



Aux membres du Comité de l'assurance
Aux membres du Conseil Général
Aux membres de la Commission de contrôle budgétaire
Aux membres de la Commission objectif soins de santé

Votre référence

/

Notre référence

/

Annexes

/

Dossier traité par

/

Contact via

info@vandenbroucke.fed.be

Date

Bruxelles, 22/07/2025

Cher.ère.s Président.e.s,
Cher.ère.s membres,

Suite à l'accord de coalition, je vous adresse la lettre de mission dans le cadre du processus budgétaire 2026 pour l'assurance maladie. Cette lettre de mission a été approuvée par le gouvernement le 17 juillet 2025. Il définit les priorités politiques ainsi que le cadre budgétaire et un calendrier clair dans lequel le Comité de l'assurance doit s'acquitter de sa mission légale de préparation d'un premier projet de budget. Ce faisant, il tient également compte de l'avis du Conseil général sur la répartition de l'effort à fournir (Note CGSS 2025/046).

Je suis conscient que la préparation du budget 2026 ne sera pas un exercice facile. Cependant, si nous voulons disposer de l'espace budgétaire nécessaire dans la seconde moitié de cette législature pour répondre aux besoins, pour investir dans les objectifs prioritaires en matière de soins de santé décidés par le Conseil général et pour faire de la place pour investir dans notre personnel soignant, alors nous devons maintenant prendre nos responsabilités et mettre le budget sur la bonne voie. Tout le monde doit faire sa part à cet égard, afin que les efforts soient faits de manière équitable et basée sur l'efficacité.

Avec mes salutations les plus distinguées,



Frank Vandenbroucke

Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargé de la Lutte contre la pauvreté

LETTRE DE MISSION DU GOUVERNEMENT AU CONSEIL GÉNÉRAL ET AU COMITÉ DE L'ASSURANCE DE L'INAMI

INTRODUCTION

Les soins doivent être abordables, réellement disponibles et de la meilleure qualité pour tous. Y compris pour les prochaines générations. Il faut également pouvoir répondre aux besoins non satisfaits et aux nouveaux besoins. Tel est l'engagement de ce gouvernement. C'est pourquoi, au cours des prochaines années, nous investirons davantage dans les soins de santé. Le budget augmentera d'année en année. De 2 % en 2026 et 2027, de 2,6 % en 2028 et de 3 % en 2029. Et ce, au-delà de l'index.

Cette augmentation équivaut à quelque 4 milliards d'euros supplémentaires d'ici la fin de la législature, en plus de l'index. C'est beaucoup d'argent, mais il faut l'affecter là où les besoins sont les plus grands. Les défis sont de taille : population croissante, plus diversifiée et vieillissante, augmentation du nombre de malades chroniques, problèmes de santé mentale naissants et graves, pénuries de personnel persistantes, pénuries de médicaments parfois vitaux...

Il faut donc non seulement investir, mais aussi réformer. Notre système de santé est solide grâce à la solidarité sur laquelle il repose. Mais nous devons faire un usage judicieux de cette solidarité. Judicieux dans le sens : utiliser les ressources disponibles à bon escient et de manière ciblée. Nous devons combattre le gaspillage. Les investissements nécessaires ne doivent pas être supplantés par une hausse de dépenses qui ne sont pas utiles. En d'autres termes, nous ne devons pas laisser ouvertes les vannes des dépenses courantes. Au contraire, si nous voulons avoir une marge pour bien investir dans les soins de santé de demain et dans les personnes qui y travaillent, nous devons porter un regard critique sur les dépenses qui ont lieu aujourd'hui.

L'année 2026 est une année cruciale à cet égard, une véritable année charnière. Si nous voulons disposer, dans la seconde moitié de cette législature, de la marge budgétaire nécessaire afin de répondre aux besoins que nous avons décrits plus haut, et d'une marge pour investir dans notre personnel de soins, nous devons prendre dès aujourd'hui nos responsabilités et mettre le budget sur la bonne voie. C'est pourquoi chacun doit faire sa part du boulot pour que les efforts soient fournis équitablement.

Etant donné qu'il s'agit de l'avenir des soins, il est important que le Conseil général ait fixé des objectifs de soins de santé prioritaires : des soins primaires renforcés et mieux organisé, grâce à la coopération multidisciplinaire, des soins accessibles et de la prévention, en accordant une attention particulière aux soins dentaires et aux soins de santé mentale. Ce sont les défis prioritaires qui seront au cœur des préoccupations ces prochaines années, en plus des investissements dans notre personnel de soins.

En un mot, faire bon usage des budgets, sur une approche *evidence-based*, éviter les gaspillages et créer de cette manière une marge pour de nouveaux investissements, préparer les soins pour les

prochaines générations : voilà la tâche qui nous attend. Les partenaires de l'assurance maladie - les prestataires de soins, les établissements de soins, les mutualités, l'industrie pharmaceutique, les syndicats, les employeurs et les patients - ont une grande responsabilité dans la réalisation de cette ambition. Mais , le gouvernement doit lui aussi assumer cette responsabilité, dans le respect du processus de concertation. C'est pourquoi il est important qu'il y ait un bon dialogue entre le gouvernement et les partenaires.

Afin d'organiser ce dialogue de manière efficace et transparente, l'accord de gouvernement prévoit qu'au début des discussions budgétaires annuelles de l'assurance maladie, le gouvernement formule une lettre de mission qui expose les priorités politiques ainsi que le cadre budgétaire et un calendrier clair dans lequel le Comité de l'assurance doit accomplir sa mission légale d'élaboration d'une première proposition de projet de budget.

