

CHRONIQUE D'UNE GRÈVE DES MÉDECINS

07.07.2025

Avant-projet de loi-cadre
du ministre Vandenbroucke

YOU DON'T KNOW WHAT YOU'VE GOT
TILL IT'S GONE



PRÉSENTATION

Avant-propos	4
Grèves des médecins	5
Accord de coalition	7
Accord de coalition vs avant-projet de loi-cadre vs « 10 questions franches à Frank » (2024)	18
Chronologie	46
Diapositives ministérielles du 3 juin 2025	48
Versions 1-2-3-4 de l'avant-projet de loi-cadre	65
Aperçu sommaire des versions 1-2-3-4 pour les thèmes clés	138
Le militantisme syndical en valait-il la peine?	141
L'avant-projet de loi-cadre contre l'accord de coalition	144
L'avant-projet de loi-cadre dans une perspective plus large	147
L'avant-projet de loi-cadre améliore-t-il la situation des patients?	181
Thèmes	188
Budget de l'assurance maladie	188
Suppléments d'honoraires	191
Réforme de la nomenclature	210
Réforme du financement des hôpitaux + Art. 155 § 3	219
Cogouvernance	237
Intervention majorée	240
<i>Unmet needs</i> (besoins non satisfaits)	246
Dépenses à la charge du patient	247
Codes de transparence	251
Article 35 § 4	259
Éléments perturbateurs	269
Points à travailler après le Comité ministériel restreint (Kern)	275
Conclusion	276
Note de synthèse 07.02.2026	277
Auteur	280

AVANT-PROPOS

Les grèves des médecins sont rares et doivent le rester. En tant que témoin privilégié, j'ai pu suivre de très près les événements de 2025, souvent aux premières loges. Cette chronique a pour but de permettre aux futures générations de médecins de jeter un regard rétrospectif sur la grève du 7 juillet 2025. À cet égard, une vieille maxime attribuée à Marc Aurèle, mais qui n'est peut-être pas de lui, s'applique : « *Tout ce que nous entendons est une opinion et non un fait. Tout ce que nous voyons est une perspective et non la vérité.* » Ce récit est donc écrit d'un point de vue de médecin.

Le professeur Uwe E Reinhardt était professeur d'économie politique à l'université de Princeton aux États-Unis et a donné, en 1997, une conférence intitulée « Annual Lecture 1997 », consultable sous le titre : « Accountable Health Care: is it compatible with social solidarity? » (ISBN 1899 040 307). À la page 69, nous pouvons lire l'extrait suivant et il nous faut vérifier à plusieurs reprises la date : 1997 et non 2025 ou 2026, pour s'assurer qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

"VIII CONCLUDING REMARKS: WHITHER HEALTH CARE?"

At the beginning of this essay, it was remarked that the current world wide malaise over health care is nothing new, and that it will never abate. At the heart of that malaise lies **the perennial suspicion that the health sector does not use the resources entrusted to it as well as it might**, because the transactions in the health sector typically lack the economic legitimacy that makes normal transactions in the market place so civilized and mutually agreeable. **Unfortunately, there does not exist an arrangement that could ever raise the typical health care transaction to that level of economic legitimacy. Therefore, permanent unhappiness with the health system is part and parcel of the human condition, as are the periodic calls for bold reforms that are followed periodically by feeble attempts at reform, only to be followed by further calls for reform.** The current, worldwide epidemic of health-care reform, as Rudolf Klein (1995) has called it, is driven by one common objective: to hold physicians and the managers of health care facilities more fully accountable for the resources they are allocated (as under the British system) or that they conscript (as in many other systems)."

Il est un fait certain : la médecine évolue à toute vitesse, mais les plaintes à l'encontre des médecins ont toujours existé et continueront d'exister. Ces plaintes conduisent à une demande permanente de réformes. Et lorsque celles-ci seront bien engagées, la demande de nouvelles réformes se fera à nouveau sentir. Un fil rouge : une réforme n'est réussie que si le médecin est de plus en plus « responsabilisé ». Le mot « patient », intrinsèquement lié à la médecine, ne figure aucunement dans l'évaluation de la réforme.

GRÈVES DES MÉDECINS

Lors de la première **grève des médecins, du 1er au 18 avril 1964**, une grande partie des médecins et dentistes belges sont entrés en grève en réaction aux réformes prévues dans le domaine de la sécurité sociale. Ce conflit virulent visait les économies prévues dans le domaine de la sécurité sociale par le ministre de l'époque, Edmond Leburton, dans le cadre de la loi dite « Leburton ». Celle-ci visait à restreindre la médecine, qui était jusqu'alors pratiquement libre. En réaction aux réformes prévues dans le secteur des soins de santé, 95 % des médecins et dentistes belges se mirent en grève. Le syndicat des médecins d'André Wynen souhaitait maintenir la liberté thérapeutique absolue. Les médecins en grève se virent réquisitionnés par l'armée dans leur fonction d'officier de réserve. Pour y échapper, de nombreux médecins partirent en vacances à l'étranger. La grève dura près de trois semaines et ne prit fin que lorsque le gouvernement finit par céder à la plupart des revendications. La loi Leburton dut alors être réécrite.

De **décembre 1979 à janvier 1980**, une deuxième grève moins générale des médecins eut lieu en Belgique. Des milliers de médecins belges cessèrent le travail pour protester contre les projets de réforme du ministre de la Prévoyance sociale, Alfred Califice (PSC). La grève dura au total 28 jours. La situation était devenue si grave que même l'hôpital militaire dut être réquisitionné. Le Premier ministre Wilfried Martens (CVP) reprit les discussions avec les syndicats médicaux traditionnels, mais finalement, peu de décisions furent prises, car le 9 avril 1980, le gouvernement tomba à la suite de la deuxième réforme de l'État.

En **septembre et octobre 2001**, les biologistes cliniciens, radiologues et néphrologues cessèrent le travail pendant 12 jours au total : du 17 au 19 septembre, du 1er au 4 octobre et du 15 au 19 octobre 2001. Pendant ces jours, ces services fonctionnèrent en service minimum. La cause directe provenait de mesures budgétaires prises par le ministre socialiste des Affaires sociales de l'époque, Frank Vandenbroucke. Le ministre s'était déclaré prêt à augmenter le budget à condition que les abus et le gaspillage soient éliminés.

Le **7 juillet 2025**, l'ABSyM a organisé une grève des médecins généralistes et spécialistes, suivie par l'ASGB-CARTEL menant des actions le même jour et contrecarrée par Domus Medica. Les dentistes ont également suivi massivement cette action. Plus de 80 % de tous les médecins spécialistes ont assuré le service le dimanche entre 8 heures et 18 heures, ainsi que plus d'un quart des médecins généralistes. Dans des régions entières, l'ensemble des médecins généralistes ont raccroché leur stéthoscope. C'est dans le sud du pays que la grève a été la plus durement ressentie. En Wallonie, le 7 juillet a été marqué par le report de l'ensemble des soins non urgents. À l'hôpital universitaire de Namur, par exemple, 350 des 400 médecins ont cessé le travail. En Flandre, les perturbations ont été moins importantes. Médecins et dentistes ont cessé le travail pour marquer leur mécontentement à l'égard des projets de réforme de Frank Vandenbroucke, ministre de la Santé. Selon l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM), l'avant-projet de loi-cadre du ministre a eu un certain nombre d'effets pervers en plafonnant les suppléments d'honoraires sans tenir compte de la réforme imminente de la nomenclature et du financement des hôpitaux, mais aussi en raison d'une forte intervention de l'État dans la prise de décision et dans les accords, qui ne pouvait être interprétée autrement que comme une mise en œuvre directe de la médecine d'État, avec de longues listes d'attente et sans soins personnalisés ni liberté de choix pour le médecin et le patient. De plus, l'avant-projet de loi-cadre portait un coup fatal aux soins ambulatoires. En outre, une politique d'application impitoyable a été introduite, dans le cadre de laquelle l'INAMI aurait le pouvoir d'imposer, comme alternative à une amende administrative, une suspension du numéro INAMI pendant une période allant d'un mois à deux ans. Le gouvernement Arizona a compris le

message et a supprimé les principaux points sensibles du projet de loi-cadre, qui a été adopté en première lecture le 21 juillet 2025 et intégré dans l'accord d'été conclu à l'époque par le Premier ministre Bart De Wever. Les prochaines élections fédérales auront normalement lieu en juin 2029.



L'ACCORD DE GOUVERNEMENT DE LA COALITION ARIZONA

Le dimanche **9 juin 2024**, les élections européennes, fédérales et régionales ont eu lieu en Belgique : le MR, la NVA et Les Engagés en sont sortis grands vainqueurs. Le Vlaams Belang a également obtenu un bon résultat, mais n'a pas participé à la formation du gouvernement. Un accord de coalition fédérale et un nouveau gouvernement ont vu le jour le vendredi 31 janvier 2025, vers 21 h 10, et ont entamé leurs travaux le 3 février, avec Bart De Wever comme Premier ministre. Une coalition Arizona a été formée. Cette coalition se compose des libéraux francophones (MR), des socialistes flamands (Vooruit), des chrétiens démocrates (CD&V-Les Engagés) et de la N-VA (nationalistes flamands). (CD&V-Les Engagés) et de la N-VA (nationalistes flamands). Nommée d'après le drapeau de l'État américain de l'Arizona, elle fait allusion aux couleurs des familles politiques de cette coalition : bleu pour les libéraux, rouge pour les socialistes, orange pour les chrétiens-démocrates et jaune pour les nationalistes flamands. L'accord de coalition fédéral conclu pour la période 2025-2029 s'attache à relever divers défis socio-économiques et à améliorer les finances publiques, et comporte un volet important sur les soins de santé. Le ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la Lutte contre la pauvreté, M. Vandenbroucke, tient à préciser que le texte du volet soins de santé est de son cru. Le volet « soins de santé » de l'accord de coalition est très complet et détaillé.

Une vue d'ensemble des passages clés, dont ceux qui sont pertinents pour l'avant-projet de loi-cadre, sont repris ci-après.

- La nouvelle commission Objectifs soins de santé formulera en début de législature une proposition de nouveaux objectifs qui serviront de fil conducteur au cours de cette législature. Ces objectifs de soins de santé concrétisent au maximum l'approche *quintuple aim* et aident le Conseil général et tous les acteurs concernés à attribuer des moyens fédéraux existants et nouveaux.
- Pour les hôpitaux, nous prévoyons un financement de base axé sur la pathologie, transparent et garantissant une marge de manœuvre financière suffisante pour organiser des soins de qualité. En outre, les hôpitaux recevront un budget important basé sur le « *pay for performance* », qui encourage l'amélioration des soins et de la qualité. Le financement tiendra également suffisamment compte des caractéristiques sociales de la population et un budget d'innovation sera également prévu, à partir duquel des fonds pourront être alloués à des investissements novateurs.
- Les suppléments sont limités dans tous les secteurs. Pour les prestataires de soins, cette réforme est mise en œuvre en conjonction avec la réforme de la nomenclature, le plafonnement étant basé sur l'honoraire professionnel (pur) du médecin et les frais de fonctionnement nets sur la base de critères objectifs. Dans l'intervalle, cependant, les excès sont déjà traités, et les pourcentages maximums des suppléments d'honoraires dans les hôpitaux sont également harmonisés. En attendant la mise en œuvre complète de ce nouveau financement, des mesures transitoires sont prévues dans lesquelles les hôpitaux restent adéquatement financés pour continuer à garantir la continuité de la prestation de services et la santé financière du secteur.
- Pour les prestataires de soins de santé, l'exercice de réforme de la nomenclature sera complètement achevé au cours de cette législature. Cette réforme de la nomenclature doit assurer une rémunération adéquate pour tous, améliorer l'attractivité de certaines professions confrontées

actuellement à d'importantes pénuries et valoriser davantage le temps d'écoute, de communication et de coordination. Une mise à jour régulière et systématique de la nomenclature doit devenir une pratique courante dans notre système de soins de santé.

- Nous maintenons le principe selon lequel un médecin ou un dentiste est rémunéré par prestation mais nous prévoyons une marge pour de nouveaux modèles de financement qui encouragent la coopération interdisciplinaire, la continuité des soins, la disponibilité et la prévention.
- Dans le nouveau système, nous appliquons le principe d'un honoraire pur. Les coûts que l'hôpital prend en charge pour les patients hospitalisés seront alors payés directement aux hôpitaux en fonction de la pathologie traitée de sorte que les rétrocessions disparaîtront. Une allocation de pratique sera prévue pour les pratiques ambulatoires intra et extra-muros.
- En concertation avec le SPF SPSCA, l'INAMI soumettra une proposition intégrée en 2025 en ce qui concerne la réforme des hôpitaux et de la nomenclature. Entre-temps, le gouvernement élabore en concertation avec tous les acteurs concernés (prestataires de soins, hôpitaux et mutualités) une proposition de procédure et de calendrier pour la consultation de tous les acteurs concernés par cette question, tout en respectant les pouvoirs existants de la Commission nationale médico-mutualiste. En l'absence de consensus entre les acteurs, le gouvernement prendra lui-même les décisions d'ici à la fin de l'année 2026 sur la réforme et son introduction éventuellement progressive.
- La proximité des soins est garantie dans la mesure du possible et les soins hautement spécialisés sont concentrés dans des centres d'excellence lorsque la qualité des soins l'exige. La désignation de ces centres se fait sur la base de critères objectifs de qualité et de quantité qui donnent aux hôpitaux universitaires et généraux la possibilité de devenir un centre d'expertise. En ce qui concerne le financement, il convient dans le même temps de s'intéresser spécifiquement aux missions à caractère unique des hôpitaux universitaires.
- Un groupe de travail indépendant composé d'experts, mis en place en concertation avec les entités fédérées, proposera un plan global d'ici le 01/07/2025, en tenant compte des études existantes du KOE.
- Les hôpitaux doivent pouvoir avoir la possibilité de fusionner s'ils le souhaitent pour optimiser leur fonctionnement. À cette fin, le gouvernement lèvera les obstacles afin qu'une fusion n'entraîne pas d'effets négatifs.
- L'accessibilité des soins est déterminée par plusieurs facteurs, dont l'accessibilité financière et la proximité. Un autre facteur concerne la rapidité et la fluidité avec lesquelles le patient se rend chez un prestataire de soins de santé. Aujourd'hui, nous constatons que ce dernier facteur ne peut pas toujours être garanti. Qu'il s'agisse du refus de médecins généralistes et de dentistes de prendre de nouveaux patients en raison du manque de places, des temps d'attente d'un an ou plus chez certains spécialistes, il est clair qu'il faut trouver des solutions.
- Une simplification administrative d'envergure permet de libérer du temps pour le patient. Nous partons d'une page blanche et incluons uniquement l'administration absolument nécessaire dans une « liste de base ». L'administration nécessaire sera en outre numérisée dans toute la mesure du possible selon le principe « *only-once* ». Nous développons également une attestation unifiée pour l'incapacité de travail qui peut être utilisée par tous les organismes et parties. Nous poursuivons les concertations avec les entités fédérées sur la réduction et la simplification des certificats médicaux inutiles.

- À cette fin, la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé sera modernisée et assouplie. Nous introduisons plus de flexibilité afin que les prestataires de soins de santé puissent coopérer et déléguer plus facilement. Nous nous efforcerons au maximum de mettre en place un modèle de coopération dans lequel chaque prestataire peut travailler autant que possible en fonction de ses compétences, où il est possible d'acquérir de nouvelles compétences et où, après concertation avec les prestataires de soins, la démarcation entre les professions est plus souple. En l'espèce, nous renforçons délibérément les compétences des différents professionnels de la santé, y compris les kinésithérapeutes, les sages-femmes et les pharmaciens, et nous libérons également de la place pour de nouveaux profils dans notre système de santé.
- Certains endroits du pays sont confrontés à une pénurie de médecins ou dentistes de sorte que certains citoyens ne trouvent pas de nouveau médecin généraliste ou doivent attendre très longtemps avant d'obtenir un rendez-vous auprès de certains spécialistes. Nous poursuivons le développement d'un cadastre médical dynamique pour les professions de santé. En concertation avec les Communautés, et pour répondre aux besoins objectifs, nous augmentons les quotas de médecins et de dentistes. De nouvelles mesures de soutien en ce qui concerne la répartition géographique des prestataires de soins de santé relèvent de la compétence exclusive des Communautés mais s'il subsiste des obstacles juridiques au niveau fédéral, nous examinerons comment les supprimer en concertation avec l'entité fédérée concernée.
- Nous analysons l'impact de l'afflux de prestataires de soins diplômés à l'étranger sur le quota national et procédons le cas échéant à un ajustement au bénéfice des diplômés des universités en Belgique. Pour les prestataires de soins diplômés à l'étranger, nous veillons au même respect strict des critères concernant la qualité des soins.
- Un accord-cadre doit être établi en concertation avec les prestataires de soins de santé pour que ceux-ci recherchent des solutions solidaires et concertées entre eux pour éviter que des prestataires ne refusent d'accueillir de nouveaux patients.
- Il convient de revoir et améliorer l'organisation de l'aide médicale urgente. Dans notre pays, chaque citoyen doit pouvoir compter sur un médecin généraliste lorsqu'il en a besoin. En concertation avec les prestataires de soins concernés, le triage professionnel via le numéro 1733 est amélioré et généralisé pour tout le pays, en tenant compte du Manuel belge de la Régulation médicale. Nous améliorons l'organisation des postes de garde. Nous encourageons donc la coopération, assurons une bonne répartition géographique, y compris l'installation à proximité des services d'urgence, et mettons en place des critères clairs en ce qui concerne la disponibilité et la qualité des soins. Pour ce faire, aucune nouvelle structure juridique ne doit être mise en place. La coopération avec les équipes mobiles de crise sera examinée. Un triage adéquat par le biais du 1733 et des postes de garde de médecins généralistes permettra d'optimiser le recours aux services d'urgence. Nous devons trouver un bon équilibre entre l'accessibilité pour le patient et la faisabilité pour le médecin généraliste dans le cadre d'une première ligne renforcée en concertation avec les entités fédérées. Le PIT pourra exercer sa fonction spécifique en étroite collaboration avec les hôpitaux.
- Pour garantir une sécurité tarifaire suffisante au patient, le modèle de convention sera encouragé par le Gouvernement et fera l'objet d'une réforme basée sur une responsabilisation individuelle et éventuellement collective plus forte. La réforme de la nomenclature jouera un rôle important à cet égard. Nous ferons en sorte de rendre le conventionnement suffisamment intéressant pour les prestataires de soins de santé. La différence entre prestataires conventionnés et non conventionnés sera renforcée. Dans ce cadre, nous étudions également la possibilité d'offrir un système de tarification plus souple aux prestataires de soins de santé conventionnés dans certaines situations et sous des conditions strictes, sous la forme de tarifs maximums sélectifs qui soient

temporairement possibles dans le cadre d'accords et de conventions. Ces tarifs maximums seront intégrés dans le calcul du maximum à facturer.

- Les organisations représentatives des prestataires de soins de santé seront responsabilisées afin d'encourager leurs membres à se conventionner.
- Il sera demandé à l'INAMI d'élaborer une proposition opérationnelle pour ce nouveau modèle de convention compte tenu de la nouvelle génération d'accords qui entreront en vigueur à partir de 2026.
- Nous élargissons le champ d'application du MAF notamment pour les patients psychiatriques de longue durée. Nous réévaluons les tranches et le taux de couverture, tout en maintenant les plafonds du ticket modérateur ajustés au coût de la vie. Cela se fait dans le but d'une meilleure protection des patients et ne doit, en moyenne, pas entraîner une augmentation des charges pour les patients et leur famille.
- Nous étendons le système du tiers payant afin d'améliorer l'accessibilité aux soins tout en veillant à ce que le patient continue de se rendre compte du coût réel des soins et tout en garantissant que les avantages relatifs pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée restent préservés et tout en assurant que les processus administratifs garantissent un paiement rapide des prestataires de soins.
- Nous serons plus vigilants à l'avenir en matière d'abus, notamment en utilisant mieux et davantage les données disponibles et les nouvelles technologies, afin de garantir que les moyens parviennent aux personnes qui en ont réellement besoin.
- Ce gouvernement protège ceux qui nous soignent. C'est pourquoi nous réprimons fermement la violence et les agressions à l'encontre des prestataires de soins. Nous appliquons une politique de tolérance zéro face à la violence.
- Les prestataires de soins de santé doivent pouvoir consacrer au maximum leur temps à l'administration des soins, ce qui suppose une simplification administrative là où c'est possible, un renforcement de la numérisation et du partage de données conformément au concept BIHR.
- Il convient d'améliorer le statut et la rémunération des médecins en formation et tendre vers la création d'un statut complet.
- En collaboration avec les gynécologues et les sages-femmes, nous mettons en place une approche intégrée et interdisciplinaire des soins périnataux. Nous renforçons le rôle des sages-femmes dans le suivi des grossesses à faible risque et veillons à créer un cadre attractif pour les sages-femmes en soins de première ligne.
- Les Ordres déontologiques existants pour les prestataires de soins de santé seront modernisés. Les problèmes (manque de transparence, position faible du patient) sont abordés dans ce cadre. Pour les dentistes, nous examinons si une intégration dans l'Ordre des Médecins réformé est possible et opportune.
- La Commission fédérale de contrôle fait l'objet d'une évaluation et d'un renforcement le cas échéant. Des accords supplémentaires avec les entités fédérées sont nécessaires pour éviter les conflits de compétences et de rôle.
- Le pharmacien aura un rôle clair à jouer dans la détection à temps de pathologies telles que le diabète, le cancer de la peau ou les maladies cardiovasculaires, et dans l'amélioration de

- l'observance thérapeutique. La compétence temporaire des pharmaciens en matière de vaccination antigrippale est confirmée. Nous examinons également si le recours aux pharmaciens pour les autres vaccins peut contribuer à la santé publique.
- Les patients auront un accès direct au kinésithérapeute pour les troubles légers et modérés, sans orientation obligatoire par le médecin généraliste. Une concertation doit toutefois avoir lieu entre le kinésithérapeute et le médecin généraliste. Pour les pathologies complexes, l'obligation d'orientation restera d'application.
- Les soins de santé physique et mentale mais aussi les soins liés au bien-être sont indissociables. Les différents professionnels et institutions doivent davantage collaborer. L'intégration des services de santé mentale dans les foyers pour enfants, les CPAS, les centres de services locaux, les médecins généralistes, etc. se poursuit dans le cadre de la convention SPPL.
- Dans les hôpitaux généraux, nous mettons l'accent sur un meilleur screening des troubles psychiatriques par une collaboration avec les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles. La coopération entre les prestataires de soins sociaux, somatiques et psychiatriques, tant à l'hôpital qu'à l'extérieur, est cruciale. Le développement de care sets au sein des services de santé mentale permet d'assurer un flux d'informations et un partage de données corrects.
- Comme pour les soins de santé somatiques, la santé mentale doit se baser sur le principe de l'*evidence based medicine*. Nous collaborons avec le KCE pour élaborer des lignes directrices en matière de prescription, tant pour les médicaments que pour les thérapies ou autres actions appropriées (prescription sociale). L'utilisation et le sevrage des psychotropes doit toujours bénéficier d'un accompagnement.
- Le cadre ambulatoire doit être utilisé au maximum pour toute personne dont le problème le permet. De cette manière, les soins résidentiels restent libres au maximum pour ceux qui en ont vraiment besoin et qui ne peuvent être aidés d'aucune autre manière.
- Le rôle du psychiatre est renforcé tant au sein des réseaux que des soins ambulatoires, tant pour les besoins en soins chroniques et complexes que pour les soins aigus, jouant un rôle actif dans les parcours de soins multidisciplinaires.
- Il convient également, dans une approche interfédérale, d'améliorer le diagnostic de dépression chez les personnes âgées, d'envisager les approches non médicamenteuses et d'être attentif, en cas de prise en charge médicamenteuse, à la surmédication, et de poursuivre la réforme relative aux réseaux de santé mentale en développant le volet « personnes âgées ».
- Nous poursuivons la mise en œuvre de la convention AJA afin que les enfants et les jeunes adultes atteints d'un cancer puissent également bénéficier, dans d'autres hôpitaux, et au niveau des soins de première ligne, de l'assistance psychosociale et médicale spécifique à leur âge, là où ils sont traités ou suivis. La première période de convention permettra la mise au point d'une politique de soins AJA harmonisée.
- Nous évaluons également le parcours de soins pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles alimentaires et l'étendons aux patients de plus de 23 ans. De manière complémentaire avec l'offre en ambulatoire, les centres de référence pour les troubles alimentaires prévus sont créés. Compte tenu des besoins importants en matière de traitement des jeunes souffrant de troubles alimentaires, les pédopsychiatres, qui travaillent souvent en collaboration interdisciplinaire avec d'autres prestataires de soins indépendants, sont également impliqués dans la lutte contre les troubles alimentaires.

