

Un plan d'urgence pour refinancer l'assurance maladie

Cinq leviers pour épargner les patients

En plein conclave budgétaire, **6** organisations proposent un plan d'urgence pour refinancer la norme de croissance des soins de santé afin de **protéger le portefeuille du patient** et faire face aux **nombreux besoins et défis** en santé. Ce plan d'urgence répond à une situation de crise et s'accompagne d'un appel au renforcement des mécanismes de protection sociale.

ORGANISMES CO-SIGNATAIRES



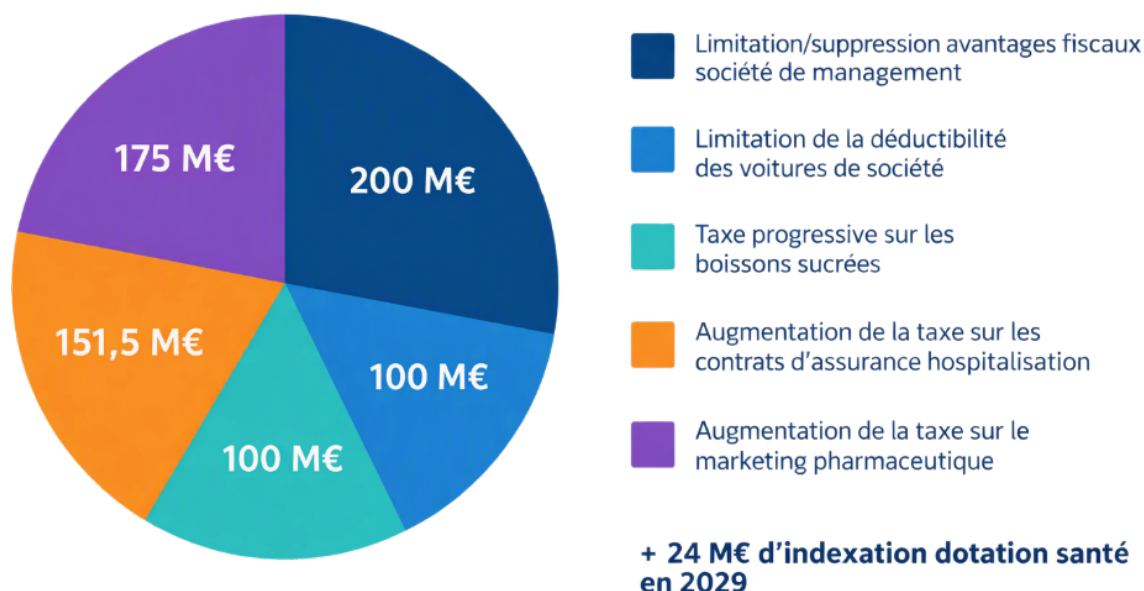
Avec plusieurs milliards d'euros de nouvelles économies évoquées dans les soins de santé, ce sont pourtant les **recettes** qui manquent à l'appel avec d'une part la diminution structurelle des recettes fiscales et parafiscales sur ces dernières années passant de 44,5% du PIB en 2014 à 41,3% d'ici 2031 et, d'autre part, le blocage structurel des moyens initialement prévus par la norme de croissance.

Le résultat ? **2 milliards d'euros d'économies** sont déjà prévues à l'horizon 2029 dans les soins de santé dont 1,1 milliards d'euros entre 2025 et 2027. Alors que la contribution personnelle des patients belges à leurs soins est **l'une des plus élevées d'Europe avec 25% de coûts à leur charge, ceux-ci ont déjà payé 272 millions d'euros soit un quart des économies** via une augmentation des tickets modérateurs. C'est sans compter la réforme attendue du conventionnement autorisant la facturation de suppléments d'honoraires par les prestataires conventionnés qui augmentera encore la facture patient en 2028. En outre, cet effort ne tient pas compte des besoins liés aux différentes réformes que le gouvernement entend encore concrétiser d'ici la fin de la législature, notamment celles du paysage et du financement hospitaliers. Il y a trop de besoins, trop de défis, trop de report de soins pour continuer ces coupes aveugles dans la santé.

Aujourd'hui, nos cinq organisations proposent d'activer 5 leviers, **5 alternatives aux économies**, pour refinancer structurellement dès 2027 l'assurance maladie en faisant participer de manière juste et équilibrée l'ensemble des acteurs de notre système de soins de santé.

