

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des Soins de Santé

CONSEIL GENERAL

Note CGSS 2025/069

Bruxelles, le 20 octobre 2025

CONCERNE : Budget des soins de santé 2026

CONTENU :

Selon l'article 40, § 1^{er} de la loi AMI, le Conseil général de l'INAMI approuve, au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, le budget, l'objectif budgétaire annuel global et les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions ou d'accords.

En annexe, vous trouverez les documents suivants :

- ✓ Une proposition élaborée par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.
- ✓ L'aperçu du budget des soins de santé 2026 recettes - dépenses (annexe 1);
- ✓ La répartition de l'objectif budgétaire global 2026 en objectifs budgétaires partiels (annexe 2);
- ✓ La liste des projets article 56-22 avec leur budget 2026 (annexe 3).

INCIDENCE BUDGETAIRE :

Cette proposition cadre avec le budget global 2026 de 41.297.169 milliers €.

INCIDENCE ADMINISTRATIVE : néant.

PROCEDURE : Base légale : article 40 de la loi - AMI.

MISSION DU CONSEIL GENERAL :

Le Conseil général est prié de prendre connaissance de cette proposition et de prendre une décision concernant le budget, l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions ou d'accords.

Budget des soins de santé 2026

1. Introduction

Les soins de santé doivent être abordables, effectivement accessibles et de qualité optimale 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 nous investirons davantage dans les soins de santé au cours des prochaines années.

Et nous le faisons de manière ciblée. C'est pourquoi il est important que le Conseil général ait fixé des objectifs prioritaires en matière de soins de santé le 5 mai 2025 (note CGSS 2025/029), à savoir :

- 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.

Le Conseil général a également défini deux objectifs transversaux en matière de soins de santé qui sont fondamentaux pour la réalisation des priorités susmentionnées :

- OSS 1 : Une meilleure collecte et un meilleur partage des données, tant au niveau macro pour éclairer les politiques de santé, qu'au niveau du patient individuel pour des soins mieux intégrés.
- OSS 2 : Une efficacité accrue, notamment en supprimant les grandes différences inexpliquées entre les pratiques médicales.

Ce sont là les défis prioritaires pour les années à venir, parallèlement aux investissements dans notre personnel de santé.

Si nos soins de santé sont solides, c'est parce qu'ils reposent sur la solidarité. Mais nous devons faire un usage judicieux de cette solidarité. Judicieux, c'est-à-dire : utiliser les ressources disponibles à bon escient et de manière ciblée. Les investissements nécessaires ne doivent pas être supplantés par une augmentation des dépenses inutiles. 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.

En résumé, notre mission consiste désormais à utiliser les budgets à bon escient, sur la base d'une approche *evidence-based*, à éviter le gaspillage et à créer ainsi de la marge pour de nouveaux investissements, à préparer les soins pour les générations futures. Ensemble, nous devons prendre soin de demain. Plus d'argent pour notre santé et plus de santé pour notre argent.

2. Cadre financier pour le budget de la santé AMI 2026

3. 1. Objectif budgétaire 2026 et estimations techniques révisées

- Objectif budgétaire global pour l'année 2026

L'objectif budgétaire global 2025 s'élève à 39 812 150 milliers d'euros.

Suite à l'adaptation de l'article 40 de la loi SSI le 1^{er} janvier 2018, l'objectif budgétaire global 2025 est corrigé de la différence entre les recettes estimées à l'article 111/81 dans l'objectif 2026 et les recettes estimées à l'article 111/81 dans l'objectif budgétaire 2025. Conformément à l'article 40, § 1, de la loi SSI, la norme de croissance réelle est de 2 %. Le facteur d'indexation appliqué aux honoraires et tarifs est basé sur l'évolution entre juin 2025 et juin 2024 et s'élève à 2 72 %.

L'objectif budgétaire 2026 s'élève donc à 41 297 169 milliers d'euros. Cette masse d'indexation reste intégralement préservée. Les commissions de conventions et d'accords sont libres d'utiliser une partie de leur masse d'indexation pour de nouvelles politiques au sein de leur propre secteur, avec la responsabilité d'utiliser les ressources de la manière la plus précise possible.

Strikte normberekening / Calcul strict de la norme	2026 000 EUR
Globale begrotingsdoelstelling 2025 Objectif budgétaire global 2025	39.812.150
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - 2025 Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2025	-2.000.515
Strikte norm / Norme stricte	37.811.635
Reële groeinorm 2 % Norme de croissance réelle 2 %	756.233
Sub-totaal / Sous-total	38.567.868
Gezondheidindex (2,72%) Indice santé (2,72%) Spilindexmassa 2025 (meerkost in 2026 t.o.v. doelstelling 2025) Masse indice pivot 2025 (surcoût en 2026 par rapport objectif 2025) Spilindexmassa 2026 Masse indice pivot 2026	630.464 43.963 135.029
Sub-totaal / Sous-total	39.377.324
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - 2026 Montant compensation recettes totales art. 111/81 - 2026	1.919.845
Voorstel Begrotingsdoelstelling 2026 Proposition Objectif budgétaire 2026	41.297.169

- **Mesures proactives déjà décidées**

Le 28 février 2025, le Conseil des ministres a déjà chargé le ministre des Affaires sociales d'élaborer, en concertation avec les acteurs concernés, un ensemble de mesures de maîtrise proactives d'un montant au moins égal aux montants réservés 2025 et aux sous-utilisations 2025, qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

L'effort a été réparti comme suit entre les secteurs ayant dépassé leur objectif budgétaire partiel en 2024 (note CGSS 2025/026) :

- Médecins : 62 198 000 euros
- Pharma : 50 670 000 euros
- Implants : 23 526 000 euros
- Maisons médicales : 4 329 000 euros

Les secteurs concernés ont entre-temps élaboré les mesures nécessaires et, pour les spécialités pharmaceutiques, celles-ci ont été inscrites dans un trajet pluriannuel qui a également été approuvé par le gouvernement. Ces mesures doivent être mises en œuvre sans délai afin que les recettes prévues soient réalisées en 2026. En outre, le budget prévu dans les ETR 2026 pour le secteur des maisons médicales a été réduit de 3 millions.

- **Effort supplémentaire dans l'accord de gouvernement**

L'accord de gouvernement prévoit que des mesures supplémentaires doivent être prises à partir de 2026 afin de maîtriser les dépenses, pour un montant de 125 millions d'euros en 2026. La lettre de mission précise que sur ces 125 millions d'euros, 91,5 millions d'euros doivent être réalisés dans le cadre de la norme budgétaire. (Voir ci-dessous « 5. Effort hors norme ») Cela a été intégré dans les estimations techniques.

En outre, les organismes assureurs sont davantage responsabilisés pour la bonne exécution et le paiement de l'assurance maladie (voir ci-dessous). Pour 2026, cela représente un montant de 25 millions d'euros.

- Montants non affectables

L'objectif budgétaire global 2026 reprend un montant non affectable de 310.439 milliers d'euros, composé comme suit :

	Budget 2025 (000 EUR)	ETR 2026 (000 EUR)	Glissé vers	
Montant non affectable budget initial 2025	200.018	200.018		Note CGSS 2025/011
Claw forward 2025	-80.363	0	Hors objectif - Claw forward	Note CGSS 2025/011
Relanceplan - Data Capabilities	-463	-463	Rubrique 12a) Prix journée d'entretien	Note CGSS 2025/017
Centres de prise en charge des violences sexuelles	-9.036	0	Rubrique 12a) Prix journée d'entretien	Note CGSS 2025/017
Télémonitoring insuffisance cardiaque	-5.167	-5.167	Mobile Health	Note CGSS 2025/017
Formations ELP	-449	-449	Rubrique 40) Soins psychologiques	Note CGSS 2025/031
Financement IFIC	-2.277	0	Rubrique 33) Accord social	Note CGSS 2025/041
Surpopulation carcérale	-3.478	0	Rubrique 12a) Prix de journée d'entretien	Note CGSS 2025/059
Indexation Fonds blouses blanches	914	0	Hors objectif - Indexation Fonds blouses blanches	Note CGSS 2025/059
Accord gouvernement - Effort supplémentaire		91.500		
Accord gouvernement - Responsabilisation OA		25.000		
Total montant non affectable	99.699	310.439		

Le budget initial 2025 (note CGSS 2025/011) a été ajusté (notes CGSS 2025/017, 2025/031, 2025/041 et 2025/059) afin de transférer les moyens des mesures susmentionnées en dehors de l'objectif vers l'objectif budgétaire (et inversement). Le budget pour ces mesures était donc initialement prévu en dehors de l'objectif budgétaire, mais comme ces mesures seront réalisées dans le cadre de l'objectif budgétaire, le budget nécessaire est désormais prévu via une diminution du "montant non affectable" dans l'objectif budgétaire (et inversement). Il s'agit de transferts budgétaires neutres, car ces moyens étaient déjà repris dans le budget global des soins de santé. Cela n'a donc aucun impact sur ce budget global ni sur le futur calcul de la norme.

Par rapport à l'objectif budgétaire 2025, le montant non affectable augmente de 210.740 milliers d'euros, passant de 99.699 milliers d'euros à 310.439 milliers d'euros dans l'objectif budgétaire 2026.

Cela s'explique par le fait que :

- l'objectif budgétaire global 2025 comprend des mesures de correction à hauteur de 216.802 milliers d'euros, dont 80.363 milliers d'euros sont réalisés par un claw forward en exécution de la loi. Cependant, en 2025, l'industrie pharmaceutique doit proposer des mesures alternatives pour le même montant de 80.363 milliers d'euros sur base annuelle avec un impact structurel sur les dépenses des médicaments (objectif partiel 3). Ces mesures alternatives seront en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2026 ;
- certaines mesures doivent être glissées, uniquement pour 2025, de l'extérieur vers l'intérieur de l'objectif budgétaire (ou inversement) ;
- en 2026, il a été tenu compte des mesures d'économies supplémentaires reprises dans l'accord de gouvernement.

En 2026, les dépenses autorisées s'élèvent dès lors à 40.986.730 milliers d'euros (41.297.169 milliers d'euros – 310.439 milliers d'euros).

- Sous-utilisation structurelle

Dans le ETR, l'INAMI a répertorié les sous-utilisations. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous, avec une distinction entre les sous-utilisations structurelles et les sous-utilisations « ponctuelles » en 2026.

Les sous-utilisations structurelles concernent, d'une part, les budgets non utilisés et, d'autre part, les mesures mises en œuvre dont le budget prévu à vitesse de croisière ne sera pas entièrement utilisé. Les sous-utilisations ponctuelles concernent des mesures qui sont déjà entrées en vigueur, mais pour lesquelles on suppose que le budget annuel ne sera pas entièrement utilisé en 2026. Il s'agit donc de mesures qui ont déjà été mises en œuvre, mais dont le budget n'atteindra son niveau de croisière qu'après 2026.