- Nous examinons si l'agrément d'une spécialisation en addictologie peut apporter une valeur ajoutée au traitement des addictions.
- Les citoyens doivent pouvoir accéder plus rapidement aux médicaments, aux dispositifs ou aux traitements innovants. Des démarches importantes ont déjà été effectuées à cet égard dans le cadre de la feuille de route Médicaments. Le gouvernement continuera à mener des politiques ambitieuses pour améliorer l'accès et la rapidité d'accès aux médicaments innovants, notamment en donnant forme à la feuille de route dans le cadre d'un dialogue avec tous les acteurs concernés. La nouvelle procédure d'accès rapide et précoce sera suivie et évaluée avant la fin de 2027 et ajustée si nécessaire pour accélérer l'accès des patients aux médicaments prometteurs, sans risque de dérapage budgétaire.
- Nous déployons un maximum d'efforts en faveur de l'utilisation rationnelle des médicaments. Par exemple, ce gouvernement encouragera les fabricants à proposer également des médicaments non remboursés en petits conditionnements. Il visera également une délivrance par délai de traitement pour les antibiotiques, les benzodiazépines et les opioïdes.
- Afin de favoriser l'observance thérapeutique et d'éviter des déplacements inutiles à l'hôpital, dans le cadre d'un plan d'action global entre l'INAMI, l'AFMPS, le pharmacien d'officine et le pharmacien d'hôpital, nous étudions si et comment le pharmacien d'officine, en coordination avec les pharmacies hospitalières et les prescripteurs, peut jouer un rôle dans la délivrance des médicaments qui sont actuellement réservés à la pharmacie d'hôpital. Dans ce cadre, nous parlons du principe suivant : par l'officine pharmaceutique lorsque c'est possible et par la pharmacie de l'hôpital lorsqu'il le faut.
- L'Europe, et donc la Belgique en tant que précurseur, perdent du terrain dans le domaine de la recherche clinique, en particulier en ce qui concerne les médicaments de thérapie innovante (ATMP). Pour maintenir son attractivité pour la recherche clinique, la Belgique a besoin d'un environnement réglementaire progressif, flexible et favorable, d'une coopération forte et efficace entre les organismes concernés, en particulier le CT Collège, les comités d'éthique et les chercheurs, ainsi que d'une taskforce ambitieuse dotée de ressources suffisantes et d'un personnel qualifié. Le développement d'un réseau national d'essais cliniques est encouragé.
- Le paysage des différents comités d'éthique est évalué afin d'en améliorer l'efficacité, sans remettre en question l'indépendance de ces comités.
- Les patients ont davantage le contrôle sur leurs soins, ce qui permet de limiter les (longs) déplacements chez le médecin ou à l'hôpital. Les progrès technologiques permettent, par exemple, de mieux surveiller les patients souffrant de maladies chroniques de sorte qu'ils doivent se rendre moins souvent à l'hôpital mais aussi de pouvoir intervenir à temps si les choses risquent de mal tourner. Ces programmes doivent pouvoir être mis en place lorsque les prestataires et les patients estiment qu'ils offrent une plus-value à la prise en charge.
- En collaboration avec les entités fédérées, nous élaborons de nouveaux plans d'action pour détecter et traiter les maladies à temps. Dans ce cadre, nous appliquons une approche globale qui tient compte de la compétence de chacun pour atteindre des objectifs de santé conjoints. Un nouveau plan cancer doit notamment voir le jour ainsi qu'un plan pour les affections cardiovasculaires et un plan pour les maladies neurodégénératives. En l'occurrence, il convient d'appliquer pleinement le principe de « population management ».
- Le KCE évalue le parcours de soins pour le COVID long et d'autres syndromes post-infectieux. Sur la base de cette évaluation, le parcours de soins sera modifié le cas échéant.

- Les soins intégrés contribuent à la qualité des soins. L'approche cloisonnée des soins de santé est ainsi entièrement réorganisée et le bénéficiaire des soins est radicalement placé au centre.
- Les hôpitaux doivent continuer à bénéficier d'un espace pour entreprendre et se différencier. Nous ne voulons pas d'uniformité. Les hôpitaux qui collaborent ne doivent pas être désavantagés en termes de financement. Nous encourageons vivement la rédaction de rapports sur la qualité des soins ainsi que le benchmarking.
- Les pratiques extra-muros peuvent avoir une place dans le paysage des soins de santé en complément des hôpitaux. La collaboration avec les hôpitaux, notamment pour les services de garde, est nécessaire. Nous favorisons une collaboration avec les hôpitaux à cet égard. Nous prêtons également attention au rôle que les soins extramuros peuvent jouer dans la fourniture de soins abordables, accessibles et de qualité. Toutefois, cela ne doit en aucun cas conduire à des soins à deux vitesses. Nous soumettons ces pratiques également à des normes de qualité et de sécurité similaires à celles des hôpitaux. En l'occurrence, nous veillons à ne pas exercer de pression sur le fonctionnement et les services de garde des hôpitaux.
- Les comptes annuels de tous les hôpitaux doivent être publiés sur le site Internet de la Banque nationale.
- Les citoyens, les médecins, les professionnels, les organisations et les parties prenantes doivent pouvoir collaborer de manière efficace et efficiente. C'est pourquoi nous développons le partage des données en conformité avec le RGPD et compatible avec l'Espace européen des données de santé (EEDS), de sorte que le partage transparent et sécurisé des données constitue la base de soins coordonnés et intégrés. En donnant aux patients l'accès à leurs propres données, ils peuvent encore davantage maîtriser les aspects liés à leur santé.
- L'Agence belge des données de (soins de) santé (HDA) devient une agence interfédérale et facilite la mise à disposition uniforme, fiable et sécurisée des données en vue de leur réutilisation en lien avec les objectifs formulés dans l'EHDS (European Health Data Space) comme l'intérêt public et la santé publique, en appui de la politique et de la recherche scientifique, l'enseignement, la recherche de nouveaux produits et thérapies, avec une valeur ajoutée claire pour le citoyen, tout en respectant les intérêts et la vie privée du patient. La HDA ne fournit pas elle-même de données, mais facilite l'accès et contribue ainsi à ce que cela se fasse dans le respect de toute la réglementation applicable à cet égard.
- Au cours de cette législature, nous évaluons et améliorons le dossier patient électronique partagé complet en collaboration avec les entités fédérées et dans le cadre de l'EHDS. Tous les prestataires de soins de santé ayant une relation thérapeutique avec le patient doivent, avec le consentement du patient et la possibilité de s'y soustraire, avoir accès aux données dont ils ont besoin pour s'acquitter correctement de leur tâche. Il doit donc y avoir également une intégration des données relatives aux médicaments et des informations pertinentes sur les problèmes de santé mentale des patients. Les incitants financiers à la numérisation sont associés à un engagement de résultats en termes d'exhaustivité et de qualité de l'enregistrement.
- En outre, les citoyens doivent pouvoir faire « don » de leurs données de santé à la science, conformément au RGPD, EHDS et le Data Governance Act, à l'instar du don d'organes. Il s'agit d'informations provenant de dossiers médicaux, d'informations génétiques, d'informations sur le mode de vie et d'échantillons biologiques. Ces données anonymisées ou pseudonymisées peuvent être utilisées pour la recherche scientifique et fournir un aperçu des problèmes de santé. Nous examinons si le citoyen a besoin d'une protection supplémentaire en ce qui concerne les conditions des dons de données.

- Nous maintenons le principe de la norme de croissance au sein du système fédéral de soins de santé afin de pouvoir répondre aux besoins futurs du secteur.
- En attendant les effets des réformes, décrites plus loin, sur les dépenses de santé, nous prévoyons une marge pour de nouveaux investissements dans le cadre de la norme de croissance décrite ci-dessus, en mettant en œuvre des interventions ambitieuses visant à améliorer l'efficacité des soins. L'efficacité des soins est immédiatement mise à l'ordre du jour par l'activation de mécanismes de responsabilisation prévus par la loi pour les secteurs qui dépassent leurs objectifs budgétaires partiels, : les secteurs qui ont connu un dépassement non justifié doivent prendre des mesures qui permettront d'économiser le montant correspondant de manière structurelle à l'avenir.
- Une plus grande efficacité suppose également que la confection du budget des soins de santé soit davantage inspirée par les objectifs prioritaires en matière de santé. Le processus budgétaire doit également devenir plus clair. C'est pourquoi nous modifions le processus de confection du budget dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité.
- Les documents de base dans le cadre de la confection du budget, tels que les estimations techniques de juin et de septembre, sont d'abord examinés en Conseil des ministres. Sur la base de cette discussion et des travaux de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, le Gouvernement formule une lettre de mission, qui énonce clairement les priorités politiques ainsi que le cadre budgétaire et un calendrier clair dans lequel le Comité de l'assurance doit s'acquitter de sa mission légale d'élaborer une première proposition de projet de budget. Cette lettre de mission est transmise par le ministre des Affaires sociales au CG et au CA. Le Comité de l'assurance soumet ensuite une proposition au ministre des Affaires sociales, et pour avis de la CCB et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé. Sur la base de cette proposition, le ministre des Affaires sociales soumet un projet de budget au gouvernement pour approbation. La proposition approuvée est soumise au Conseil général pour ratification. L'adhésion des partenaires sociaux est importante, mais sans l'accord unanime des membres du gouvernement au sein du Conseil général, aucune approbation n'est possible quoi qu'il en soit. S'il n'y a pas de majorité au Conseil général, c'est le conseil des ministres qui décide.
- La confection du budget est basée sur une norme de croissance, mais il faut éviter que la norme de croissance prévue serve uniquement à absorber les hausses de volume et/ou qu'elle ne soit entièrement répartie entre les secteurs sans tenir compte des objectifs prioritaires en matière de santé. C'est pourquoi le gouvernement peut proposer qu'un certain pourcentage de l'objectif budgétaire soit réservé à des objectifs prioritaires en matière de santé, en chargeant un ou plusieurs secteurs (de commun accord s'il s'agit de plusieurs secteurs) d'affecter les ressources budgétaires à cet effet. Ces objectifs se concentrent principalement sur le *quintuple aim* et sur :
 - l'amélioration de l'accessibilité et la couverture des soins de santé ;
 - l'amélioration de l'efficience et l'efficacité des systèmes de soins de santé ;
 - des mesures visant à renforcer la prévention et la détection précoce dans le cadre des compétences de l'autorité fédérale ;
 - un soutien aux pratiques et techniques innovantes ;
 - la transition numérique dans les soins de santé, en ce compris la cybersécurité ;
 - l'amélioration de conditions de travail du personnel de santé.

- Le suivi du budget sera également renforcé sur la base d'une responsabilisation claire. À chaque constat de dépassement des objectifs partiels (cf. audit permanent, estimations techniques, évolution mensuelle des dépenses...), des mesures d'économies et de correction seront prises afin de garantir le respect de la trajectoire budgétaire. Cela se fera par l'application stricte des mécanismes légaux de responsabilisation existants, qui seront renforcés si nécessaire. Cette démarche s'inscrit également dans une stratégie plus globale visant à promouvoir l'utilisation efficace des ressources.
- Afin de pouvoir mettre en œuvre plus rapidement les adaptations et les réformes (nomenclature, conventions, etc.), la procédure actuelle inscrite dans la loi INAMI concernant le fonctionnement des conseils techniques et des commissions de conventions et d'accords sera évaluée et, si nécessaire, adaptée et rationalisée.
- Les adaptations nécessaires seront également apportées à la loi INAMI afin de pouvoir suivre une procédure réalisable, qui évite l'insécurité tarifaire lorsque des accords ne peuvent être conclus au sein des commissions de conventions et d'accords. Si aucun accord n'est conclu à temps, le gouvernement prendra lui-même l'initiative.
- Nous poursuivons dans cette voie, en nous concentrant sur un modèle de coopération avec une démarcation moins stricte entre les professions et nous ne touchons pas aux équilibres à présent trouvés.
- Bien que notre système de soins de santé soit reconnu pour sa qualité et son accessibilité, il n'est pas suffisamment efficace. Sur la base d'études belges (KCE, INAMI, Sciensano) et internationales (CE, OCDE, OMS) et de la littérature académique, le FMI identifie notamment quatre types de mesures ayant un impact majeur sur l'efficacité : (1) davantage de prévention, (2) une utilisation plus adéquate des ressources disponibles, (3) la réduction du coût des médicaments, et (4) un système de soins moins dépendant des hospitalisations classiques.
- Dans l'ensemble des soins de santé et en particulier dans chacun de ces quatre domaines, des politiques plus fortes sont nécessaires et le gouvernement partira de plans de politique ambitieux mis au point en début de législature, le cas échéant en concertation avec les entités fédérées. En ce qui concerne plus spécifiquement l'utilisation efficace des moyens disponibles, le gouvernement définira et commencera à mettre en œuvre une stratégie globale d'ici au 1^{er} janvier 2026 au plus tard, en concertation avec les acteurs concernés. Ce plan doit également mettre l'accent sur le renforcement de la lutte contre la fraude. Ces différents éléments impliquent que les contrôles doivent être renforcés, en concertation avec les prestataires de soins, les mutualités, l'INAMI et les patients (citons, par exemple, le suivi conjoint de la facturation électronique), en ce qui concerne, entre autres, les prestations et le comportement prescripteur des médecins, les données de facturation, la délivrance de médicaments chapitre 4, la surconsommation de médicaments, le contrôle des professions de soins, etc.
- A priori, seuls les traitements pour lesquels il existe des preuves scientifiques suffisantes peuvent être remboursés. La science est en constante évolution et notre cadre de remboursement doit suivre cette évolution. Les traitements qui étaient pertinents peuvent ne plus l'être. La suppression des techniques inutiles et obsolètes de la liste de remboursement fait également partie de ce processus. Cette évaluation et cet ajustement constants doivent être intégrés dans notre système de soins de santé.
- La loi relative aux pratiques non conventionnelles est abrogée et une mesure est adoptée pour la partie de la loi qui est déjà exécutée. Nous cherchons en outre un moyen de donner aux thérapies scientifiquement étayées dans le cadre de l'ostéopathie une place reconnue dans notre système de soins de santé.

- La surconsommation médicale reste trop élevée dans notre pays. Songez aux médicaments trop prescrits, aux examens redondants ou à l'orientation trop rapide vers l'imagerie médicale. Nous nous concentrons donc sur les soins appropriés. La numérisation et le partage des données permettent d'éviter les examens réalisés à plusieurs reprises, les médecins sont sensibilisés par rapport à leur comportement en matière de prescription, les quotas de médicaments bon marché sont augmentés dans la mesure du possible, les calendriers d'arrêt progressif et le contrôle des médicaments dans les pharmacies sont affinés...
- Par rapport à d'autres pays, l'utilisation de l'imagerie médicale (lourde) par rayonnement ionisant est trop élevée en Belgique. Outre le coût, cela expose parfois inopportunistement certains patients aux rayons. En collaboration avec les associations professionnelles, un calendrier clair sera discuté pour réduire considérablement le recours à l'imagerie médicale. Le principe est que seules les images nécessaires au diagnostic sont justifiées. Tant les prescripteurs que les radiologues sont responsables de ce processus. Nous instaurons une prescription électronique obligatoire afin d'encourager l'utilisation rationnelle des CT-scans et des scans RMN en y associant le CDS (clinical decision support). Notamment à l'aide de comparaisons internationales, nous fixons une norme pour le nombre de CT-scans et de scans RMN acceptables. Si cette norme est dépassée, une correction financière sera appliquée.
- Nous confirmons le rôle des établissements scientifiques fédéraux telles que Sciensano et le KCE pour éclairer la politique sur des dossiers de (soins de) santé et visons une bonne coopération dans le respect des missions de chacun. Il existe également une coordination et une coopération avec le Conseil supérieur de la santé (CSS). Nous prenons des mesures pour que le Conseil supérieur de la santé puisse renforcer son rôle dans l'élaboration des politiques. Nous étudions l'intégration de ces trois établissements de connaissances en une seule entité dans le cadre budgétaire actuel. Ce processus peut se dérouler en plusieurs phases.
- Il faut absolument éviter la fraude dans le secteur des soins. Nous évaluons le fonctionnement du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et développons la collaboration avec les parquets et les autres services (d'inspection) comme la Commission fédérale de contrôle. Nous visons un contrôle transparent et qualitatif par le SECM. Une approche multidisciplinaire en collaboration avec les patients, les dispensateurs de soins, les mutualités et l'INAMI peut aboutir à des contrôles objectifs. Après une évaluation approfondie des procédures, nous visons un système de contrôle objectif, transparent et qualitatif qui implique tous les acteurs concernés pour identifier les prestataires qui ont des comportements déviants par rapport à leurs homologues ou non conformes par rapport aux recommandations de bonne pratique.
- Nous veillons plus fermement à ce que les mutualités mènent des activités directement liées à la santé et dont l'efficacité a été prouvée par la médecine factuelle (*evidence-based medicine*), y compris dans le domaine de l'assurance complémentaire.
- Un nouveau pacte avec les mutualités sera élaboré. Il comprendra un plan d'action visant à lutter contre les conflits d'intérêts et à créer des conditions de concurrence équitables entre les mutualités et les assureurs dans le domaine de l'assurance complémentaire.
- Les mutualités doivent s'abstenir de toute propagande partisane dans leurs supports de communication.
- Le paiement des frais médicaux est numérisé au maximum. Pour cela, nous utilisons un moteur de tarification unifié.

- Nous redéfinissons également certains organes de gestion et les commissions au sein de l'INAMI afin qu'aucune partie impliquée ne dispose d'une minorité de blocage.
- Sur une base scientifique approfondie, nous ambitionnons d'élargir la déclaration anticipée aux personnes incapables de donner leur consentement en cas de démence et examinons dans quelles conditions. Le cadre qui sera créé sur cette base devra accorder une attention suffisante à la protection de la personne incapable de donner son consentement et des prestataires de soins de santé qui procèderaient à l'euthanasie de cette personne sur base de la déclaration anticipée.
- Nous restons déterminés à améliorer les soins palliatifs pour les patients atteints de démence.
- Nous poursuivons le débat sociétal sur l'interruption volontaire de grossesse sur la base du rapport du comité d'experts. Nous modifions la législation actuelle sur l'avortement après consensus au sein des partis de la majorité.
- Compte tenu de l'impact important du Conseil d'État sur la qualité de la législation d'une part, et sur la légalité des décisions administratives d'autre part, nous examinons comment le fonctionnement du Conseil d'État peut être réformé où nécessaire et si le personnel doit être renforcé le cas échéant.
- En l'occurrence, nous examinons dans quels domaines le fonctionnement du Conseil d'État peut être optimisé, par exemple, en prévoyant une procédure de médiation ou, plus encore, en élargissant la décision réparatrice. Nous examinerons également s'il est possible d'instaurer le principe d'un arrêt administratif permettant de soumettre pour avis certains textes réglementaires à la section de législation avant le processus décisionnel.
- Nous considérons les entités fédérées comme des partenaires égaux dans le cadre de la politique pénitentiaire. Nous investissons dans la réforme des soins de santé pénitentiaires au niveau des compétences fédérales.
- Il en va ainsi de l'intérêt pour le fédéral que les entités fédérées mènent des politiques de prévention efficaces ou de l'intérêt des entités fédérées que les politiques fédérales en matière de soins correspondent aux réalités et aux besoins dans les entités. C'est pourquoi il est prévu d'inclure des représentants des entités fédérées dans le comité des assurances en tant qu'observateur. C'est pourquoi la loi du 6 novembre 2023 a prévu des mécanismes de coordination entre les différentes entités notamment en introduisant les entités fédérées au sein du Conseil général de l'INAMI.

ACCORD DE COALITION VS 10 QUESTIONS FRANCHES À FRANK

Lors de l'une des réunions avec le ministre Vandenbroucke, celui-ci a indiqué que si l'on souhaitait des explications sur le volet « soins de santé » de l'accord de coalition (« exégèse du texte »), il valait mieux lui en faire la demande. Il avait rédigé ce pan. Nous n'avons aucun doute à ce sujet. Il semble donc utile d'examiner l'accord de coalition à la lumière de l'idéologie politique du ministre Vandenbroucke. C'est ce qui ressort plus que clairement du livre de Frank Vandenbroucke et Marc Coenen de 2024 (0/2024/0055/268 ; ISBN 978 94 6310 738 9).

L'énumération des différents points figurant dans l'accord de coalition est particulièrement impressionnante, principalement en raison de la multitude de sujets et de l'idéologie politique autorisée au sein d'un gouvernement dit « de droite ». Cette énumération de nombreux points doit être, d'un point de vue politique, le meilleur moyen d'obtenir l'adhésion de tous les partis : il suffit d'éparpiller de nombreuses pièces de puzzle, dont vous êtes le seul à avoir la vision d'ensemble en tête. Toute stratégie visant à transformer le pouvoir en politique en est une. Et inversement, toute stratégie visant à transformer la politique en pouvoir se révèle également être une stratégie. Certains utilisent les deux. Le ministre Vandenbroucke déclare dans son livre : « Réformer, c'est vraiment comme faire des puzzles sans discontinuer ».

Les tableaux ci-dessous tentent de regrouper la multitude de sujets soulevés, en commençant par les éléments de l'accord de coalition et en vérifiant quels éléments ont été inclus dans l'avant-projet de loi-cadre et quels éléments ne l'ont pas été, mais sont bel et bien abordés dans son livre. Ceux-ci verront le jour d'une autre manière, mais ne seront certainement pas oubliés dans cette législature. D'une manière ou d'une autre, ils seront discutés.

Cette approche présente l'inconvénient de ne pas tenir compte des passages qui sont bel et bien repris dans la loi-cadre, mais qui ne trouvent pas de fondement dans l'accord de coalition. Les chapitres suivants servent cet objectif.