750 millions euros de nouvelles recettes à l'horizon 2029

Cinq leviers pour refinancer l'assurance maladie



Répartition indicative : références 2027 pour les trois premières recettes et 2029 pour les deux dernières.

Marketing pharmaceutique : montant arrondi.

De nouvelles recettes pour l'assurance maladie

Propositions pour une fiscalité orientée santé

Consolider le financement structurel de l'assurance maladie.

Dans les pistes développées ci-dessous, nous proposons que chacun des acteurs des soins de santé – prestataires de soins, organismes assureurs, citoyens, industrie pharmaceutique – contribue de manière équitable et efficace à un refinancement de l'assurance maladie dans la perspective du vieillissement.

Cet effort de refinancement **n'impose pas de nouvelles taxes** ! Il s'inscrit dans l'orientation du gouvernement visant à réduire certaines dépenses fiscales et à mieux cibler les prélèvements existants, avec l'objectif de favoriser des comportements bénéfiques pour la santé et les soins de santé.

Ce refinancement via d'une part une dotation santé alimentée par les moyens généraux et indexée sur un coefficient démographique et d'autre part une augmentation de certaines recettes propres de l'INAMI **vient consolider le financement structurel de l'assurance maladie** dans une période de forte accélération du vieillissement démographique.

Ce refinançant structurel de l'assurance maladie avec des recettes et dotation propres **réduit à due concurrence la contribution de l'Etat fédéral à l'équilibre budgétaire de l'INAMI soins de santé via le financement alternatif**. Les moyens dégagés par l'Etat peuvent dès lors être utilisés pour l'assainissement des finances publiques.

Le mécanisme de financement de l'assurance maladie via les cotisations de sécurité sociale (« financement restreint ») reste inchangé. **Le poids des recettes de cotisations sociales dans le financement de l'assurance maladie n'est donc pas modifié**. Ce qui est modifié c'est le poids relatif des recettes structurelles de l'INAMI en lien avec la santé qui augmente alors que le poids relatif du financement alternatif sur base des recettes de TVA diminue à due concurrence.

Une contribution équitable des différents acteurs des soins de santé

Une « dotation santé » indexée sur un coefficient de vieillissement (400 millions € dès 2027 et 447 millions € à l'horizon 2029)

Nous proposons une « dotation santé » financée par les moyens généraux de l'État à hauteur de **400 millions € en 2027**.

Ce montant évoluerait selon une formule établie par la loi tenant compte de **l'indexation (indice santé) et d'un coefficient de vieillissement**.

Cette dotation santé serait **alimentée par tout ou partie des recettes fiscales produites par les réformes suivantes**.

Part des recettes issues de la limitation voire de la suppression des avantages fiscaux applicables aux bénéfices perçus par l'intermédiaire des sociétés de management après déduction des frais professionnels admissibles : 200 millions d'euros dès 2027

Motivation

Il y a une pression politique accrue contre l'utilisation purement fiscale des sociétés de management. L'accord de coalition fédérale 2025²⁰²⁹ évoque explicitement les sociétés de management et certains partis du gouvernement (Cd&V) appellent à une réforme destinée à limiter leur utilisation à des fins principalement fiscales. Dans le cadre du conclave budgétaire en cours, le gouvernement fédéral envisage de nouvelles mesures portant notamment sur l'accès au taux réduit de l'impôt des sociétés et sur la fiscalité des dividendes.

La question de cette optimisation fiscale prend une dimension particulière dans les soins de santé. De nombreux médecins et autres professionnels exercent via une société, ce qui peut évidemment répondre à des besoins légitimes d'organisation, d'investissement ou de mutualisation. Par ailleurs, des études¹ montrent au cours des 10 dernières années, un très fort glissement vers la forme sociétaire parmi les professions médicales avec une augmentation très supérieures à celle de l'augmentation du nombre de praticiens en activité suggérant l'existence d'un phénomène structurel sous-jacent.

Si on ne peut pas parler de « fraude », lorsque les revenus proviennent largement d'un système d'assurance maladie financé par la solidarité collective, un paradoxe apparaît : la collectivité finance le système qui permet de générer les revenus, tandis que l'organisation sociétaire peut permettre qu'une partie de ces revenus soit transformée en bénéfice et en capital plutôt qu'en revenu professionnel soumis aux mêmes cotisations sociales et impôts.