La base réglementaire est en cours d'élaboration. Néanmoins, le gouvernement estime que dans un souci d'anticipation et conformément à l'accord de gouvernement, il est bon d'entamer ce processus itératif dès maintenant. Ce peut également être un processus d'apprentissage, qui pourra faire l'objet d'une évaluation avec les partenaires du Comité de l'assurance et du Conseil général plus tard dans l'année. Nous tenons également à souligner que nous travaillons aujourd'hui sur la base d'estimations techniques initiales et que des chiffres plus définitifs suivront en septembre, sur la base des estimations révisées. Compte tenu de l'ampleur de l'effort, il est important que cette tâche budgétaire soit prise en main dès à présent.

La présente lettre de mission définit le cadre budgétaire, les priorités politiques et le calendrier du Comité de l'assurance pour la suite. Elle contient en outre des propositions pour augmenter l'efficacité, en annexe, qui ne constituent en aucun cas un diktat. Il va de soi que le Comité de l'assurance peut formuler des alternatives crédibles et équilibrées.

CADRE BUDGÉTAIRE

Le Comité de l'assurance doit déposer, pour le premier lundi d'octobre, sa proposition de budget pour l'assurance maladie 2026, compte tenu de ces objectifs de soins de santé et d'une norme de croissance de 2 %. Un montant supplémentaire de 1,546 milliard d'euros sera investi en 2026. Cette augmentation résulte de l'application de la norme de croissance (756 millions d'euros), de l'indice santé pour les prestataires de soins (2,7 % - 625 millions d'euros) et de l'augmentation de la masse indice pivot pour les établissements de soins (165 millions d'euros). Le budget total des soins de santé est ainsi porté à 41,579 milliards d'euros.

Néanmoins, les chiffres déjà connus (estimations techniques initiales 2026) indiquent que l'année 2026 sera un exercice budgétaire difficile. Étant donné qu'un éventuel dérapage du budget 2026 a déjà été annoncé, des mesures proactives ont déjà été convenues à hauteur de 264 millions d'euros. Malgré d'intéressantes initiatives, ces mesures doivent encore se concrétiser (notamment parce que des mesures provisoires, telles que le « claw forward » sur les dépenses de médicaments, doivent être traduites en interventions structurelles plus efficaces).

Mais c'est insuffisant. Sans mesures supplémentaires, nous nous dirigeons vers un déficit de 493,5 millions d'euros. En outre, lors de la formation du gouvernement, il a été convenu qu'en 2026, il y aurait une tâche supplémentaire, à savoir prendre des mesures de maîtrise des dépenses à hauteur de 150 millions d'euros (125 millions et 25 millions de garantie des organismes d'assurance).

Si l'on additionne ces montants, cela signifie qu'au 1er janvier 2026, un ensemble cohérent de mesures d'un montant de 907 millions d'euros doivent entrer en vigueur (voir l'annexe 1 pour plus de détails).

Pour savoir quelles mesures sont appropriées, nous devons nous poser deux questions : quelle est la cause du dépassement budgétaire attendu ? Et quelles sont les dépenses existantes qui ne sont pas efficaces ?

La cause du dépassement attendu réside, entre autres, dans la forte hausse des dépenses de médicaments (une croissance spontanée des dépenses de 7 à 8 %). Il arrive encore trop souvent que les médicaments ne soient pas utilisés correctement, et parfois même de manière complètement erronée. Ils ne sont pas toujours prescrits de manière adéquate non plus. Il s'agit d'un problème d'efficacité. Mais nous remarquons également ce problème d'efficacité dans certaines prestations médicales, où nous constatons, année après année, des dépenses en hausse qui ne sont pas toujours nécessaires ou explicables. En un mot, dans tous les secteurs, nous devons mettre l'accent sur une plus grande efficacité.

Un cadre pluriannuel est en cours de négociation avec le secteur pharmaceutique. Une « boussole » importante dans ce cadre est que la part des dépenses de médicaments dans le budget de l'assurance maladie soit fermement bloquée pour plusieurs années (à 17,3 % des dépenses). De cette manière, nous évitons que les médicaments n'absorbent une part sans cesse croissante des ressources disponibles, au détriment d'autres priorités, et nous créons une marge pour des investissements nécessaires dans des thérapies innovantes pour les patients. Si nous appliquons cette boussole à l'exercice budgétaire 2026, nous devons fournir un effort de 275 millions d'euros en ce qui concerne les dépenses de médicaments, en plus de ce qui a déjà été convenu dans le cadre des *accords proactifs* auxquels nous faisons référence ci-dessus. En additionnant le tout (275 millions et ce qui a déjà été convenu), nous obtenons un effort de 433 millions. Des mesures concrètes sont déjà sur la table (voir annexe 2).

Il s'agit en partie d'initiatives visant à utiliser les médicaments avec prudence, à lutter contre le gaspillage et, surtout, à libérer des moyens pour améliorer le remboursement des nouveaux médicaments. C'est pourquoi nous réformons dans une mesure limitée les tickets modérateurs et nous misons sur la sensibilisation des médecins prescripteurs et de la population. Par ailleurs, il s'agit de mesures qui attirent l'attention des citoyens sur le fait que chaque boîte de médicaments a un coût minimum. Toutefois, l'essentiel du paquet de mesures proposé repose sur une garantie solide de l'industrie pharmaceutique pour aider à couvrir les pénuries, en plus d'une réduction de prix ciblée si elle n'est pas remplacée par une réduction structurelle des dépenses à charge de l'industrie. (Par ailleurs, nous proposons également d'élargir le champ d'application du maximum à

facturer, de sorte que les tickets modérateurs accordés sur un plus grand nombre d’emballages soient pris en compte dans le maximum à facturer).