- Noir : aucune mention dans l'avant-projet de loi-cadre ou dans le livre de FvdB
- Vert clair : mention dans l'avant-projet de loi-cadre ou dans le livre de FvdB
- Orange : beaucoup plus loin dans la loi-cadre que ce qui avait été convenu dans l'accord de coalition

PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION - PROCESSUS BUDGÉTAIRE

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Nous redéfinissons également certains organes de gestion et les commissions au sein de l'INAMI afin qu'aucune partie impliquée ne dispose d'une minorité de blocage .			Une technique éprouvée de dilution

La nouvelle commission Objectifs soins de santé formulera en début de législature une proposition de nouveaux objectifs qui serviront de fil conducteur au cours de cette législature. Ces objectifs de soins de santé concrétisent au maximum l'approche quintuple aim et <u>aident</u> le Conseil général et tous les acteurs concernés à attribuer des moyens fédéraux existants et nouveaux.			« aider » signifie ici plutôt « contraindre ».
Compte tenu de l'impact important du Conseil d'État sur la qualité de la législation d'une part, et sur la légalité des décisions administratives d'autre part, nous examinons comment le fonctionnement du Conseil d'État peut être réformé où nécessaire et si le personnel doit être renforcé le cas échéant.			
En l'occurrence, nous examinons dans quels domaines le fonctionnement du Conseil d'État peut être optimisé, par exemple, en prévoyant une procédure de médiation ou, plus encore, en élargissant la décision réparatrice. Nous examinerons également s'il est possible d'instaurer le principe d'un arrêt administratif permettant de soumettre pour avis certains textes réglementaires à la section de législation avant le processus décisionnel .			L'objectif est-il de contourner le Conseil d'État ?
Afin de pouvoir mettre en œuvre plus rapidement les adaptations et les réformes (nomenclature, conventions, etc.), la procédure actuelle inscrite dans la loi INAMI concernant le fonctionnement des conseils techniques et des commissions de conventions et d'accords sera évaluée et, si nécessaire, adaptée et rationalisée.			

Noir : aucune mention dans l'avant-projet de loi-cadre ou dans le livre de FvdB

Vert clair : mention dans l'avant-projet de loi-cadre ou dans le livre de FvdB

Je suis très curieux de savoir quelle modification le ministre souhaite voir apporter au Conseil d'État. Si, à l'instar du Comité de l'assurance et du Conseil général, il est également considéré comme un obstacle à la politique, des mesures devraient également être prises à son égard. Une fois l'avant projet de loi cadre mis en œuvre, le Comité de l'assurance et le Conseil général se transformeront (rapidement) en agents d'exécution des mesures qui seront énumérées dans les lettres de mission. Il apparaîtra rapidement que le ministre n'attendra pas que la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé ait élaboré des indicateurs *evidence based*.

Je suis curieux également de savoir ce que le ministre entend par blocage des **minorités** dans les organes de l'INAMI.

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
L'objectif est de mener une politique de la santé cohérente puisque les compétences sont réparties entre l'autorité fédérale et les entités fédérées et que ces compétences sont étroitement imbriquées. Par exemple, les politiques menées par les entités fédérées en matière de prévention permettent de garder les personnes en bonne santé, ce qui limite les dépenses que l'autorité fédérale doit assumer en termes de soins de santé. Par ailleurs, l'organisation de la dispensation des soins de santé au sein des différentes entités diffère afin de coller au mieux aux besoins des patients. Il en va ainsi de l'intérêt pour le fédéral que les entités fédérées mènent des politiques de prévention efficaces ou de l'intérêt des entités fédérées que les politiques fédérales en matière de soins correspondent aux réalités et aux besoins dans les entités. C'est pourquoi il est prévu d'inclure des représentants des entités fédérées dans le comité des assurances en tant qu'observateur. C'est pourquoi la loi du 6 novembre 2023 a prévu des mécanismes de coordination entre les différentes entités notamment en introduisant les entités fédérées au sein du Conseil général de l'INAMI.			
En collaboration avec les entités fédérées, nous élaborons de nouveaux plans d'action pour détecter et traiter les maladies à temps. Dans ce cadre, nous appliquons une approche globale qui tient compte de la compétence de chacun pour atteindre des objectifs de santé conjoints. Un nouveau plan cancer doit notamment voir le jour ainsi qu'un plan pour les affections cardiovasculaires et un plan pour les maladies neuro-dégénératives. En l'occurrence, il convient d'appliquer pleinement le principe de « population management ».			

COMMISSIONS D'ACCORDS

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Il sera demandé à l'INAMI d'élaborer une proposition opérationnelle pour ce nouveau modèle de convention compte tenu de la nouvelle génération d'accords qui entreront en vigueur à partir de 2026.			
Pour les prestataires de soins de santé, l'exercice de réforme de la nomenclature sera complètement achevé au cours de cette législature. Cette réforme de la nomenclature doit assurer une rémunération adéquate pour tous, améliorer l'attractivité de certaines professions confrontées actuellement à d'importantes pénuries et valoriser davantage le temps d'écoute, de communication et de coordination. Une mise à jour régulière et systématique de la nomenclature doit devenir une pratique courante dans notre système de soins de santé.			Le ministre VDB ne mentionne nulle part à quoi doit ressembler la rémunération « adéquate ».
Les organisations représentatives des prestataires de soins de santé seront responsabilisées afin d'encourager leurs membres à se conventionner.			
Pour garantir une sécurité tarifaire suffisante au patient, le modèle de convention sera encouragé par le Gouvernement et fera l'objet d'une réforme basé sur une responsabilisation individuelle et éventuellement collective plus forte. La réforme de la nomenclature jouera un rôle important à cet égard. Nous ferons en sorte de rendre le conventionnement suffisamment intéressant pour les prestataires de soins de santé.			
La différence entre prestataires conventionnés et non conventionnés sera renforcée.			
Dans ce cadre, nous étudions également la possibilité d'offrir un système de tarification plus souple aux prestataires de soins de santé conventionnés dans certaines situations et sous des conditions strictes, sous la forme de tarifs maximums sélectifs qui soient temporairement possibles dans le cadre d'accords et de conventions. Ces tarifs maximums seront intégrés dans le calcul du maximum à facturer.			

Les suppléments sont limités dans tous les secteurs. Pour les prestataires de soins, cette réforme est mise en œuvre en lien avec la réforme de la nomenclature, selon laquelle la limitation est basée sur les honoraires professionnels (purs) du médecin et les frais nets de fonctionnement sur la base de critères objectifs.			Ces critères objectifs n'ont pas été discutés avec les médecins ; c'est le ministre qui en décide lui-même.
Les suppléments sont limités dans tous les secteurs. Pour les prestataires de soins, cette réforme est mise en œuvre en lien avec la réforme de la nomenclature, selon laquelle la limitation est basée sur les honoraires professionnels (purs) du médecin et les frais nets de fonctionnement sur la base de critères objectifs.			La restriction ne peut être appliquée qu'APRÈS que les médecins aient pris connaissance du montant exact des honoraires.
Entre-temps, cependant, nous nous attaquons déjà aux excès, c'est-à-dire que les pourcentages maximaux des suppléments d'honoraires dans les hôpitaux sont également harmonisés. En attendant la mise en œuvre complète de ce nouveau financement, des mesures transitoires seront prévues dans le cadre desquelles les hôpitaux continueront d'être financés adéquatement afin de continuer à garantir la continuité des services et la santé financière du secteur hospitalier.			Les plafonds de 125 % et 25 % ne figurent pas dans l'accord de coalition.
Nous maintenons le principe selon lequel un médecin ou un dentiste est rémunéré par prestation mais nous prévoyons une marge pour de nouveaux modèles de financement qui encouragent la coopération interdisciplinaire, la continuité des soins, la disponibilité et la prévention. Dans le nouveau système, nous appliquons le principe d'un honoraire pur. Les coûts que l'hôpital prend en charge pour les patients hospitalisés seront alors payés directement aux hôpitaux en fonction de la pathologie traitée de sorte que les rétrocessions disparaîtront. Une allocation de pratique sera prévue pour les pratiques ambulatoires intra et extra-muros.			

En concertation avec le SPF SPSCA, l'INAMI soumettra une proposition intégrée en 2025 en ce qui concerne la réforme des hôpitaux et de la nomenclature. Entre-temps, le gouvernement élabore en concertation avec tous les acteurs concernés (prestataires de soins, hôpitaux et mutualités) une proposition de procédure et de calendrier pour la consultation de tous les acteurs concernés par cette question, tout en respectant les pouvoirs existants de la Commission nationale médico-mutualiste. En l'absence de consensus entre les acteurs, le gouvernement prendra lui-même les décisions d'ici à la fin de l'année 2026 sur la réforme et son introduction éventuellement progressive.			Le ministre élabore une proposition, la soumet au consensus et, en l'absence de consensus, il met simplement en œuvre ce qu'il souhaite.
Nous maintenons le principe de la norme de croissance au sein du système fédéral de soins de santé afin de pouvoir répondre aux besoins futurs du secteur. En attendant les effets des réformes, décrites plus loin, sur les dépenses de santé, nous prévoyons une marge pour de nouveaux investissements dans le cadre de la norme de croissance décrite ci-dessus, en mettant en œuvre des interventions ambitieuses visant à améliorer l'efficacité des soins. L'efficacité des soins est immédiatement mise à l'ordre du jour par l'activation de mécanismes de responsabilisation prévus par la loi pour les secteurs qui dépassent leurs objectifs budgétaires partiels, : les secteurs qui ont connu un dépassement non justifié doivent prendre des mesures qui permettront d'économiser le montant correspondant de manière structurelle à l'avenir.			
Le suivi du budget sera également renforcé sur la base d'une responsabilisation claire. À chaque constat de dépassement des objectifs partiels (cf. audit permanent, estimations techniques, évolution mensuelle des dépenses...), des mesures d'économies et de correction seront prises afin de garantir le respect de la trajectoire budgétaire. Cela se fera par l'application stricte des mécanismes légaux de responsabilisation existants, qui seront renforcés si nécessaire. Cette démarche s'inscrit également dans une stratégie plus globale visant à promouvoir l'utilisation efficace des ressources.			Qui détermine si les soins sont efficaces ou non ? Le ministre ?

Une plus grande efficacité suppose également que la confection du budget des soins de santé soit davantage inspirée par les objectifs prioritaires en matière de santé. Le processus budgétaire doit également devenir plus clair. C'est pourquoi nous modifions le processus de confection du budget dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité. Les documents de base dans le cadre de la confection du budget, tels que les estimations techniques de juin et de septembre, sont d'abord examinés en Conseil des ministres. Sur la base de cette discussion et des travaux de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, le Gouvernement formule une lettre de mission, qui énonce clairement les priorités politiques ainsi que le cadre budgétaire et un calendrier clair dans lequel le Comité de l'assurance doit s'acquitter de sa mission légale d'élaborer une première proposition de projet de budget. Cette lettre de mission est transmise par le ministre des Affaires sociales au CG et au CA. Le Comité de l'assurance soumet ensuite une proposition au ministre des Affaires sociales, et pour avis de la CCB et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé. Sur la base de cette proposition, le ministre des Affaires sociales soumet un projet de budget au gouvernement pour approbation. La proposition approuvée est soumise au Conseil général pour ratification. L'adhésion des partenaires sociaux est importante, mais sans l'accord unanime des membres du gouvernement au sein du Conseil général, aucune approbation n'est possible quoi qu'il en soit. S'il n'y a pas de majorité au Conseil général, c'est le conseil des ministres qui décide.			Il a été difficile de laisser la décision au Conseil des ministres plutôt qu'au ministre.
--	--	--	--

La confection du budget est basée sur une norme de croissance, mais il faut éviter que la norme de croissance prévue serve uniquement à absorber les hausses de volume et/ou qu'elle ne soit entièrement répartie entre les secteurs sans tenir compte des objectifs prioritaires en matière de santé. C'est pourquoi le gouvernement peut proposer qu'un certain pourcentage de l'objectif budgétaire soit réservé à des objectifs prioritaires en matière de santé, en chargeant un ou plusieurs secteurs (de commun accord s'il s'agit de plusieurs secteurs) d'affecter les ressources budgétaires à cet effet. Ces objectifs se concentrent principalement sur le quintuple aim et sur l'amélioration de l'accessibilité et la couverture des soins de santé ; l'amélioration de l'efficacité et l'efficacité des systèmes de soins de santé ; des mesures visant à renforcer la prévention et la détection précoce dans le cadre des compétences de l'autorité fédérale ; un soutien aux pratiques et techniques innovantes ; la transition numérique dans les soins de santé, en ce compris la cybersécurité ; l'amélioration de conditions de travail du personnel de santé.			
Suppression de la déconvention partielle (CETTE MESURE N'EST PAS REPRISE DANS L'ACCORD DE GOUVERNEMENT)			Le ministre ajoute également des éléments qui ne figurent pas dans l'accord de gouvernement.
Les adaptations nécessaires seront également apportées à la loi INAMI afin de pouvoir suivre une procédure réalisable, qui évite l'insécurité tarifaire lorsque des accords ne peuvent être conclus au sein des commissions de conventions et d'accords. Si aucun accord n'est conclu à temps, le gouvernement prendra lui-même l'initiative.			le gouvernement, pas « le ministre »
L'accessibilité des soins est déterminée par plusieurs facteurs, dont l'accessibilité financière et la proximité. Un autre facteur concerne la rapidité et la fluidité avec lesquelles le patient se rend chez un prestataire de soins de santé. Aujourd'hui, nous constatons que ce dernier facteur ne peut pas toujours être garanti. Qu'il s'agisse du refus de médecins généralistes et de dentistes de prendre de nouveaux patients en raison du manque de places, des temps d'attente d'un an ou plus chez certains spécialistes, il est clair qu'il faut trouver des solutions			On garde le silence sur les embouteillages et les infrastructures routières.

Nous élargissons le champ d'application du MAF notamment pour les patients psychiatriques de longue durée. Nous réévaluons les tranches et le taux de couverture, tout en maintenant les plafonds du ticket modérateur ajustés au coût de la vie. Cela se fait dans le but d'une meilleure protection des patients et ne doit, en moyenne, pas entraîner une augmentation des charges pour les patients et leur famille.			
Nous étendons le système du tiers payant afin d'améliorer l'accessibilité aux soins tout en veillant à ce que le patient continue de se rendre compte du coût réel des soins et tout en garantissant que les avantages relatifs pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée restent préservés et tout en assurant que les processus administratifs garantissent un paiement rapide des prestataires de soins.			

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Les prestataires de soins de santé doivent pouvoir consacrer au maximum leur temps à l'administration des soins, ce qui suppose une simplification administrative là où c'est possible, un renforcement de la numérisation et du partage de données conformément au concept BIHR.		data dienen voor populatie-ge-neeskunde doeleinden	Le partage des données conformément au concept BIHR n'est pas du tout ce que les médecins entendent par simplification administrative ; il s'agit d'un faux prétexte pour faire accepter le BIHR à des fins tout à fait différentes.
Une simplification administrative d'envergure permet de libérer du temps pour le patient. Nous partons d'une page blanche et incluons uniquement l'administration absolument nécessaire dans une « liste de base ». L'administration nécessaire sera en outre numérisée dans toute la mesure du possible selon le principe « only-once » .			
Nous développons également une attestation unifiée pour l'incapacité de travail qui peut être utilisée par tous les organismes et parties. Nous poursuivons les concertations avec les entités fédérées sur la réduction et la simplification des certificats médicaux inutiles.		huis-artsvrije attesten	
Les incitants financiers à la numérisation sont associés à un engagement de résultats en termes d'exhaustivité et de qualité de l'enregistrement.			

Certains endroits du pays sont confrontés à une pénurie de médecins ou dentistes de sorte que certains citoyens ne trouvent pas de nouveau médecin généraliste ou doivent attendre très longtemps avant d'obtenir un rendez-vous auprès de certains spécialistes. Nous poursuivons le développement d'un cadastre médical dynamique pour les professions de santé. En concertation avec les Communautés, et pour répondre aux besoins objectivés, nous augmentons les quotas de médecins et de dentistes. De nouvelles mesures de soutien en ce qui concerne la répartition géographique des prestataires de soins de santé relèvent de la compétence exclusive des Communautés mais s'il subsiste des obstacles juridiques au niveau fédéral, nous examinerons comment les supprimer en concertation avec l'entité fédérée concernée.		
Un accord-cadre doit être établi en concertation avec les prestataires de soins de santé pour que ceux-ci recherchent des solutions solidaires et concertées entre eux pour éviter que des prestataires ne refusent d'accueillir de nouveaux patients.		
Nous analysons l'impact de l'afflux de prestataires de soins diplômés à l'étranger sur le quota national et procédons le cas échéant à un ajustement au bénéfice des diplômés des universités en Belgique. Pour les prestataires de soins diplômés à l'étranger, nous veillons au même respect strict des critères concernant la qualité des soins.		
La surconsommation médicale reste trop élevée dans notre pays. Songez aux médicaments trop prescrits, aux examens redondants ou à l'orientation trop rapide vers l'imagerie médicale. Nous nous concentrons donc sur les soins appropriés. La numérisation et le partage des données permettent d'éviter les examens réalisés à plusieurs reprises, les médecins sont sensibilisés par rapport à leur comportement en matière de prescription, les quotas de médicaments bon marché sont augmentés dans la mesure du possible, les calendriers d'arrêt progressif et le contrôle des médicaments dans les pharmacies sont affinés,...	X+59, 2°	en français « sensibilisés » et en néerlandais « responsabilisés »
Il convient d'améliorer le statut et la rémunération des médecins en formation et tendre vers la création d'un statut complet.		

PATIENTS

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Sur une base scientifique approfondie, nous ambitionnons d'élargir la déclaration anticipée aux personnes incapables de donner leur consentement en cas de démence et examinons dans quelles conditions. Le cadre qui sera créé sur cette base devra accorder une attention suffisante à la protection de la personne incapable de donner son consentement et des prestataires de soins de santé qui procèderaient à l'euthanasie de cette personne sur base de la déclaration anticipée.			
Nous restons déterminés à améliorer les soins palliatifs pour les patients atteints de démence .			
Nous poursuivons le débat sociétal sur l'interruption volontaire de grossesse sur la base du rapport du comité d'experts. Nous modifions la législation actuelle sur l'avortement après consensus au sein des partis de la majorité.			
Les citoyens, les médecins, les professionnels, les organisations et les parties prenantes doivent pouvoir collaborer de manière efficace et efficiente. C'est pourquoi nous développons le partage des données en conformité avec le RGPD et compatible avec l'Espace européen des données de santé (EEDS), de sorte que le partage transparent et sécurisé des données constitue la base de soins coordonnés et intégrés . En donnant aux patients l'accès à leurs propres données , ils peuvent encore davantage maîtriser les aspects liés à leur santé.			

L'Agence belge des données de (soins de) santé (HDA) devient une agence interfédérale et facilite la mise à disposition uniforme, fiable et sécurisée des données en vue de leur réutilisation en lien avec les objectifs formulés dans l'EHDS (European Health Data Space) comme l'intérêt public et la santé publique, en appui de la politique et de la recherche scientifique, l'enseignement, la recherche de nouveaux produits et thérapies, avec une valeur ajoutée claire pour le citoyen, tout en respectant les intérêts et la vie privée du patient. La HDA ne fournit pas elle-même de données, mais facilite l'accès et contribue ainsi à ce que cela se fasse dans le respect de toute la réglementation applicable à cet égard.	X+59		« facilite » doit être compris comme « contrôle » l'accès : selon quelles règles ?
Au cours de cette législature, nous évaluons et améliorons le dossier patient électronique partagé complet en collaboration avec les entités fédérées et dans le cadre de l'EHDS. Tous les prestataires de soins de santé ayant une relation thérapeutique avec le patient doivent, avec le consentement du patient et la possibilité de s'y soustraire, avoir accès aux données dont ils ont besoin pour s'acquitter correctement de leur tâche. Il doit donc y avoir également une intégration des données relatives aux médicaments et des informations pertinentes sur les problèmes de santé mentale des patients.	X+59; X+60; X+61; X+62		Le patient devra accepter que TOUTES ses données, y compris celles relatives à ses médicaments et à ses problèmes mentaux, soient communiquées à TOUS les prestataires de soins ayant une relation « thérapeutique » avec lui : cela peut aller très loin.
En outre, les citoyens doivent pouvoir faire « don » de leurs données de santé à la science, conformément au RGPD, EHDS et le Data Governance Act, à l'instar du don d'organes. Il s'agit d'informations provenant de dossiers médicaux, d'informations génétiques, d'informations sur le mode de vie et d'échantillons biologiques. Ces données anonymisées ou pseudonymisées peuvent être utilisées pour la recherche scientifique et fournir un aperçu des problèmes de santé. Nous examinons si le citoyen a besoin d'une protection supplémentaire en ce qui concerne les conditions des dons de données.			

Les patients ont davantage le contrôle sur leurs soins, ce qui permet de limiter les (longs) déplacements chez le médecin ou à l'hôpital. Les progrès technologiques permettent, par exemple, de mieux surveiller les patients souffrant de maladies chroniques de sorte qu'ils doivent se rendre moins souvent à l'hôpital mais aussi de pouvoir intervenir à temps si les choses risquent de mal tourner. Ces programmes doivent pouvoir être mis en place lorsque les prestataires et les patients estiment qu'ils offrent une plus-value à la prise en charge.		telemonitoring	
Le paysage des différents comités d'éthique est évalué afin d'en améliorer l'efficacité, sans remettre en question l'indépendance de ces comités.			

COMPÉTENCES – AGRÈMENTS

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Le pharmacien aura un rôle clair à jouer dans la détection à temps de pathologies telles que le diabète, le cancer de la peau ou les maladies cardiovasculaires , et dans l'amélioration de l'observance thérapeutique. La compétence temporaire des pharmaciens en matière de vaccination antigrippale est confirmée. Nous examinons également si le recours aux pharmaciens pour les autres vaccins peut contribuer à la santé publique.			
Nous examinons si l'agrément d'une spécialisation en addictologie peut apporter une valeur ajoutée au traitement des addictions.			

À cette fin, la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé sera modernisée et assouplie. Nous introduisons plus de flexibilité afin que les prestataires de soins de santé puissent coopérer et déléguer plus facilement. Nous nous efforcerons au maximum de mettre en place un modèle de coopération dans lequel chaque prestataire peut travailler autant que possible en fonction de ses compétences, où il est possible d'acquérir de nouvelles compétences et où, après concertation avec les prestataires de soins, la démarcation entre les professions est plus souple. En l'espèce, nous renforçons délibérément les compétences des différents professionnels de la santé, y compris les kinésithérapeutes, les sages-femmes et les pharmaciens, et nous libérons également de la place pour de nouveaux profils dans notre système de santé.			
La loi relative aux pratiques non conventionnelles est abrogée et une mesure est adoptée pour la partie de la loi qui est déjà exécutée. Nous cherchons en outre un moyen de donner aux thérapies scientifiquement étayées dans le cadre de l'ostéopathie une place reconnue dans notre système de soins de santé.			
Nous poursuivons dans cette voie, en nous concentrant sur un modèle de coopération avec une démarcation moins stricte entre les professions et nous ne touchons pas aux équilibres à présent trouvés.			
Les patients auront un accès direct au kinésithérapeute pour les troubles légers et modérés, sans orientation obligatoire par le médecin généraliste. Une concertation doit toutefois avoir lieu entre le kinésithérapeute et le médecin généraliste. Pour les pathologies complexes, l'obligation d'orientation restera d'application.			