Certains professionnels peuvent ainsi donner l'impression de « scier la branche sur laquelle ils sont assis » : ils bénéficient de revenus financés par le système de soins dont la pérennité dépend du financement collectif, tout en utilisant un mécanisme juridique qui réduit leur contribution personnelle à ce même système.

Rendement budgétaire

Certaines analyses estiment entre 4,2 et 4,7 milliards € de pertes de recettes publiques perdues découlant de la mise en société des revenus professionnels².

Dans le cadre du conclave budgétaire en cours, le gouvernement fédéral envisage des mesures portant notamment sur l'accès au taux réduit de l'impôt des sociétés et sur la fiscalité des dividendes.

Nous proposons d'allouer une partie des recettes fiscales issues de la limitation voire de la suppression des avantages fiscaux applicables aux bénéfices perçus par l'intermédiaire de sociétés de management, après déduction des frais professionnels admissibles, au financement de la dotation santé. (200 millions d'euros 2027).

Same Level playing field fiscal « budget mobilité”/”voiture salaire” (100 millions € en 2027)

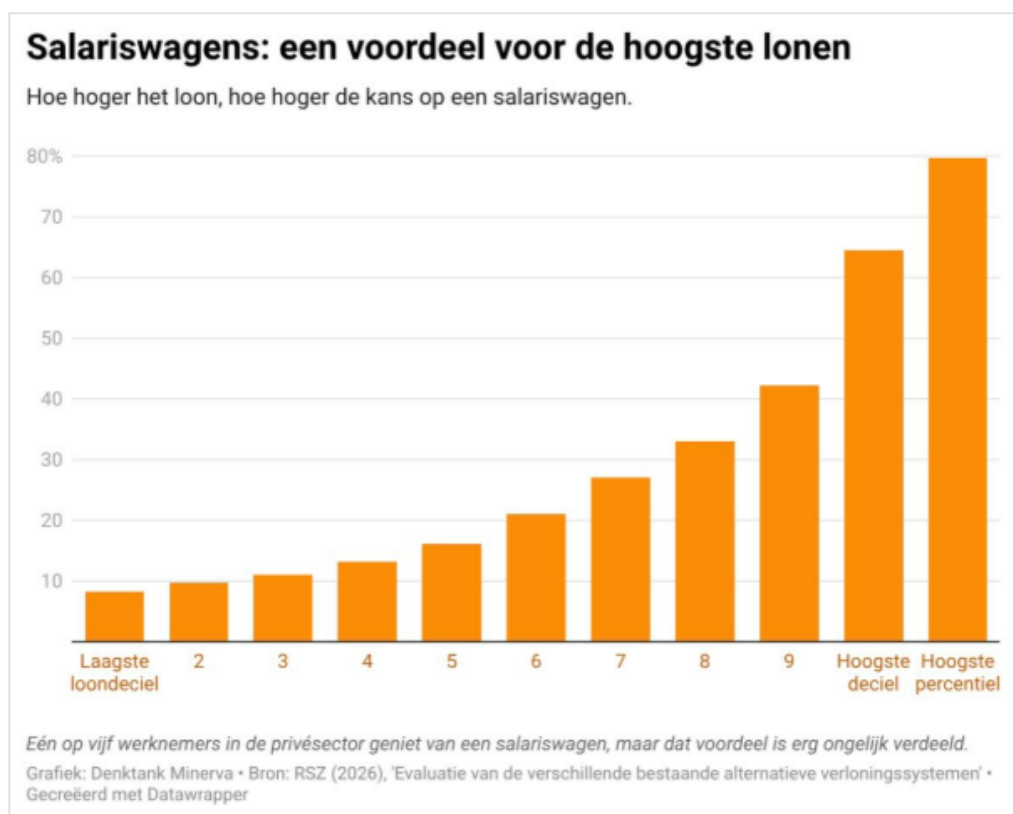
Motivation

Le montant maximum du budget mobilité est limité à 1/5e (20 %) de la rémunération brute totale du travailleur, avec un plafond absolu indexé de 17.244 € par an pour l'année 2026³. Nous proposons de plafonner à ce même niveau, le montant déductible pour les voitures de société.

