

**VOICI UN RESUME DES GRANDES LIGNES DE
FRACTURE DANS L'AVANT-PROJET DE LOI-CADRE
REMISE AU CABINET DU MINISTRE
VANDEBROUCKE CE 20 JUIN 2025**

Atteintes au modèle de concertation

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, de nombreux éléments sont présentés comme des « simples clarifications » de la législation actuelle et/ou comme une harmonisation des réglementations pour tous les secteurs (médecins, dentistes, kinés, etc.). Il est cependant évident que le projet va bien au-delà de cela : il s'agit d'une intrusion de l'État dans le système de concertation.

Premièrement, le processus budgétaire est entravé. D'une part, le CSS pourrait être chargé, dès le début du processus (juillet), d'une lettre de mission provenant du conseil des ministres. D'autre part, une budgétisation pourrait même être imposée par le conseil des ministres à la fin du processus (octobre). (Art. X +4). Nous comprenons bien sûr que le gouvernement souhaite éviter tout dérapage budgétaire, mais ne suffit-il pas d'inscrire dans la loi des mécanismes pour éviter de telles situations ? Ici, la législation prévoit que le contenu du budget est déterminé par le gouvernement, alors que la connaissance des besoins se situe au niveau du terrain.

→ Nous proposons donc de mettre en place uniquement des mécanismes de contrôle.

Deuxièmement, les organes de concertation de l'INAMI sont parfois tout simplement contournés, comme le CTM dans le cadre des ajustements de la nomenclature. Art. X + 40. Cela va, selon nous, beaucoup trop loin et ne correspond pas aux engagements du programme gouvernemental.

→ Nous insistons pour que cette mesure soit retirée.

Troisièmement, la philosophie du système de conventions (choix libre d'adhérer ou non) est remise en question. Oui, sur papier, le prestataire de soins individuel conserve le libre choix d'adhérer ou non, mais en pratique, cela n'est plus réalisable en raison de la menace accrue d'introduction d'honoraires maximum (cela concerne bien plus d'hypothèses qu'auparavant, et désormais, il n'est plus écrit « Le Roi PEUT » mais « Le Roi ORDONNE », ce qui rend cette possibilité plus réelle qu'auparavant lorsqu'elle était rarement appliquée). Art. X + 28 §2.

Le système de tels honoraires maximum entraînera qu'en cas de taux de conventionnement insuffisant, tant ceux qui n'ont pas adhéré à la nouvelle convention (ils n'ont pas adhéré mais doivent pourtant respecter des honoraires imposés) que ceux qui y ont adhéré seront pénalisés (ils n'obtiennent pas de statut social).

→ En guise d'alternative, nous proposons donc trois autres scénarios :

1. Si aucune convention n'est conclue, approuvée ou acceptée par 60 % des membres, les tarifs sont libres, et seule l'intervention de l'assurance est fixée par arrêté royal.
2. Si aucune convention n'est conclue, approuvée ou acceptée par 60 % des membres, le ministre propose un document avec des tarifs sur lesquels les médecins peuvent adhérer ou non, et cette phase est définitive, c'est-à-dire que peu importe le pourcentage d'adhésion, cette phase est contraignante pour déterminer qui est conventionné ou non.
3. L'imposition de tarifs maximum ne devrait être autorisée qu'en dernier recours, comme le ministre l'a confirmé à maintes reprises dans ses réponses aux questions fréquentes.

<https://vandenbroucke.belgium.be/nl/nieuws/een-voorontwerp-van-wet-over-hervormingen-de-gezondheidszorg-veel-gehoorde-vragen>: "Het is pas indien dit niet lukt in het Verzekeringscomité, dat de minister aan zet komt. Hij krijgt dan eveneens een maand de tijd (deze termijn wordt nu duidelijk vastgelegd) om een voorstel voor te leggen aan de individuele artsen. Indien meer dan 40 procent van de artsen dit voorstel niet wil volgen, is het in laatste instantie aan de regering (de wet spreekt dan over

‘de Koning’) om de tarieven te bepalen. Dat is vandaag ook het geval: niets nieuws onder de zon dus...”

Quatrièmement, le principe de négociation libre d'une convention par les représentants des prestataires de soins est miné par une menace d'une perte automatique de l'indexation. Le projet de loi prévoit en effet un automatisme selon lequel l'indexation est perdue si aucune convention n'est conclue ou approuvée (>< dans la législation actuelle, cet automatisme n'est pas prévu et l'indexation peut être conservée). Art. X + 28 §3. Il s'agit d'une sorte d'épée de Damoclès qui rend impossible toute négociation libre.

→ Un tel mécanisme n'est pas non plus prévu dans le programme gouvernemental.
Nous demandons donc son retrait.

Cinquièmement, les possibilités de résiliation de la convention sont limitées par rapport à avant. Selon le projet de loi, une commission des conventions ne pourra plus, dans le cadre d'une convention qu'elle conclut, déterminer une possibilité de résiliation. Art. X + 27, alinéa 3. Pourtant, cela peut être très utile, chaque secteur ayant ses spécificités.

→ Ce point n'est pas non plus prévu dans le programme gouvernemental.
Nous demandons donc son retrait.

Limitation des choix en matière de convention

Le projet de loi vise à supprimer la convention partielle (MvT, section X +1).

Les raisons invoquées pour cette suppression sont doubles. Très souvent on entend dire que les médecins travaillent comme conventionnés au sein de l'hôpital et comme déconventionnés dans un autre lieu. Pourtant, le système actuel interdit déjà ces pratiques, comme stipulé dans le point 7.3.2.2.3. de l'accord. Un autre argument est le manque de clarté pour les patients concernant les tarifs. Pourtant, la législation prévoit déjà des obligations sur ce sujet.