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Les citoyens doivent pouvoir accéder plus rapidement aux médicaments, aux dispositifs ou aux traitements innovants. Des démarches importantes ont déjà été effectuées à cet égard dans le cadre de la feuille de route Médicaments. Le gouvernement continuera à mener des politiques ambitieuses pour améliorer l'accès et la rapidité d'accès aux médicaments innovants, notamment en donnant forme à la feuille de route dans le cadre d'un dialogue avec tous les acteurs concernés. La nouvelle procédure d'accès rapide et précoce sera suivie et évaluée avant la fin de 2027 et ajustée si nécessaire pour accélérer l'accès des patients aux médicaments prometteurs, sans risque de dérapage budgétaire.		"snelspoor"	
La surconsommation médicale reste trop élevée dans notre pays . Songez aux médicaments trop prescrits, aux examens redondants ou à l'orientation trop rapide vers l'imagerie médicale . Nous nous concentrons donc sur les soins appropriés. La numérisation et le partage des données permettent d'éviter les examens réalisés à plusieurs reprises, les médecins sont sensibilisés par rapport à leur comportement en matière de prescription , les quotas de médicaments bon marché sont augmentés dans la mesure du possible, les calendriers d'arrêt progressif et le contrôle des médicaments dans les pharmacies sont affinés...			
Nous déployons un maximum d'efforts en faveur de l'utilisation rationnelle des médicaments. Par exemple, ce gouvernement encouragera les fabricants à proposer également des médicaments non remboursés en petits conditionnements . Il visera également une délivrance par délai de traitement pour les antibiotiques, les benzodiazépines et les opioïdes			

Afin de favoriser l'observance thérapeutique et d'éviter des déplacements inutiles à l'hôpital, dans le cadre d'un plan d'action global entre l'INAMI, l'AFMPS, le pharmacien d'officine et le pharmacien d'hôpital, nous étudions si et comment le pharmacien d'officine, en coordination avec les pharmacies hospitalières et les prescripteurs, peut jouer un rôle dans la délivrance des médicaments qui sont actuellement réservés à la pharmacie d'hôpital. Dans ce cadre, nous partons du principe suivant : par l'officine pharmaceutique lorsque c'est possible et par la pharmacie de l'hôpital lorsqu'il le faut.		
L'Europe, et donc la Belgique en tant que précurseur, perdent du terrain dans le domaine de la recherche clinique, en particulier en ce qui concerne les médicaments de thérapie innovante (ATMP). Pour maintenir son attractivité pour la recherche clinique, la Belgique a besoin d'un environnement réglementaire progressif, flexible et favorable, d'une coopération forte et efficace entre les organismes concernés, en particulier le CT Collège, les comités d'éthique et les chercheurs, ainsi que d'une taskforce ambitieuse dotée de ressources suffisantes et d'un personnel qualifié. Le développement d'un réseau national d'essais cliniques est encouragé.		

HÔPITAUX

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Les hôpitaux doivent pouvoir avoir la possibilité de fusionner s'ils le souhaitent pour optimiser leur fonctionnement. À cette fin, le gouvernement lèvera les obstacles afin qu'une fusion n'entraîne pas d'effets négatifs.			projet distinct au sein de la CFEH

Pour les hôpitaux, nous prévoyons un financement de base axé sur la pathologie, transparent et garantissant une marge de manœuvre financière suffisante pour organiser des soins de qualité. En outre, les hôpitaux recevront un budget important basé sur le « pay for performance », qui encourage l'amélioration des soins et de la qualité. Le financement tiendra également suffisamment compte des caractéristiques sociales de la population et un budget d'innovation sera également prévu, à partir duquel des fonds pourront être alloués à des investissements novateurs.		en termes très généraux	projet distinct au sein de la CFEH
Les réseaux hospitaliers locorégionaux visent à encourager une plus grande coopération, à répartir les activités de manière plus efficace, à coordonner les soins et à maximiser la valeur pour la société et les patients. En termes de financement et de qualité des soins, il est inefficace de maintenir des activités hospitalières identiques sur des sites distants de quelques kilomètres seulement. Il s'agit donc d'évaluer dans quelle mesure les réseaux hospitaliers locorégionaux actuels contribuent à la coopération souhaitée entre les hôpitaux et les acteurs de soins de santé pour assurer les soins de proximité nécessaires à la population dans leur zone de soins et si, en liaison avec les Communautés, ces réseaux peuvent être coordonnés au maximum avec d'autres zones et régions de soins, le cas échéant.			projet distinct au sein de la CFEH
La proximité des soins est garantie dans la mesure du possible et les soins hautement spécialisés sont concentrés dans des centres d'excellence lorsque la qualité des soins l'exige. La désignation de ces centres se fait sur la base de critères objectifs de qualité et de quantité qui donnent aux hôpitaux universitaires et généraux la possibilité de devenir un centre d'expertise.		en termes très généraux	projet distinct au sein de la CFEH
En ce qui concerne le financement, il convient dans le même temps de s'intéresser spécifiquement aux missions à caractère unique des hôpitaux universitaires.			

Nous maintenons le principe selon lequel un médecin ou un dentiste est rémunéré par prestation mais nous prévoyons une marge pour de nouveaux modèles de financement qui encouragent la coopération interdisciplinaire, la continuité des soins, la disponibilité et la prévention. Dans le nouveau système, nous appliquons le principe d'un honoraire pur. Les coûts que l'hôpital prend en charge pour les patients hospitalisés seront alors payés directement aux hôpitaux en fonction de la pathologie traitée de sorte que les rétrocessions disparaîtront. Une allocation de pratique sera prévue pour les pratiques ambulatoires intra et extra-muros.		en termes très généraux	Dans le Pax Hospitalia, le ministre promet aux hôpitaux d'autoriser des prélèvements sur les honoraires purs à partir de la deuxième année.
En concertation avec le SPF SPSCA, l'INAMI soumettra une proposition intégrée en 2025 en ce qui concerne la réforme des hôpitaux et de la nomenclature. Entre-temps, le gouvernement élabore en concertation avec tous les acteurs concernés (prestataires de soins, hôpitaux et mutualités) une proposition de procédure et de calendrier pour la consultation de tous les acteurs concernés par cette question, tout en respectant les pouvoirs existants de la Commission nationale médico-mutualiste. En l'absence de consensus entre les acteurs, le gouvernement prendra lui-même les décisions d'ici à la fin de l'année 2026 sur la réforme et son introduction éventuellement progressive.			Le ministre élabore une proposition, la soumet au consensus et, en l'absence de consensus, il met simplement en œuvre ce qu'il souhaite.
Les comptes annuels de tous les hôpitaux doivent être publiés sur le site Internet de la Banque nationale.			
Un groupe de travail indépendant composé d'experts, mis en place en concertation avec les entités fédérées, proposera un plan global d'ici le 01/07/2025, en tenant compte des études existantes du KCE.			
Les hôpitaux doivent continuer à bénéficier d'un espace pour entreprendre et se différencier. Nous ne voulons pas d'uniformité. Les hôpitaux qui collaborent ne doivent pas être désavantagés en termes de financement. Nous encourageons vivement la rédaction de rapports sur la qualité des soins ainsi que le benchmarking.			

Un triage adéquat par le biais du 1733 et des postes de garde de médecins généralistes permettra d'optimiser le recours aux services d'urgence. Nous devons trouver un bon équilibre entre l'accessibilité pour le patient et la faisabilité pour le médecin généraliste dans le cadre d'une première ligne renforcée en concertation avec les entités fédérées. Le PIT pourra exercer sa fonction spécifique en étroite collaboration avec les hôpitaux.			
--	--	--	--

SECTEUR AMBULATOIRE

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Les suppléments sont limités dans tous les secteurs. Pour les prestataires de soins, cette réforme est mise en œuvre en lien avec la réforme de la nomenclature, selon laquelle la limitation est basée sur les honoraires professionnels (purs) du médecin et les frais nets de fonctionnement sur la base de critères objectifs.			Ces critères objectifs n'ont pas été discutés avec les médecins ; c'est le ministre qui en décide lui-même.
Les suppléments sont limités dans tous les secteurs. Pour les prestataires de soins, cette réforme est mise en œuvre en lien avec la réforme de la nomenclature, selon laquelle la limitation est basée sur les honoraires professionnels (purs) du médecin et les frais nets de fonctionnement sur la base de critères objectifs.			un plafond de 25 % dans la pratique ambulatoire ne figure pas dans l'accord de coalition
Nous maintenons le principe selon lequel un médecin ou un dentiste est rémunéré par prestation mais nous prévoyons une marge pour de nouveaux modèles de financement qui encouragent la coopération interdisciplinaire, la continuité des soins, la disponibilité et la prévention. Dans le nouveau système, nous appliquons le principe d'un honoraire pur. Les coûts que l'hôpital prend en charge pour les patients hospitalisés seront alors payés directement aux hôpitaux en fonction de la pathologie traitée de sorte que les rétrocessions disparaîtront. Une allocation de pratique sera prévue pour les pratiques ambulatoires intra et extra-muros.		en termes très généraux	Ceci est totalement oublié dans la loi-cadre, contrairement à la limitation des suppléments d'honoraires.

Il convient de revoir et améliorer l'organisation de l'aide médicale urgente. Dans notre pays, chaque citoyen doit pouvoir compter sur un médecin généraliste lorsqu'il en a besoin. En concertation avec les prestataires de soins concernés, le triage professionnel via le numéro 1733 est amélioré et généralisé pour tout le pays, en tenant compte du Manuel belge de la Régulation médicale. Nous améliorons l'organisation des postes de garde. Nous encourageons donc la coopération, assurons une bonne répartition géographique, y compris l'installation à proximité des services d'urgence, et mettons en place des critères clairs en ce qui concerne la disponibilité et la qualité des soins. Pour ce faire, aucune nouvelle structure juridique ne doit être mise en place. La coopération avec les équipes mobiles de crise sera examinée.			
Les pratiques extra-muros peuvent avoir une place dans le paysage des soins de santé en complément des hôpitaux. La collaboration avec les hôpitaux, notamment pour les services de garde, est nécessaire. Nous favorisons une collaboration avec les hôpitaux à cet égard. Nous prétons également attention au rôle que les soins extramuros peuvent jouer dans la fourniture de soins abordables, accessibles et de qualité. Toutefois, cela ne doit en aucun cas conduire à des soins à deux vitesses. Nous soumettons ces pratiques également à des normes de qualité et de sécurité similaires à celles des hôpitaux. En l'occurrence, nous veillons à ne pas exercer de pression sur le fonctionnement et les services de garde des hôpitaux.		"médecine de villa"	La traduction n'est pas identique ; la version néerlandaise parle d'un cadastre, la version française non.

MUTUELLES

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Nous veillons plus fermement à ce que les mutualités mènent des activités directement liées à la santé et dont l'efficacité a été prouvée par la médecine factuelle (<i>evidence-based medicine</i>), y compris dans le domaine de l'assurance complémentaire.			

Un nouveau pacte avec les mutualités sera élaboré. Il comprendra un plan d'action visant à lutter contre les conflits d'intérêts et à créer des conditions de concurrence équitables entre les mutualités et les assureurs dans le domaine de l'assurance complémentaire.		
Les mutualités doivent s'abstenir de toute propagande partisane dans leurs supports de communication.		
Le paiement des frais médicaux est numérisé au maximum. Pour cela, nous utilisons un moteur de tarification unifié.		
Les mutualités disposent de l'expertise et de l'expérience nécessaires pour accompagner les personnes atteintes d'une maladie de longue durée et les aider à reprendre le travail. Nous voulons en faire des partenaires pour activer ce groupe, en travaillant avec les employeurs, les médecins et d'autres acteurs pour mettre en place des parcours visant à la réintégration. Nous responsabilisons financièrement les mutuelles sur la mise en place d'actions pour chaque personne reconnue en incapacité de travail (à moins que la situation médicale ne l'empêche). Nous subordonnons davantage le financement de leurs frais de fonctionnement à la mesure dans laquelle elles parviennent effectivement à réintégrer les malades de longue durée sur le marché du travail.		Au cours des dix prochaines années, l'accompagnement continu des malades de longue durée doit être une priorité absolue pour les mutuelles.

En ce qui concerne les mutuelles, il y a une très grande divergence entre l'accord de coalition et l'avant-projet de loi-cadre. Dans l'avant-projet de loi cadre, les mutuelles sont presque entièrement intégrées à l'INAMI en tant qu'organe de contrôle, avec un contrôle beaucoup plus important des médecins conseils par le Fonctionnaire dirigeant du SECM. Un certain nombre d'éléments figurant dans l'accord de coalition ne sont tout simplement pas repris dans l'avant projet de loi-cadre : il est possible que ces points n'aient pas été rédigés par le ministre.

CONVENTIONS

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Les soins intégrés contribuent à la qualité des soins. L'approche cloisonnée des soins de santé est ainsi entièrement réorganisée et le bénéficiaire des soins est radicalement placé au centre.		p 31/232	Le ministre limite la pensée « cloisonnée » aux médecins, mais ne la constate pas chez les OA : faut-il autant des OA différents ?
Nous poursuivons la mise en œuvre de la convention AJA afin que les enfants et les jeunes adultes atteints d'un cancer puissent également bénéficier, dans d'autres hôpitaux, et au niveau des soins de première ligne, de l'assistance psychosociale et médicale spécifique à leur âge, là où ils sont traités ou suivis. La première période de convention permettra la mise au point d'une politique de soins AJA harmonisée.			
Nous évaluons également le parcours de soins pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles alimentaires et l'étendons aux patients de plus de 23 ans. De manière complémentaire avec l'offre en ambulatoire, les centres de référence pour les troubles alimentaires prévus sont créés. Compte tenu des besoins importants en matière de traitement des jeunes souffrant de troubles alimentaires, les pédopsychiatres, qui travaillent souvent en collaboration interdisciplinaire avec d'autres prestataires de soins indépendants, sont également impliqués dans la lutte contre les troubles alimentaires.			
Le KCE évalue le parcours de soins pour le COVID long et d'autres syndromes post-infectieux. Sur la base de cette évaluation, le parcours de soins sera modifié le cas échéant.			
En collaboration avec les gynécologues et les sages-femmes, nous mettons en place une approche intégrée et interdisciplinaire des soins périnataux . Nous renforçons le rôle des sages-femmes dans le suivi des grossesses à faible risque et veillons à créer un cadre attractif pour les sages-femmes en soins de première ligne.			

POLITIQUE DE CONTRÔLE

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Les Ordres déontologiques existants pour les prestataires de soins de santé seront modernisés. Les problèmes (manque de transparence, position faible du patient) sont abordés dans ce cadre. Pour les dentistes, nous examinons si une intégration dans l'Ordre des Médecins réformé est possible et opportune.			
La Commission fédérale de contrôle fait l'objet d'une évaluation et d'un renforcement le cas échéant. Des accords supplémentaires avec les entités fédérées sont nécessaires pour éviter les conflits de compétences et de rôle.			
Il faut absolument éviter la fraude dans le secteur des soins. Nous évaluons le fonctionnement du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et développons la collaboration avec les parquets et les autres services (d'inspection) comme la Commission fédérale de contrôle. Nous visons un contrôle transparent et qualitatif par le SECM. Une approche multidisciplinaire en collaboration avec les patients, les dispensateurs de soins, les mutualités et l'INAMI peut aboutir à des contrôles objectifs. Après une évaluation approfondie des procédures, nous visons un système de contrôle objectif, transparent et qualitatif qui implique tous les acteurs concernés pour identifier les prestataires qui ont des comportements déviants par rapport à leurs homologues ou non conformes par rapport aux recommandations de bonne pratique.			
Nous serons plus vigilants à l'avenir en matière d' abus , notamment en utilisant mieux et davantage les données disponibles et les nouvelles technologies, afin de garantir que les moyens parviennent aux personnes qui en ont réellement besoin.			

Bien que notre système de soins de santé soit reconnu pour sa qualité et son accessibilité, il n'est pas suffisamment efficace. Sur la base d'études belges (KCE, INAMI, Sciensano) et internationales (CE, OCDE, OMS) et de la littérature académique, le FMI identifie notamment quatre types de mesures ayant un impact majeur sur l'efficacité : (1) davantage de prévention, (2) une utilisation plus adéquate des ressources disponibles, (3) la réduction du coût des médicaments, et (4) un système de soins moins dépendant des hospitalisations classiques.			En considérant le secteur ambulatoire comme de la médecine « de villa », vous n'y arriverez pas.
En ce qui concerne plus spécifiquement l'utilisation efficace des moyens disponibles, le gouvernement définira et commencera à mettre en œuvre une stratégie globale d'ici au 1er janvier 2026 au plus tard, en concertation avec les acteurs concernés. Ce plan doit également mettre l'accent sur le renforcement de la lutte contre la fraude. Ces différents éléments impliquent que les contrôles doivent être renforcés, en concertation avec les prestataires de soins, les mutualités, l'INAMI et les patients (citons, par exemple, le suivi conjoint de la facturation électronique), en ce qui concerne, entre autres, les prestations et le comportement prescripteur des médecins, les données de facturation, la délivrance de médicaments chapitre 4, la surconsommation de médicaments, le contrôle des professions de soins, etc.			Le projet de loi-cadre va bien au-delà de la lutte contre la fraude ; avec l'article 73bis 4° qui prévoit la possibilité de suspension du numéro INAMI, le ministre va beaucoup trop loin.
A priori, seuls les traitements pour lesquels il existe des preuves scientifiques suffisantes peuvent être remboursés. La science est en constante évolution et notre cadre de remboursement doit suivre cette évolution. Les traitements qui étaient pertinents peuvent ne plus l'être. La suppression des techniques inutiles et obsolètes de la liste de remboursement fait également partie de ce processus. Cette évaluation et cet ajustement constants doivent être intégrés dans notre système de soins de santé.			Qui détermine quelles techniques sont « superflues » ou « obsolètes » ?

Par rapport à d'autres pays, l'utilisation de l'imagerie médicale (lourde) par rayonnement ionisant est trop élevée en Belgique. Outre le coût, cela expose parfois inopportunistement certains patients aux rayons. En collaboration avec les associations professionnelles, un calendrier clair sera discuté pour réduire considérablement le recours à l'imagerie médicale. Le principe est que seules les images nécessaires au diagnostic sont justifiées. Tant les prescripteurs que les radiologues sont responsables de ce processus. Nous instaurons une prescription électronique obligatoire afin d'encourager l'utilisation rationnelle des CT-scans et des scans RMN en y associant le CDS (clinical decision support). Notamment à l'aide de comparaisons internationales, nous fixons une norme pour le nombre de CT-scans et de scans RMN acceptables. Si cette norme est dépassée, une correction financière sera appliquée.		Traduction : être responsable n'est pas la même chose qu'être responsabilisé
Nous confirmons le rôle des établissements scientifiques fédéraux telles que Sciensano et le KCE pour éclairer la politique sur des dossiers de (soins de) santé et visons une bonne coopération dans le respect des missions de chacun. Il existe également une coordination et une coopération avec le Conseil supérieur de la santé (CSS). Nous prenons des mesures pour que le Conseil supérieur de la santé puisse renforcer son rôle dans l'élaboration des politiques. Nous étudions l'intégration de ces trois établissements de connaissances en une seule entité dans le cadre budgétaire actuel. Ce processus peut se dérouler en plusieurs phases.		Il est clair que ce sont les institutions « propres » qui déterminent la politique (KCE, Sciensano, CSS), mais pas le reste des instituts scientifiques du pays.

SOINS DE SANTÉ MENTALE

Accord de coalition fédérale	Loi cadre	Livre FVDB	Commentaire
Les soins de santé physique et mentale mais aussi les soins liés au bien-être sont indissociables. Les différents professionnels et institutions doivent davantage collaborer. L'intégration des services de santé mentale dans les foyers pour enfants, les CPAS, les centres de services locaux, les médecins généralistes, etc. se poursuit dans le cadre de la convention SPPL.			
Dans les hôpitaux généraux, nous mettons l'accent sur un meilleur screening des troubles psychiatriques par une collaboration avec les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles. La coopération entre les prestataires de soins sociaux, somatiques et psychiatriques, tant à l'hôpital qu'à l'extérieur, est cruciale. Le développement de care sets au sein des services de santé mentale permet d'assurer un flux d'informations et un partage de données corrects.			
Comme pour les soins de santé somatiques, la santé mentale doit se baser sur le principe de l' <i>evidence based medicine</i> . Nous <u>collaborons avec le KCE pour élaborer des lignes directrices en matière de prescription, tant pour les médicaments que pour les thérapies ou autres actions appropriées (prescription sociale).</u> L'utilisation et le sevrage des psychotropes doit toujours bénéficier d'un accompagnement			La médecine d'État à son apogée : « NOUS rédigeons des directives... » et non les universités et les sociétés scientifiques de médecins elles-mêmes. Ne vaudrait-il pas mieux laisser cette décision aux psychiatres eux-mêmes ?
Le cadre ambulatoire doit être utilisé au maximum pour toute personne dont le problème le permet. De cette manière, les soins résidentiels restent libres au maximum pour ceux qui en ont vraiment besoin et qui ne peuvent être aidés d'aucune autre manière.			

Le rôle du psychiatre est renforcé tant au sein des réseaux que des soins ambulatoires, tant pour les besoins en soins chroniques et complexes que pour les soins aigus, jouant un rôle actif dans les parcours de soins multidisciplinaires		un psy- chiatre qui se rend dans les « Maisons du bien- être et des soins » ?	
Il convient également, dans une approche inter-fédérale, d' améliorer le diagnostic de dépression chez les personnes âgées , d'envisager les approches non médicamenteuses et d'être attentif, en cas de prise en charge médicamenteuse, à la surmédication, et de poursuivre la réforme relative aux réseaux de santé mentale en développant le volet « personnes âgées ».			

CONCLUSION

L'avant-projet de loi-cadre ne contient que quelques points de l'accord de coalition, même s'ils sont très importants pour les médecins et les dentistes. Le gouvernement a clairement donné carte blanche au ministre Vandenberghe pour la médecine d'État :

- La lettre de mission ne fixe pas seulement les grandes lignes du budget, mais permet au ministre d'opérer des choix substantiels de grande portée.
- Les centres de connaissances du gouvernement (KCE, Sciensano, CSS [Conseil supérieur de la Santé], COSS [Commission des Objectifs de Soins de Santé]) jettent les bases de la politique, mais déterminent également les « normes et lignes directrices » que les médecins doivent suivre dans leur pratique quotidienne, par exemple lorsqu'ils prescrivent des médicaments.
- Une politique d'application exceptionnellement stricte dans le cadre de laquelle les mutualités bénéficient d'un « libre accès » à toutes les informations relatives aux patients et aux prestataires de soins de santé, devrait garantir que tous les médecins respectent les normes et lignes directrices de l'État sous peine de poursuites judiciaires, une amende administrative pouvant être remplacée par le retrait du numéro INAMI pendant deux ans. Cette dernière ne figure pas dans l'accord de coalition, mais elle est incluse dans l'avant-projet de loi-cadre et approuvée au sein du Kern, ce qui la met sur la voie du Conseil d'État.
- Le patient devient un objet de données de soins de santé où la liberté individuelle est reléguée à l'arrière-plan au profit des caractéristiques de la population : une fois de plus, c'est une agence gouvernementale qui détermine qui a accès à la base de données de santé du gouvernement, sous quelle forme et dans quelles conditions.
- Les médecins seront obligés de soumettre toutes les données sous forme numérique, mais devront passer par la HDA pour continuer à obtenir des données sur la santé dans leur discipline.

CHRONOLOGIE

Le **31 janvier 2025**, l'accord de coalition a été publié, affichant un chapitre détaillé sur les soins de santé.