L'instauration d'une telle limitation ne pourrait qu'encourager les bénéficiaires d'une voiture salaire à opter pour la solution du Budget Mobilité. La diminution des voitures de société aurait un impact positif sur notre environnement (diminution des pollutions de l'air et sonores) et donc sur la santé des citoyens.

En outre, une telle limitation de la prise en compte des frais inhérents à un véhicule de fonction se justifie en ce qu'il n'est pas normal que la 'Société' prenne à charge la mise sur nos routes de véhicules dont les externalités négatives sont importantes. Les chèques-repas sont d'un même montant quelle que soit la place qu'occupe un.e travailleur.euse dans une entreprise. Pourquoi devrait-il en être autrement pour un véhicule de fonction ?

Enfin, les chiffres montrent que l'avantage fiscal des « voitures salaires » est très inégalement réparti bénéficiant essentiellement aux plus hauts salaires.



Rendement budgétaire

Selon l'étude la plus récente du **Bureau fédéral du Plan** publiée en juin 2025⁴, le **manque à gagner pour les finances publiques** résultant du fait que l'usage privé d'une voiture de société est moins taxé qu'une rémunération ordinaire équivalente est estimé à 5,2 milliards € en 2028. L'écart de **5,2 milliards d'euros** provient principalement de :

4,3 milliards d'euros de moindres recettes d'impôt sur les revenus et de cotisations sociales ;

0,6 milliard d'euros liés au régime de récupération de la TVA ;

d'autres effets fiscaux, notamment sur l'impôt des sociétés et les taxes automobiles.

Dans le cadre d'une réforme réduisant la dépense fiscale des voitures de société, nous proposons qu'un montant **de 100 millions € soit versé à l'INAMI** via une « dotation santé » en 2027.

Adaptation de la dotation santé à l'indice santé et à un coefficient démographique.

Le montant initial de la dotation santé financée par les moyens généraux est fixé à 400 millions € en 2027.

À partir de 2028, le montant évolue selon une formule fixée par la loi.

Le montant de l'année concernée est obtenu en multipliant les 400 millions d'euros de 2027 par **le rapport entre l'indice-santé moyen de cette année et l'indice-santé moyen de 2027.**

La loi prévoit également que le montant est **adapté sur base d'un coefficient démographique**. Ce coefficient démographique correspond à la croissance des dépenses réelles de soins de santé due aux facteurs démographiques (vieillessement et augmentation de la population) telle qu'estimée par le bureau fédéral du plan⁵.

Ce calcul est détaillé dans le tableau ci-dessous.

	2027	2028	2029	2030	2031
Indice santé	1,421465	1,452407	1,479213	1,505282	1,531482
Croissance de l'indice santé	3,11%	2,18%	1,85%	1,76%	1,74%
Croissance réelle des dépenses de soins de santé (hors article 81/111)	1,80%	3,20%	2,80%	2,70%	2,90%
Croissance des dépenses de soins de santé due aux facteurs démographiques - coefficient démographique	0,58%	1,02%	0,90%	0,86%	0,93%
Coefficient démographique indexé	3,69%	3,20%	2,74%	2,63%	2,67%
Dotation santé (indexée sur l'indice santé et le coefficient démographique) en mio €	400	413	424	435	447

Réforme de la « taxe soda » vers une taxe progressive selon la teneur en sucre des boissons, à l'instar des systèmes mis en place dans les pays voisins (100 millions € en 2027)

Motivation

La consommation régulière de boissons fortement sucrées contribue à la prise de poids et à l'obésité et augmente le risque de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, de stéatose hépatique et de caries dentaires. Ces effets sont particulièrement préoccupants chez les enfants et les adolescents, dont les habitudes alimentaires se construisent durablement.

En Belgique, il existe une taxe « Soda » sur les boissons non-alcoolisées depuis 2015 sous forme d'accises. Mais cette taxe est calculée en fonction du volume et de la catégorie de boisson, et non suivant une échelle proportionnelle au nombre de grammes de sucre. Une boisson très sucrée n'est donc pas davantage taxée qu'une boisson beaucoup moins sucrée appartenant à la même catégorie. Elle peut même toucher certaines boissons sans sucre ou édulcorées.