Onderbenuttingen 2026 (000 EUR) Sous-utilisations 2026 (000 EUR)	TR sept 2026 (p2026) CT sept 2026 (p2026)	Structurele onderbenutting Sous-utilisation structurele	Onderbenutting 2026 Sous-utilisation 2026 (One shot)	Saldo 2026 Solde 2026
0. Transversale gezondheidszorgdoelstellingen - Objectifs de soins de santé transversaux				
b) Zorgtraject voor kinderen met obesitas - Trajet de soins pour enfants obèses	12.115		-4.038	8.077
c) Multidisciplinair perinataal (pre-en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen - Trajet de soins multidisciplinaire périnatal (pré- et postnatal) pour les femmes vulnérables	12.040	-3.000	-3.000	6.040
d) Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie - Itinéraire de soins autour du patient avant et après une transplantation d'organe abdominal	5.966		-1.989	3.977
e) Meer psychiatrische zorg, maar ook somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen - Plus de soins psychiatriques, mais aussi soins somatiques pour jeunes avec problèmes psychiatriques	12.650	-1.058	-3.000	8.592
f) Reductie van de heropnames door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie - Réduire les réadmissions par le déploiement d'une meilleure réhabilitation pulmonaire	6.087	-6.087		0
g 2.4) Saldo longcovid - Solde covid-long	12.321	-6.321		6.000
i) Somatische zorg in psychiatrische ziekenhuizen - Soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques	9.104		-3.035	6.069
1. Honoraria artsen - Honoraires médecins				
Huisartsenwachtposten & HAWP grote steden - Postes de garde médecins généralistes & PGMG grandes villes	55.046		-3.048	51.998
Wachtposten projecten weekwachten Projets postes de garde New Deal	13.498		-5.066	8.432
Praktijkondersteuning - Soutien de la pratique	25.893	-6.000		19.893
	17.710			17.710
3. Farmaceutische verstrekkingen - Prestations pharmaceutiques				
TFPV Budget 2023-2025 - Budget CRPPP 2023-2025	10.227	-815	-2.112	7.300
4. Honoraria verpleegkundigen - Honoraires praticiens de l'art infirmier				
Zorgpersoneelsfondsen - Fonds Blouses blanches	54.035		-25.088	28.947
12a Verpleegdagprijs				
Beroepen - Recours	72.629		-25.644	46.985
18. Revalidatie - Rééducation				
Resterend saldo extra budget diabetes - Solde restant budget supplémentaire diabète	858	-858		0
Autopsie jonge sporters - Autopsie jeunes sportifs	149	-149		0
Herstelverblijven - Séjours de convalescence	9.006		-2.252	6.754
36. Geïntegreerde zorg - Soins intégrés				
a) PGZ - PSI	10.707	-2.141	-1.071	7.495
b) Zorgvernieuwing - Renouvellement de soins	15.755	-3.151	-1.576	11.029
40. Psychologische zorg				
Federale werkingskosten - Frais de fonctionnement fédéraux	14.969	-7.779		7.190
TOTAAL - TOTAL	370.765	-37.359	-80.919	252.487

En outre, plusieurs mesures budgétisées (en 2025 déjà ou les années précédentes) n'entreront pas en vigueur le 1^{er} janvier 2026, mais au cours de l'année 2026. La note CGSS 2025/055 donne un aperçu de ces mesures (montants réservés), y compris leur date d'entrée en vigueur probable. Les montants réservés 2026 ne sont pas structurels et les dépenses en moins ne concernent donc en principe que l'exercice budgétaire 2026.

En exécution de la lettre de mission, les sous-utilisations structurelles sont converties en une réduction des objectifs concernés.

Répartition de l'effort pour l'année 2026

Afin de respecter les dépenses autorisées pour 2026 , une économie de 470,775 millions d'euros est nécessaire (voir note CGSS 2025/055).

La lettre de mission propose à cet effet le cadre suivant :

- **Prestations médicales pour les médecins : 150 millions d'euros**
- Réévaluation des prestations en hôpital de jour et optimisation de l'organisation hospitalière : 50 millions d'euros
- Autres secteurs : 47 millions d'euros, en plus de la réduction de 3 millions d'euros pour le secteur des maisons médicales, déjà inclus dans les estimations techniques (cf. lettre de mission du gouvernement).

Avec l'effort de 227,908 millions d'euros pour les spécialités pharmaceutiques, cela donne un effort total de 474,908 millions d'euros.

Répartition de l'effort - 000 EUR	
Effort supplémentaire médicaments : limiter la part pharma à 17,3 %	227 908
Prestations médicales par des médecins (biologie clinique, imagerie médicale, prestations spéciales et chirurgie)	150 000
Réévaluation des prestations en hôpital de jour et meilleure organisation du paysage hospitalier, dans le but d'améliorer la rentabilité au sein des hôpitaux et entre eux	50 000
Autres secteurs	47 000
Montant disponible pour de nouvelles initiatives	-4 133
	470 775

3. Proposition du Comité de l'assurance du 6 octobre 2025

Le lundi 6 octobre 2025, la proposition relative au budget des soins de santé 2026 (note INAMI CSS 2025/268) n'a pas été approuvée. Du côté des prestataires de soins, 11 ont voté contre et 9 pour.

Le projet de proposition élaboré par les organismes assureurs en concertation avec les prestataires de soins respectait les limites légales et la lettre de mission. Il repose sur un objectif multiple :

- Maintenir l'accessibilité des soins,
- Renforcer la viabilité financière du système par des mesures d'efficacité ciblées dans tous les secteurs,
- Concrétiser et proposer des adaptations de la lettre de mission.

La non-approbation du projet le 6 octobre a pour conséquence que le gouvernement doit lui-même soumettre une proposition au Conseil général le troisième lundi d'octobre, sur la base de l'objectif budgétaire (norme de croissance de 2 % et indexation de 2,72 %). La lettre de mission

approuvée par le gouvernement le 21 juillet 2025 sert de référence à cet égard. Cette lettre définissait les grandes lignes de l'exercice d'efficience à réaliser dans les différents secteurs.

4. Décision du Conseil général sur le budget de l'assurance maladie 2026

A. Efforts dans le secteur des médicaments

Le cadre pluriannuel avec l'industrie pharmaceutique

Le cadre pluriannuel pharmaceutique prévoit une trajectoire de croissance prévisible et durable pour le budget des spécialités pharmaceutiques, fixé à 17,3 % des dépenses nettes autorisées du budget normatif pour l'objectif de soins de santé. Cela signifie que le secteur pharmaceutique sera confronté à un défi de taille les années à venir également, sur lequel il continuera à travailler dans les prochains mois. Ce budget pharmaceutique prévoit également des mesures contre les pénuries de médicaments, telles qu'un filet de sécurité en cas de baisse de prix spécifique.

Dans le trajet 2026, 227 908 000 euros doivent être trouvés pour respecter la part fixe de 17,3 %.

000 EUR	2025	2026
Part de 17,3 % (1)	6 503 743	6 758 571
Croissance autorisée		254 828

Estimation pluriannuelle Actua : 3a) Spécialités pharmaceutiques (2)	6 503 743	6 986 479
Croissance ETR 2026 (septembre 2025)		482 736
Effort à fournir (2) - (1)		-227 908

Outre cet effort, une série d'efforts doivent encore être réalisés à partir d'exercices budgétaires qui sont déjà inclus dans les ETR comme étant réalisés : 26,900 millions d'euros pour rattraper les révisions par groupe non réalisées et la TPU, 80,360 millions d'euros de clawforward qui doivent être convertis en une économie structurelle (sinon : baisse des prix), et 50,700 millions d'euros supplémentaires décidés en 2025. Les mesures proposées ci-dessous visent en premier lieu à concrétiser ces efforts encore à réaliser. Ensuite, elles réduisent aussi l'effort supplémentaire nécessaire pour rester dans les limites de l'objectif fixé. Tout dépassement de l'objectif fixé est compensé par un clawback à la charge de l'industrie.

En outre, le cadre pluriannuel prévoit une enveloppe budgétaire distincte, en plus de la part fixe de 17,3 %, pour la nouvelle procédure « Early and Equitable Fast Access », en commençant par 25 000 000 euros en 2026. Cette enveloppe comprend les 11 588 000 euros du budget consacré aux besoins non satisfaits, auxquels s'ajoutent 13 412 000 euros de moyens supplémentaires financés par l'introduction d'un ticket modérateur minimum par emballage (voir ci-dessous).

Cette mission d'économie exige des efforts de la part des acteurs tout au long de la chaîne. L'industrie pharmaceutique en premier lieu, mais aussi les prescripteurs, les délivrants et la population doivent jouer leur rôle. En outre, la priorité est donnée aux mesures visant à améliorer l'efficience. Les mesures proposées sont principalement des propositions formulées par

l'industrie, les organismes assureurs et les médecins. Les pharmaciens ont également formulé des propositions.

Le Conseil général s'en tient aux mesures proposées par le gouvernement et décrites dans la lettre de mission. Toutefois, compte tenu de la proposition non approuvée du Comité de l'assurance et des estimations techniques de septembre 2025, un certain nombre de clarifications et d'ajustements sont apportés. Ces mesures, en particulier le Early and Fast Access, les tickets modérateurs, la pharmacie de référence et la réduction sur les médicaments, génèrent un certain nombre de transferts sans incidence sur le budget.

Mise en œuvre de la mesure « claw-forward » et contribution au fonds « Post Reimbursement » à créer

Dans le budget 2025, le Conseil général a chargé le secteur de proposer des mesures structurelles pour un montant de 80,360 millions d'euros en remplacement du claw-forward. Cette mesure prendra la forme d'une réduction sur tous les médicaments, avec un filet de sécurité pour éviter le retrait du marché de médicaments plus anciens ou de médicaments pour les petits marchés.

À partir de l'année 2026 et pour chaque année suivante (année T), toutes les entreprises qui commercialisent en Belgique des spécialités pharmaceutiques remboursables verseront une réduction, au plus tard le xx.xx.xxx, au titre de l'assurance obligatoire soins de santé, dont le **montant** pour chaque entreprise est égal à la réduction totale visée pour l'année T en question, multipliée par le chiffre d'affaires total corrigé de l'entreprise pour ses spécialités pharmaceutiques remboursables, divisée par la somme de tous les chiffres d'affaires corrigés de toutes les entreprises pour leurs spécialités remboursables.

Où

1. La réduction totale visée pour l'année 2026 = 80 360 000 euros. Ce montant peut être modifié pour les années suivantes par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, et sur proposition du Conseil général, en fonction des estimations techniques.
2. Le chiffre d'affaires total corrigé de l'entreprise pour les spécialités pharmaceutiques remboursables = Le chiffre d'affaires total de l'entreprise pour ses spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année T-1, tel qu'indiqué par l'entreprise dans le cadre de la déclaration pour la taxe sur le chiffre d'affaires (art. 191.15), diminué du chiffre d'affaires total de l'entreprise pour ses spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année T-1, tel qu'indiqué par l'entreprise dans le cadre de la déclaration pour la taxe sur le chiffre d'affaires (art. 191.15), qui appartiennent à un « petit marché », c'est-à-dire : la somme des chiffres d'affaires indiqués pour tous les médicaments contenant le même principe actif est inférieure à 3 000 000 EUR, et sont remboursables dans la catégorie A ou B
et
Le chiffre d'affaires total de l'entreprise pour ses spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année T-1, tel qu'indiqué par l'entreprise dans le cadre de la déclaration pour la taxe sur le chiffre d'affaires (art. 191.15), pour lesquelles l'effet (cela vaut donc aussi pour les génériques) est supérieur à 10 ans, et qui sont remboursées

dans la catégorie A ou B, avec application de l'article 35ter de la loi (le système des prix de référence)

et

La moitié du chiffre d'affaires total de l'entreprise pour ses spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année T-1, temporairement inscrites sur la liste des spécialités remboursables avec le code T, telle qu'indiqué par l'entreprise dans le cadre de la déclaration pour la taxe sur le chiffre d'affaires (art. 191.15).

En outre, le cadre pluriannuel prévoit un clawback renforcé, dans le cadre duquel les mesures mises en œuvre ne sont plus neutralisées, même si les économies réalisées sont inférieures aux prévisions. Cela offre des garanties supplémentaires que les économies pour 2026 seront pleinement réalisées. À partir de 2026, l'industrie versera également chaque année 10 000 000 euros dans un fonds « Post Reimbursement » qui sera utilisé pour des études cliniques portant notamment sur l'optimisation des doses, l'optimisation des délais de traitement et la définition de meilleures « stopping rules ». Cela devrait permettre une maîtrise efficace des volumes, par exemple lors de la prescription de thérapies (oncologiques) coûteuses.

Effort : 80 360 000 euros, plus 10 000 000 euros pour le fonds « Post Reimbursement » et garantie de l'objectif budgétaire partiel via le clawback.

Pharmacien de référence : adaptation des critères d'inclusion pour les groupes cibles

Le concept de pharmacien de référence a été introduit en 2017 dans le but d'accompagner les patients chroniques et d'assurer un suivi continu de leur traitement, notamment par l'établissement d'un schéma thérapeutique. En principe, tout patient qui en a besoin peut choisir un pharmacien de référence qui assurera le suivi de ses soins pharmaceutiques. Toutefois, l'assurance maladie ne rembourse la prestation « pharmacien de référence » que pour les pharmacies publiques et pour les patients ambulatoires appartenant à un groupe cible défini – actuellement les patients pour lesquels au moins 5 médicaments remboursés différents, dont au moins 1 médicament chronique, ont été délivrés dans la même pharmacie sur une période d'un an.