Nous préconisons de renforcer ces contrôles (= alternative) mais nous ne voulons pas jeter le bébé avec l'eau du bain. En effet, il est essentiel de maintenir cette flexibilité, notamment pour les médecins universitaires à temps plein qui ne peuvent se déconventionner entièrement. Supprimer cette option reviendrait à réduire l'offre de soins dans les hôpitaux universitaires.

Ce point n'est pas non plus prévu dans le programme gouvernemental. Nous demandons donc son retrait.

Augmentation du taux de conventionnement

La déclaration du gouvernement stipule que des initiatives sont nécessaires pour augmenter le taux de conventionnement. Nous sommes d'accord avec cela, mais cela doit se faire par le biais de l'instrument approprié, à savoir le statut social de l'INAMI. Il a été introduit dans ce but et doit donc être mis en œuvre par ce biais. Cependant, d'autres primes (par exemple, la prime de pratique intégrée) ne peuvent être liées à l'existence ou non d'une convention, car elles poursuivent un objectif différent (promouvoir la numérisation). Or, le projet de loi prévoit ce dernier. Art. X + 33.

Dans le pire des cas, une alternative pourrait être de supprimer la prime de pratique minimale pour les médecins qui n'utilisent pas l'informatique et d'utiliser ce budget pour augmenter le statut social de l'INAMI.

Nous tenons toutefois à souligner que le couplage des primes au statut de conventionnement n'aura de conséquences que pour les médecins généralistes (prime de pratique intégrée, prime DMG débutant, intervention continuité des soins/allocation de pratique) or ils sont déjà conventionnés à plus de 90 %. Cette mesure ne modifiera donc pas le taux de conventionnement. De plus, la liberté de se conventionner ou non – qui, selon le ministre, reste garantie pour tous les médecins – deviendra impossible pour les médecins généralistes en exercice en raison des conséquences financières.

cf. beaucoup de questions entendues : Les professionnels de santé peuvent aujourd'hui choisir d'adhérer ou non à une convention. Cette liberté individuelle n'est pas remise en question. L'adhésion à une convention demeure un choix individuel et ne sera pas imposée.

Le projet de loi propose également de **lier le financement des syndicats médicaux au taux de conventionnement** (article X + 46). La justification donnée est que cela se fait déjà dans d'autres secteurs (kinésithérapie, sages-femmes, etc.), et que l'on souhaite harmoniser les pratiques. Cependant, cette comparaison est inappropriée, car dans ces autres secteurs, il n'existe pas d'élections, contrairement aux médecins. Actuellement, la partie variable de notre financement dépend du résultat de ces élections, et tant que celles-ci existent, il est logique que ce lien demeure.

Si l'on insiste pour établir un lien avec le taux de conventionnement, nous proposons de diviser la partie variable en deux : une partie resterait indépendante du taux de conventionnement et continuerait de dépendre des élections, tandis que l'autre partie pourrait être liée au taux de conventionnement. Cependant, il est primordial que le montant total de la partie variable ne soit pas supérieur au niveau actuel.

Limitation des suppléments d'honoraires

Le projet de loi prévoit des pourcentages maximums qui peuvent être imposés par arrêté royal, tant à l'hôpital qu'en ambulatoire.

La compétence d'imposer des restrictions supplémentaires sur les suppléments d'honoraires – même avant le 1er janvier 2028 – ne peut en aucun cas être accordée par arrêté royal et doit donc être explicitement supprimée de la réforme législative. L'introduction de telles restrictions ne peut se faire que par une modification formelle de la loi, précédée d'une concertation structurée avec les représentants des médecins et avec une pleine implication et participation parlementaires. Art. X + 42 et suivants.

La déclaration gouvernementale ne mentionne également ce point que dans le volet des soins hospitaliers, et non pour les soins ambulatoires. La mention concernant le secteur ambulatoire doit donc être supprimée du projet de loi. Si toutefois cette mention devait être maintenue, il faudrait au moins veiller à garantir des conditions équitables entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

Cette question doit également être examinée dans un cadre plus large avec la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux, en trouvant également une solution pour les honoraires qui, à eux seuls, ne couvrent pas les coûts dans le cadre de l'article 35, §4. Nous proposons donc que le sujet des suppléments ne soit pas traité de manière isolée, mais qu'il soit retiré du projet de loi et discuté comme un tout cohérent (nomenclature, art. 35, §4, financement des hôpitaux).

En attendant, il est possible de travailler sur les excès existants. Les excès correspondent à des cas de dépassements injustifiés. À cet égard, le ministre a déjà donné des instructions à la CPNMH et au groupe ad hoc sur la réforme des hôpitaux. Ces organes ont déjà développé des initiatives (notamment le gel des suppléments) et prouvé leur expertise. Ils sont compétents pour trouver des solutions à ces problèmes.

Fixer une date d'entrée en vigueur au 1er janvier 2028 n'est pas justifié tant qu'aucun progrès démontrable n'a été réalisé concernant les mesures d'accompagnement nécessaires, telles que le financement des hôpitaux, la réforme de la nomenclature, l'introduction de la co-gouvernance, le traitement des pseudocodes et l'allocation de pratique.

Proposition de modification de la loi:

La date d'entrée en vigueur sera fixée par arrêté royal après concertation en Conseil des ministres, et pourra être fixée au plus tôt le 1er janvier 2028.

La possibilité de prévoir une entrée en vigueur anticipée par arrêté royal distinct devrait être supprimée.

Retrait du numéro INAMI

L'avant-projet de loi prévoit la possibilité de déterminer des motifs « autres que l'exécution » par arrêté royal pour retirer un numéro INAMI. Art. X+49. Il prévoit également la possibilité pour le SEGM de suspendre le numéro INAMI (au lieu d'infliger une amende administrative). Art. X+50.