C'est pourquoi le système belge est plutôt une accise générale sur les boissons non alcoolisées qu'une véritable taxe nutritionnelle ciblée sur le sucre contrairement aux systèmes en vigueur dans d'autres pays européens - au Royaume-Uni, en Irlande, au Portugal, en France - où le niveau de taxation augmente en fonction de la teneur en sucre.

Le Royaume-Uni constitue l'exemple européen le plus documenté : sa taxe à seuils a fortement incité les fabricants à réduire la teneur en sucre de leurs produits. La Soft Drinks Industry Levy (SDIL) a été annoncée en 2016 et est entrée en vigueur en avril 2018. Elle est acquittée par les producteurs et importateurs et son montant dépend directement de la teneur en sucre.

Enfin l'Allemagne vient de décider d'une réforme de grande ampleur de son assurance maladie qui prévoit une taxe sur les boissons sucrées sur base du modèle en vigueur au Royaume Uni et qui rapportera quelques 450 millions € par an à l'assurance maladie.

Rendement budgétaire

Le rendement actuel de la taxe soda non progressive est de 150 millions € par an. Nous proposons de passer à une taxe progressive selon la teneur en sucre et de porter le rendement de la taxe à 250 millions €.

Les recettes supplémentaires de 100 millions € seraient versées à « la dotation santé »

Augmentation des recettes propres de l'INAMI

Augmentation de la taxe sur les contrats d'assurance hospitalisations de 10% à 15% (à partir de 2028 ; 151,5 millions € à l'horizon 2029).

Motivation

La loi cadre soins de santé prévoit un plafonnement des suppléments d'honoraires au 1er janvier 2028. Les montants des sinistres couverts par les assurances soins de santé privées vont dès lors diminuer.

Nous proposons dès lors d'augmenter la taxe sur les contrats d'assurance hospitalisation qui finance l'INAMI (actuellement de 10%) de manière à ce que les gains réalisés au niveau des assureurs privés suite à la décision de plafonner les suppléments soient redistribués pour financer l'assurance maladie obligatoire.

Rendement budgétaire

Le tableau ci-dessous estime les recettes supplémentaires (en milliers €) de différents scénarios d'augmentation de la taxe INAMI sur les contrats d'assurance hospitalisation

	2027	2028	2029	2030	2031
Taxe 10%	0	0	0	0	0
Taxe 11%	27.034	28.567	30.291	31.736	33.124
Taxe 12%	54.069	57.133	60.582	63.471	66.249
Taxe 13%	81.103	85.700	90.873	95.207	99.373
Taxe 14%	108.137	114.266	121.164	126.942	132.497
Taxe 15%	135.172	142.833	151.456	158.678	165.622

Nous proposons d'augmenter la taxe sur les contrats d'assurance hospitalisation de 10% à 15% à partir de 2028 en lien avec le plafonnement des suppléments d'honoraires.

Rendement :

2028 : + 143 millions €

2029 : + 165,6 millions €

Augmentation de la cotisation sur le marketing des firmes pharmaceutiques de 0,13% à 3% (174 millions € à l'horizon 2029).

Motivation

L'un des enjeux majeurs de l'« appropriate care » en Belgique est de promouvoir une prescription plus rationnelle des médicaments. Les mesures de responsabilisation décidées par le gouvernement pour réduire les volumes prescrits ont essentiellement visé les patients, via l'augmentation des tickets modérateurs, et, dans une moindre mesure, les prescripteurs, au travers de la garantie budgétaire liée à la prescription rationnelle.

L'industrie pharmaceutique reste, quant à elle, largement en dehors de ces mécanismes, alors même qu'elle exerce une influence directe sur les pratiques de prescription par ses activités de marketing auprès des prescripteurs.

Une revue systématique publiée par Cochrane le 9 octobre 2026⁶, portant sur 93 études, conclut en effet que les activités de publicité et d'information promotionnelle des firmes pharmaceutiques sont associées à une augmentation du nombre de prescriptions médicales. Ce résultat repose sur sept études portant sur 151 399 médecins. Une revue systématique antérieure publiée dans PLOS Medicine relevait déjà que 17 des 19 études consacrées aux visites des délégués médicaux constataient également une association entre les interactions avec les firmes pharmaceutiques et au moins un des phénomènes suivants : hausse inappropriée des prescriptions, baisse de leur qualité ou augmentation de leur coût⁷. Ces résultats constituent un faisceau d'éléments scientifiques convergents indiquant que la promotion pharmaceutique est susceptible d'accroître les volumes de prescriptions.