Une adaptation des critères d'inclusion est proposée afin de mieux cibler le remboursement sur les patients ayant les besoins de soins les plus importants, c'est-à-dire les patients pour lesquels au moins 5 médicaments remboursés différents, dont au moins 2 médicaments chroniques, ont été délivrés dans la même pharmacie sur une période d'un an. Pour les patients qui bénéficient déjà d'une prestation « pharmacien de référence », la continuité du suivi est importante. Le pharmacien évaluera la meilleure manière de garantir cette continuité, en fonction des besoins individuels. Cette intervention rapporterait environ 12 000 euros, garantis par une caution du secteur.

En outre, dans le prolongement de l'évaluation du service, il est proposé de maximiser la valeur ajoutée pour le patient chronique en envisageant une évolution du rôle et des missions du pharmacien de référence.

La mise en œuvre, l'efficacité et l'efficience du régime du pharmacien de référence doivent être suivies et évaluées sous la responsabilité de la commission de conventions Pharmaciens-OA.

Effort : 12 000 000 euros sur le budget de la pharmacie de référence

Délivrance à l'unité pour les antibiotiques

Le plan d'action national belge contre la RAM prévoit un certain nombre de mesures visant à lutter contre la résistance aux antimicrobiens et à rationaliser l'utilisation des antibiotiques. L'une de ces mesures consiste à **délivrer les antibiotiques par période de traitement afin de minimiser le risque de surconsommation d'antibiotiques et d'automédication**, qui conduit au phénomène de résistance aux antibiotiques. La délivrance par période de traitement est également incluse dans l'accord de gouvernement fédéral.

La délivrance d'antibiotiques doit être aussi efficace que possible : la délivrance dans des emballages adéquats est préférable, dans la mesure du possible. La délivrance d'une quantité adaptée est effectuée dans les situations où il n'est pas possible de fournir une quantité appropriée avec les emballages existants.

Concrètement, cette mesure est mise en œuvre comme suit :

- Pour tous les antibiotiques, un honoraire par traitement d'un mois ou moins (quelle que soit la durée du traitement) est prévu à la place de l'honoraire de base par emballage. Cet honoraire finance les soins pharmaceutiques et est fixé au montant de l'honoraire de base actuellement attribué par emballage (5,20 euros hors TVA). Dès ce moment, la tarification de tous les antibiotiques se fera également à l'unité et sera calculée sur le prix par comprimé du plus grand emballage. Les flags dans les maisons de repos (qui permettent des exceptions à la tarification à l'unité) sont supprimés pour les antibiotiques.
- Grâce au **nouveau système de tarification à l'unité des antibiotiques**, les pharmaciens contribueront aux économies requises sur le budget des spécialités pharmaceutiques. Dans les cas où aucun emballage adéquat n'est disponible (estimés à 25 % des cas), des honoraires supplémentaires sont accordés pour les tâches techniques et administratives liées à la délivrance par période de traitement. Cela nécessite un investissement net de 3,3 millions d'euros pour des honoraires complets, soumis toutefois à certaines conditions :
 - Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'un plan RAM global auquel participent également l'industrie pharmaceutique et les prescripteurs, qui doivent assumer leurs responsabilités.
 - La mise en place de cette prestation et de ces honoraires doit s'accompagner d'un suivi et d'une évaluation continus, avec ajustement si nécessaire.
 - Si un dépassement est constaté, des mesures doivent être prises en concertation, en tenant également compte de la situation globale et des évolutions dans le secteur.
 - La mise en œuvre de la mesure doit permettre aux organismes assureurs de remplir leur rôle de surveillance (des dépenses).
 - Ces nouveaux honoraires ne constituent pas un précédent pour d'autres actes techniques et administratifs futurs, y compris concernant d'autres classes de médicaments qui pourraient être délivrées à l'unité à l'avenir, après une évaluation de cette classe d'antibiotiques.

Effort : cette mesure nécessite un *investissement* de 3 300 000 euros.

Approfondissement de la facturation partielle dans les hôpitaux

La facturation partielle est approfondie de 85 % à 78 %. Cela permet de réaliser une économie de 42 000 000 euros.

Éviter le passage à des molécules thérapeutiques plus coûteuses

Lorsque des molécules au niveau ATC5 perdent leur brevet et que des génériques ou des biosimilaires arrivent sur le marché, on assiste à ce qu'on appelle le « patent cliff » ou « biocliff ». Cela peut entraîner des différences de prix considérables au sein d'une même classe de médicaments (ATC4), surtout lorsqu'un autre médicament de la même classe est encore sous brevet. La tendance à prescrire le traitement le plus coûteux dans ce cas peut entraîner des coûts supplémentaires considérables tant pour le patient que pour l'assurance maladie, alors que la valeur ajoutée thérapeutique est souvent limitée.

La lettre de mission du gouvernement prévoit donc une facturation partielle de 90 % pour les hôpitaux dans les indications où il existe une concurrence entre différentes molécules au sein d'une même classe (ATC4). Cette mesure devrait permettre de réaliser une économie de 20 000 000 euros.

Afin d'éviter que la mesure n'ait des effets indésirables, par exemple dans les situations où les hôpitaux n'ont pas de choix réel entre les alternatives, le projet de proposition du Comité de l'assurance suggérerait de travailler avec une liste positive de molécules auxquelles la mesure s'applique.

L'établissement de cette liste nécessite toutefois un certain temps de préparation. C'est pourquoi le Conseil général a décidé que la mesure n'entrerait en vigueur qu'en 2027. Les associations professionnelles des pharmaciens hospitaliers doivent présenter d'ici l'été 2026 une proposition de liste permettant de réaliser l'économie prévue de 20 000 000 euros. Cette liste sera soumise pour avis à la CRM, après quoi elle sera définitivement arrêtée.

Effort : 42 000 000 euros

Facturation partielle des médicaments importés parallèlement

Les importateurs parallèles offrent des remises aux pharmacies hospitalières et aux officines publiques, alors que l'assurance maladie paie le prix plein. C'est pourquoi la lettre de mission propose d'appliquer une facturation partielle aux produits importés, sauf exceptions dans le cadre de pénuries de médicaments et pour les médicaments déjà soumis à la facturation partielle ou au forfait hospitalier. La mise en œuvre de cette mesure nécessite une analyse juridique et actuarielle plus approfondie et fait l'objet d'un examen plus poussé. S'il s'avère que la mesure n'est pas réalisable, une alternative équivalente sera recherchée en concertation avec le secteur. Les économies ne seront donc pas encore effectives en 2026.

Effort : à déterminer

Accès plus rapide et meilleure protection grâce à une contribution solidaire

Les médicaments coûtent très cher. Pour certains emballages, le ticket modérateur est très faible, parfois inférieur à un euro pour une boîte. C'est pourquoi un tarif minimum de 1 € par emballage est demandé pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, et de 2 € par emballage pour les personnes ne bénéficiant pas d'une intervention majorée. Le maximum à facturer reste d'application, ce qui protège les personnes ayant des dépenses de santé élevées.

Il s'agit d'une contribution solidaire qui sera utilisée pour réinvestir dans une meilleure protection sociale des patients. D'une part, elle permettra au gouvernement de financer les 14 000 euros nécessaires à la nouvelle procédure Early and Equitable Fast Access, qui garantira aux patients en attente urgente de traitements innovants un accès beaucoup plus rapide à ceux-ci.

En outre, le maximum à facturer sera étendu aux médicaments des catégories de remboursement Cs et Cx, afin de garantir une protection encore meilleure aux personnes dont les dépenses de santé sont élevées. Cette mesure coûte 8 900 000 euros.

Effort : cette mesure rapporte 26 200 000 euros. Ce montant est directement investi dans l'extension du maximum à facturer et dans l'enveloppe pour Early and Equitable Fast Access, afin d'accélérer l'accès aux médicaments innovants.

Bonne utilisation des médicaments : IPP

Depuis des années, la Belgique fait partie des pays où la consommation d'IPP est la plus élevée en Europe : au moins 1 Belge sur 5 en prend. Seuls l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas nous devancent. Entre 2004 et 2017, leur consommation a triplé et elle continue d'augmenter d'année en année. Plus inquiétant encore, de nombreuses personnes utilisent les IPP pendant une durée (beaucoup) plus longue que celle recommandée, ce qui comporte des risques pour la santé.

C'est pourquoi les antiacides de la catégorie de remboursement B sont transférés vers la catégorie Cx. Les antiacides de la catégorie de remboursement A ne sont pas concernés, car ils sont destinés aux personnes souffrant de troubles graves (tels que le syndrome de Barrett). L'augmentation du ticket modérateur s'accompagnera d'une campagne d'information menée par les pouvoirs publics sur la bonne utilisation des IPP.

Effort : 53 900 000 euros

Utilisation plus efficiente des médicaments hypocholestérolémiants

Le projet de proposition du Comité des assurances suggérait de poursuivre l'affinement des mesures relatives à l'utilisation efficiente des statines. Concrètement, le projet de proposition suggère d'élargir le périmètre aux statines, à l'ézétimibe et aux combinaisons avec l'ézétimibe. La proposition vise à faire passer ces médicaments de la catégorie de remboursement B à la catégorie de remboursement C pour la prévention primaire chez les patients sans comorbidités. Pour la prévention primaire avec comorbidités et la prévention secondaire, la proposition prévoit un transfert vers le chapitre IV, avec maintien du remboursement dans la catégorie B.

Le Conseil général estime que l'élargissement du périmètre est justifié et souhaite répondre à la demande du Comité de l'assurance en transférant les monostatines, l'ézétimibe et les combinaisons de statines vers la catégorie C. Toutefois, une extension du chapitre IV, en plus des conditions déjà existantes du chapitre IV pour les médicaments susmentionnés, entraînerait une charge administrative disproportionnée pour le prestataire et le patient. Cette mesure s'accompagnera d'une campagne d'information des autorités publiques sur l'utilisation

efficace des médicaments hypocholestérolémiants, y compris leur importance dans la prévention des maladies cardiovasculaires.

Effort : 29 400 000 euros

B. Médecins

La lettre de mission demandait un effort supplémentaire de 150 millions d'euros dans le secteur des prestations médicales fournies par les médecins, en mettant particulièrement l'accent sur la biologie clinique, l'imagerie médicale, la chirurgie et les prestations spéciales.

Le Conseil général confirme cet effort, qui doit être axé autant que possible sur des mesures d'efficace. Compte tenu, entre autres, des propositions incluses dans le projet de proposition du Comité de l'assurance, les mesures suivantes sont décidées. Lorsque ces mesures ne sont pas encore suffisamment axées sur l'efficace, il est demandé à la Commission nationale médico-mutualiste, en concertation avec les associations professionnelles scientifiques concernées, de remplacer les mesures linéaires temporaires par des mesures d'efficace et de volume plus ciblées d'ici fin mai 2026 (sauf indication contraire).

Dans l'attente, les mesures prévues doivent être mises en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2026 :

	Proposition	EUR	Adaptation à partir du 1/1/2026
Biologie clinique	Réduction de la marge positive de 3 %	11 200 000	Adapter la valeur de la lettre clé (à l'exception du forfait par prescription via AR et du forfait par journée de soins via recalcul par hôpital)
	Économie linéaire temporaire dans l'attente de mesures relatives au volume et à l'efficace	15 400 000	Adapter la valeur de la lettre clé (à l'exception du forfait par prescription via AR et du forfait par journée de soins via recalcul par hôpital)
Imagerie médicale	Restrictions de prescription pour l'imagerie médicale lourde CT colonne vertébrale	38 300 000	Adapter les règles d'application
	Angiographie par soustraction numérique	3 100 000	Adapter la valeur de la lettre clé dans l'attente de la suppression du code de nomenclature
	Arthrographie et Arthro-IRM	1 500 000	Adapter les valeurs des lettres clés

	Forfaits examen PET	8 700 000	Supprimer le code de nomenclature dans la description des forfaits (AR)
Prestations chirurgicales	Assistance opératoire	20 000 000	Adapter la valeur de la lettre clé de toutes les prestations chirurgicales
	Forfaitisation de l'extraction extracapsulaire en cas de cataracte, y compris les examens pré- et postopératoires	15 000 000	Adapter la valeur des lettres clés
	Polypectomie endoscopique	1 100 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	Ostéotomie d'une dent incluse	800 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	Prothèse du genou	2 400 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	Chirurgie du dos	3 900 000	Adapter la valeur de la lettre clé
Prestations techniques			
	Échocardiographie	5 800 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	ECG	2 200 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	Immunohistochimie	1 000 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	Tympanoscopie	1 300 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	Honoraires hémodialyse	4 400 000	Adapter les honoraires (convention)
	Polysomnographie ambulatoire	1 600 000	Supprimer le code ambulatoire
Autres	Consultation de médecins non agréés	8 500 000	Adapter la valeur de la lettre clé
	Honoraires de surveillance hôpital de jour	3 800 000	Adapter la valeur de la lettre clé
Total médecins nom.		150 000 000	

- Dans le domaine de **la biologie clinique**, les honoraires forfaitaires et prestations techniques sont adaptés, ce qui représente un impact de 11,2 millions d'euros. Cette

mesure se justifie par le fait que les laboratoires de biologie clinique réalisent une marge positive moyenne de 20,38 %, selon les calculs effectués à partir des données de Finhosta. Étant donné qu'une libération de 15 % a déjà été réalisée dans le cadre de l'exercice 2023, il est désormais proposé de libérer 3 % supplémentaires de la marge, dont 11,2 millions d'euros seront retenus à titre d'économies. Le reste des moyens libérés est utilisé dans le secteur hospitalier. En outre, une économie linéaire temporaire est appliquée à l'ensemble de l'enveloppe consacrée à la biologie clinique, pour un montant de 15,4 millions d'euros. Cette mesure doit être remplacée en 2026 par des mesures de volume ciblées, axées davantage sur l'efficacité que sur une simple réduction des coûts, et doit être élaborée d'ici la fin mai 2026 afin de pouvoir entrer en vigueur en 2027. Les médecins prescripteurs ont également une responsabilité importante à cet égard : ils doivent non seulement faire preuve de discernement lorsqu'ils prescrivent des examens de biologie clinique, mais aussi informer correctement le patient lorsqu'un examen n'est pas nécessaire.