Toutefois, les mesures que nous proposons en matière de médicaments servent également un objectif particulier : en plus de la « part pharma fixe » de 17,3 % des dépenses de soins de santé, nous prévoyons un budget supplémentaire limité (de 25 millions d’euros), couplé à une nouvelle procédure rapide de remboursement, afin que les patients de notre pays aient un accès beaucoup plus rapide aux médicaments nouveaux et innovants à l’avenir. Cette nouvelle forme de solidarité est très importante pour répondre à de nouveaux besoins, notamment pour pouvoir traiter le mieux possible, avec les meilleurs nouveaux médicaments, des maladies pour lesquelles il n’existe aucun traitement efficace aujourd’hui.

Sur la base des chiffres actuellement disponibles, il reste donc un chemin à parcourir dans les autres secteurs de 343,5 millions d’euros pour que le budget 2026 reste sur la bonne voie et que nous ayons de la marge pour de nouvelles initiatives à l’avenir. Ces 343,5 millions sont le solde qu’il reste si l’on soustrait de 907,5 millions : 264 millions (déjà convenu), 275 millions (effort supplémentaire dans le budget pharmaceutique) et 25 millions (garantie OA).

Le Conseil général a proposé que cet effort soit réparti de manière égale entre les actes techniques et les prestations spéciales, d’une part, et en réalisant des corrections (plus larges que les corrections des dépassements) et les sous-utilisations, d’autre part (note CGSS 2025/046).

L’accent qui est mis sur les actes techniques et les prestations spéciales est une bonne chose, étant donné que nous savons qu’il y a encore des progrès à faire en matière d’efficacité des soins dans ce domaine. C’est pourquoi le gouvernement propose de poursuivre dans cette voie et de se concentrer sur les secteurs où nous pouvons être plus économes en ressources sans perdre en qualité des soins de santé. Pour ce faire, le gouvernement suggère le cadre suivant, en termes budgétaires (mais il est ouvert à d’autres solutions) :

- Prestations médicales par les médecins (biologie clinique, imagerie médicale, prestations spéciales et chirurgie) : 150 millions
- Réévaluation des prestations en hôpital de jour et une meilleure organisation du paysage hospitalier, en visant une plus grande efficacité intra et inter hospitalière: 50 millions
- Autres secteurs¹: 50 millions

¹ Cela tient compte du fait que le secteur pharmaceutique a déjà été responsabilisé par le biais du budget de trajectoire pluriannuel (voir annexe 2). Il est également proposé (cf. annexe 3) de réduire de 3 millions le budget des maisons médicales dans l’ITR 2026.

En outre, le gouvernement s'engage à réaliser les objectifs suivants

- Un plan de contrôle INAMI et anti-fraude fort qui devra contenir une ventilation et un monitoring par mesure afin d'en assurer le rendement ; et cela en respect de l'accord du gouvernement: 25 millions²
- Une réduction de la sous-utilisation structurelle : 35 millions
- Des mesures hors norme budgétaire : 33,5 millions

Une garantie de 25 millions d'euros est demandée aux organismes assureurs, tel qu'inscrit dans l'accord de gouvernement ; dans ce cadre, ils doivent démontrer qu'ils contribueront à la maîtrise des dépenses de soins de santé dans le cadre des mesures de contrôle. Lors de l'élaboration des estimations techniques en septembre, l'INAMI pourra, sur la base d'informations plus récentes, effectuer une estimation des sous-utilisations et des montants réservés pour 2026, qui pourraient avoir un effet réducteur potentiel sur l'ETI 2026. Le gouvernement espère que les objectifs concernés fassent l'objet d'une analyse approfondie en vue d'une réduction structurelle des sous-utilisations qui puisse aboutir à un montant à hauteur de 35 millions d'euros.

Le gouvernement demande au Comité de l'assurance et aux partenaires de l'assurance maladie de réaliser cet exercice sans tabou. Il est conscient que l'exercice n'est pas aisé, mais il est nécessaire pour éviter de devoir intervenir de manière linéaire, ce qui n'est ni bon ni souhaitable. Ce dont nous avons besoin, ce sont des mesures qui permettent de fournir de bons soins à tous, et ce, sur la base des dernières connaissances fondées sur des données probantes. Compte tenu des nombreux rapports internationaux, nous devons oser admettre qu'il y a du pain sur la planche à cet égard. En guise d'inspiration, quelques propositions sont présentées à l'annexe 3. Elles concernent des prestations médicales pour lesquelles une plus grande efficacité permettrait de mieux maîtriser les dépenses et donc, de dégager plus de marge pour d'autres dépenses nécessaires.

Il est demandé à l'administration de l'INAMI de déjà élaborer, lorsque c'est possible, des propositions de fond, techniques et juridiques.

² [Page 130 AG](#) : « En ce qui concerne plus spécifiquement l'utilisation efficace des moyens disponibles, le gouvernement définira et commencera à mettre en œuvre une stratégie globale d'ici au 1er janvier 2026 au plus tard, en concertation avec les acteurs concernés. Ce plan doit également mettre l'accent sur le renforcement de la lutte contre la fraude.»

PRIORITÉS POLITIQUES

L'assainissement du budget de l'assurance maladie et l'amélioration de l'efficience ont naturellement pour objectif ultime de dégager des marges (à long terme) pour les objectifs de soins de santé décidés par le Conseil général, en particulier :

- OSS 3 : Une meilleure organisation des **soins de première ligne** et une meilleure coordination des différentes lignes de soins, en mettant en place des équipes pluridisciplinaires et en appliquant les principes de « population management ».
- OSS 5 : Une meilleure **accessibilité financière** des soins pour tous, et la suppression des différences de qualité et d'adéquation des soins inexpliquées entre les différents groupes socio-économiques.
- OSS 7 : L'accent mis davantage sur **la sensibilisation, la prévention et le dépistage**, en ancrant la coopération entre les entités fédérale et fédérées dans des accords clairs.