L'Assemblée générale de l'ABSyM s'est tenue à Gand le 24 mai 2025 sous les auspices du Dr Yves Louis, pédiatre et président du VAS Flandre orientale et occidentale. Le Dr Patrick Emonts, gynécologue-obstétricien liégeois, a été élu nouveau président de l'ABSyM-BVAS, en remplacement du Dr Johan Blanckaert, ophtalmologue d'Ypres, dont le mandat arrivait à échéance.

Le **3 juin 2025**, le ministre Vandenbroucke a présenté pour la première fois son avant-projet de loi-cadre à l'aide d'une présentation PowerPoint qu'il a lui-même commentée et à laquelle ont assisté les membres du Conseil général et du Comité de l'assurance réunis. Le 4 juin 2025, la première version de l'avant-projet de loi-cadre a suivi, ainsi que l'exposé des motifs. Un délai de réponse jusqu'au 20 juin 2025 a été accordé aux différentes parties. Les réactions de l'ABSyM et du CARTEL ont été remises dans une lettre commune au Cabinet lui-même par une délégation composée de Jos Vanhoof, Elodie Brunel, Stan Politis, Thomas Gevaert et Anne Gillet. Le même après-midi, le président de l'ABSyM, Patrick Emonts, a annoncé un mouvement de grève de l'ABSyM, qui consisterait en un service minimum pour tous les médecins (généralistes et spécialistes) le lundi 7 juillet 2025. Le 23 juin 2025, toutes les réponses à l'avant-projet de loi-cadre ont été présentées de manière groupée au Comité de l'assurance. Le tronc commun de la loi-cadre a fait l'objet d'un avis négatif unanime du Comité de l'assurance : le tronc commun concerne le modèle de concertation au niveau Comité de l'assurance-Conseil général-ministre.

Le **3 juillet 2025**, la deuxième version, quelque peu édulcorée, de l'avant-projet de loi-cadre a été publiée. La grève des médecins, très suivie dans le secteur hospitalier, chez les médecins spécialistes et chez plus d'un quart des médecins généralistes, a eu lieu le 7 juillet 2025. En outre, de nombreux cabinets de médecins généralistes ont exprimé leur désaccord avec la docilité de Domus Medica, qui a suivi sans réserve la position du ministre Vandenbroucke à tous égards. L'ABSyM a connu une vague massive d'affiliation de nouveaux membres. Le 11 juillet 2025, s'ensuivit une séance au Cabinet du ministre, à laquelle médecins, dentistes et mutuelles ont été invités en présence d'une importante délégation du Cabinet et de l'INAMI. Le 15 juillet 2025, les juristes ont organisé à la hâte une réunion Teams, en pleine période de vacances, pour apporter des « éclaircissements » sur certains passages juridiques de l'avant-projet de loi-cadre. Sous la pression politique de certains partis de la majorité, notamment la NVA et le MR, un certain nombre de points fondamentaux de l'avant-projet de loi-cadre ont été réécrits, échelonnés ou reportés.

Le matin du **21 juillet 2025**, le Premier ministre Bart De Wever a annoncé qu'un accord d'été avait été conclu sur un grand nombre de dossiers (pensions, marché du travail, soins de santé et fiscalité), précisant que la troisième version de l'avant-projet de loi-cadre avait passé le cap de la première lecture par le Kern, pour être soumise au Conseil d'État.

Le **22 juillet 2025**, un jour après l'annonce de l'Accord d'été, le ministre Vandenbroucke a informé dans une lettre adressée au Conseil général et au Comité de l'assurance que, bien que la loi-cadre n'ait pas encore été approuvée par le Parlement, elle sera déjà mise en œuvre dans le processus décisionnel, et ce, sur la base d'une approbation de la lettre de mission au sein du gouvernement le 17 juillet 2025. La lettre de mission annonçait que des économies sélectives d'un montant d'environ 907,5 millions d'euros seraient désormais réalisées, mais que des investissements « sélectifs » seraient à nouveau accordés par le ministre dans les années à venir à partir de la norme de croissance s'élevant à 2 pour cent en 2026 (norme de croissance 2026 : 756 millions d'euros), 2 pour cent en 2027, 2,6 pour cent en 2028 et 3 pour

cent en 2029. L'indice est affecté au budget INAMI, mais il faut retenir de l'avant projet de loi cadre qu'il est subordonné à la conclusion d'un accord médico mutualiste. Pour 2026, les investissements prévus sont : l'indice de croissance (756 millions d'euros), l'indice santé 2,7 % (625 millions d'euros) et l'augmentation de la masse indiciaire pivot pour les institutions de soins de santé (165 millions d'euros). Mais l'épargne d'abord, surtout et presque exclusivement dans le secteur curatif. Les économies de 907,2 millions d'euros sont réalisées comme suit dans la proposition du ministre : 263,7 millions déjà convenus, 275 millions de dispenses pharmaceutiques, 25 millions de dépôts des organismes assureurs et les 343,5 millions restants dans les secteurs suivants : 150 millions de prestations médicales par les médecins (biologie clinique, imagerie médicale, dispenses spéciales et chirurgie) ; 50 millions (forfaits hospitaliers) ; 50 millions (autres secteurs) ; 25 millions (lutte contre la fraude) ; 35 millions (réduction de la sous-utilisation structurelle) ; 33,5 millions (mesures prises en dehors de la norme budgétaire).

Le **31 juillet 2025**, la version 4 de la loi cadre a été publiée avec l'introduction de l'exposé des motifs. Voici le texte qui a finalement été transmis au Conseil d'État (844-WV - rvs, signé par le ministre Rob Beenders). On ne constate pas de changements substantiels dans le texte même et dans l'exposé des motifs.

La confiance des médecins envers le ministre Vandenbroucke est inexistante. La vallée est profonde, la route est encore longue, mais imposer d'en haut des politiques de santé aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes ne peut et ne va pas durer. Entretemps, elle résiste, exerce une pression par le bas, se mobilise, mais surtout dialogue. En Flandre, l'opinion publique est alimentée par le ministre Vandenbroucke, qui a interdit aux médias flamands de diffuser les réfutations des médecins. En tant que médecins, nous devons montrer que parfois le wifi et la colère suffisent à faire comprendre à l'opinion publique qu'une expédition punitive contre les médecins n'est pas synonyme de gain de santé pour la population du pays. Le favoritisme en faveur de Domus Medica, de la médecine forfaitaire comme les maisons médicales, ainsi que des contrats de consultance coûteux (cf. ligne budgétaire Belrai) est choquant, mais c'est la dure réalité



Loi de réforme soins de santé

03/06/2025



Introduction

Mise en œuvre de dispositions importantes de l'accord de gouvernement

1. Processus et orthodoxie budgétaires
2. Modèle de convention
3. Modèle de concertation
4. Digitalisation
5. Application
6. Tabac



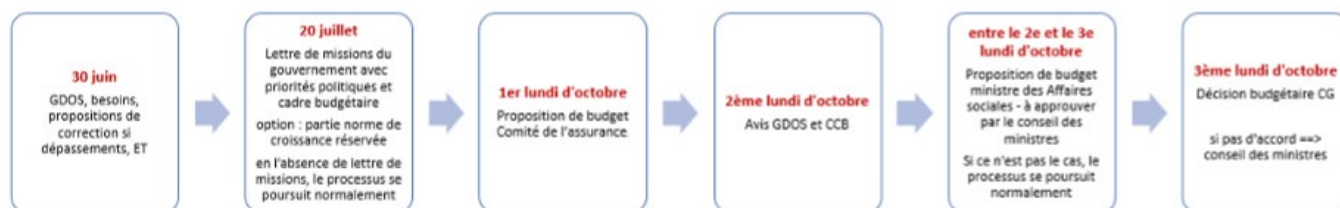
Processus et orthodoxie budgétaires

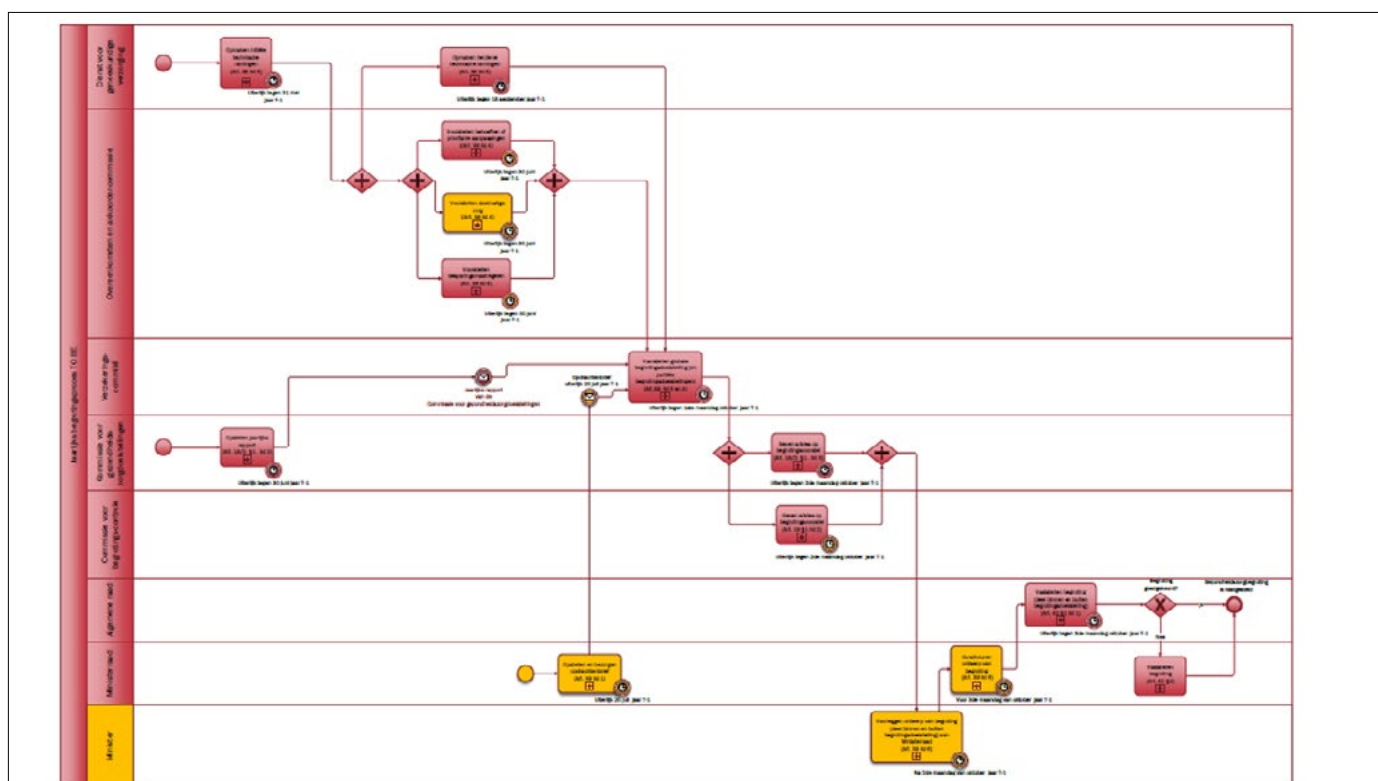
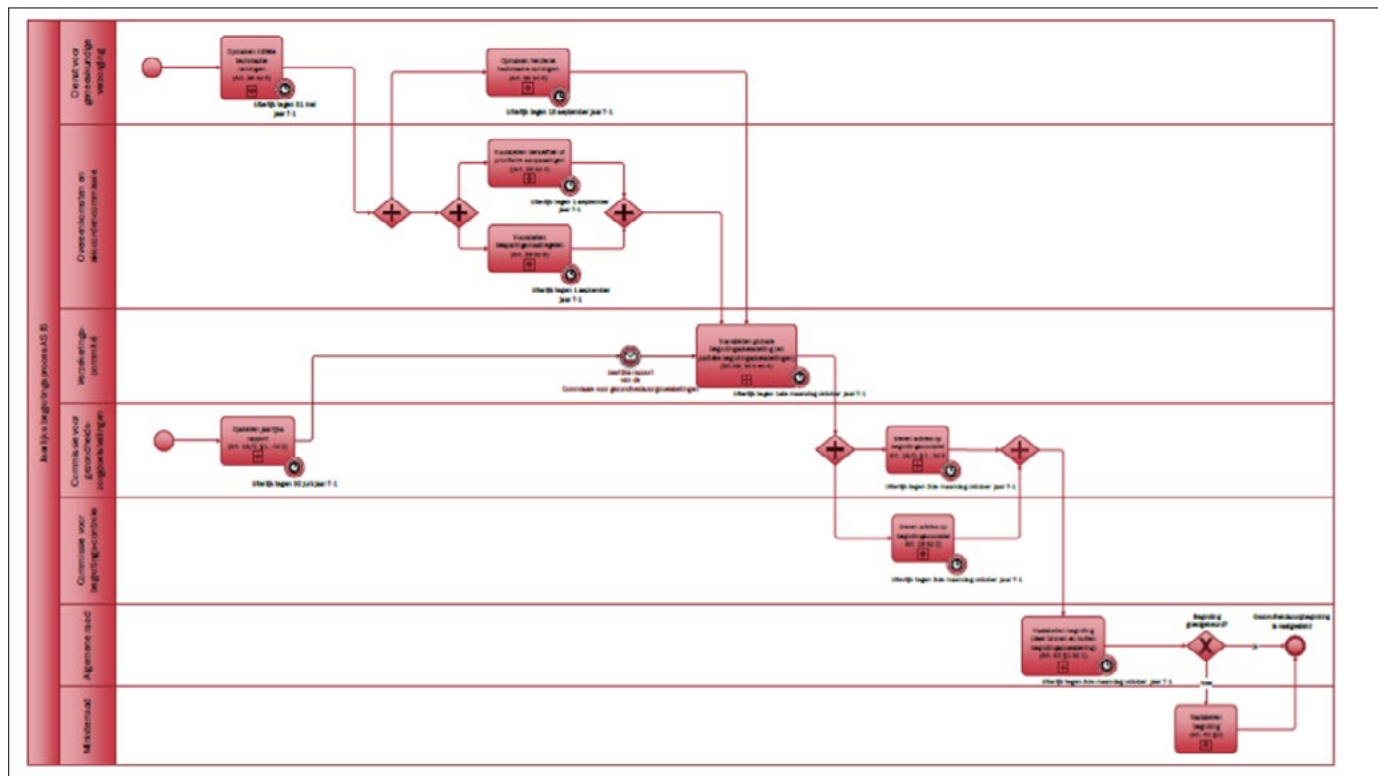
• Objectifs

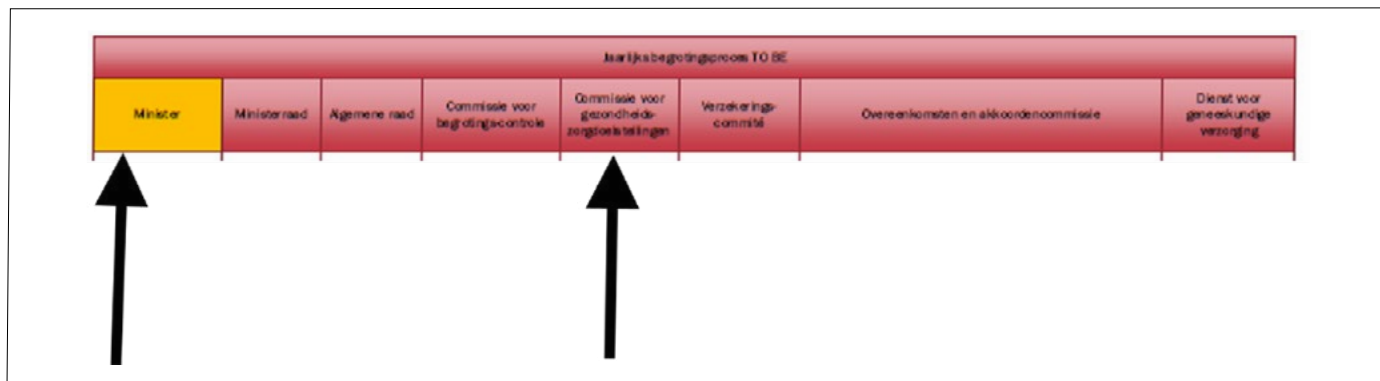
- Meilleure activation mécanismes de correction
 - En cas de dépassement des objectifs budgétaires partiels
 - Des propositions sont attendues de la part des CCA pour fin juin de l'année X
 - Si ce n'est pas le cas : gouvernement/CG prend des mesures
 - Pour l'année X + 1
 - En cas de dépassement de l'objectif budgétaire global
 - Le CG doit décider de mesures (lors des ET et ETR) pendant l'année en cours.
 - Tâche supplémentaire CG : conformité du budget avec les accords et conventions en cours
- Processus plus clair avec un calendrier et des responsabilités



Processus et orthodoxie budgétaires







Les deux principales nouveautés sont l'impact de la Commission des objectifs de santé (dans la mesure où elle peut exercer correctement ses fonctions) et la nouvelle ligne décisionnelle aux côtés du Conseil des ministres : LE MINISTRE



Modèle de convention

• Principes

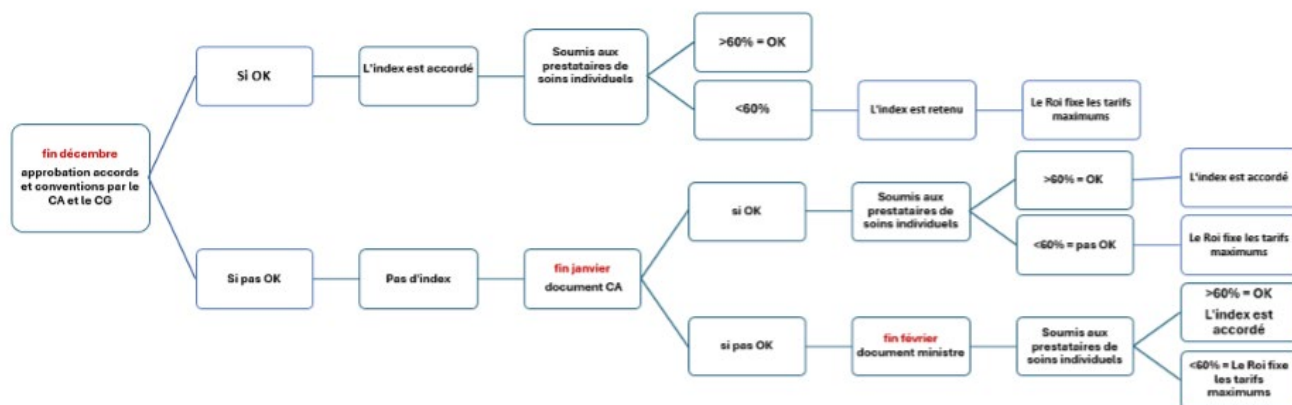
- Le conventionnement individuel est maintenu
- Conventionnement encouragé, déconventionnement moins attrayant
- Incitant collectif pour convention – accord
- Processus plus clair et uniforme pour accords et conventions

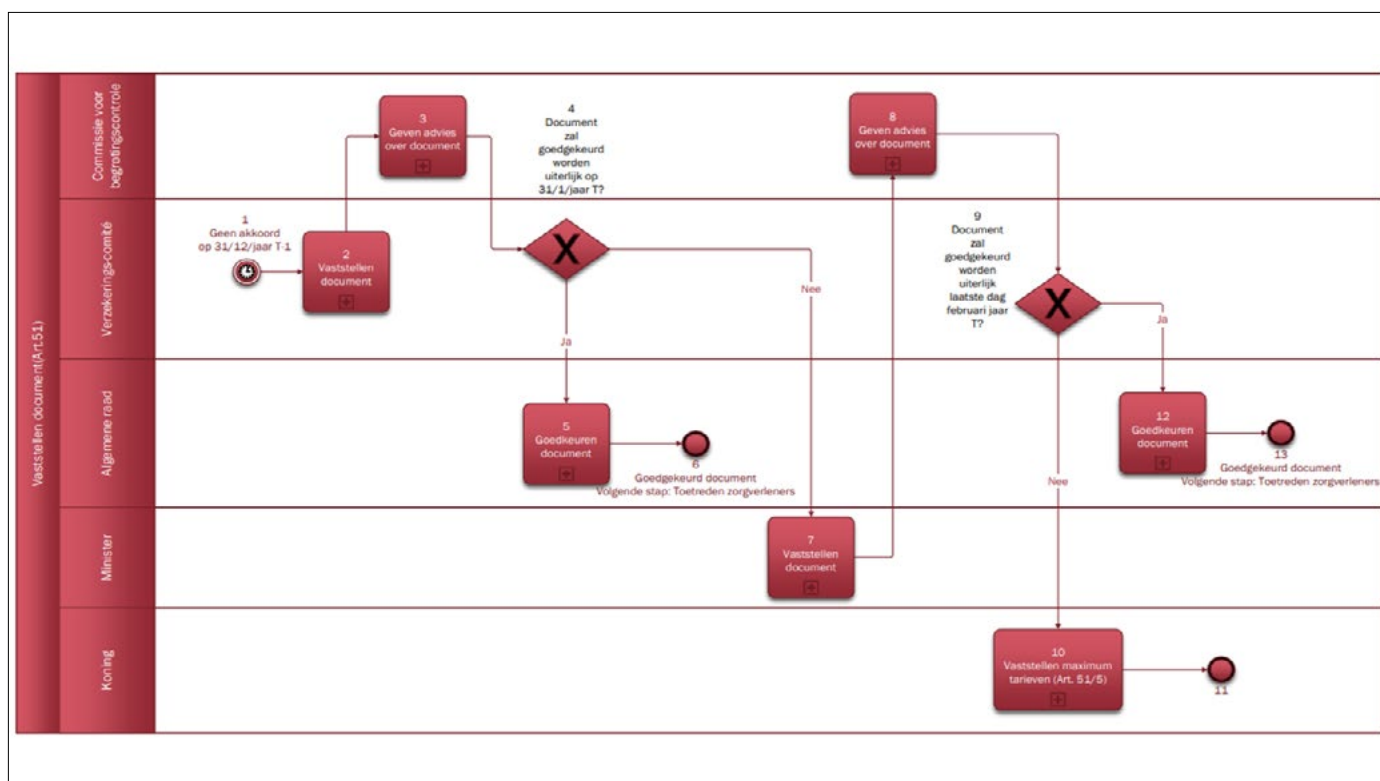
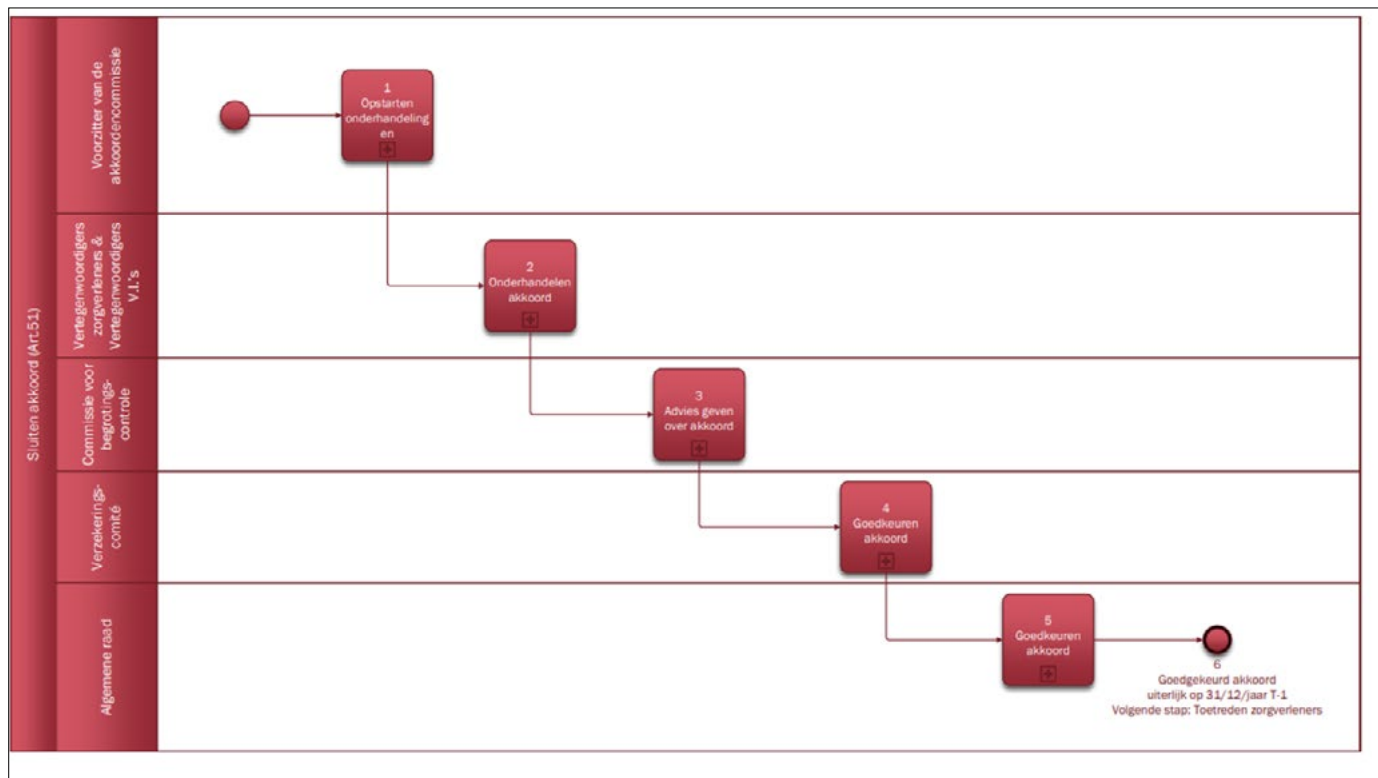