- Dans le domaine de **l'imagerie médicale**, les propositions de l'association professionnelle belge des radiologues sont intégrées. Des restrictions de prescription sont introduites pour les examens CT de la colonne vertébrale, qui ne peuvent désormais être prescrits que par certains spécialistes (neurochirurgie, neurologie, orthopédie, médecine physique, médecine d'urgence et rhumatologie, auxquelles s'ajoutent les médecins assistants). Cette mesure permet de réaliser une économie potentielle de 46,2 millions d'euros, mais elle tient compte d'un transfert partiel vers les examens IRM de la colonne vertébrale lorsque cela s'avère nécessaire. Cette proposition vise en premier lieu à limiter le volume d'examens souvent inefficients, avec pour effet supplémentaire de réduire l'exposition aux rayonnements ionisants.

En outre, certains codes de nomenclature obsolètes (tels que les angiographies par soustraction numérique) sont supprimés et les honoraires pour l'arthrographie et l'arthro-IRM sont ajustés afin de corriger les dépassements budgétaires. Enfin, les forfaits pour la prescription et l'avis des radiologues lors d'examens PET sont supprimés. L'évaluation d'une demande d'examen PET est effectuée par le spécialiste en médecine nucléaire à qui la prescription est adressée, et non par le spécialiste en imagerie médicale impliqué dans la partie CT, liée à la PET.
- Dans le **cadre des prestations chirurgicales**, la mesure relative à l'assistance opératoire est reprise du projet de proposition du Comité de l'assurance. Grâce aux progrès technologiques, le besoin d'une assistance systématique a fortement diminué, alors que la présence effective d'une assistance n'est souvent pas démontrable. La suppression de l'aide opératoire représente un impact total de 36,5 millions d'euros, dont 20 millions d'euros sont retenus comme économies. Les 16,5 millions d'euros restants sont réinvestis via une augmentation de la valeur de la lettre clé pour les interventions pour lesquelles une aide chirurgicale supplémentaire est effectivement nécessaire. L'économie est réalisée temporairement par une réduction de la valeur de la lettre clé de toutes les prestations chirurgicales (et donc pas seulement des prestations ayant une valeur relative $\geq$ K120 ou N200), dans l'attente de la modification des AR et des travaux du CTM.
- La chirurgie de la cataracte est une intervention fréquente, souvent de courte durée et à variable relativement faible, pour laquelle le contenu des soins est très prévisible et

standardisé. Aujourd'hui, les interventions de la cataracte sont remboursées séparément, et les examens pré- et postopératoires sont remboursés séparément et en supplément. Ce financement incite à effectuer plus d'examens que ce qui est médicalement nécessaire. Ainsi, en Belgique, un comptage des cellules endothéliales (un examen microscopique) est presque une pratique standard préalablement à une opération de la cataracte, alors que sa valeur ajoutée n'a pas été scientifiquement démontrée chez la majorité des patients et qu'elle est beaucoup moins courante dans les pays qui nous entourent. Nous demandons donc au groupe professionnel scientifique concerné d'élaborer une proposition de forfaitisation de l'extraction extracapsulaire de la cataracte, qui inclurait également les examens ophtalmologiques pré- et postopératoires. Cette mesure s'inscrit dans le prolongement d'une fiche *appropriate care* de la législature précédente et des recommandations du rapport 390 du KCE, qui soulignent l'inefficacité du comptage des cellules endothéliales dans le cadre de cette intervention. Dans ce contexte, l'option de prévoir l'intervention sur les deux yeux le même jour peut également être incluse dans la forfaitisation. Cette mesure vise une utilisation plus efficace des ressources, en évitant les examens éventuellement superflus et en remboursant l'ensemble du trajet de soins – y compris les actes pré- et postopératoires nécessaires – dans le cadre d'un honoraire transparent et unique. Une économie de 15 millions d'euros est présumée. Cette forfaitisation doit être élaborée d'ici fin mai 2026. En attendant, les honoraires pour l'extraction extracapsulaire de la cataracte et pour le comptage des cellules endothéliales seront temporairement réduits à partir de janvier 2026, pour un montant combiné de 15 millions.

Tel que repris du projet de proposition du Comité de l'assurance, en gastro-entérologie, la lettre-clé de la polypectomie endoscopique sera réduite et, en stomatologie, la prestation pour l'ostéotomie autour d'une dent incluse sera réduite de 6 euros.

En Belgique, nous opérons encore trop souvent en cas de problèmes de dos, alors que ce n'est pas sans risques, cela ne donne pas toujours le résultat souhaité et ce n'est pas toujours nécessaire. Bien que plusieurs mesures aient déjà été prises à cet égard (par ex. consultation multidisciplinaire, sensibilisation des patients, etc.), nous constatons que le nombre d'interventions au niveau du dos ne baisse pas. Cela suppose un travail à différents niveaux : sensibilisation, rôle important du médecin généraliste, accès direct à la kinésithérapie, etc. En attendant des propositions concrètes pour réduire le nombre d'interventions d'ici fin mai 2026, l'honoraire sera temporairement réduit de 10 %. Une même proposition est faite pour les prothèses du genou.

- Dans **les prestations techniques**, l'échocardiographie sera réduite de 4 euros, les étant entendu que les associations professionnelles et les groupes de travail techniques élaboreront une proposition pour une utilisation plus responsable de l'échocardiographie d'ici fin mai 2026. Dès que ces mesures entreront en vigueur, la lettre clé sera à nouveau adaptée. La réduction de 1 euro des honoraires pour les ECG permettra d'économiser 2,2 millions d'euros. En attendant l'adaptation de la nomenclature pour HER2-FISH et de l'ajout de règles de cumul supplémentaires, la valeur de la lettre clé de l'examen immunohistochimique sera réduite, ce qui permettra une économie de 1 million d'euros.

Les honoraires pour la tympanoscopie seront revus à la baisse à hauteur de 1 euro. En outre, le code de nomenclature ambulatoire pour la polysomnographie ambulatoire sera supprimé en raison d'une utilisation abusive. Selon le SECM, ce code a été facturé à tort plus de 5000 fois en 2024, ce qui représente un impact de plus de 1,5 million d'euros. Cette modification vise à garantir une utilisation correcte de la nomenclature et n'a aucun lien avec la réforme en cours concernant les examens du sommeil.

- Nous constatons que le système actuel d'accréditation, et l'allocation d'accréditation qui y est liée, nécessitent une révision en profondeur. La formation continue et la participation à des activités de promotion de la qualité restent toutefois un élément essentiel de soins de qualité et efficaces. Le principe de l'accréditation en tant qu'instrument de soutien reste donc important. En attendant une révision plus large du système d'accréditation, nous ne voulons pas prendre de mesures qui sapent l'importance de l'accréditation, mais nous voulons plutôt prévoir une incitation ciblée pour encourager les médecins non accrédités à adhérer au système. C'est pourquoi, comme le propose également la note du Comité de l'assurance – bien que dans une mesure beaucoup plus limitée –, il est proposé d'augmenter temporairement la différence entre les médecins accrédités et non accrédités en attendant cette plus large révision. Nous demandons à la Commission nationale médico-mutualiste d'élaborer cette révision d'ici septembre 2026. En outre, nous demandons que les conditions d'octroi de la prime de pratique intégrée fassent l'objet d'une évaluation détaillée. Cette prime a pour objectif de soutenir le fonctionnement du cabinet et l'utilisation des services électroniques. Les critères qui concernent principalement l'efficacité et la qualité ne sont pas au cœur de cette prime et doivent donc être reconsidérés.
- Enfin, autre élément repris du projet de proposition du Comité de l'assurance : les honoraires forfaitaires pour l'hémodialyse à l'hôpital seront réduits de 6 euros, ce qui représente une économie d'environ 4,4 millions d'euros. En outre, les honoraires de surveillance de l'hôpital de jour en oncologie seront réduits de 10 euros, en raison de la forte augmentation des dépenses depuis la revalorisation de 2022, qui excède largement le budget presupposé. Une analyse des pratiques de facturation doit donc être effectuée par le Service, en concertation avec les acteurs concernés, en accordant une attention particulière aux cumuls possibles au cours d'une même semaine et au nombre de factures par patient, afin que la mesure puisse être ajustée dès que les règles d'application adaptées entreront en vigueur.

Plusieurs mesures du projet de proposition du Comité de l'assurance sont donc reprises, dont plusieurs figuraient déjà dans la lettre de mission comme pistes possibles. En attendant des mesures plus détaillées qui tiennent compte du volume de certaines interventions, pour lesquelles le niveau en Belgique est élevé au regard de la situation internationale et pour lesquelles des variations de pratique importantes sont constatées, il est opté régulièrement de procéder à des adaptations ciblées des lettres clés. Il est également fait référence aux initiatives en matière de soins appropriés aux Pays-Bas, où les associations professionnelles concernées prennent l'initiative de mettre fin aux pratiques inefficaces par le biais de directives soutenues et d'un consensus. Sauf indication contraire expresse, il est demandé aux groupes professionnels et aux groupes de travail techniques concernés de formuler des propositions concrètes et structurelles d'ici fin mai 2026.

Ces mesures doivent permettre de réaliser une économie totale de 150 000 milliers d'euros.

L'importance d'une prescription rationnelle des médicaments est une nouvelle fois rappelée explicitement à la Commission nationale médico-mutualiste. Lors de la confection du budget 2025, une mission a été confiée à cet effet afin d'élaborer des mesures ciblées. En l'absence de ces mesures, 16 millions d'euros seront retenus sur la masse d'indexation de 2026. Une fois les mesures ciblées en matière de prescription entrées en vigueur, le montant libéré pourra être réinvesti dans les honoraires des médecins.

Le Conseil général réaffirme l'importance d'une bonne organisation des gardes de médecins généralistes. Le triage est un élément important pour organiser les soins non programmables. Pour une partie des citoyens, le 1733 effectue une première évaluation du niveau d'urgence, mais le triage médical reste un aspect important des soins non programmables. C'est pourquoi nous réintroduisons la consultation de triage par téléphone dans les postes de garde de médecins généralistes, ce qui permet aux médecins d'évaluer la gravité par téléphone et, si nécessaire, de donner un avis médical par téléphone. Le triage médical par téléphone réduira le nombre de consultations physiques au poste de garde. Les moyens libérés par la baisse du nombre de consultations physiques pendant la garde seront utilisés pour rémunérer la consultation de triage téléphonique. Le Conseil général charge la Commission nationale médico-mutualiste d'introduire ces consultations de triage téléphonique dans les postes de garde de médecins généralistes à partir du 1er janvier 2026. Le Conseil général demande au service de surveiller cet aspect attentivement afin de pouvoir intervenir rapidement si cette hypothèse de neutralité budgétaire ne se vérifie pas. Compte tenu des aspirations des médecins généralistes et des services d'urgence, le gouvernement accordera en outre la priorité à la mise en place d'un triage contraignant des patients pour les soins urgents non planifiés.