Par ailleurs, deux objectifs de soins de santé transversaux sont essentiels à la réalisation des priorités susmentionnées :

- OSS 1 : Meilleure collecte et meilleur échange de données, tant au niveau macro afin d'éclairer la politique de soins qu'au niveau des patients en vue de soins mieux intégrés.
- OSS 2 : Augmentation de l'efficacité, notamment en éliminant les variations importantes et inexplicables dans les pratiques médicales.

Dans son premier avis, la Commission a déjà donné des pistes concrètes pour la poursuite de la mise en œuvre de ces objectifs de soins de santé, pour lesquels des objectifs plus spécifiques doivent être fixés et traduits en indicateurs dès que possible.

Le Comité de l'assurance est donc censé tenir compte des objectifs de soins de santé prioritaires dans ses activités et est libre, lorsque c'est possible, de prévoir dès 2026 des moyens supplémentaires pour investir dans ces objectifs. En effet, ceux-ci continueront à orienter la politique dans les années à venir.

Ainsi, dans le cadre d'une meilleure organisation de la première ligne, la poursuite de l'optimisation de la garde des médecins généralistes semble être une priorité, par exemple par l'introduction de **téléconsultations dans les postes de garde de médecins généralistes**. Le gouvernement continuera – compte tenu des plaintes des médecins généralistes et des services d'urgence – à donner la priorité à la mise en place d'un triage contraignant des patients pour les soins urgents non planifiés. À cette fin, en concertation avec le ministre de l'Intérieur, le 1733 sera étendu à tous les postes médicaux de garde au plus tard le 1^{er} juillet 2026. Si les engagements ne sont pas suffisants, une autre piste sera suivie, à savoir le financement des postes de garde pour qu'ils se chargent eux-mêmes du triage. Un système de triage contraignant sera également développé dans les services d'urgence. Un plan

d'approche concret - comprenant les modifications réglementaires nécessaires - sera élaboré en concertation avec les acteurs concernés d'ici le 15 décembre 2025.

En ce qui concerne l'accessibilité, le rapport de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé pointe à juste titre une série de secteurs spécifiques dans lesquels des investissements devraient être réalisés, tels que les **soins dentaires**. À cette fin, le secteur lui-même peut également miser sur l'efficacité, par exemple pour mieux aligner l'utilisation de l'imagerie dentaire sur les recommandations scientifiques. Les moyens libérés pourront alors être investis dans les revalorisations nécessaires, en accordant une attention particulière aux personnes ayant des besoins spécifiques, aux prestations qui incluent des matériaux et techniques et aux prestations qui requièrent une compétence particulière de la part du prestataire en vue d'augmenter l'accessibilité pour les patients.

En **kinésithérapie** aussi, nous savons que l'accessibilité est mise à mal parce que la nomenclature n'est pas toujours adéquate. La commission de conventions travaille donc sur un système qui permette une plus grande flexibilité dans un plan de traitement. L'idée est d'introduire un forfait d'unités de temps de 15 minutes, en donnant au kinésithérapeute plus d'autonomie pour l'utiliser en fonction du patient. Il se peut ainsi que des séances plus longues au début et des séances plus courtes à la fin du traitement soient recommandées. Cela permettrait d'adapter l'offre de soins à chaque patient sans augmenter la consommation de soins, voire en la réduisant. Les moyens ainsi libérés pourraient être réinvestis dans le secteur dans le cadre de la revalorisation de certaines prestations ou de nouveaux projets et initiatives.

Le gouvernement rappelle la nécessité de continuer à travailler sur des parcours qui renforcent le rôle des **sages-femmes** dans les soins primaires. Un trajet périnatal bien développé devrait être mis en place à partir de 2026. Il faudrait également réfléchir à comment débloquer des moyens pour investir de façon ciblée dans de meilleurs honoraires.

CALENDRIER

Comme le prévoit la loi, le Comité de l'assurance doit présenter une proposition de budget au plus tard le 1^{er} lundi d'octobre. Idéalement, cette proposition devrait contenir des mesures concrètes qui pourraient toutes entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Il appartient ensuite au gouvernement et au Conseil général de se prononcer sur le budget le 3^e lundi d'octobre.

ANNEXE 1

<i>Paquet déjà décidé pour 2026 (médecins, pharma, implants, maisons médicales)</i>	<i>140,7 millions</i>	<i>= 263,7 millions</i>
<i>Encore à réaliser pour 2025 - prescription efficiente par les médecins</i>	<i>16 millions</i>	
<i>Encore à réaliser pour 2024 - pharma</i>	<i>26,7 millions</i>	
<i>Claw forward à concrétiser après 2026</i>	<i>80,3 millions d'euros</i>	
Garantie OA	25 millions	25 millions
Nouveau paquet 2026 = 618,5 millions (493,5 millions (ETI 2026) +125 millions (effort supplémentaire AG)		○ 275 millions prestations pharmaceutiques (dans le cadre pluriannuel) ○ 343,5 millions dans d'autres secteurs
Montant total	907,2 millions	

ANNEXE 2 : SECTEUR PHARMACEUTIQUE

i. Contexte

Un total de 433 millions d'euros de mesures doit être trouvé pour garantir que le budget des produits pharmaceutiques reste dans les limites de sa part de 17,3 %.