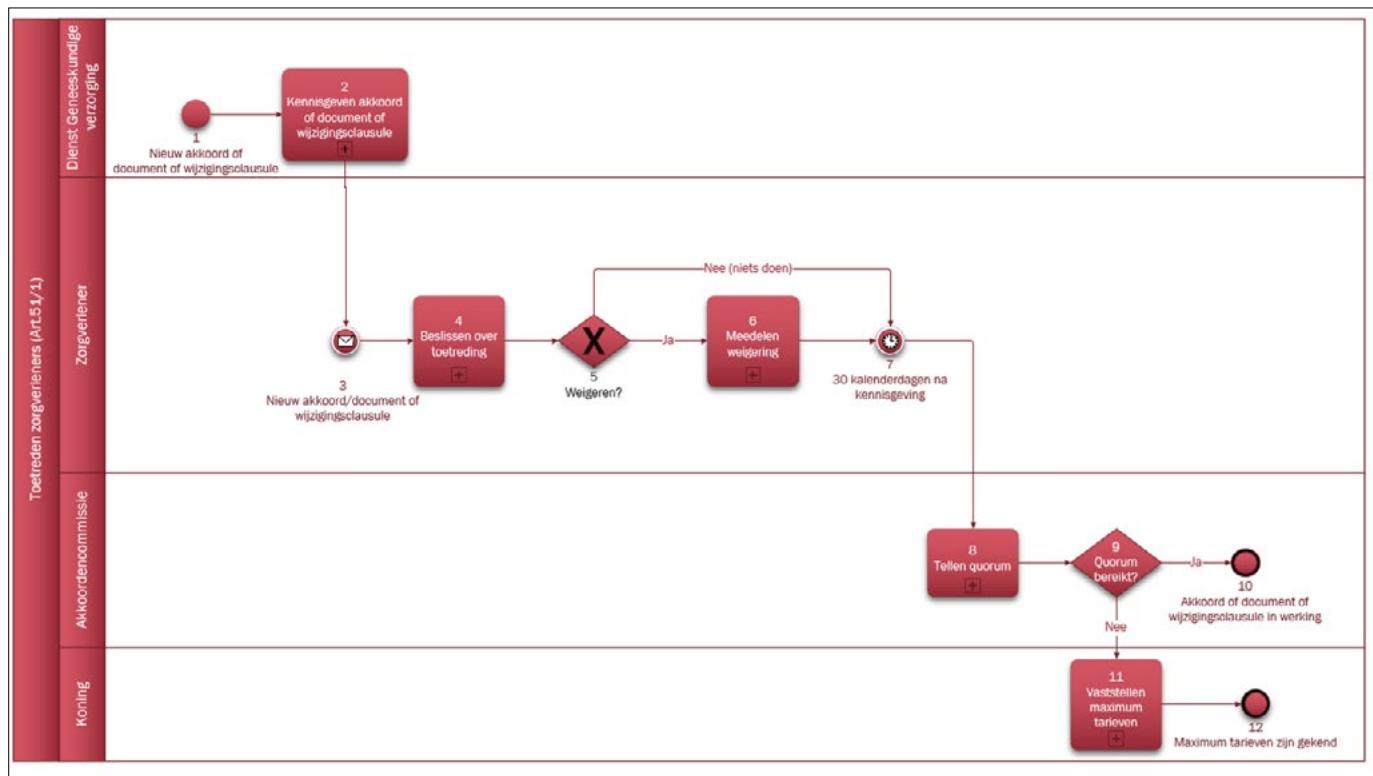
Modèle de convention: processus

- Uniformisation des accords et conventions
- Structure plus claire
 - Fonctionnement et composition des comités
 - Contenu des accords
 - Règles procédurales d'entrée en vigueur, de prolongation, de modification, de dénonciation
 - Conséquences et avantages du statut de conventionné
- Suppression des passages obsolètes
- Processus plus clair : calendrier et rôles définis

Modèle de convention : processus

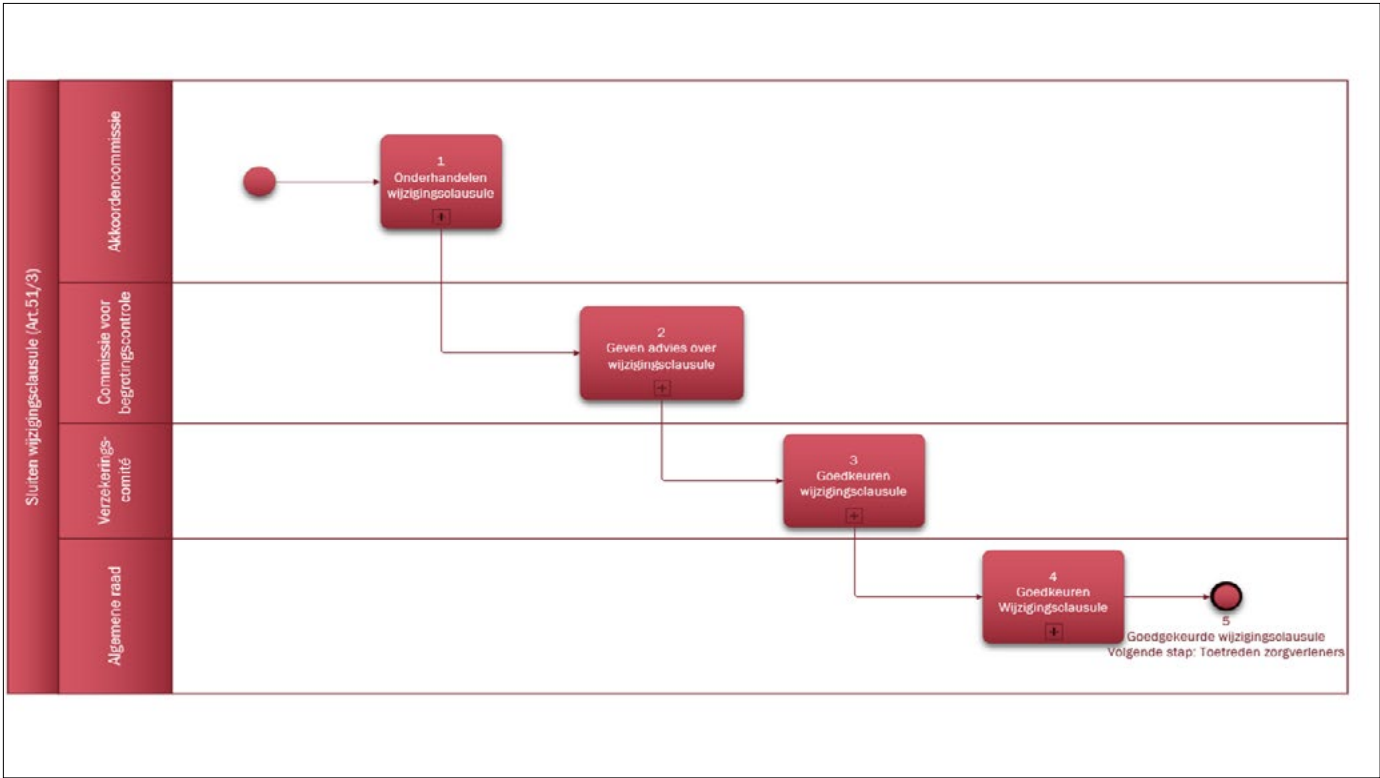
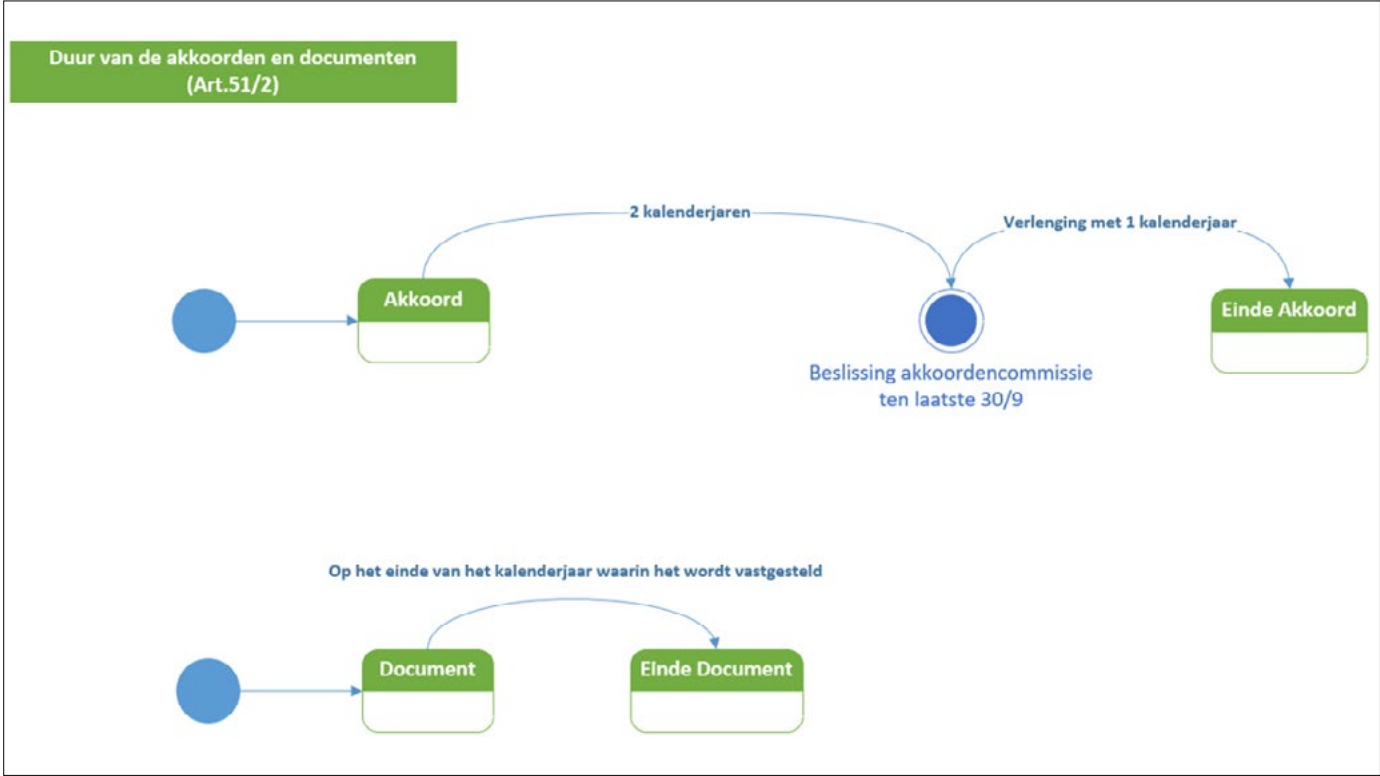




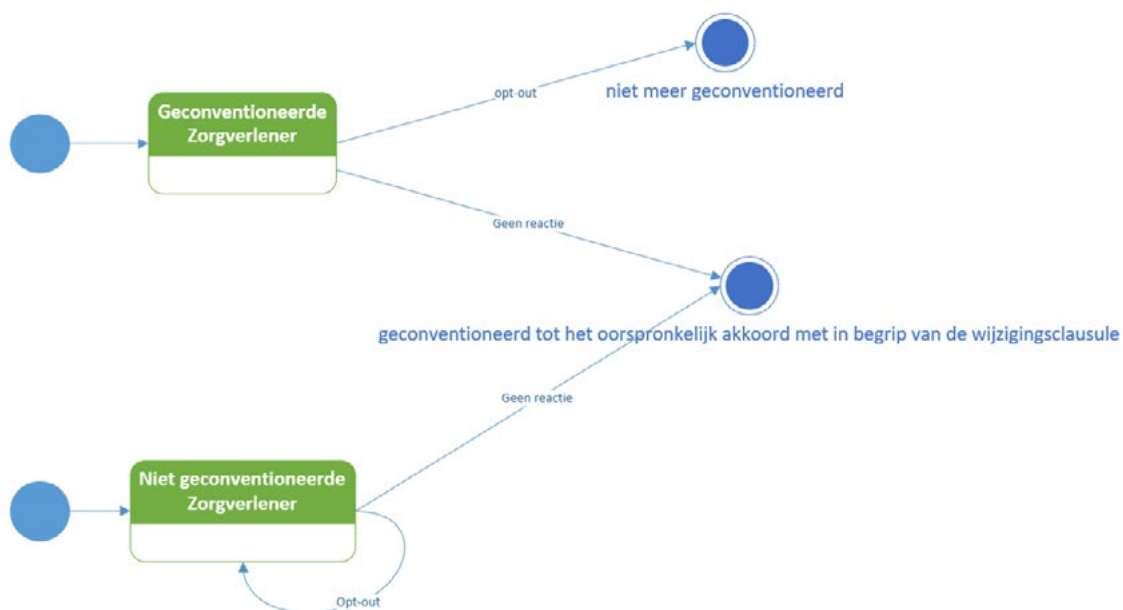


Modèle de convention : processus

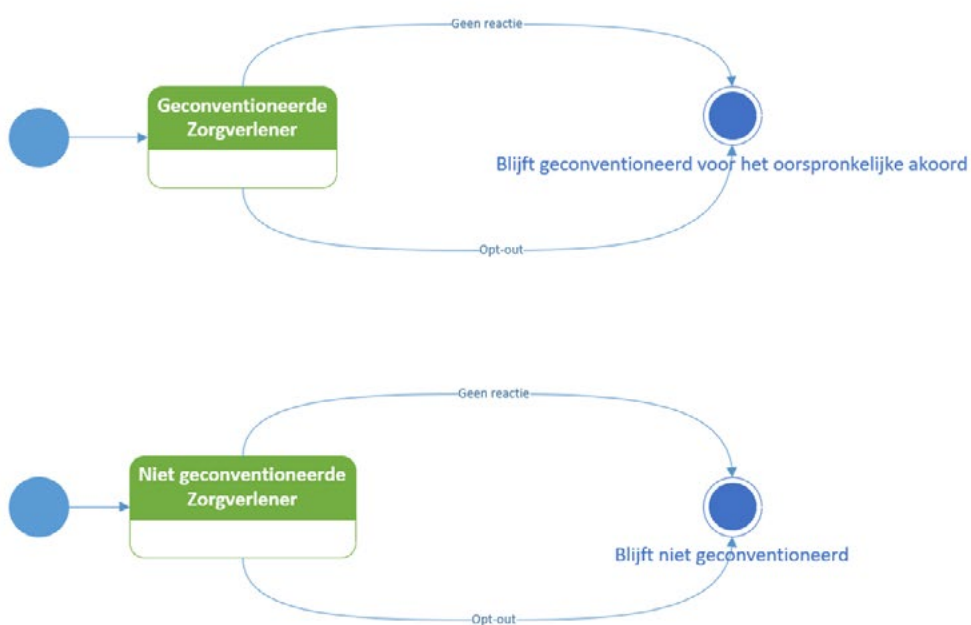
- En principe, deux ans
 - Prolongation possible si signifié avant le 30 septembre
- Clauses de modification possibles
 - Geconventioneerden blijven geconventioneerd tot opt out of tot de laatste dag van februari indien alsdan geen akkoord of document is goedgekeurd



Wijzigingsclausule treedt in werking



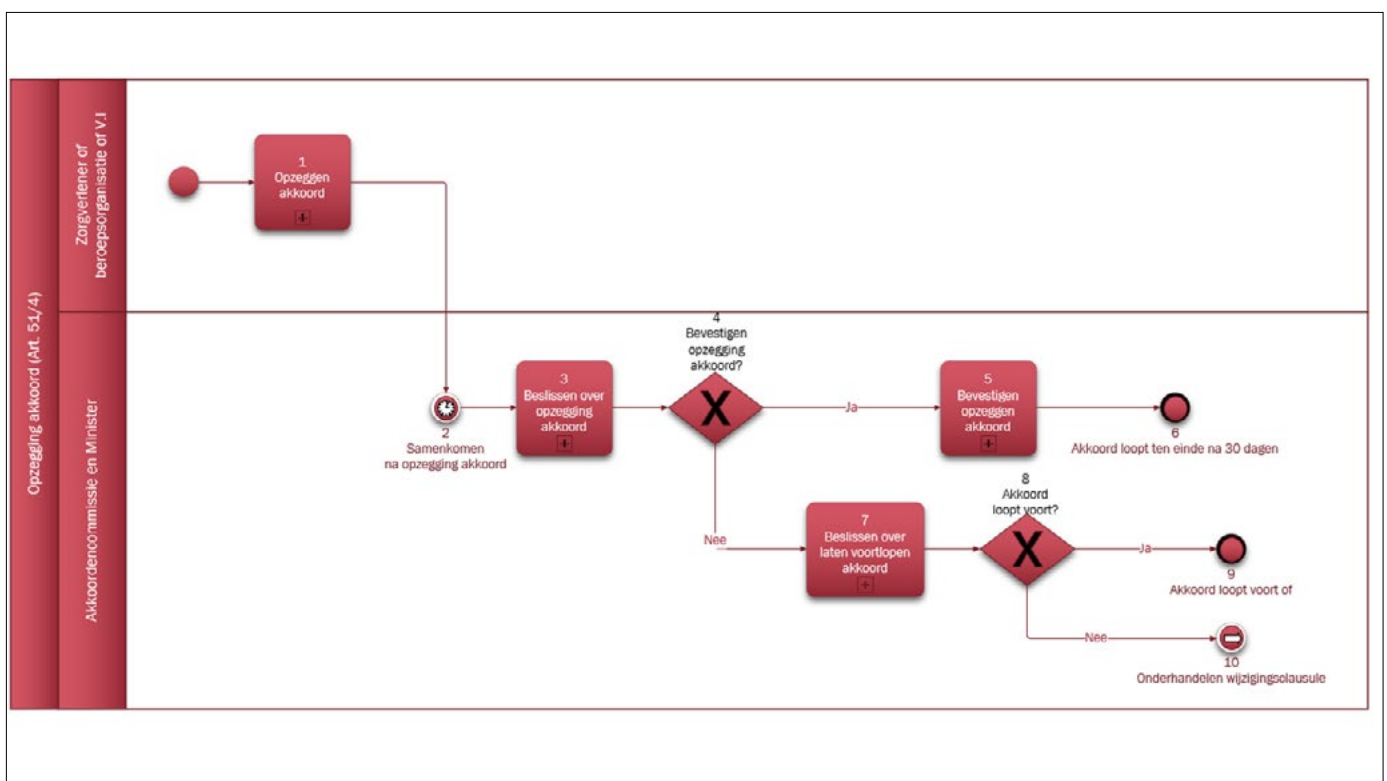
Wijzigingsclausule treedt NIET in werking





Modèle de convention : processus

- Modalités uniformes de résiliation
 - Résiliation par prestataires de soins individuels sans motivation, avec prise d'effet à partir du 1er janvier
 - Collectivement si des mesures sont prises par le Roi ou le CG conduisant à une limitation des honoraires
 - Si résiliation par organisation → procédure de conciliation par le ministre



Modèle de convention : processus

- des exigences particulières s'appliquent également aux conventions
- abrogation de la convention partielle (introduction des tarifs indicatifs)
- -25 % : parallèle + impact budgétaire



Modèle de convention : encourager le conventionnement

- Primes réservées aux conventionnés ((telematicapremie, kwaliteitspremie, geïntegreerde praktijkpremie,...)
- Tarifs indicatifs
 - Dans le cadre d'une convention ou d'un accord
 - Pour les prestataires de soins conventionnés
 - Caractère temporaire
 - Situations particulières (innovation - remboursements dépassés)
 - Inclusion dans le maximum à facturer
- Financement organisations professionnelles : paramètres conventionnement



Modèle de convention : déconventionnement moins attrayant

- Suppléments d'honoraires
 - Les interdictions légales sont maintenues
 - Interdiction envers les patients bénéficiaires de l'Intervention Majorée (BIM)
 - Interdiction pour les chambres doubles/communes à l'hôpital
 - Interdictions concernant l'imagerie médicale lourde
 - Interdiction pendant les gardes organisées
 - Interdiction en cas d'absence d'information préalable
 - Le roi peut limiter les suppléments



Modèle de convention : déconventionnement moins attrayant

- À partir du 1er janvier 2028, parallèlement à la réforme de la nomenclature
 - Supplément maximum pour les patients hospitalisés
 - Supplément maximum en ambulatoire
 - Le Roi peut y déroger pour une ou plusieurs prestations médicales
 - Le roi peut limiter la facturation de suppléments à une partie de l'honoraire
- Plafonnement également pour le supplément exigences particulières

Modèle de convention

	conventionnés	déconventionnés	Interdiction de facturation IM	Admission MàF
Suppléments d'honoraires	non sauf si chambre seule (plafonnement)	oui - plafonnement	oui	non
Supplément exigences particulières	oui - plafonnement	oui - plafonnement	non	non
Tarifs indicatifs dans des situations particulières	oui	non	matière CCA	oui
A définir dans des cas exceptionnels : indemnisation forfaitaire des coûts	oui	oui	non	oui
primes	oui	non	sans objet	sans objet



Modèle de convention

- Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2028
- Le roi peut avancer la date

Modèle de concertation

- Participation des entités fédérées aux organes de concertation
 - Loi du 6 novembre 2023 : observateur en CG
 - En complément : observateur en CA
 - AR d'activation en concertation avec les entités fédérées
- CCA ou ministre peut faire une proposition directement sans devoir demander au préalable au Conseil technique de déposer une proposition. Le Conseil technique conserve néanmoins une compétence d'avis
- Les modifications apportées par le CA à une proposition ne doivent plus suivre à nouveau le processus (simplification)

Digitalisation

- Transfert de données numérique obligatoire entre OA et prestataires
 - Pour médecins et dentistes à partir du 1er septembre 2025 = déjà prévu
 - Obligation pour kinés à partir du 1er juillet 2026
 - E-attest
 - E-fac
 - E-agreement
 - Possibilité e-fac; e-certificat et autres services électroniques pour tous les prestataires de soins à partir du 1er janvier 2029
 - Obligation pour tous les prestataires de soins à partir du 1er janvier 2030
 - Le Roi peut prévoir des exceptions

Application

- **Numéro INAMI**

- Principe de base : le prestataire de soins doit disposer d'un numéro INAMI actif pour pouvoir facturer à l'AMI. Ce numéro INAMI peut être suspendu dans le cadre de l'application + si pas de visum
- L'amende administrative peut être remplacée par une suspension du n° INAMI
- Le prestataire de soins doit obligatoirement informer l'assuré d'une suspension.
 - S'il ne le fait pas : le patient est protégé contre les montants facturés indûment
- Le Roi peut définir des modalités concernant l'obligation d'information

Application

- Les personnes qui ont été/sont condamnées ne peuvent pas siéger dans les organes de l'INAMI.
- Clarification capacité d'action méd.cons. et leurs équipes
 - Les constats des kinés, des infirmiers et du personnel paramédical (sous délégation méd.cons.) ont aussi une force probante jusqu'à preuve du contraire
 - CNMC : compétence toutes prestations art.34

Application

- Responsabilisation des organismes assureurs
 - Frais d'administrations variables supplémentaires sur base de la maîtrise des dépenses de soins de santé
 - À partir de 2026 + 25 mio jusqu'à 100 millions en 2029 (garantie)
 - Obligation de résultat
 - Mix individuel et collectif possible
 - Modalités à définir par le Roi

Application – renforcement de la Commission fédérale de contrôle

- Procédures simplifiées et applicables
 - Par exemple, en cas de mesures urgentes (schambre restreinte, délai imparti, etc.)
- Description des pouvoirs des inspecteurs
 - Outils
 - Échange d'informations avec d'autres administrations et les parquets
- Lutte contre le non-respect de la loi sur la chirurgie esthétique et de la LEPS par les praticiens et les non-praticiens
 - Amendes administratives en cas de non-poursuites
 - Contrôles 'mystery shoppers' auprès des non-praticiens

Tabak

- Doelstelling
 - “rookvrije generatie” in 2040
- Rookkamers in de publiek toegankelijke instellingen worden verboden mits uitzondering
 - instellingen voor residentiële zorg, gevangenissen, detentiecentra en opvangcentra voor verzoekers om internationale bescherming
 - etablissementen met een ledenlijst die worden bezocht door volwassenen (bijv. sigarenclubs).
- Rookverbod wordt uitgebreid naar terrassen

Ce point ne fait pas partie de la loi-cadre et n'est pas abordé dans le présent volume.
Certaines diapositives étaient en néerlandais et ont été traduites.