Le Conseil général renvoie à la lettre de mission qui prévoyait que des mesures ciblées devaient être prises de manière judicieuse afin de mieux harmoniser les souhaits et l'offre en matière de soins en fin de vie. Il s'agit d'une question complexe qui nécessite une approche large, minutieuse et concertée, en tenant également compte des objectifs du patient lui-même. Un groupe de travail sur la fin de vie sera créé. Il sera chargé de présenter, au plus tard le 30 juin 2026, un rapport contenant des propositions concrètes et réalisables. Nous demandons que le service lance un appel à candidatures auprès des groupes concernés mentionnés dans la lettre de mission (médecins, infirmiers, organismes assureurs et associations de patients). Ce groupe de travail sera présidé par le Dr Katrien Bervoets.

C. Hôpitaux

Des changements structurels sont nécessaires au sein des hôpitaux afin de renforcer l'efficacité des soins. Cette réforme n'est pas une fin en soi, mais un levier nécessaire pour organiser les soins de manière prospective : plus ambulatoires, plus proches du patient et adaptés aux besoins médicaux. Nous estimons que le nombre de lits d'hôpitaux agréés pour les soins aigus peut baisser d'environ 8 % d'ici 2030, notamment grâce à la hausse des hospitalisations de jour

et des hospitalisations à domicile. Les innovations médicales permettent de plus en plus souvent de fournir des soins complexes en moins de temps, voire à domicile.

Dans sa lettre de mission, le gouvernement a donc mis en avant un exercice d'efficacité à hauteur de 50 millions dans le secteur hospitalier. Il suggère comme cadre la réévaluation des prestations en hôpital de jour et une meilleure organisation du paysage hospitalier, dans le but d'améliorer l'efficacité au sein des hôpitaux et entre eux (mais il reste ouvert à d'autres solutions).

Dans sa réponse, le secteur hospitalier souligne qu'il est également impacté par les mesures imposées dans d'autres secteurs, et plus particulièrement les secteurs médicaments, médecins et implants. Il se montre disposé à accepter la suggestion du gouvernement dans la lettre de mission, mais estime qu'il faut prévoir suffisamment de temps à cet effet. Cela vaut tant pour une réévaluation dûment étayée des prestations en hôpital de jour que pour l'identification des gains d'efficacité dans le cadre d'une réforme du paysage hospitalier, sur laquelle se penche actuellement une commission d'experts indépendants dont le rapport est attendu d'ici fin 2025.

Le Conseil général propose donc d'inscrire, pour l'année 2026, dans l'objectif budgétaire partiel pour les hôpitaux un montant de 47 073 106 à titre de réduction linéaire dans l'objectif budgétaire partiel 2026 pour les hôpitaux.

Le Conseil général charge le secteur hospitalier d'élaborer, dans le courant de l'année 2026, l'adaptation des prestations en hôpital de jour afin de réaliser, à partir de 2027, une économie structurelle à hauteur de 47 millions.

En outre, deux éléments du projet de proposition qui a été soumis au Comité de l'assurance sont repris :

- Réduction du BMF à hauteur de 921 568,36 euros suite à la limitation des indications pour la circoncision (Note CSS 2025/243).
- Introduction d'une nouvelle prestation (432854-432865) : ablation de l'endomètre par radiofréquence. L'INAMI estime l'économie réalisée sur le budget forfait 6 hôpital de jour pour 2026 à 2 005 326 EUR.

D. Autres secteurs

La lettre de mission demande un effort de 50 millions aux secteurs restants. Ici aussi, il convient de miser sur l'efficacité afin de contribuer solidairement à cet effort.

Différentes mesures concrètes ont été élaborées dans la proposition du Comité de l'assurance. La proposition élaborée a également pu compter sur le soutien des secteurs concernés. En concertation avec les organismes assureurs, les secteurs ont répondu de manière constructive à la demande du gouvernement de gérer avec prudence les ressources solidaires et d'examiner où des gains d'efficacité sont possibles. Le Conseil général reprend donc ces mesures avec quelques ajouts.

Soins à distance

Le Conseil général fait observer que différents secteurs prennent des mesures pour intégrer structurellement les consultations vidéo dans la nomenclature. Les secteurs adaptent cela à la réalité de leur pratique, en veillant à la qualité des soins. L'objectif n'est pas de remplacer simplement les consultations physiques par des consultations vidéo. Cela doit se faire de manière mûrement réfléchie, et le patient doit conserver sa liberté de choisir.

Le Conseil général note que les propositions élaborées notamment par les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sages-femmes se basent sur un honoraire identique pour les consultations vidéo et les consultations physiques. Et ce, contrairement aux consultations vidéo chez les médecins spécialistes (et les médecins généralistes accrédités), qui sont moins bien rémunérées que les consultations physiques. L'approche des médecins est défendable, étant donné que les consultations vidéo entraînent moins de frais que les consultations physiques et peuvent également être plus efficaces en termes de temps consacré. Sur cette base, le Conseil général propose comme ligne directrice générale que les honoraires pour les consultations vidéo doivent au moins être 18,3 % inférieurs à ceux des consultations physiques similaires. Les secteurs concernés sont invités à adapter leur nomenclature en conséquence.

Au total, ceci génère une économie structurelle de 2,408 millions d'euros en 2026.

Technologies orthopédiques

Dans le cadre de l'efficacité des soins, la nomenclature des orthèses de genou et des orthèses thoraco-lombaires sera adaptée. Ces deux réformes s'appuient sur des preuves scientifiques et visent à mieux aligner le remboursement sur l'efficacité clinique. Parallèlement, diverses baisses de prix seront introduites à partir du 1er janvier 2026, sur la base de comparaisons de prix internationales. Ces adaptations de prix ne doivent pas entraîner de suppléments plus élevés pour les patients et doivent inclure à la fois les produits sur mesure et les produits préfabriqués. Elles seront élaborées plus en détail au sein de la commission de conventions concernée.

Les économies attendues s'élèvent à 1,250 millions d'euros pour les orthèses de genou, 1,750 millions d'euros pour les orthèses thoraco-lombaires et 5 millions d'euros pour les baisses de prix générales. L'annexe du projet de proposition du Comité de l'assurance contient des explications complémentaires.

Au total, ceci représente une économie structurelle de 8 millions d'euros en 2026.

Soins infirmiers à domicile

Afin de maîtriser la croissance des dépenses des forfaits palliatifs (PP et PN), ces deux forfaits seront réduits de 25 % à partir du 1er janvier 2026. Cette mesure fait suite aux constats de l'audit 2024 de l'INAMI. Elle s'inscrit dans le cadre de l'objectif politique visant à concentrer les ressources sur les patients qui en ont le plus besoin et à promouvoir une utilisation ciblée des ressources sans compromettre l'accessibilité des soins palliatifs.

La mesure sera développée plus en détail par la Commission de conventions Infirmiers - Organismes assureurs, avec une économie attendue de 11,907 millions € en 2026.

Soins dentaires

À partir du 1er janvier 2026, le remboursement de la radiographie panoramique (OPG) sera limité à une fois tous les trois ans (au lieu de tous les deux ans) pour les patients de plus de 19 ans. Cette mesure vise à éviter la surconsommation et s'inscrit dans le cadre de la mission du gouvernement visant à rendre la radiologie dentaire plus efficace. **Les économies annuelles attendues s'élèvent à 2,076 millions d'euros.**

Le projet de proposition du Comité de l'assurance concernant la lecture obligatoire de la carte d'identité électronique est reprise, l'objectif étant d'introduire la lecture obligatoire d'ici au 1er octobre 2026. Cette mesure vise à réduire la fraude et à renforcer les mécanismes de contrôle. **L'impact budgétaire estimé s'élève à 4,339 millions d'euros en 2026.**

Comme le souligne également le rapport de la Commission pour les objectifs de soins de santé, il est important d'investir dans des secteurs spécifiques tels que les soins dentaires. Dans ce contexte, nous demandons de poursuivre l'élaboration de mesures qui améliorent l'efficacité et l'affectation optimale des ressources disponibles. Les ressources libérées peuvent être utilisées pour des revalorisations ciblées, en accordant une attention particulière aux soins des personnes à besoins spécifiques, aux prestations qui impliquent des matériaux et des techniques et aux prestations qui nécessitent une compétence particulière de la part du prestataire, en vue d'améliorer l'accessibilité pour les patients.

Revalidation

Pour le secteur de la revalidation, les mesures proposées par le Comité de l'assurance sont reprises. Les montants ont été actualisés par le service. **L'effort total s'élève à 7,266 millions d'euros.** Pour la convention en matière de technologie avancée ou onéreuse (TAO) chez les patients diabétiques (7.86.9), il apparaît, sur la base des évaluations scientifiques finalisées, qu'il n'est plus nécessaire de continuer à prévoir un budget spécifique de 1,408 million d'euros. La convention est maintenue en tant que cadre réglementaire afin que, si de nouvelles innovations technologiques apparaissent, le budget puisse être rouvert. Pour la revalidation cardiaque, en attendant la réforme définitive de la nomenclature, une réduction linéaire temporaire de 10 % est appliquée aux prestations existantes. Cela génère une économie structurelle de 2,312 millions d'euros. Enfin, pour l'oxygénothérapie à domicile de longue durée (7.81), une réduction de prix de 1,54 euro par forfait journalier est introduite, indépendamment de la réforme de la réglementation qui est en cours (-3,546 millions). Cette mesure évite des différences de prix injustifiées entre des modalités similaires et garantit une utilisation plus efficace des ressources.

L'économie attendue en 2026 s'élève à 7,266 millions d'euros.

Kinésithérapie

Le projet de proposition du Comité de l'assurance prévoit une révision de la proposition du forfait hebdomadaire pour la télésurveillance qui sera introduit à partir du 1er janvier 2026. Le Conseil général soutient une telle réforme et demande à cet égard de réaliser un effort de 6,049 millions en réduisant l'honoraire à une seule séance M24 et en diminuant le total sur proposition du Conseil technique de Kinésithérapie.

Compte tenu de la mesure relative aux soins à distance, l'effort total pour le secteur s'élève à 8,374 millions d'euros. La lettre de mission est également rappelée. La commission de conventions est encouragée à poursuivre la réforme de la nomenclature afin de permettre une plus grande flexibilité dans le plan de traitement grâce à l'introduction de *time units* plus courtes (15 min) et flexibles. Les moyens libérés dans ce cadre grâce à l'efficacité peuvent être réinvestis dans le secteur dans le cadre de la revalorisation de certaines prestations ou d'initiatives et projets nouveaux.

En outre, des travaux sont en cours pour concrétiser l'accès direct à la kinésithérapie pour les troubles légers et modérés, en se concentrant dans un premier temps sur les troubles musculosquelettiques. Cela permettra de renforcer le rôle du kinésithérapeute dans les soins de première ligne et pourra également contribuer à un recours plus ciblé à la chirurgie du dos et à la prévention des douleurs dorsales, qui sont également une cause importante d'incapacité de travail.

Implants

Dans le secteur des implants, le budget consacré aux nouvelles initiatives s'élève à 20,1 millions d'euros en 2026. Cette enveloppe pour les politiques nouvelles sera temporairement réduite de 2,422 millions en 2026. Cette correction technique libère une marge pour développer d'autres propositions politiques au cours de l'année 2026 sans compromettre la continuité d'une politique innovante en matière d'implants. Dans ce contexte, le secteur est invité à examiner où des gains d'efficacité supplémentaires peuvent être réalisés, notamment par une utilisation plus efficace des implants, une meilleure gestion des volumes et une évaluation plus rigoureuse des prix.

L'économie attendue en 2026 s'élève à 2,422 millions d'euros.

Logopédie

Lors de l'établissement des estimations, l'INAMI a déjà tenu compte de la tendance signalée par le Comité de l'assurance. Aucune économie n'a donc pu être réalisée dans ce domaine. Le secteur est toutefois indirectement touché par la mesure relative aux soins à distance, pour un montant de 48 milliers d'euros.

Maisons médicales

Conformément à la lettre de mission, les estimations techniques au niveau de la rubrique budgétaire « 31. Maisons médicales » ont été réduites de 3 millions. Ceci doit inciter le secteur à bien anticiper l'afflux de nouveaux cabinets au forfait, afin de maîtriser l'offre et de réduire le risque de dépassements budgétaires. Dans le cadre du paquet de mesures proactives, le secteur a déjà fourni un effort. Le secteur a ainsi apporté une contribution globale à hauteur de 7 329 milliers d'euros en 2026.