Ce montant comprend la trajectoire d'économies déjà convenue : 26,9 millions d'euros pour le rattrapage des TPU et des révisions de groupe non réalisées, 80,3 millions d'euros de « claw forward » à convertir en économies structurelles (sinon : baisse des prix) et 51 millions d'euros supplémentaires décidés en 2025.

En outre, un montant supplémentaire de 275 millions d'euros doit être recherché pour éviter un dépassement du budget en 2026. En plus de la part du secteur pharmaceutique, qui représente 17,3 % des dépenses totales de soins de santé, nous prévoyons un budget limité, basé sur un nouveau mécanisme de « Early and Fast Reimbursement ». 14 millions d'euros supplémentaires sont nécessaires pour cela, de sorte qu'avec les 11 millions d'euros déjà prévus pour les besoins non rencontrés (UMN – Unmet Medical Needs), un budget de 25 millions d'euros puisse être réalisé pour ce programme.

Aux 433 millions s'ajoutent des économies supplémentaires, déjà convenues, de 16 millions d'euros dans le cadre de la prescription efficiente par les médecins, de 10 millions d'euros grâce à des mesures de contrôle des OA et de 7 à 8 millions d'euros chez les pharmaciens. Les secteurs concernés garantissent déjà ces mesures dans le cadre de leur propre budget, c'est pourquoi elles ne sont pas incluses dans les mesures qui restent à prendre.

Nous présentons ci-dessous un paquet d'environ 244,8 millions d'euros. Il reste donc 188,2 millions d'euros. Le nouveau cadre pluriannuel prévoit de renforcer le rôle de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) dans le suivi du budget global des prestations pharmaceutiques, afin d'assurer un meilleur équilibre entre le coût des nouveaux médicaments et le budget disponible. Cela doit permettre de freiner également l'augmentation des dépenses liées aux nouveaux médicaments. En outre, l'industrie pharmaceutique continue d'être responsabilisée en cas de dépassement du budget par le biais du « claw back ».

ii. Propositions

Les mesures proposées visent à responsabiliser chaque acteur de la chaîne : l'industrie, les médecins, les officines publiques, les pharmacies hospitalières, les commerçants parallèles et les patients. De plus, la priorité est donnée aux mesures visant l'efficacité. Les mesures proposées sont principalement des propositions formulées par l'industrie, les OA et les médecins. Les pharmaciens ont également formulé des propositions.

Industrie

Les parties prenantes n'ont formulé aucune proposition qui serait supportée par l'industrie et qui serait immédiatement applicable avec un impact budgétaire chiffrable. Le secteur reste responsable des 80,3 millions de mesures structurelles qui remplacent le « claw forward ». Il s'en porte garant. Si aucune mesure crédible n'est trouvée pour laquelle le secteur peut lui-même être tenu responsable, une baisse des prix prendra effet. En outre, le secteur sera également responsabilisé par le biais du « claw back ».

Médecins

Les médecins se portent garants pour 16 millions d'euros. Nous proposons de lier cette garantie, dans l'esprit de l'accord budgétaire 2025, à l'augmentation du pourcentage de prescriptions bon marché, y compris l'augmentation des prescriptions de similaires. Un biosimilaire nouvellement mis sur le marché comptera davantage dans le quota au cours des trois premières années.

Une mise en garde s'impose à propos de cette proposition : l'ampleur estimée des économies se situe dans une fourchette assez large. Dans l'hypothèse d'une prescription 100 % bon marché (scénario évidemment irréaliste), la mesure entraîne une économie comparable à l'application généralisée de la prescription en DCI, avec une fourchette d'économies comprise entre 9,6 et 28,7 millions d'euros. Il n'est donc pas certain (improbable ?) que cette seule mesure permette d'atteindre les 16 millions. En complément, nous pouvons imposer une mesure supplémentaire en encourageant le « basculement » vers des alternatives moins chères au sein de la même classe ATC4 (p.ex. choisir des statines moins chères au lieu des plus chères), bien qu'il y ait trop d'hypothèses pour quantifier avec précision le rendement de cette mesure à l'heure actuelle.

Une troisième option consiste à lier la garantie à une réduction de la prescription d'antidépresseurs, bien que l'introduction d'une telle mesure nécessite une réflexion plus approfondie avec le terrain.

Résultat : mesure d'une valeur de 16 millions d'euros. Le secteur des médecins se porte déjà garant. Ce montant se situe en dehors de l'objectif de 433 millions d'euros (voir l'introduction).

Officines publiques

Nous fixons la contribution des officines publiques à 20 millions et discutons avec le secteur de la meilleure façon d'y parvenir (interventions sur la marge économique, révision de certains honoraires...). 8 millions d'euros seront réinvestis dans des indemnités pour la délivrance d'antibiotiques en fonction de la durée du traitement. Cette mesure entrera en vigueur à partir de janvier 2026 et prévoit que les patients ne recevront de la pharmacie que le nombre exact de pilules antibiotiques dont ils ont besoin, afin d'éviter le gaspillage et le mauvais usage.

Résultat : mesure d'une valeur de 12 millions d'euros

Pharmacies d'hôpitaux

Facturation partielle

La facturation partielle passe à 78 % (au lieu de 85 %). Cela permet d'économiser 42 millions d'euros.

Éviter le glissement thérapeutique vers une molécule plus chère

Lorsque des molécules de niveau ATC5 sortent de leur brevet et que des génériques ou des biosimilaires arrivent sur le marché, on observe ce que l'on appelle la falaise des brevets (« patentcliff ») ou « biocliff ». Toutefois, au sein d'une même classe de médicaments (ATC4), cela peut entraîner de grandes différences de prix, tant pour le patient que pour l'assurance maladie, alors que la valeur ajoutée des alternatives plus chères est souvent limitée.