Rendement budgétaire

Nous proposons dès lors de porter à **3 % dès 2027 la cotisation sur le marketing des firmes pharmaceutiques**, qui constitue une recette propre de l'INAMI. Cette mesure permettrait de mieux répartir l'effort de responsabilisation entre les patients, les prescripteurs et l'industrie.

Le rendement supplémentaire est estimé à **165,5 millions € en 2027** et à **174 millions € en 2029**. La cotisation aurait ainsi une double fonction : générer des recettes pour l'INAMI et créer un incitant concret à un marketing plus responsable.

Cette mesure sera évaluée d'ici la fin 2029. Si les firmes pharmaceutiques démontrent, sur la base de critères transparents et d'une évaluation indépendante, qu'elles ont réorienté effectivement leurs messages et leurs pratiques de marketing en faveur de la prescription rationnelle et que cela a généré une baisse des volumes de prescription pour une dépense correspondant à l'augmentation de la cotisation, cette dernière pourra être revue à la baisse, voire annulée.

Le tableau ci-dessous estime les recettes supplémentaires (en milliers €) de différents scénarios d'augmentation de la cotisation INAMI sur marketing des firmes pharmaceutiques

Recettes supplémentaires	2027	2028	2029	2030	2031
0,13%	€0	€0	€0	€0	€0
1%	€50.179	€51.578	€53.016	€54.502	€56.021
2%	€107.856	€110.862	€113.955	€117.148	€120.414
3%	€165.533	€170.147	€174.893	€179.794	€184.806
4%	€223.210	€229.431	€235.832	€242.441	€249.198
5%	€280.887	€288.716	€296.770	€305.087	€313.591

Tableau synthétique des recettes nouvelles proposées

Proposition	Rendement budgétaire annoncé	Échéance / affectation
DOTATION SANTE (400 millions € en 2027, 424 millions € en 2029) alimentée par :		
Limitation voire suppression des avantages fiscaux sur les bénéfices perçus via des sociétés de management	200 millions €	Dès 2027 – dotation santé
Level Playing Field fiscal budget mobilité/voitures de société	100 millions €	Dès 2027 – dotation santé
Réforme de la taxe soda en une taxe progressive selon la teneur en sucre	100 millions € de recettes supplémentaires (rendement total porté de 150 à 250 millions €)	Dès 2027 – dotation santé
Augmentation des recettes propres de l'INAMI		
Augmentation de la taxe sur les contrats d'assurance hospitalisation de 10 % à 15 %	142,8 millions € en 2028 à 151,5 millions € en 2029 selon le tableau détaillé	À partir de 2028 – recette INAMI
Augmentation de la cotisation sur le marketing des firmes pharmaceutiques de 0,13 % à 3 %	165,5 millions € en 2027 à 174,9 millions € en 2029	Dès 2027 – recette propre de l'INAMI
Total des recettes nouvelles proposées	565,5 millions € dès 2027 ; 725,9 millions € en 2028 ; 750,4 millions € en 2029	

Notes et références

1. **Évolution des recettes fiscales des administrations publiques Note réflexive** Arnaud Charlier, Tom Claes, Alice Dumont
2. Source : « Vervennootschappelijkking. Methodologische, nota raming, kostprijs », Vooruit, 6 octobre 2026
3. Loi du 17 mars 2019 concernant l'instauration d'un budget mobilité, notamment son article 12 sur le calcul du montant du Budget Mobilité
4. « Dépenses fiscales liées aux voitures de société », Bureau fédéral du Plan, 26 juin 2025
5. Sources : "Projection sur la période 2025-2035 des dépenses de soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité", avril 2026, BFP. Joanna Geerts, Karen Geurts
6. How does pharmaceutical company marketing and promotion influence doctors' prescribing behaviour ? Mintzes B, Lexchin J, Grundy Q, Fabbri A, Spurling GKP, Qureshi R, Bero L. Cochrane, 9 octobre 2026
7. Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: A systematic review and meta-analysis". Hneine Brax , Racha Fadlallah , Lina Al-Khaled, Lara A. Kahale, Hala Nas, Fadi El-Jardali, Elie A. Akl. PLOS, 13 avril 2017