs chez les patients du groupe B de la convention en vigueur depuis le 1er juillet 2023. Cette nouvelle mesure devrait permettre de réaliser une économie structurelle de 2,144 millions d'euros et sera mise

en œuvre après consultation du conseil d'accord, comme le prévoit la convention. L'accès des patients à des soins de qualité en matière de diabète restera garanti.

- Voir annexe 3 pour plus d'informations

12. Secteur de la logopedie

- La commission des conventions entre logopèdes et organismes assureurs s'engage à attribuer, à partir du 1er janvier 2027 une valeur-clé de 17.5 aux séances d'évaluation. (prestation n°700991-701002). Cela permettra de réaliser une économie de 121.775,75 €.
- Par ailleurs, les critères d'admission à la nomenclature seront évalués, tout comme l'utilisation des « containers » pour les troubles repris dans la nomenclature. Plus précisément, le contenu, la durée et le volume de la thérapie logopédique seront examinés en vue d'une plus grande efficacité. À cette fin, un certain nombre de troubles spécifiques seront évalués dans les plus brefs délais
- Dans l'attente de la mise en œuvre des mesures structurelles fondées sur l'efficacité, une baisse de 0,086 € de la valeur de la lettre-clé sera appliquée à l'ensemble des prestations (les 601.229 € restants / 7.024 993 prestations = 0,086 €, sur la base des chiffres estimés pour 2027). Par la suite, cette valeur pourra être réajustée de manière équilibrée, en fonction du résultat de la mesure mise en œuvre.
- La combinaison de ces deux mesures permettra de réaliser les économies budgétaires nécessaires en 2027.
- PS : L'intégration obligatoire de la logopédie pour les enfants présentant une intelligence plus faible dans les catégories des « troubles du développement du langage » et de la « dysphasie **»** nécessite un budget supplémentaire important, supérieur à ce qui avait été estimé précédemment. Cette dépense additionnelle résulte d'une modification de la politique menée et est considérée comme une dépense justifiée.

13. Secteur des pharmaciens

- D'ici au 31/12/2026, des mesures spécifiques d'efficacité seront mises en place dans le cadre des honoraires de garde ou des honoraires liés aux soins pharmaceutiques

14. Secteur des maisons médicales

- Obligation d'intégrer au moins deux des trois disciplines possibles dans l'offre forfaitaire à partir du 1er avril 2027. Si les deux maisons médicales restantes quittent le secteur, cette obligation se traduira par une économie structurelle de 1,3 millions d'euros par an et une économie de 975 000 euros en 2027.
- Le secteur s'engage en outre à étudier les mesures suivantes et, si possible, à les mettre en œuvre d'ici avril 2027 :
    - Introduire d'une adaptation accélérée du forfait en fonction de la charge en soins des patients. Il ne s'agit pas d'une économie structurelle et le montant concerné peut varier d'une année à l'autre. Cette mesure contribue toutefois à une répartition plus efficiente des moyens financiers en fonction des besoins réels en soins.
    - Mise en place de la lecture de l'eID et de la confirmation d'inscription tous les deux ans. Il ne s'agit pas d'une proposition d'économie. Les patients radiés parce qu'ils n'ont pas confirmé leur inscription et/ou ont déménagé hors de la zone d'activité de la maison médicale peuvent être remplacés par de nouvelles inscriptions.
    - Harmonisation des systèmes de paiement DMG. Actuellement, on prévoit un paiement annuel dans le financement à l'acte, un paiement trimestriel dans les cabinets « New Deal », et un paiement intégré -– sous forme de douzièmes – au forfait de médecine générale dans le secteur forfaitaire. Cela entraîne des doubles paiements (partiels) lors du passage

d'un système à l'autre. Si ces montants sont harmonisés, nous pourrons éviter ces doubles paiements. Pour l'assurance maladie, cela se traduira par une économie de 537 000 euros. En médecine générale, cela représente un effort de 91 000 euros par prestation et, dans le secteur forfaitaire, un effort de 446 000 euros. Si cette mesure entre en vigueur en avril 2027, elle se traduira par une économie de 334 000 euros.

- Voir annexe 4 pour plus d'informations

15. Secteur des soins psychologiques de première ligne

- Une économie de 796 000 euros sera inscrite comme montant non affectable dans l'objectif budgétaire partiel consacré aux soins psychologiques. Cette mesure est prise car le secteur fonctionne avec une enveloppe fermée.

4. Annexes

Annexe 1 : Proposition des mesures d'économie dans le secteur spécialités pharmaceutiques

Annexe 2 : Proposition des mesures d'économie dans le secteur honoraires médicaux

Annexe 3 : Propostion des mesures d'économies dans le secteur réadaptation fonctionnelle

Annexe 4 : Proposition des mesures d'économie dans le secteur maisons médicales