Afin d'éviter un glissement thérapeutique vers ces alternatives plus coûteuses (dont la valeur ajoutée incrémentale est limitée), nous proposons que les autres molécules (ATC5) de la même classe (ATC4), pour lesquelles aucune alternative générique ou biosimilaire n'est encore disponible, soient facturées dans les hôpitaux à 90 % de leur prix.

Cette mesure est provisoirement estimée à 20 millions d'euros d'économies.

Résultat : mesures d'économie d'une valeur de 62 millions d'euros

Commerçants parallèles

Les commerçants parallèles offrent des remises aux pharmacies hospitalières et aux officines publiques, alors que l'assurance maladie paie le prix fort. Par conséquent, les produits importés ne peuvent être facturés à l'INAMI que pour un maximum de 80 %, tant dans les officines publiques que dans les pharmacies hospitalières. Exceptions à ce principe : le médicament a été importé dans le cadre de l'AR Besoins spéciaux en raison d'une pénurie, ou le médicament relève de la facturation à 78 % ou du forfait hospitalier.

Résultat : encore à calculer

Patient

Contribution de solidarité

Les médicaments coûtent très cher. C'est pourquoi une contribution de solidarité est demandée au patient, d'un montant minimum de 1 € par boîte pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, et de 2 € par boîte pour les personnes ne bénéficiant pas d'une intervention majorée (en effet, pour certaines boîtes, le ticket modérateur est encore inférieur à 1 €). Les recettes de cette mesure seront utilisées au profit des patients, pour financer le nouveau système d'accès rapide et précoce aux médicaments. En outre, tout le monde restera protégé par le maximum à facturer. Cette mesure rapportera (avec effet MAF) 26,2 millions d'euros.

Catégorie	TM minimum à 1 euro					
	Non préférentiels		Préférentiels		Total	
	Economie INAMI	Nombre de boites avec supplément	INAMI Economie	Nombre de boites avec supplément	INAMI Economie	Nombre de boites avec supplément

A	-8.197.652	8.197.652	-4.221.576	4.221.576	-12.419.228	12.419.228
B	-1.619.690	6.837.252	-2.125.301	5.741.961	-3.744.991	12.579.213
C	-13	68	-3	14	-16	82
Cs	0	0	0	0	0	0
Cx	0	0	0	0	0	0
Total	-9.817.355	15.034.972	-6.346.880	9.963.552	-16.164.235	24.998.524

Catégorie	TM minimum à 2 euros					
	Non préférentiel		Préférentiels		Total	
	Economie INAMI	Nombre de boites avec supplément	INAMI Economie	Nombre de boites avec supplément	INAMI Economie	Nombre de boites avec supplément
A	-16.395.303	8.197.652	-8.443.153	4.221.576	-24.838.456	12.419.228
B	-13.744.385	18.319.278	-11.403.499	11.146.659	-25.147.884	29.465.937
C	-340.211	1.122.966	-108.856	372.719	-449.067	1.495.685
Cs	-65.231	277.760	-14.579	62.644	-79.809	340.404
Cx	-2.738	12.563	-1.329	6.095	-4.067	18.658
Total	-30.547.869	27.930.219	-19.971.415	15.809.694	-50.519.284	43.739.913

Élargissement du MAF

Outre la contribution de solidarité, nous élargissons également le MAF afin que davantage de médicaments soient couverts par le maximum à facturer. Cela permettra de mieux protéger les personnes qui paient déjà des factures élevées. Désormais, les catégories Cs et Cx seront également intégrées dans le MAF, de sorte que les contraceptifs et les médicaments contre les allergies seront également intégrés dans le système. Cette mesure coûtera 8,9 millions d'euros à la sécurité sociale.

CAT	Dépenses INAMI	Dépenses patients	Impact d'une prise en compte dans le MAF
A	806.828.538	0	0

B	2.642.528.785	340.917.844	0
C	87.613.351	54.017.501	0
Cs	21.450.977	17.829.376	5.152.690
Cx	6.434.952	12.859.201	3.716.309

Résultat : mesures d'une valeur de 3,3 millions d'euros (= 17,3 millions de recettes - 14 millions pour Early & Fast).

Nous augmentons le ticket modérateur minimal par boîte (un minimum de 1 € pour une boîte est équitable), mais nous investissons cet argent dans une meilleure protection via le maximum à facturer et dans une nouvelle procédure pour l'accès rapide et précoce aux médicaments.

Utilisation efficiente des médicaments

Antiacides/IPP

Depuis des années, la Belgique est l'un des pays d'Europe où la consommation d'antiacides est la plus élevée : au moins 1 Belge sur 5 prend des antiacides. Seuls l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas nous devancent. Entre 2004 et 2017, la consommation a triplé, et depuis lors, elle continue d'augmenter année après année. Plus inquiétant encore : de nombreuses personnes utilisent les IPP (beaucoup) plus longtemps que ce qui est recommandé.

Cela n'est pas sans risque. L'utilisation prolongée ou inutile d'antiacides peut entraîner des carences en magnésium, en calcium et en vitamine B12, un risque accru d'infections (telles que la pneumonie ou les infections intestinales), des problèmes rénaux, des fractures osseuses et peut-être même un risque légèrement accru de cancer de l'estomac. En outre, nous constatons qu'après une utilisation prolongée, les patients ont parfois du mal à arrêter parce que l'acide gastrique revient temporairement plus fort (effet rebond). Il ne s'agit donc pas d'un médicament inoffensif.