Sages-femmes

La lettre de mission répète qu'il faut continuer à travailler sur les trajets qui renforcent le rôle des sage-femmes dans les soins de première ligne. Le Conseil général insiste pour que les travaux se poursuivent rapidement afin de mettre en place un trajet périnatal bien développé.

La lettre de mission invite à réfléchir à des moyens de libérer des ressources afin d'investir de manière ciblée dans de meilleurs honoraires. Aujourd'hui, les prestations d'une sage-femme sont fournies sans ticket modérateur. Bien que cela soit positif dans le cadre de soins de première ligne accessibles, le Conseil général estime qu'il est justifiable d'introduire un ticket modérateur dans la nomenclature des sage-femmes, similaire à celui appliqué pour les consultations chez le médecin généraliste, à savoir 4 euros pour un bénéficiaire classique et 1 euro pour un bénéficiaire de l'intervention majorée. Selon une estimation de l'INAMI basée sur

les données DocN 2024, cela représenterait un montant estimé d'environ 4,1 millions pour le secteur. Les moyens ainsi libérés calculés et actualisés en 2026 seront réinvestis dans une revalorisation des honoraires. La commission de conventions sage-femmes – organismes assureurs est invitée à poursuivre ses travaux en ce sens, à compter du 1^{er} janvier 2026.

Le secteur a également été indirectement touché par la mesure relative aux soins à distance, pour un montant de 25 000 euros.

Màf Psychiatrie

La restriction selon laquelle la part personnelle pour une admission en hôpital psychiatrique ne compte que pendant 365 jours pour le maximum à facturer est supprimée. Cette modification, conforme à l'accord de gouvernement, vise à mieux protéger les patients psychiatriques qui ont besoin de soins de longue durée contre les coûts élevés des soins. À partir du 1^{er} janvier 2026, tous les jours d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique seront entièrement pris en compte dans le maximum à facturer, et le ticket modérateur au-delà du plafond sera remboursé sans limitation.

L'économie attendue annuellement s'élève à 1,590 millions d'euros.

En milliers d'euros	Note CASS (impact 2026)	Note CG (impact 2026)	Différence CASS vs CG
Technologues orthopédiques	8 000	8 000	0
orthèses de genou	1 250	1 250	0
orthèses thoraco-lombaires	1 750	1 750	0
Diverses baisses de prix	5 000	5 000	0
Revalidation	6 950	7 266	316
TAO 7 869	1 404	1 408	4
Revalidation cardiaque 7.82.1	2 179	2 312	133
Oxygénothérapie de longue durée 7.81	3 367	3 546	179
Soins infirmiers à domicile	11 907	11 907	0
Forfait PP et PN	11 907	11 907	0
Soins dentaires	6 360	6 415	55
remboursement OPG	2 021	2 076	55
lecture obligatoire eID	4 339	4 339	0
Kinésithérapie	8 374	8 374	0
télésurveillance	8 374	6 039	2 335
consultation vidéo		2 335	-2 335
Sages-femmes		25	25
consultation vidéo		25	25
Implants	1 046	2 422	1 376
réduction initiatives nouvelles	1 046	2 422	1 376
MàF Psychiatrie	0	-1 590	-1 590
Marge TR 2026	4 133	4 133	0
Logopédie	150	48	-102
Locked-in Syndrome	150		-150
consultation vidéo		48	48
TOTAL	46 920	47 000	80

4. Application

Outre l'efficacité des soins, tant l'accord de gouvernement que la lettre de mission mettent fortement l'accent sur l'application. La lettre de mission précise qu'un **plan énergétique de contrôle de la mise en œuvre et de lutte contre la fraude de l'INAMI doit rapporter 25 millions d'euros en 2026**. Le service est invité à présenter ce plan au Conseil général au plus tard en **décembre 2025** et à lui rendre compte périodiquement des progrès réalisés.

En outre, il est attendu des organismes assureurs, dans le cadre du contrôle de l'application, qu'ils maîtrisent les dépenses de soins de santé en 2026, pour un montant de 25 millions d'euros dont les organismes assureurs sont garants. Là encore, il est demandé de présenter les mesures concrètes au Conseil général en décembre 2025.

5. Effort en dehors de la norme

Conformément à la lettre de mission, un effort en dehors de la norme de 33,5 millions d'euros sera fourni.

Loi sur les hôpitaux - fermeture de lits (-6,110 M€)

Dans la ligne budgétaire « droit des hôpitaux », un montant est prévu pour couvrir les « indemnités de fermeture » encore dues dans le cadre de deux procédures judiciaires contre l'abrogation de la législation qui permettait d'octroyer ces indemnités pour la fermeture de lits. Ce montant figure dans le budget depuis plusieurs années, en attendant une décision judiciaire définitive.

En 2026, il s'élevait à 6 110 000 euros, ce qui correspond au coût maximal en cas de condamnation pour les deux affaires restantes. Depuis plusieurs années, ce budget est inscrit sans qu'aucune dépense n'ait été effectuée. Il est proposé de résoudre cette situation au moment où un budget devra effectivement être libéré.

Réductions de la taxe sur le chiffre d'affaires (-5 M€)

Conformément aux articles 191bis, 191ter et 191quater de la loi, les fabricants de médicaments sont soumis à différentes contributions sur leur chiffre d'affaires annuel.

La législation prévoit toutefois différentes possibilités de remboursement total ou partiel de ces contributions, notamment en cas d'investissements dans la recherche et le développement, d'initiatives en matière d'innovation ou de réduction des dépenses de marketing.

Pour l'année 2026, un montant maximal de 42 millions d'euros est prévu à cet effet. À titre de comparaison, la baisse en 2024 s'élevait à 35,121 millions d'euros.

Ressources supplémentaires du pacte pour l'avenir (-0,268 M€)

Le pacte pour l'avenir a été introduit en 2018. Le montant total n'a pas été engagé la première année.

La partie effectivement engagée a été comptabilisée dans les frais de gestion de l'INAMI, tandis que le solde, soit 268 000 euros, a été temporairement inscrit dans une ligne budgétaire distincte. Ce budget distinct a été maintenu pendant plusieurs années par mesure de précaution. Ce solde n'étant plus nécessaire, il peut être supprimé.

Maintien/efficacité des soins (-1,055 M€)

Ce budget a été ajouté en 2019 à la suite de la cinquième modification du contrat de gestion de l'INAMI, dans le but de financer l'efficacité des soins.

Il s'avère que ce montant a été inscrit à tort à deux endroits différents du budget : d'une part dans les frais administratifs de l'INAMI et d'autre part dans cette ligne budgétaire spécifique. Dans la pratique, aucune dépense n'a jamais été comptabilisée sous cette dernière rubrique. Il est donc proposé de supprimer ce poste.

Seed Money (-4 M€)

L'article 195 de la loi GUV stipule qu'une partie des frais administratifs variables des organismes assureurs n'est pas attribuée chaque année sur la base de leurs performances de gestion. Dans le cadre du pacte pour l'avenir, ces ressources – fixées par l'article 90 de la loi du 18 mai 2022 et l'arrêté royal du 13 septembre 2023 – sont redistribuées sous forme de « Seed Money » afin de soutenir l'innovation et l'amélioration de l'efficacité des organismes assureurs et des pouvoirs publics.

Proposition : la moitié de ces fonds ne sera plus attribuée et sera reversée au Trésor public. Pour 2026, une économie de 4 millions d'euros est estimée.

Article 56 (-11,067 M€)

L'économie entre le budget initialement prévu pour 2026 (préfiguration) et la proposition de budget 2026 s'élève à 11,067 millions. Cette économie a été réalisée grâce à :

- La suppression de certaines lignes budgétaires en raison de l'arrêt de certains projets ;
- D'une demande budgétaire inférieure pour certains projets de la part du partenaire après consultation du service concerné ;
- L'application de l'index (correction technique) ;
- L'inscription d'une sous-utilisation globale dans la rubrique article 56 – 22.

e-santé (-6 M€)

Le budget initialement proposé pour la santé en ligne est réduit de 6 millions:

- Une diminution de 4,5 millions dans la rubrique Healthdata (725). Le principe sous-jacent à Healthdata est migré vers d'autres principes de registre, ce qui permet de réduire le budget prévu en raison de la diminution des activités qui y sont associées.
- Une diminution de 1,5 million dans la rubrique Projets européens (734). Après la mise en œuvre de HDA, la gestion de projet (Gestion Health Data Space, IHSI, Gestion Beneluxa) pourrait être retirée du portefeuille de projets. Une révision du périmètre du projet SDG pourrait également contribuer à cette réduction des ressources.

P.m. économie frais d'administration tiers normalisation (-50M €)

Lors de son entrée en fonction, le gouvernement a décidé que d'ici la fin de la législature, 150M d'euros seraient économisés sur les frais d'administration des organismes assureurs. Pour l'année 2026, une première réduction de 50 M d'euros sera mise en œuvre.

En outre, les organismes assureurs sont garants, via la mise en œuvre du VARAK, d'une réduction des dépenses (d'ici 2029) de 100 M d'euros dans les dépenses de santé. Pour l'année 2025, les mutualités doivent réaliser une réduction des dépenses de 25 millions d'euros, sans quoi ce montant sera retranché des frais d'administration.

Bijlage 1 : Overzicht van de begroting
Annexe 1 : Aperçu du budget
Geneeskundige verzorging - Soins de santé

ONTVANGSTEN - RECETTES	2026	Wijzigingen Modifications	2026
	Prefiguratie Préfiguration Monitoringcomité 22-09-2025		Nota ARGV 2025/069 Note CGSS 2025/069
in duizenden EUR - en milliers EUR			
Bijdragen - Contributions	1.918.484	0	1.918.484
- Bijdragen gepensioneerden - Cotisations pensionnés	1.908.078		1.908.078
- Persoonlijke bijdragen - Cotisations personnelles	10.406		10.406
Staatstoelagen - Allocations publiques	835.448	0	835.448
- Financiering Zorgpersoneelfonds - Financement fonds blouses blanches	347.498		347.498
- Dotatie taks op de effectenrekeningen - Dotation taxe sur comptes-titres	487.950		487.950
Toegewezen ontvangsten - Recettes allouées	1.925.583	10.000	1.935.583
- Autoverzekering - Assurance automobile	243.194		243.194
- Vergoedingen farmaceutische produkten - Redevances produits pharmaceutiques	5.028		5.028
- Heffing zakencijfer farmaceutische produkten - Cotisation chiffre d'affaires produits pharmaceutiques	592.510		592.510
- Private verzekeringsmaatschappijen - Compagnies d'assurances privées	255.718		255.718
- Heffing marketing farmaceutische firma's - Cotisation marketing firmes pharmaceutiques	7.376		7.376
- Diverse verzekeringen - Assurances diverses	818.157		818.157
Onbeschikbaarheden geneesmiddelen - Indisponibilité des médicaments	3.600		3.600
Post Reimbursement Fonds		10.000	10.000
Externe overdrachten - Transferts externes	354	0	354
- Protocolakkoord Belrai - uitgaven gemeenschappen - Protocole accord Belrai - dépenses communautés	354		354
Opbrengsten beleggingen - Revenus des investissements	623	0	623
- Beleggingen V.I.'s - Placements O.A.	33		33
- Beleggingen bijdragefondsen - Placement fonds de cotisations	590		590
Diverse ontvangsten - Recettes diverses	2.518.781	0	2.518.781
- Terugvorderingen art. 157 - Récupérations art. 157	14.015		14.015
- Gerechtelijke interesten - Intérêts judiciaires	1.378		1.378
- Contracten art. 111 geneesmiddelen (oud art. 81) - Contrats art. 111 médicaments (ancien art. 81)	1.919.845		1.919.845
- Boetes controledienst ziekenfondsen - Amendes Off. de contrôle mutualités	2		2
- Internationale verdragen (IV) - Conventions internationales (CI)	540.628		540.628
- Protocolakkoord IV - Protocole d'accord CI	25.413		25.413
- Seed money	PM		PM
- Financement BCCH - BCCH financiering	17.500		17.500
Overdrachten vanuit de globale beheren - Transferts de la gestion globale	39.562.743	0	39.562.743
- Globaal beheer §1bis loontrekkenden - Gestion globale §1bis salariés	28.194.097		28.194.097
- Globaal beheer §1bis zelfstandigen - Gestion globale §1bis indépendants	2.633.528		2.633.528
- <u>Globaal beheer §1quater loont. (alt. Fin.) - Gestion globale §1quater salariés (fin. alt.)</u>	7.665.175		7.665.175
- <u>Globaal beheer §1quater zelfs. (alt. Fin.) - Gestion globale §1quater indépendants (fin. alt.)</u>	715.982		715.982
- Overdracht zelfstandigen - Transfert indépendants	202.995		202.995
- Financiering IBF via globaal beheer loontrekkenden - Financement FBI gestion globale salariés	150.966		150.966
Europees herstellfonds - Fonds européen de relance	2.900	0	2.900
Totaal ontvangsten - Total recettes	46.764.916	10.000	46.774.916