AVANT-PROJET DE LOI-CADRE VERSION 1-2-3-4

THÈME 1. SECTION X - PROCESSUS BUDGÉTAIRE

Version 1

Art. X. A l'article 16, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1° le 7° est remplacé par ce qui suit :

« 7° vérifie, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la compatibilité conformité des accords, qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre, avec le budget des soins de santé et, le cas échéant, leur compatibilité avec le cadre financier pluriannuel qui a été approuvé pour le secteur concerné, conformément aux dispositions de l'article 51, § 1er, alinéa 1er, et vérifie en même temps la compatibilité des accords existants qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec le budget des soins de santé ; » ;

2° le 12° est remplacé par ce qui suit :

« 12° décide d'activer les mesures et les mécanismes pertinents, prévus dans la présente loi, qui s'appliquent aux objectifs budgétaires annuels partiels s'il apparaît que l'objectif budgétaire annuel global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être dépassé ; »

Version 2

1° le 7° est remplacé par ce qui suit :

7° ~~vérifié~~**décide**, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la compatibilité conformité des accords, qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre, avec le budget des soins de santé et, le cas échéant, leur compatibilité avec le cadre financier pluriannuel qui a été approuvé pour le secteur concerné, conformément aux dispositions de l'article 51, § 1er, alinéa 1er, et ~~vérifié~~**décide** en même temps **de** la compatibilité des accords existants qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec le budget des soins de santé ; » ;

2° le 12° est remplacé par ce qui suit :

« 12° décide d'activer les mesures et les mécanismes pertinents, prévus dans la présente loi, qui s'appliquent aux objectifs budgétaires annuels partiels s'il apparaît que l'objectif budgétaire annuel global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être dépassé **de manière injustifiée** ; »

Version 3-4

« 12° décide d'activer les mesures et les mécanismes pertinents, prévus dans la présente loi, qui s'appliquent aux objectifs budgétaires annuels partiels s'il apparaît que l'objectif budgétaire annuel global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être **dépassé de manière significativement non justifiée** ; »

Version 1

Art. X+1.

Dans l'article 18, de la même loi, l'alinéa 2, inséré par la loi du 18 décembre 2016, est remplacé par ce qui suit :
« La Commission de contrôle budgétaire analyse la conformité de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39 avec le cadre budgétaire, le cas échéant, avec la lettre de mission visée à l'article 39, alinéa 1er, et avec la traject pluriannuel tel que décidé par le Conseil des ministres, analyse la conformité des accords qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec la proposition du Comité de l'assurance, et émet au plus tard le deuxième lundi d'octobre un avis qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance. »

Version 2

idem

Version 3-4

idem

Version 1

Art. X+2.

Dans l'article 18/2, § 1er, de la même loi, l'alinéa 3, inséré par la loi du 6 novembre 2023, est remplacé par ce qui suit :
« La Commission rend, au plus tard le deuxième lundi d'octobre, un avis sur la conformité aux objectifs en matière de soins de santé, de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39, qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance. »

Version 2

idem

Version 3-4

idem

Version 1

Art. X+3.

A l'article 38 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 4 est remplacé par ce qui suit :

« Les commissions d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de l'assurance les moyens financiers destinés à financer les adaptations prioritaires et les propositions visant à accroître l'efficacité des soins dans leur secteur. »;

2° l'alinéa 5 est remplacé par ce qui suit :

« Les commissions d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de l'assurance des propositions de mesures, d'une part, sur base des estimations techniques telles qu'établies par le Service au plus tard le 31 mai de l'année précédant l'exercice budgétaire, et d'autre part, pour éventuellement financer une nouvelle politique. Ces propositions de mesures sont en tout état communiquées au plus tard le 30 juin à ces organes si un dépassement de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission d'accords est compétente, est estimé. »

Version 2

Ces propositions de mesures sont en tout état communiquées au plus tard le 30 juin à ces organes si un **dépassement non justifié** de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission d'accords est compétente, est estimé. » ;
3° l'alinéa 6 est complété par la phrase suivante :
« Les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres. »

Version 3

Ces propositions de mesures sont en tout état communiquées au plus tard le 30 juin à ces organes si un dépassement significativement non justifié de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission d'accords est compétente, est estimé. » ;
3° l'alinéa 6 est complété par la phrase suivante :
« Les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres. »

Version 1

Art. X+4.

A l'article 39 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° un alinéa rédigé comme suit est inséré avant l'alinéa 1er :

« Le Ministre peut adresser au plus tard le 20 juillet au Comité de l'assurance une lettre de mission du Conseil des ministres relative à la proposition de budget pour l'année suivante visée à l'alinéa 4. La lettre de mission est, le cas échéant, transmise au Conseil général. » ;

2° l'ancien alinéa 1er, qui devient l'alinéa 2, est complété par les mots « et, le cas échéant, la lettre de mission visée à l'alinéa 1er » ;

3° dans l'ancien alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, les mots « à la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, » sont insérés entre les mots « transmet » et « au Conseil général » ;

4° l'ancien alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, est complété par les mots « et, le cas échéant, tient compte de la lettre de mission visée à l'alinéa 1er » ;

5° l'ancien alinéa 5, qui devient l'alinéa 6, est remplacé par ce qui suit :

« Compte tenu de la proposition de budget du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l'article 38, alinéa 6, le Ministre peut soumettre, après le deuxième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, un projet de budget de l'assurance soins de santé au Conseil des ministres, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres avant le troisième lundi d'octobre. ».

Version 2

1° er wordt vóór het eerste lid een lid toegevoegd, luidende:

Le Ministre **peut adresser adresse** au plus tard le 20 juillet au Comité de l'assurance une lettre de mission du Conseil des ministres **relative à avec les priorités politiques et le cadre budgétaire à prendre en compte par le Comité de l'assurance dans** la proposition de budget pour l'année suivante visée à l'alinéa 4. La lettre de mission est, le cas échéant, également transmise au Conseil général. » ;

...idem....

5° l'ancien alinéa 5, qui devient l'alinéa 6, est remplacé par ce qui suit :

« Compte tenu de la proposition de budget du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l'article 38, alinéa 6, le Ministre **peut soumettre soumet**, après le deuxième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, un projet de budget de l'assurance soins de santé au Conseil des ministres, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres **avant au plus tard le troisième lundi deuxième vendredi** d'octobre. ».

Version 3

1° un alinéa rédigé comme suit est inséré avant l'alinéa 1er :

« Le Ministre adresse au plus tard le 20 juillet au Comité de l'assurance une lettre de mission du Conseil des ministres avec les priorités politiques et le cadre budgétaire à prendre en compte par le Comité de l'assurance dans la proposition de budget pour l'année suivante visée à l'alinéa 4. La lettre de mission est, le cas échéant, également transmise au Conseil général. » ;

5° l'ancien alinéa 5, qui devient l'alinéa 6, est remplacé par ce qui suit :

« Compte tenu de la proposition de budget du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l'article 38, alinéa 6, le Ministre soumet, après le deuxième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, un projet de budget de l'assurance soins de santé au Conseil des ministres, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres au plus tard le deuxième vendredi d'octobre. ».

Version 1

Art. X+5.

A l'article 40 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du xxx[loi-programme], les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1er, alinéa 1er, est remplacé par ce qui suit :

« § 1er. Compte tenu du projet du Conseil des ministres visé à l'article 39, alinéa 6, ou à défaut de celui-ci de la proposition du Comité de l'assurance visée à l'article 39, alinéa 3, ou à défaut d'une telle proposition, de sa propre initiative, et compte tenu tant du rapport annuel que de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé visés à l'article 18/2, § 1er, respectivement à l'alinéa 2 et 3, des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la législature visés à l'article 16, 18°, des propositions de mesures d'économie de la Commission de contrôle budgétaire visées à l'article 18, et de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la proposition du Comité de l'assurance visé à l'article 18, le Conseil général détermine au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, le budget de l'assurance soins de santé, y compris l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions d'accords et la partie hors objectif budgétaire annuel global. Le Conseil général fixe également les économies structurelles (contenu, montant annuel et date d'entrée en vigueur) nécessaires au respect de la norme de croissance et de l'augmentation de l'indice santé et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable. » ;

2° dans le paragraphe 2, les mots « et le montant de » sont remplacés par « des soins de santé, y compris de » ;

3° dans le paragraphe 2, les mots « et la partie en dehors de l'objectif budgétaire annuel global » sont insérés entre les mots « et les objectifs partiels » et « et les budgets globaux ».

Version 2

idem

Version 3-4

idem

EXPOSÉ DES MOTIFS DE LA VERSION 3 DU THÈME 1. SECTION X - PROCESSUS BUDGÉTAIRE

Le processus relatif à l'élaboration du budget des soins de santé dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après Loi SSI) est modifié.

Les documents de base dans le cadre de l'élaboration du budget tels que par exemple, les estimations techniques du Service des soins de santé de l'INAMI (qui désormais ont été communiquées au Conseil des ministres), les propositions sectorielles des Commissions d'accords concernant les mesures d'économies, l'efficacité des soins et les besoins, et le rapport annuel de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé doivent tous être disponibles au plus tard à la fin du mois de juin de l'année précédant l'exercice budgétaire.

Sur cette base, **le Conseil des ministres peut établir, au plus tard le 20 juillet, une lettre de mission qui énonce clairement les priorités politiques** pour l'exercice budgétaire prochain, en tenant compte du cadre budgétaire. Il peut être proposé, par exemple, qu'un certain pourcentage de l'objectif budgétaire soit réservé pour les objectifs en matière de soins de santé et qu'un ou plusieurs secteurs (en concertation mutuelle si plusieurs secteurs sont concernés) soient chargés d'allouer des ressources budgétaires à cette fin (afin d'éviter que la norme de croissance prévue par la loi ne serve qu'à absorber les augmentations de volumes et/ou ne soit entièrement répartie entre les secteurs sans tenir compte des objectifs prioritaires en matière de soins de santé).

Cette lettre de mission est transmise par le ministre des Affaires sociales au Comité de l'assurance (et au Conseil général) de l'INAMI. Si la lettre de mission n'est pas remise ou n'est pas remise à temps, elle ne doit pas être prise en considération dans le cadre du processus budgétaire.

En outre, **le Comité de l'assurance reste compétent pour préparer une proposition d'objectif budgétaire global – subdivisé en objectifs budgétaires partiels – dans le délai imparti** (au plus tard le premier lundi d'octobre).

Le ministre des Affaires sociales peut alors, sur base de cette proposition du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé – avis qui doivent être rendus et transmis au plus tard le deuxième lundi d'octobre – et compte tenu des estimations techniques révisées, soumettre à l'approbation du Conseil des ministres un projet de budget des soins de santé- c'est-à-dire concernant l'ensemble du budget des missions : d'une part, la partie relative à l'objectif budgétaire (objectif global subdivisé en objectifs partiels), et d'autre part, la partie hors l'objectif budgétaire. Le projet approuvé par le Conseil des ministres peut ensuite devenir le point de départ de la discussion du dossier budgétaire au Conseil général. S'il n'y a pas de projet du Conseil des ministres, le point de départ de l'examen par le Conseil général reste la proposition du Comité de l'assurance (qui se limite à l'objectif budgétaire). Quel que soit le projet de budget des soins de santé approuvé par le Conseil des ministres ou la proposition d'objectif budgétaire approuvée par le Comité de l'assurance, **le Conseil général reste toutefois toujours compétent pour adopter le budget des soins de santé, "waarbij zij uiteraard wel binnen de budgettaire grenzen dienen te blijven" (cette phrase manque dans la version française). En effet, un budget porté par les partenaires sociaux reste important.** En ce qui concerne la compétence du Conseil général, **le consentement unanime des représentants du gouvernement au sein de cet organe reste donc également nécessaire.**

En l'absence d'approbation au sein du Conseil général, au plus tard le troisième lundi d'octobre, l'ensemble du dossier budgétaire reste également toujours transmis pour décision au Conseil des ministres.

Outre la modification des dispositions relatives à la procédure budgétaire, il est également précisé que les mécanismes de responsabilisation déjà prévus par la loi SSI seront activés à tout moment au cours de l'exercice budgétaire quand il apparaît (par exemple, sur base des estimations techniques initiales, des estimations techniques révisées, de l'audit permanent ou de l'évolution mensuelle des dépenses) que l'objectif budgétaire global pour cette année serait dépassé. Une stricte application de cette règle permettra, plus rapidement qu'aujourd'hui, que toute menace de dépassement global injustifié soit gérée avec des mesures concrètes qui doivent permettre que le risque de ce dépassement injustifié soit maîtrisé.

Toute observation d'un dépassement injustifié de l'objectif budgétaire partiel qui risque de faire dérailler l'objectif budgétaire global (**quand, en d'autres termes, des compensations nécessaires entre les objectifs budgétaires partiels ne sont pas possibles**), dit déclencher les mesures et les mécanismes afin d'assurer le respect du cadre budgétaire. Dans ce cadre, il convient d'examiner quels secteurs devraient faire des efforts et pour quels objectifs partiels. Cela s'inscrit également dans la stratégie plus globale visant à promouvoir l'utilisation efficace des ressources.

Dans **l'exposé des motifs de la deuxième version** sont ajoutées, les phrases suivantes:

Le Conseil des ministres (/Ministre) peut également exercer toute compétence dont il dispose dans le processus budgétaire (la lettre de mission, le projet de budget après la proposition du Comité de l'assurance et avant la décision au Conseil général, ainsi que la fixation du budget si aucune décision budgétaire n'a été prise (dans les délais) au Conseil général) au cours d'une période de gouvernement en affaires courantes.

Les dépassements justifiés d'un objectif budgétaire partiel sont des dépassements qui résultent de facteurs externes échappant au contrôle du secteur, comme par exemple une augmentation temporaire du nombre de consultations de médecins généralistes suite à une campagne de vaccination décidée en raison de l'apparition soudaine d'un virus, ou une campagne de prévention (au niveau des entités fédérées) qui entraîne une forte augmentation du nombre de prestations de suivi facturées à l'assurance obligatoire soins de santé (par exemple, la campagne de dépistage du cancer du côlon a entraîné une augmentation des dépenses en gastro-entérologie).

Art. X

Dans les compétences du Conseil général, telles que prévues au paragraphe 1er du présent article, les dispositions suivantes sont modifiées :

- la compétence du Conseil général au point 7° pour décider si les nouveaux accords nationaux qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre sont conformes avec le prochain budget (et plus spécifiquement les objectifs budgétaires partiels pertinents) est complétée par la compétence de décider également si les accords nationaux encore en cours (y compris en cas de prolongation ou pour des avenants existants) sont conformes au budget adopté dans l'intervalle (et, plus spécifiquement, aux objectifs budgétaires partiels pertinents) ;
- la disposition au point 12° est modifiée pour préciser que le Conseil général peut toujours décider de recourir aux mesures et mécanismes juridiques existants relatifs aux objectifs budgétaires partiels lorsqu'il est constaté que l'objectif budgétaire global de l'année en cours risque d'être dépassé de manière significative-ment non justifiée..

Art. X+1

Les modifications dans cet article prévoient que :

- la Commission de contrôle budgétaire prend également en considération dans son avis sur la proposition d'objectif budgétaire du Comité de l'assurance:
 - la conformité des accords nationaux existants (y compris en cas de prolongation ou pour des avenants existants) qui restent encore en vigueur pendant l'exercice budgétaire –y compris les accords nationaux qui seraient renouvelés– avec cette proposition. Ceci afin d'assurer la cohérence avec la mission du Conseil général prévue à l'article 16, 7° ;
 - et la lettre de mission du Conseil des ministres si elle a été émise à temps ;
- le délai pour l'émission de cet avis est fixé au deuxième lundi d'octobre ;
- l'avis est transmis au Conseil général et au Comité de l'assurance le jour-même où il est émis. Par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou d'un commissaire du gouvernement siégeant au Comité de l'assurance, l'avis doit ensuite être transmis au Ministre des Affaires sociales, compte tenu de la nouvelle étape intermédiaire dans la procédure budgétaire par laquelle le Ministre soumet un projet de budget à l'approbation du Conseil des ministres avant que le dossier budgétaire ne soit traité au Conseil général.

Art. X+2

- Les modifications dans cet article prévoient que :
- étant donné qu'après la proposition du Comité de l'assurance relative à l'objectif budgétaire il devient possible pour le Conseil des ministres d'élaborer un projet de budget sur proposition du Ministre des Affaires sociales, il ne sera plus demandé au Comité de l'assurance de revoir leur proposition à la suite de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé ;
- il est également clairement précisé que l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé sur la proposition du Comité de l'assurance sera transmis au Conseil général et au Comité de l'assurance le jour-même où il est émis. Comme pour l'article 18, l'avis sera ensuite soumis au Ministre des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou d'un commissaire du gouvernement siégeant au sein du Comité de l'assurance, compte tenu la nouvelle étape intermédiaire dans la procédure budgétaire par laquelle le Ministre soumet un projet de budget à l'approbation du Conseil des ministres avant que le dossier budgétaire ne soit examiné par le Conseil général.

Art. X+3

- Afin de s'assurer que le Conseil des ministres dispose à temps des informations pertinentes et des documents de base nécessaires pour le prochain budget pour la rédaction de sa lettre de mission au plus tard le 20 juillet, la date est avancée – 30 juin au lieu du 1er septembre- en ce qui concerne la présentation éventuelle des propositions sur les mesures d'économies, l'efficacité des soins et les besoins des Commissions d'accords. Par analogie, la même date est également prévue en ce qui concerne la formulation éventuelle des propositions visant à augmenter l'efficacité des soins au sein de leur secteur par les Commissions d'accords.
- Les Commissions d'accords sont tenues de soumettre au Conseil général et au Comité de l'assurance les propositions relatives au mesures d'économies au plus tard le 30 juin de l'année précédent l'exercice budgétaire si on estime qu'il y aura un dépassement significativement non justifié de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission d'accords est compétente.
- Les propositions visées dans le présent article sont transmises au Ministre des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou un commissaire du gouvernement siégeant au Comité de l'assurance.

- Pour les secteurs qui ne remettent pas les propositions à temps, il s'ensuit que la lettre de mission du Conseil des ministres pour ces secteurs, nouvellement prévue à l'article 39, peut elle-même faire des propositions sans pouvoir prendre en compte les propositions faites par les secteurs concernés.
- Enfin, il est également explicitement mentionné que les estimations techniques -tant les estimations techniques initiales (connues au plus tard le 31 mai) que les estimations techniques révisées (connues au plus tard le 15 septembre)- sont discutées en Conseil des ministres. Les estimations techniques établies par l'INAMI sont des projections à court terme des dépenses de soins de santé basées sur des analyses de tendances et des estimations de l'impact des mesures politiques. Les estimations techniques fournissent des informations pour la préparation de l'exercice budgétaire suivant et le suivi de l'exercice budgétaire en cours.

Art. X+4

Les dispositions suivantes sont prévues dans cet article compte tenu de la nouvelle procédure budgétaire à suivre :

- la lettre de mission du Conseil des ministres doit être remise au plus tard le 20 juillet par le Ministre des Affaires sociales au Comité de l'assurance (et au Conseil général). Si cette lettre n'est pas remise pour le 20 juillet, le Comité de l'assurance prépare sa proposition d'objectif budgétaire au mieux de ses capacités, comme auparavant, sur base de toutes les autres informations disponibles (mais sans la lettre de mission);
- la proposition d'objectif budgétaire du Comité de l'assurance – à soumettre à la Commission de contrôle budgétaire (pour avis), à la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (pour avis) et au Conseil général- doit également prendre en compte les objectifs prioritaires en matière de soins de santé fixés par le Conseil général pour la législature dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire tel que visé à l'article 16, 18° et la lettre de mission (pour autant qu'elle ait été effectivement délivrée (dans les délais)). A nouveau ici, la proposition sera transmise au Ministres des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou par l'intermédiaire d'un commissaire du gouvernement siégeant au sein du Comité de l'assurance;
- ensuite, après avis de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (et également compte tenu des estimations techniques révisées), le Ministre soumet un projet de budget complet relatif au soins de santé (à savoir une partie dans et hors objectif budgétaire) à l'approbation du Conseil des ministres.