La (sur)utilisation massive des IPP coûte chaque année 130 millions d'euros à l'assurance maladie. Ce coût est difficilement justifiable. C'est pourquoi les antiacides de la catégorie de remboursement B (spécialités importantes sur le plan thérapeutique) sont transférés dans la catégorie Cx. Les antiacides de la catégorie de remboursement A ne sont pas concernés, car ils sont destinés aux personnes souffrant de maladies graves (comme le syndrome de Barrett).

Cette mesure rapporte 53,9 millions d'euros.

Statines

Les médicaments contre le cholestérol ont coûté à l'assurance maladie environ 250 millions d'euros l'année dernière (plus de 4 % des dépenses nettes totales). Ce coût est en partie dû à une utilisation inefficace. Le KCE a calculé que plus d'un quart des Belges de plus de 40 ans se voient prescrire

des statines et qu'un peu plus de la moitié d'entre eux ne les utilisent pas correctement ou interrompent le traitement. La grande majorité des personnes à qui l'on prescrit des statines (88 %) n'ont pas d'antécédents de maladie cardiovasculaire. Le recours étendu aux statines combiné à la faible observance entraîne des dépenses difficilement justifiables. C'est pourquoi les statines des catégories B et C sont transférées dans la catégorie Cx. Il s'agit principalement de médicaments très bon marché. Les médicaments onéreux pour l'hypercholestérolémie familiale, entre autres, resteront entièrement remboursés via la catégorie A. Selon les chiffres, la mesure rapporte 33,3 millions d'euros.

Résultat : mesures d'une valeur de 87,2 millions d'euros

Total calculable = 244,8 millions d'euros

ANNEXE 3 : PISTES D'EFFICIENCE POUR RÉFLEXION

La liste de pistes évoquées ci-dessous n'est pas exhaustive et le gouvernement réfère donc aux nombreux rapports déjà existant. Le KCE dans ses publications a déjà mis en lumière de nombreux diagnostics de notre système de soins qui pourrait être encore amélioré. Citons par exemple une meilleure organisation des soins en secteurs hospitaliers où les soins de proximité lorsque cela est possible et les soins spécialisés lorsque cela est nécessaire reste un point de départ important.

Variations inexplicables de pratiques médicales

L'élimination des variations importantes et inexplicables dans les pratiques médicales est une tâche importante. Depuis 2017, la Cellule Soins efficaces de l'INAMI publie les rapports « *Variations de pratiques médicales* », qui contiennent des analyses bien étayées, basées sur des données récentes. Nous demandons au Comité de l'assurance de mobiliser les groupes professionnels respectifs pour interpréter ces rapports, les confronter aux recommandations fondées sur des données probantes sur lesquelles l'association s'appuie, afin d'initier formellement le dialogue, d'obtenir une sensibilisation de l'ensemble de la profession et *in fine* d'élaborer des mesures concrètes pour réduire les variations inexplicables (OSS 2).

Biologie clinique

Dans ce domaine, on remarque que certains tests de laboratoire, tels que les tests de vitamines D, B9 et B12, sont encore fréquemment demandés, parfois de manière non ciblée. Par ailleurs, l'utilisation des D-dimères, par exemple, varie fortement d'une région à l'autre, ce qui indique une utilisation potentiellement inefficace : dans certaines régions, son utilisation standardisée est jusqu'à 2 fois plus élevée qu'ailleurs. En outre, une évaluation de l'utilisation croissante des tests de biologie moléculaire est nécessaire, en particulier au vu des dépassements budgétaires récents.

Bien que les dépenses liées aux tests individuels puissent sembler limitées en soi, les coûts totaux sont considérables. En outre, une utilisation excessive de tests diagnostiques entraîne non seulement des dépenses plus élevées, mais aussi parfois un surdiagnostic et un surtraitement

(exemple : le traitement antibiotique de germes asymptomatiques). Ceci accroît la pression sur le système de soins de santé et résulte en des consultations et des traitements supplémentaires.

Un autre exemple, cette fois dans le domaine de l'anatomie pathologique, est celui des variations de pratique dans les examens de tissus entre hôpitaux. En 2019, le budget total s'élevait à environ 35,4 millions d'euros. Il s'agit notamment de l'immunohistochimie et de la microscopie électronique. Un récent rapport du KCE recommande que les associations professionnelles rédigent des recommandations, en commençant par l'immunohistochimie pour *Helicobacter pylori* et la maladie cœliaque, comme base d'une nomenclature adaptée.

Imagerie médicale

L'imagerie de la colonne vertébrale par CT-scan ou RMN est un problème récurrent. Malgré des recommandations claires et établies de longue date, l'utilisation reste exceptionnellement élevée, avec de grandes différences régionales indiquant une variation de pratique. Entre 2016 et 2022, le nombre total d'examens a diminué d'à peine 2 % par an en moyenne. En 2019, l'utilisation de tous les examens CT-scan en Belgique était supérieure de 40 % à la moyenne de l'UE. Cependant, les douleurs dorsales non spécifiques ne nécessitent pas d'imagerie dans la grande majorité des cas, ce qui contribue au surtraitement, à l'inquiétude et aux adressages inutiles.

Il existe également des preuves convaincantes que le suivi après un traitement oncologique de certaines indications au moyen d'une imagerie lourde pourrait être plus efficace, sans perte en termes de santé pour le patient. Cependant, il est difficile pour les prestataires de soins individuels de réduire progressivement ces pratiques, mais nous devons oser y œuvrer ensemble. C'est pourquoi nous préconisons des recommandations nationales pour réduire l'utilisation de l'imagerie PET-CT, CT et IRM dans des indications sélectionnées. De cette manière, nous réduisons l'imagerie lourde, l'exposition inutile aux radiations, tout en raccourcissant les délais d'attente.