Bijlage 1 (vervolg 1) : Overzicht van de begroting
Annexe 1 (suite 1) : Aperçu du budget
Geneeskundige verzorging - Soins de santé

UITGAVEN - DÉPENSES	2025		2025
	Prefiguratie Préfiguration Monitoringcomité 22-09-2025	Wijzigingen Modifications	Nota ARGV 2025/069 Note CGSS 2025/069
in duizenden EUR - en milliers EUR			
Prestaties - Prestations	40.986.730	0	40.986.730
- Totaal geneeskundige verstrekkingen - Total soins de santé	41.297.169		41.297.169
- Niet te besteden bedrag - Montant non affectable	-310.439		-310.439
Beheerskosten - Coûts de gestion	1.223.026	0	1.223.026
- Administratiekosten V.I.'s - Frais d'administration O.A.	1.026.718		1.026.718
- N.M.B.S. - S.N.C.B.	25.238		25.238
- H.K.Z.I.V. - C.A.A.M.I.	25.194		25.194
- Patientenverenigingen - Associations de patients	2.351		2.351
- Overdracht kenniscentrum - Transfert centre de connaissance	22.871		22.871
- Beheerskosten - Frais de gestion	120.387		120.387
- Opmachtkosten - Frais de mission	267		267
Externe overdrachten - Transferts externes	2.884.391	-6.110	2.878.281
- DOSZ, zeevarenden gepensioneerd - OSSOM, Marins pensionnés	572		572
- Dotatie fonds medische ongevallen - dotation fonds accidents médicaux	46.954		46.954
- Dotatie FAGG - dotation AFMPS	3.506		3.506
- Protocolakkoord Belrai - uitgaven gemeenschappen - Protocole accord Belrai - dépenses communautés	354		354
- Wet ziekenhuizen - loi hôpitaux	2.820.042		2.820.042
- Wet ziekenhuizen: sluiting bedden - loi hôpitaux : fermeture lits	6.110	-6.110	0
- Indexering zorgpersoneelsfonds - Indexation fonds blouses blanches	6.853		6.853
Diverse uitgaven - Dépenses diverses	1.667.869	16.110	1.683.979
- Internationale verdragen - Conventions internationales	1.030.957		1.030.957
- Interesten beleggingen (20%) - Intérêts placements (20%)	7		7
- Interesten bijdragen - Intérêts cotisations	590		590
- % op terugvorderingen - % sur récupérations	12.301		12.301
- Expertise - Expertise	4.688		4.688
- Sociaal statuut - Statut social	345.205		345.205
- Campagnes - Campagnes	1.039		1.039
- Verhoogde kosten TD's - Frais supplémentaires OT	6.009		6.009
- IMA - steekproef - IMA échantillon	166		166
- e-gezondheid - e-santé	114.141	-6.000	108.141
- Adviserend artsen accreditering - Médecins conseils accréditation	1.100		1.100
- Autoverzekering - Assurance automobile	32		32
- Verminderen heffing zakencijfer - Réduction cotisation chiffre d'affaires	42.000	-5.000	37.000
- Dotatie e-health - Dotation e-health	19.126		19.126
- Gerechtelijke interesten - Intérêts judiciaires	6		6
- BENELUXA : scanning horizon - BENELUXA : scanning horizon	1.090		1.090
- Project BCCH - Project BCCH	17.500		17.500
- Extra middelen toekomstpact - moyens supp pacte avenir	268	-268	0
- Art. 56-22 - Art. 56-22	104.089	-11.067	93.022
- Handhaving/doelmatige zorg - Maintien/efficacités des soins	1.055	-1.055	0
- Seed money	PM	-4.000	-4.000
Notification mars 2025 - mesures supplémentaires en dehors de la norme	-33.500	33.500	0
Post Reimbursement Fonds		10.000	10.000
Relanceplan - Plan de relance	2.900	0	2.900
Totaal uitgaven - Total dépenses	46.764.916	10.000	46.774.916

Bijlage 1 (vervolg 2) : Overzicht van de begroting
Annexe 1 (suite 2) : Aperçu du budget
Geneeskundige verzorging - Soins de santé

- Resultaat van het jaar - Résultat de l'année	2026 Prefiguratie Préfiguration Monitoringcomité 22-09-2025	Wijzigingen Modifications	2026 Nota ARGV 2025/069 Note CGSS 2025/069
in duizenden EUR - en milliers EUR			
Ontvangsten van het jaar - Ressources de l'année	46.764.916	10.000	46.774.916
Uitgaven van het jaar - Dépenses de l'année	46.764.916	10.000	46.774.916
Primair resultaat van het jaar - Résultat primaire de l'année	0	0	0

	OMSCHRIJVING - LIBELLE	2026 p 2025	2026 INDEX gezondheid 2,72%	2026 SPILINDEX	2026 p 2026	Structurele onderbenutting	One shot onderbenuttingen Gereserveerde bedragen 2026	Wijzigingen	2026 Budget
		TR sept 2025	INDEX santé 2,72%	INDICE PIVOT	TR sept 2025	Sous-utilisation structurele	One shot sous-utilisations Montants réservés 2026	Adaptations	Budget
		000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR		000 EUR	000 EUR	000 EUR
0.	Transversale gezondheidszorgdoelstellingen - Objectifs de soins de santé transversaux								
	a) Opstarttraject voor een patiënt met diabetes mellitus type 2 Trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2	6.508	177		6.685				6.685
	b) Zorgtraject voor kinderen met obesitas Trajet de soins pour enfants obèses	11.912	54	149	12.115		-4.038		8.077
	c) Multidisciplinair perinataal (pre-en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, zie KCE-studie 326 Trajet de soins multidisciplinaire périnatal (pré-et postnatal) pour femmes fragilisées voir KCE étude 326	11.721	319		12.040	-3.000	-3.000		6.040
	d) Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie Itinéraire de soins autour du patient avant et après une transplantation d'organe abdominal	5.808	158		5.966		-1.989		3.977
	e) Meer psychiatrische zorg, maar ook in somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen Plus de soins psychiatriques mais aussi soins somatiques pour jeunes avec problèmes psychiatriques	12.315	335		12.650	-1.058	-3.000		8.592
	f) Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren Réduire les réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) par le déploiement d'une meilleure réhabilitation pulmonaire et l'augmentation de la qualité de vie des patients concernés par l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles	5.926	161		6.087	-6.087			
	g 1) Overeenkomst post Covid-19 - Convention post Covid-19	988	27		1.015				1.015
	g 2) Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn Plusieurs projets dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire dans la première ligne								
	g 2.1) MDR MS / Parkinson / ALS / Huntington	1.701	46		1.747				1.747
	g 2.3) Mondhygiënist en eerstelijnspraktijken - Hygiénistes bucco-dentaires pratiques première ligne	1.096	30		1.126		-469		657
	g 2.4) Saldo - Solde	11.995	326		12.321	-6.321			6.000
	h) Terugbetaald ontwenningplan via magistrale bereidingen voor het afkicken van benzodiazepines en de zogenaamde 'Z drugs' in overleg met en op voorschrift van de huisarts Le remboursement d'un plan de sevrage aux benzodiazépines et « Z drugs » via des préparations magistrales, en concertation et sur prescription du médecin généraliste	863	23		886				886
	i) Somatische zorg in psychiatrische ziekenhuizen - Soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques	8.863	241		9.104		-3.035		6.069
	j) Thuishospitalisatie - Hospitalisation à domicile	5.422	147		5.569				5.569
	k) Griepvaccin- Vaccin contre la grippe	8.376			8.376				8.376
	l) Project Onco@home	1.447	39		1.486				1.486
	Totaal - Total	94.941	2.083	149	97.173	-16.466	-15.531		65.176
1.	Honoraria van artsen - Honoraires médicaux								
	a) Klinische biologie - Biologie clinique	1.612.451	48.256		1.660.707				1.634.107
	b) Medische beeldvorming - Imagerie médicale	1.806.308	50.289		1.856.597			-26.600	1.799.197
	c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen - Consultations, visites et avis	3.627.061	111.386		3.738.447		-1.788	-8.500	3.728.159
	d) Speciale verstrekkingen - Prestations spéciales	2.026.700	55.126		2.081.826		-216	-4.800	2.076.810
	e) Heelkunde - Chirurgie	1.561.196	42.465		1.603.661		-883	-44.500	1.558.278
	f) Gynaecologie - Gynécologie	80.306	2.184		82.490				82.490
	g) Toezicht - Surveillance	627.832	17.077		644.909		-1.052	-3.800	640.057
	h) Honoraria buiten nomenclatuur - honoraires hors nomenclature	421.553	5.811		427.364	-6.000	-8.154		413.210
	i) Onverdeeld- Non réparti	-50.555	-1.375		-51.930		-3.534		-55.464
	j) Aanvullende financiering ZH - Financement complémentaire Hôp	197.100	5.361		202.461				202.461
	subtotaal zonder bio en rx	8.491.193	238.035		8.729.228			-61.600	8.646.001
	Totaal - Total	11.909.952	336.580		12.246.532	-6.000	-15.627	-145.600	12.079.305
2.	Honoraria van tandheelkundigen - Honoraires dentaires	1.678.828	50.811		1.729.639		-2.027	-6.415	1.721.197

VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
ASSURANCE SOINS DE SANTE

	OMSCHRIJVING - LIBELLE	2026 p 2025	2026	2026	2026 p 2026				2026
		TR sept 2025	INDEX gezondheid 2,72%	SPIINDEX	TR sept 2025	Structurele onderbenutting	One shot onderbenuttingen Gereserveerde bedragen 2026	Wijzigingen	Budget
		CT sept 2025	INDEX santé 2,72%	INDICE PIVOT	CT sept 2025	Sous-utilisation structurele	One shot sous-utilisations Montants réservés 2026	Adaptations	Budget
		000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR		000 EUR	000 EUR	000 EUR
3.	Farmaceutische verstrekkingen - Fournitures pharmaceutiques								
	a) Farm. specialiteiten - Spécialités pharm.	6.966.435	20.044		6.986.479			-227.908	6.758.571
	a.1 Economische marge - Marge économique (**)	157.534	4.074		161.608				161.608
	a.2 Basishonorarium - Honoraires de base (*)	586.629	15.970		602.599				602.599
	b) Magistrale bereidingen - Préparations magistrales	103.194	2.245		105.439		-2.695		102.744
	c) Wachthonoraria - Honoraires de garde	8.909	242		9.151				9.151
	d) Bloed - Sang	102.200	2.780		104.980				104.980
	e) Medische hulpmiddelen - Dispositifs médicaux	59.147	39		59.186		-281		58.905
	f) Medische voeding - Alimentation médicale	44.229	15		44.244	-815	-441		42.988
	g) Radio-isotopen - Radio-isotopes	78.414		144	78.558				78.558
	h) Desinfecterende baden - Bains désinfectants	189			189				189
	i) Zorgtrajecten - Trajets de soins	9.838	30		9.868				9.868
	j) Zuurstof - Oxygène	706	3		709				709
	k) Honoraria zuurstof - Honoraires oxygène	440	12		452				452
	l) Analgetica - Analgésiques								
	m) Specifieke honoraria apothekers - Honoraires spécifiques pharmaciens	98.903	2.681		101.584				101.584
	Totaal - Total	7.472.604	28.091	144	7.500.839	-815	-3.417	-227.908	7.268.699
4.	Honoraria van verpleegkundigen (thuisverzorging) - Honoraires des praticiens de l'art infirmier (soins à domicile)	2.263.986	61.159		2.325.145			-11.907	2.313.238
	Zorgpersoneelsfonds - Fonds blouses blanches	52.604	1.431		54.035		-25.088		28.947
	Totaal - Total	2.316.590	62.590		2.379.180		-25.088	-11.907	2.342.185
5.	Specifieke tegemoetkomingen diensten thuisverpleging - Interventions spécifiques services de soins à domicile	57.448			57.448				57.448
6.	Verzorging door kinesitherapeuten - Soins par kinésithérapeutes	1.386.753	45.791		1.432.544			-8.374	1.424.170
7.	Orthopedisch technologen - Technologues orthopédiques	350.860	9.543		360.403			-8.000	352.403
8.	Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen - Implants et dispositifs médicaux	1.018.438			1.018.438		-5.025	-2.422	1.010.991
9.	Verzorging door opticiens - Soins par opticiens	49.597	1.349		50.946		-837		50.109
10.	Verzorging door audiciens - Soins par audiciens	132.998	3.618		136.616		-9		136.607
11.	Honoraria van vroedvrouwen - Honoraires sages-femmes	51.987	1.401		53.388		-9	-25	53.354
12.	a) Verpleegdagprijs - Prix de la journée d'entretien	8.288.110		124.230	8.412.340		-25.644	-47.995	8.338.701
	b) Forfaitaire dagprijzen in alg. ziekenhuizen - Prix de la journée forfaitaire dans l'hôp. général	418.122	11.373		429.495			-2.005	427.490
	c) Vervoer - Transport	7			7				7
	d) Verpleegdagprijs : Niet-erkende bedden - Prix de la journée d'entretien : Lits non-agrèés	46.969			46.969				46.969
	Totaal - Total	8.753.208	11.373	124.230	8.888.811		-25.644	-50.000	8.813.167
13.	Militair hospitaal - all-in prijs - Hôpital militaire - prix all-in	10.070		147	10.217				10.217