Il est également envisageable que dans des indications très spécifiques, certains examens ne soient plus prescrits par le médecin généraliste, mais uniquement par le médecin spécialiste.

Enfin, il ressort également de la littérature que le suivi des recommandations, par exemple pour l'arthrose du genou, est rendu plus difficile par le fait que les patients insistent souvent sur l'imagerie et n'acceptent pas un diagnostic purement clinique. Ici aussi, la sensibilisation et le soutien sont nécessaires pour parvenir à une utilisation plus efficace.

Prestations chirurgicales

Des chiffres suffisants montrent qu'en Belgique, nous pouvons et donc, que nous devons faire preuve d'une plus grande efficacité en matière de prestations chirurgicales.

Il existe, par exemple, des différences géographiques frappantes dans le nombre d'opérations du genou pour l'arthrose, ce qui souligne l'importance d'appliquer les récents indicateurs de qualité pour l'arthrose légère à sévère du genou. Le respect strict de ces recommandations est essentiel pour des soins axés sur une approche conservatrice. Les généralistes et les kinésithérapeutes jouent

un rôle clé à cet égard. En outre, le CNPQ a approuvé en 2023 un indicateur pour réduire l'utilisation inefficace des ménisectomies par arthroscopie pour les maladies dégénératives du genou.

Un autre exemple d'utilisation inefficace est le comptage des cellules endothéliales (CCE) de routine avant une opération de la cataracte, dont la valeur ajoutée n'a pas été scientifiquement démontrée chez la majorité des patients. Une solution possible serait un remboursement forfaitaire pour la chirurgie de la cataracte, comprenant un montant limité pour le comptage des cellules endothéliales, correspondant au pourcentage de patients pour lesquels l'efficacité de ce test est effectivement prouvée.

En outre, nous faisons partie des pays où le nombre d'opérations chirurgicales du dos est élevé. Les variations de pratique dans la chirurgie vertébrale restent un point problématique.

Prestations spéciales

Un dépassement budgétaire se produit également dans la rubrique prestations spéciales, et une analyse plus détaillée doit être menée. Dans la radiothérapie, avec un budget annuel de 166 millions d'euros qui augmente, la tendance à l'hypofractionnement se dessine dans certaines indications. Cette évolution a le potentiel de contribuer à une utilisation plus ciblée des ressources, sans perte de qualité des soins. Elle doit donc se refléter dans les conditions de remboursement (fréquence, honoraires).

Des améliorations peuvent également être apportées dans d'autres domaines, comme par exemple les conditions de remboursement des ECG et le remboursement de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM).

Hôpitaux

Des changements structurels sont nécessaires au sein des hôpitaux pour renforcer l'efficacité des soins. Cette réforme n'est pas une fin en soi, mais un levier nécessaire pour organiser les soins d'une manière orientée vers l'avenir : plus ambulatoires, plus proches du patient et adaptés aux besoins médicaux. Nous estimons que le nombre de lits d'hôpitaux aigus agréés peut diminuer d'environ 8 % d'ici 2030, grâce notamment à la croissance de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation à domicile. Les innovations médicales permettent de plus en plus d'offrir des soins complexes dans un délai plus court, voire à domicile. Il est important que l'extension de l'hôpital de jour se fasse de manière soigneuse et sélective, comme cela s'est fait récemment, en 2023. En même temps, le financement qui est prévu pour une hospitalisation de jour doit être correctement adapté à la nature et à la lourdeur des soins.

Ainsi, on peut envisager de déplacer les prestations de la liste A, qui entrent donc en ligne de compte pour l'hospitalisation de jour chirurgicale BMF à 95 %. Les prestations surévaluées qui n'y ont plus leur place peuvent être supprimées et désormais financées par le biais du budget forfaitaire hôpital de jour (groupes 1 à 7 inclus).

Certaines prestations techniques pour lesquelles un forfait hôpital de jour est encore octroyé aujourd'hui peuvent être ou sont désormais exécutées de manière sûre et efficace en ambulatoire. Nous demandons donc la suppression du forfait pour ces interventions. Étant donné que la nomenclature prévoit que les prestations d'une valeur $\geq$ K120 ou N200 sont uniquement remboursées par l'assurance maladie si elles sont effectuées dans un hôpital agréé (à l'exception de l'ophtalmologie).

Maison médicale

Il y a des signes qu'un nombre limité de maisons médicales abusent du système, qu'elles considèrent comme un modèle de revenus. Il est légitime de s'y attaquer, mais les instruments juridiques pour y parvenir font défaut. En attendant ces ajustements réglementaires nécessaires, une entente de programmation pourrait être conclue avec le secteur sur la croissance autorisée. Ex : S'il s'avère au cours de l'année 2026 que le secteur a atteint le maximum de programmation, aucune nouvelle maison médicale ne sera autorisée temporairement, et ce jusqu'à la fin de l'année 2026.

Fin de vie

Il convient de travailler judicieusement sur des mesures ciblées visant à éviter les traitements inutiles et les admissions à l'hôpital dans la dernière phase de la vie et d'accorder plus d'attention à la qualité de vie et aux objectifs de vie. Ce sujet est complexe et nécessite une approche large, prudente et concertée. Il semble approprié de créer un groupe de travail composé de représentants des médecins, du personnel infirmier, des organismes assureurs et des organisations de patients, chargé de présenter, au plus tard le 30 juin 2026, un rapport contenant des propositions concrètes et réalisables visant à réduire les soins inutiles en fin de vie.