	OMSCHRIJVING - LIBELLE	2026	2026	2026	2026	Structurele onderbenutting	One shot onderbenuttingen Gereserveerde bedragen 2026	Wijzigingen	2026
		p 2025			p 2026				
		TR sept 2025	INDEX gezondheid 2,72%	SPILINDEX	TR sept 2025				Budget
		CT sept 2025	INDEX santé 2,72%	INDICE PIVOT	CT sept 2025				Budget
		000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR		000 EUR	000 EUR	000 EUR
14.	Dialyse								
	a) Honoraria - Honoraires	195.890	5.328		201.218			-4.400	196.818
	b) Forfaits	360.714	9.811		370.525				370.525
	c) Reiskosten - Frais de déplacement	10.646	290		10.936				10.936
	Totaal - Total	567.250	15.429		582.679			-4.400	578.279
16.	Forfaitaire dagprijs psychiatrische ziekenhuizen - Prix journée forfaitaire hôpitaux psychiatriques	5.684	126		5.810				5.810
17.	Eindeloopbaan - Fin de carrière	28.277		490	28.767				28.767
18.	Revalidatie en herscholing - Rééducation fonctionnelle et professionnelle	676.540	1.780	6.413	684.733	-1.007	-2.252	-7.266	674.208
19.	Bijzonder solidariteitsfonds - Fonds spécial de solidarité	7.721			7.721				7.721
	Unmet Medical Need	11.606			11.606				11.606
	Totaal - Total	19.327			19.327				19.327
20.	Logopedie - Logopédie	211.746	6.990		218.736			-48	218.688
21.	Andere kosten van verblijf en reiskosten - Autres frais de séjour et frais de déplacement	26.005	701		26.706				26.706
22.	Regularisaties - Régularisations	704			704				704
23.	Maximumfactuur - Maximum à facturer	356.730	9.703		366.433			1.590	368.023
24.	Chronische ziekten - Patients chroniques	173.697	4.725		178.422				178.422
25.	Palliatieve zorgen (patiënt) - Soins palliatifs (patient)	29.982	816		30.798				30.798
26.	Menselijk lichaamsmateriaal - Matériel corporel humain	14.518	395		14.913				14.913
28.	Geïnterneerden - Internés	37.823	820		38.643		-369		38.274
30.	Specifieke zorgprogramma's - Programmes de soins spécifiques								
	a) COMA	3.616	98		3.714				3.714
	b) PVS	596	16		612				612
	c) MS/ALS/HUNTINGTON	21.548	586		22.134				22.134
	Totaal - Total	25.760	700		26.460				26.460
31.	Medische huizen - Maisons médicales	410.133	11.156		421.289				421.289
33.	Sociaal akkoord - Accord social	298.791	2.427	3.456	304.674				304.674
34.	Diversen - Divers								
	Kankerplan/chronisch ziekten - Plan cancer/mal.chron.	11.266	306		11.572				11.572
	Aanpassing verzekerbareid en Harmonisering voorkeurregeling - Adapt. assurabilité et Harmonisation régime préf.	2.385	65		2.450				2.450
	Mediprima	150			150				150
	Totaal - Total	13.801	371		14.172				14.172

	OMSCHRIJVING - LIBELLE	2026	2026	2026	2026	Structurele onderbenutting	One shot onderbenuttingen Gereserveerde bedragen 2026	Wijzigingen	2026
		p 2025			p 2026				Budget
		TR sept 2025	INDEX gezondheid 2,72%	SPIINDEX	TR sept 2025				
		CT sept 2025	INDEX santé 2,72%	INDICE PIVOT	CT sept 2025				Budget
		000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR		000 EUR	000 EUR	000 EUR
36.	Geïntegreerde zorg - Soins intégrés								
	a) PGZ - PSI	10.423	284		10.707	-2.141	-1.071		7.495
	b) Zorgvernieuwing - Renouvellement de soins	15.338	417		15.755	-3.151	-1.576		11.028
	c) Belrai	1.378	37		1.415				1.415
	Totaal - Total	27.139	738		27.877	-5.292	-2.647		19.938
39.	Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 - Compensation recettes totales art. 111/81	1.919.845			1.919.845				1.919.845
40.	Psychologische zorg - Aide psychologique	252.743	7.115		259.858	-7.779			252.079
41.	LVZ : Forfaitaire honoraria - SBV : Honoraires forfaitaires	469.027	12.995		482.022				482.022
50.	Covid-maatregelen - Mesures covid	18.963			18.963				18.963
	Mobile health	9.094	247		9.341				9.341
	Regeerakkoord - Responsabilisering VI / Accord gouvernement - Responsabilisation OA	-25.000			-25.000				-25.000
	Krachtig plan handhaving en fraudebestrijding - Plan renforcé de contrôle et lutte contre la fraude	-25.000			-25.000				-25.000
	Totaal - Total	40.827.853	630.464	135.029	41.593.346	-37.359	-98.482	-470.775	40.986.730
	Structurele onderbenutting - Sous-utilisation structurelle	-37.359			-37.359	37.359			
	Onderbenutting 2026 - Sous-utilisation 2026	-80.919			-80.919		80.919		
	Gereserveerde bedragen 2026 - Montants réservés 2026	-17.563			-17.563		17.563		
	Totaal incl. onderbenuttingen en gereserveerde bedragen Total incl. sous-utilisations et montants réservés	40.692.012	630.464	135.029	41.457.505			-470.775	40.986.730
	Niet te besteden bedrag - Montant non affectable	310.439			310.439				310.439
	Resultaat - Résultat	41.002.451	630.464	135.029	41.767.944			-470.775	41.297.169

Annexe 3 : projets article 56-22

Nummer Numéro	Projecten artikel 56 - 22 Projets articles 56-22	Préfiguration 2026	Modifications	Budget 2026
2	financement centre de référence : Laboratoire SIDA	10.553	-1.793	8.760
3	Laboratoire maladies contagieuses	7.088	0	7.088
5	Institut Prince Léopold médecine tropicale	2.420	0	2.420
6	Réunions de consensus Pharmanet	259	0	259
13	Etudes-INAMI : OSE	179	0	179
16	EBP plan			
	cdlh	1.097	0	1.097
	ebpracticenet	2.197	0	2.197
	BMJ	195	0	195
	JB1	115	0	115
	WG ontwikkeling richtlijnen eerste lijn	936	0	936
	minerva	343	0	343
	cebam ebp plan	669	0	669
	KCE	159	0	159
	KCE/NAO	470	0	470
	Solde autres projets	145	0	145
17	Projets de qualité (AIM, feed-back, .)	525	0	525
23	Concertation pharmaco-thérapeutique	2.054	0	2.054
25	Combat tuberculose multirésistante	1.906	0	1.906
28	Soutiens organisations professionnelles dans le cadre de la concertation			
	dentistes	559	0	559
	kinés	559	0	559
	logopédistes	559	0	559
	pharmaciens	559	0	559
	infirmières	495	0	495
	band/orth	559	0	559
	sages-femmes	559	0	559
	médecins	1.652	0	1.652
29	Kinésithérapie promotion de qualité : Pro-Q-Kine	818	0	818
54	Soutien anti hépatite B, anti sida et anti MST actions	869	0	869
57	Enregistrement donneurs moelle osseuse (croix rouge) caractérisation (activation donneurs) - extension	280	-280	0
71	Faciliter les soins intégrés	2.291	-991	1.300
77	Médecins en péril : burn-out	486	0	486
78	Exécution livre blanc concernant l'accès aux soins de santé :			
	Centre médico-social pour les travailleurs du sexe (Alias)	44	0	44
	Centre médico-social pour les travailleurs du sexe (Espace P)	90	0	90
	Centre médico-social pour les travailleurs du sexe (Violet)	90	0	90
	Ligne 0,5 Bruxelles médecins du monde (krachtlijn 4)	3.469	0	3.469
	Ligne 0,5 Anvers Médecins du Monde (Krachtlijn 4)	820	0	820
	Ligne 0,5 Anvers Zorgbedrijf Antwerpen (Krachtlijn 4)	1.365	0	1.365
	Extension ligne 0,5	1.138	0	1.138
	Support de thérapie belta DOT (krachtlijn 4)	561	0	561
	Médiation interculturelle (krachtlijn 5)	9.003	0	9.003
	Experts (krachtlijn 5)	1.225	0	1.225
	Extension ligne 0,5 Bruxelles Médecins du Monde (krachtlijn 4)	873	0	873
	Ligne 0,5 Liège (Projet Smile - krachtlijn 4)	595	0	595
	Ligne 0,5 Gand (krachtlijn 4)	358	0	358
	Community Health Workers (krachtlijn 5)	4.032	0	4.032
	Traitement des dépendances	34	0	34
	Etude ASBL Sam et HOGent	104	0	104
	Equilibrer d'autres projets	68	0	68
81	Neuromodulation/DBS douleur chronique - indication, enregistrement, patient	285	0	285
82	Sciensano - liaison enquête santé	126	0	126
85	Sciensano - HSR (health status report)	410	2	412
91	mhealth (élaboration du remboursement)	479	0	479
97	Workstream 2 / Paris	221	0	221
99	Etude accessibilité de la dentisterie aux personnes vulnérables	61	-61	0
105	To walk again	464	0	464

Nummer Numéro	Projecten artikel 56 - 22 Projets articles 56-22	Préfiguration 2026	Modifications	Budget 2026
106a	Kinesithérapie - POC unités de temps	500	-500	PM
109	BeCPR - convention IMOC	98	0	98
112	Santé dentaire et buccale	274	-274	0
114	AYA (Adolescents and Young Adults)	1.359	0	1.359
115	Plan Sida	1.175	-202	973
119	Élaboration d'une monographie pour les produits à usage limité	281	-281	PM
120	Financement de la recherche stimulant la pratique dans le domaine des soins infirmiers à domicile	1.061	0	1.061
121	Programme de recherche scientifique et de formation soins de santé en milieu pénitentiaire	800	-800	0
123	Médicaments anticancéreux pour enfants	3.397	0	3.397
124	Interprétation technique et clinique des données du CGP	1.342	0	1.342
125	Mesure d'organisation (ré)entrée indépendante soins à domicile (fonds de personnel soignant)	531	0	531
126	Projet pilote sur les drogues et les groupes d'usagers vulnérables	50	0	50
127	Gestion de la population/baromètres	416	0	416
128	Centres de soins pour les victimes de violence sexuelle	24.398	0	24.398
129	Projet cabinet de transition	937	0	937
	Sous-utilisation		-5.887	-5.887
	TOTAL	104.089	-11.067	93.022