En ce qui concerne le calendrier de cette étape dans le processus budgétaire, il est prévu que le Ministre peut soumettre un projet au Conseil des ministres au plus tôt après la date limite pour les avis de la Commission de contrôle budgétaire et la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (c'est-à-dire le deuxième lundi d'octobre), projet qui est ensuite traité par le Conseil des ministres au plus tard à la fin de cette même semaine (c'est-à-dire le deuxième vendredi d'octobre);

- un alinéa qui concerne une duplication inutile de ce qui est prévu à l'article 40 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est également supprimé.

Art. X+5

Le Conseil général reste compétent en dernier ressort pour déterminer le budget des soins de santé, dans et hors objectif. Il peut le faire sur base du projet de budget approuvé par le Conseil des ministres –qui doit ensuite encore être mis à la disposition des membres du Conseil général ce même jour et peut, le cas échéant, être présenté par un représentant Affaires sociales de l'autorité – ou, à défaut, sur base de la proposition du Comité de l'assurance en ce qui concerne l'objectif budgétaire (à laquelle se rajoute par le Conseil général ensuite la partie hors objectif).

Cependant, le Conseil général peut donc toujours lui-même prendre la décision finale sur le budget des soins de santé (et donc s'il le juge nécessaire, également modifier un projet/une proposition antérieure), tout en restant bien sûr dans les limites budgétaires.

Enfin, par souci de transparence, il est précisé aux paragraphes 1 et 2 que les compétences respectives du Conseil général et du Conseil des ministres (en fonction d'où se trouve le dossier budgétaire) en ce qui concerne le budget des soins de santé comprennent l'ensemble du budget des missions relatives aux soins de santé. Cela comprend les parties suivantes : l'objectif budgétaire annuel global, les objectifs budgétaires annuels partiels et la partie hors objectif budgétaire annuel global.

Commentaire 1 :

Les différences entre les versions 1-2-3 relatives au processus budgétaire montrent que l'avis unanime du Comité de l'assurance du 23/06/2025 n'a été pris en compte d'aucune manière. Cet état de fait est présenté dans son intégralité ci-dessous :

« Le Comité de l'assurance appelle le gouvernement à respecter le modèle de concertation.

Une réforme de notre système de santé est indispensable. Nous partageons l'avis du ministre quant à la nécessité de réformes pour assurer l'avenir de notre système de santé. Des réformes sont nécessaires pour que les soins restent accessibles aux patients, mais nous devons en même temps veiller à ce que les soins ne soient pas surchargés et à ce que les **bons soins soient dispensés au bon endroit**. En tant que prestataires de soins de santé, établissements de soins et mutuelles, cette réforme nous préoccupe beaucoup. Le **modèle de concertation**, qui est la pierre angulaire de notre modèle de soins de santé, **menace de s'éroder**.

1. Le modèle de concertation se retrouve mis sous pression en raison des changements profonds apportés à la procédure budgétaire. Toutefois, celui qui pense que tout cela peut se faire sans concertation paritaire avec ceux qui connaissent le terrain et sont en contact quotidien avec le citoyen malade se trompe. Nous réclamons des ajustements au processus d'élaboration du budget, car nous pensons que la **procédure actuelle prévue par la loi de réforme est inutile** et qu'elle rendra une concertation efficiente et sensée impossible. **Le temps de délibération se révèle très court et est à chaque fois entrecoupé d'interventions du gouvernement**. De cette manière, le gouvernement tire la couverture à lui. Le fait qu'un projet de budget soit transmis au Conseil des ministres (après avis du CCB et du GDOS) avant même la discussion du dossier budgétaire au Conseil général en est un exemple. La lettre de mission, qui sera décidée en Conseil des ministres d'ici le 20 juillet au plus tard, peut saper le travail des commissions d'accords, mais aussi les soutenir si elle est indicative. Enfin, le Conseil des ministres peut également approuver un projet de budget avant même que le dossier ne soit soumis au Conseil général. Ainsi, la **compétence du Conseil général**, où le gouvernement est d'ailleurs représenté aux côtés des prestataires de soins, des mutualités et des partenaires sociaux, devient **une coquille vide**.
2. Nous sommes préoccupés par la manière dont de telles réformes sont mises en œuvre : élaborées à une vitesse vertigineuse, sans débat préalable approfondi et sans tenir compte des structures de concertation existantes. Quiconque réforme un élément fondamental du modèle de soins de santé ne peut le faire qu'avec les personnes du terrain. À cet égard, le temps disponible pour réagir aux propositions qui ont été soumises aux mutualités et aux prestataires de soins dans un certain nombre de forums est extrêmement court, ce qui rend la possibilité d'un véritable débat presque vaine. De plus, ces mesures sont adoptées dans un contexte de pénurie et d'austérité qui ne constitue jamais un bon point de départ pour des réformes fondamentales. Compte tenu de la complexité et de l'importance des réformes à entreprendre (économies, réforme de l'organisation des soins, rééquilibrage de la nomenclature, réforme des soins de première ligne), l'implication du terrain et le maintien du modèle de concertation sont fondamentaux.
3. Nous plaçons également en faveur de réformes cohérentes et concertées, tant sur le fond qu'en matière de timing. L'accord de coalition prévoit plusieurs réformes, notamment sur le plan de la nomenclature (à partir de 2028), du financement des hôpitaux (encore à préciser), de l'organisation et de l'attractivité des professions de santé (encore à développer). **Ces pistes de réforme doivent être alignées**. Lorsque certains pans sont accélérés alors que d'autres n'apparaissent que des années plus tard, le risque que l'équilibre se rompe est grand, avec des conséquences pour la stabilité et la viabilité du système de soins de santé ainsi que pour le patient.
4. Les mutualités, à l'instar des prestataires de soins et des établissements de santé, constatent que **le gouvernement veut imposer de plus en plus de mesures avec peu, voire pas du tout, de concertation auprès des acteurs de terrain**, en particulier les prestataires de soins, les établissements de santé et les mutualités. Nous restons de fervents défenseurs de la cogestion des soins de santé par les prestataires de soins et les mutualités, car elle offre les meilleures garanties de l'établissement de mesures qui atteignent tout autant leurs objectifs, se basant toutefois sur l'expertise, la connaissance et la compréhension du terrain dans l'ensemble de rouages très complexes que représente notre système de soins de santé. Nous savons par expérience que

des accords équilibrés, profitant à la fois au médecin et au patient, ne peuvent être obtenus que par le biais d'une concertation autour d'une table, dans un débat serein, où il y a de la place pour la nuance. La cogestion, dans laquelle les acteurs impliqués élaborent conjointement la politique des soins de santé, répond mieux à l'évolution des besoins de la population qu'un modèle sans concertation sociale et joue donc un rôle important dans l'orientation non seulement des mesures politiques, mais aussi de la budgétisation de l'assurance maladie et de la protection des patients. Cette cogestion est une réalisation unique en Belgique, qui a permis d'assurer la meilleure qualité possible et l'accessibilité des soins à ce jour, en mettant l'accent sur les groupes de patients les plus vulnérables. Nous appelons le gouvernement à ne pas abandonner ce modèle de concertation.

Ce modèle a bien fonctionné pendant 65 ans. Il fonctionne à condition que tous les partenaires (prestataires de soins, établissements de soins et mutualités) prennent leurs responsabilités et donnent au modèle de concertation toutes les chances de fonctionner efficacement. Le modèle de concertation est prêt à une mise à jour, mais il ne faudrait tout de même pas jeter le bébé avec l'eau du bain. »

Commentaire 2 :

Cette loi-cadre supprime la compétence résiduaire du ministre qui lui permettait de n'intervenir qu'à un stade ultime. Cette compétence résiduaire a été inscrite dans la loi Moureaux du 15/02/1993. La tendance s'est désormais inversée : les évaluations techniques sont d'abord discutées en Conseil des ministres avant d'être soumises au Comité de l'assurance.

DÉCISION SUR LE THÈME 1 – LE PROCESSUS BUDGÉTAIRE

La lettre du Comité de l'assurance souligne l'érosion des pouvoirs du Conseil général, du Comité de l'assurance et des commissions d'accords par un processus imposé d'en haut en termes de contenu, de procédure et de calendrier. C'est la définition de la médecine d'État, car c'est précisément de cette manière que les organes de concertation paritaire se voient totalement érodés : ceux entre employeurs/travailleurs et ceux entre prestataires de soins/mutualités.

THÈME 2. SECTION X - SECTION X1 - ACCORDS ENTRE PRESTATAIRES DE SOINS ET ORGANISMES ASSUREURS : ARTICLES X+6 JUSQU'À X+32 INCLUS

Version 1

Art. X+6. Dans le Titre III, Chapitre Ier, de la même loi, l'intitulé de la section VIII est remplacé par ce qui suit : « Des commissions d'accords »

Art. X+7. Dans l'article 26 de la même loi, modifié par les lois des 13 décembre 2006, 27 décembre 2006 et 11 août 2017, dont le texte actuel formera le paragraphe 1er, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit :

« Les accords prévus à l'article 42 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé (et les projets de conventions visés à l'article 22, 6°, et 6°bis, développés au sein du Service des soins de santé), par des commissions d'accords groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés. »

2° l'article est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit :

« § 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles ; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.

Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.

La Commission nationale médico-mutualiste est présidée par un président nommé par le Roi, après avis de la commission concernée.

Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quart des voix des membres représentant les organismes assureurs et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. (Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent comme médecins généralistes ou la moitié des membres qui siègent comme médecins-spécialistes.

Le président n'a pas voix délibérative. »

3° l'article est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit :

« § 3. Chaque Commission établit un règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge. »

Commentaire : 42 ~~et 50~~ : 50 a disparu par rapport aux textes actuels de la SSI : 50 concerne les médecins et les dentistes

Version 2

idem

Version 3-4

idem

Version 1

Art. X+8.

Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section Ire est remplacé par ce qui suit : « Des accords ».

Art. X+9. L'article 42 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998 et 19 mars 2013, est remplacé par ce qui suit :

« Art. 42. Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part,

et d'autre part, les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les (sages-femmes), les praticiens de l'art infirmier (et les services de soins infirmiers à domicile), (les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens, les fournisseurs d'implants et les services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12° et 18°, sont normalement régis par des accords.

Les accords mentionnés dans l'alinéa précédent s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.

Le Roi régit les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins qui dispensent les prestations visées à l'article 34, 13°, 14° et 15°, d'autre part. »

Art. X+10. Dans le Titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l'intitulé du point B est remplacé par ce qui suit : « Accords avec les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens, et les fournisseurs d'implants »

Art. X+11. L'article 43 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 22 février 1998, est abrogé.

Version 2

idem

Version 3-4

idem

Version 1

Art. X+12. L'article 44 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 15 décembre 2013, est remplacé par ce qui suit : « Art. 44.

§ 1er. les accords concernant les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens et les audiciens fixent notamment le montant des honoraires et des prix réclamés pour les prestations.

Ces honoraires et prix sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1er.

En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 4° bis, la Commission d'accords entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs est compétente pour fixer la marge de délivrance. La marge de délivrance couvre l'information par le pharmacien hospitalier aux établissements visés à l'article 2, n), et aux implanteurs potentiels sur le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. **La marge de délivrance couvre également l'achat, la gestion du stock, la stérilité et la délivrance de ces implants et dispositifs médicaux invasifs ainsi que, conformément aux exigences légales, la dispensation et la surveillance du trajet parcouru par ces implants et dispositifs médicaux invasifs.**

§ 2. En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent, pour les frais de déplacement, un montant forfaitaire que les personnes visées au § 1er sont autorisées à réclamer au bénéficiaire lorsqu'elles donnent ces soins à son domicile, soit à son appel, soit à leur initiative lorsque l'état du bénéficiaire nécessite la poursuite de soins sans qu'il puisse se déplacer. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions.

§ 3. Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification.

§ 4. Les accords peuvent fixer les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires suite auxquelles le montant des honoraires et prix à porter en compte pour les prestations peut être dépassé. Les accords peuvent fixer les tarifs indicatifs, pour les prestations de la nomenclature qu'ils déterminent. Ces tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire et l'inclusion de ces tarifs indicatifs dans les accords doit être évaluée. Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils ne peuvent être prévus que dans des situations spécifiques, entre autres pour des formes innovantes de soins ou lorsque la nomenclature pour certaines prestations n'a plus été réévaluée depuis si longtemps que le remboursement est devenu obsolète. »

Art. X+13. Dans le Titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l'intitulé du point C est remplacé par ce qui suit : « Des accords avec les établissements hospitaliers ».

Art. X+14. Dans l'article 46 de la même loi, modifié par la loi du 11 août 2017, le mot « conventions » est chaque fois

remplacé par le mot « accords ».

Art. X+15. Dans le Titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l'intitulé du point D est remplacé par ce qui suit : « Des accords avec les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12° ».

Version 2

Art. X+12.

Ils ne peuvent être prévus que dans des situations spécifiques, entre autres pour des formes innovantes de soins ou lorsque la nomenclature pour certaines prestations n'a plus été réévaluée depuis si longtemps que **le montant du remboursement est devenu obsolète.** »

§ 5. Les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire peuvent prévoir une adhésion partielle aux accords. Le médecin et le praticien de l'art dentaire qui a adhéré partiellement peut dépasser les montants des honoraires fixés dans l'accord au maximum deux jours par semaine et doit effectuer au minimum soixante pour cent du total des prestations aux montants des honoraires fixés dans l'accord. »

Version 3

Art. X+12.

Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils ne peuvent être prévus que dans des situations spécifiques, entre autres pour des formes innovantes de soins ou **pour certaines prestations dont le montant du remboursement est devenu obsolète.**

§ 5. Les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire peuvent prévoir une adhésion partielle aux accords. Le cas échéant, le médecin et le praticien de l'art dentaire qui a adhéré partiellement peut dépasser les montants des honoraires fixés dans l'accord conformément aux conditions et modalités fixées dans l'accord.

Commentaire :

§ 3. « Dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification. » : de quelles conditions s'agit-il ?

CONCLUSION : D'IMPORTANTES CHANGEMENTS DANS LA VERSION 3 PAR RAPPORT À LA VERSION 2, LES DEUX JOURS PAR SEMAINE AYANT DISPARU. TOUTES LES MODALITÉS SONT RENVOYÉES DEVANT LA COMMISSION D'ACCORDS.

Version 1

Art. X+16.

Dans l'article 47 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « les conventions visées à » sont remplacés par les mots « les accords visés à » ;

2° les mots « Les conventions sont soumises à » sont remplacés par les mots « Les accords sont soumis à » ;

3° les mots « ces conventions » sont remplacés par les mots « ces accords » ;

4° les mots « la convention » sont chaque fois remplacés par les mots « l'accord » ;

5° les mots « commission de conventions » sont remplacés par les mots « commission d'accords » ;

Art. X+17. Dans le Titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l'intitulé du point E est remplacé par ce qui suit : « De l'accord avec les pharmaciens ».

Art. X+18. L'article 48 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, est remplacé par ce qui suit : « Art. 48. L'accord visé à l'article 42 fixe, en ce qui concerne les pharmaciens, le montant des honoraires pour les préparations magistrales et établit des règles relatives aux honoraires de responsabilité pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques, ainsi qu'à la délivrance et à la facturation des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° et 5°bis, dispensées par les pharmaciens. »

Art. X+19. L'article 49 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 22 avril 2019, est remplacé par ce qui suit : « Art. 49. La commission au sein de laquelle a été conclu l'accord est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature. »

Art. X+20. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section II est abrogé.

Version 2

idem

Version 3-4

idem

Version 1

Art. X+21. L'article 50, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, est remplacé par ce qui suit :
"Art. 50.

« **§ 1er.** Tout accord doit comprendre des engagements en matière d'honoraires et de prix. Ces mêmes accords peuvent également comprendre des engagements en matière de gestion du volume, d'utilisation rationnelle et de prescription judicieuse des prestations visées à l'article 34 pour lesquelles les dispensateurs de soins concernés sont mandatés.

Chaque accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé.

Les mécanismes correcteurs peuvent, notamment, consister en adaptations des tarifs d'honoraires, des prix ou autres montants, modifications de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 35, § 1er, et nouvelles techniques de financement des prestations de santé.

En sus de ces mécanismes de correction, chaque accord doit contenir :

1° une clause prévoyant en cas de non-application des économies structurelles visées au § 1er de l'article 40 ou de celles visées à l'article 18, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 ;

2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser les normes en matière de volume incorporées dans l'accord.

Le Conseil général constate dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies visées la non-application de celles-ci. La réduction visée à l'alinéa 4, 1°, est alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées. Ces réductions automatiques et immédiatement applicables sont également d'application durant une période où aucun accord n'est en cours.

L'application de la réduction visée au 1° ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu l'accord, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention, cet accord ou cette adhésion.

Après approbation des objectifs budgétaires annuels partiels d'une année x par le Conseil général, une commission d'accord ne peut constater qu'il y a une marge pour indexer les prestations de santé au 1er janvier de l'année x, conformément aux modalités fixées par le Roi en vertu de l'article 207bis, qu'à une date antérieure au 31 décembre de l'année (x-1) et si le montant de l'indexation est prévu dans l'objectif budgétaire pour l'année x. Passé cette date il revient au Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a une marge suffisante pour indexer les prestations de santé qui intervient alors le premier jour du mois qui suit la décision du Conseil général.

§ 2. Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel ou des normes en matière de volume.

Il peut, dans ces dispositions, distinguer entre les deux groupes de dépenses qui sont visées au paragraphe 6.

§ 3. En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le Service des soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.

Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques, dont l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif partiel. Ce rapport impliquera les commissions d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

§ 4. Les moyens financiers supplémentaires issus des économies réalisées à l'intérieur d'un secteur par rapport à

l'objectif budgétaire annuel ou à une partie de celui-ci ne peuvent être affectés qu'à la prise en charge de prestations non ou insuffisamment couvertes à l'intérieur du secteur précité et ce, dans les limites et aux conditions fixées par le Roi. Les commissions d'accords concernées peuvent formuler, auprès du Conseil général, des propositions d'affectation des moyens visés à l'alinéa précédent.

Le Conseil général se prononce sur les propositions précitées dans le cadre de ses compétences budgétaires et de politique générale.

§ 5. Chaque commission d'accords tient à jour l'inventaire de toutes les modifications ayant une incidence sur les dépenses relatives aux prestations pour lesquelles elle est compétente. Pour les prestations qui ne font pas l'objet d'un accord, cet inventaire est tenu à jour par le Service des soins de santé. Ces modifications financières sont enregistrées en termes budgétaires et en montants réels calculés sur les deux premières années de leur application.

Après avis de la Commission de contrôle budgétaire, ces inventaires sont soumis à l'approbation du Conseil général.

§ 6. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1er, alinéa 3, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.

§ 7. Les §§ 1er à 6 ne s'appliquent pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants. »

Commentaire : par rapport au texte actuel SSI, l'article 50 § 1, a été entièrement modifié pour « contrôler » les dépenses et les volumes.

Commentaire : il est question de nouvelles techniques de financement des prestations médicales : mais comment ?

Commentaire : l'indexation est une prérogative du Conseil général et elle s'applique généralement à toutes les prestations.

Commentaire : manque de clarté : le Conseil général devrait donner un exemple de « quelles dépenses peuvent ou non faire l'objet d'une distinction ».

Version 2

Art. X+21. Art. 50

§1:

Chaque accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé **de manière injustifiée**.

2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser les normes en matière de volume incorporées dans l'accord. **de manière injustifiée**.

§3

Ce rapport impliquera les commissions d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de **dépassement non-justifié** de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce **dépassement nonjustifié** mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

§4

~~Les moyens financiers supplémentaires issus des économies réalisées à l'intérieur d'un secteur par rapport à l'objectif budgétaire annuel ou à une partie de celui-ci ne peuvent être affectés qu'à la prise en charge de prestations non ou insuffisamment couvertes à l'intérieur du secteur précité et ce, dans les limites et aux conditions fixées par le Roi. Les commissions d'accords concernées peuvent formuler, auprès du Conseil général, des propositions d'affectation des moyens visés à l'alinéa précédent.~~

~~Le Conseil général se prononce sur les propositions précitées dans le cadre de ses compétences budgétaires et de politique générale.~~

Commentaire : le réinvestissement convenu des fonds destinés aux soins appropriés dans son propre secteur est annulé.

Art. X+21. Art. 50

§1:

Chaque accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé **de manière significative-ment non justifiée**.

2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser les normes en matière de volume incorporées dans l'accord de manière significativement non justifiée.

§2:

Il appartient au **Conseil général** de déterminer la suite à donner à tout dépassement significativement non justifié ou risque de dépassement significativement non justifié de l'objectif budgétaire partiel. A cet égard, une distinction peut être faite entre les deux groupes de dépenses qui sont visées au paragraphe 5.

§3

En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le Service des soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.

Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur **base d'indicateurs spécifiques dont l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994**. Ce rapport impliquera les commissions d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de **dépassement significativement non justifié** de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce **dépassement significativement non justifié** mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

§4

Les moyens financiers supplémentaires issus des économies réalisées à l'intérieur d'un secteur par rapport à l'objectif budgétaire annuel ou à une partie de celui-ci ne peuvent être affectés qu'à la prise en charge de prestations non ou insuffisamment couvertes à l'intérieur du secteur précité et ce, dans les limites et aux conditions fixées par le Roi.

Les commissions d'accords concernées peuvent formuler, auprès du Conseil général, des propositions d'affectation des moyens visés à l'alinéa précédent.

Le Conseil général se prononce sur les propositions précitées dans le cadre de ses compétences budgétaires et de politique générale.

CONCLUSION : Dans la version 3, la partie supprimée du § 3 se référant à l'AR du 5 octobre 1999 est la suivante :

Art. 5. Pour chaque objectif budgétaire annuel partiel, les dépenses enregistrées pour les prestations concernées présentent un **dépassement significatif si les dépenses enregistrées pour les prestations dépassent l'objectif budgétaire partiel correspondant de plus de 1 %**.

Art. 6. Indépendamment du risque de dépassement significatif prévu aux articles 3 et 4, un objectif budgétaire partiel présente un risque de dépassement significatif pour l'année si, lors de l'établissement des prévisions budgétaires pour l'année à venir visées à l'article 5, alinéa 2, de l'arrêté royal du 5 août 1986 portant règlement général sur le budget et la comptabilité des institutions d'intérêt public appartenant à la catégorie D visée par la loi du 16 mars 1954, les nouvelles prévisions pour l'année en cours dépassent l'objectif budgétaire partiel de l'année, majoré de 3,5 %.

Version 1

Art. X+22. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section est remplacé par ce qui suit : « Processus de conclusion des accords et adhésion aux accords ».

Art. X+23. L'article 51 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est remplacé par ce qui suit :
« Art. 51. § 1er. Les accords visés à l'article 42 doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour constater leurs compatibilités budgétaires, avant le 31 décembre, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard à cette date. Le total des montants de dépenses résultant des accords nouvellement conclus et en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter l'objectif budgétaire annuel global et leurs objectifs budgétaires partiels. Les Commissions peuvent ajouter un cadre financier pluriannuel à l'accord.

Si à la date précitée, un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si, à la date précitée, l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance et du Conseil général, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre au Conseil général avant le 1er février de l'année suivante afin de déterminer sa conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire.

Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le Ministre peut établir un document. Ce document est soumis au Conseil général avant le 1er mars afin de déterminer sa conformité au budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard le dernier jour de février.

Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance et, qui sont respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents

Le présent article ne s'applique pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants.

Version 2

Art. X+23

Art 51. §1

Ajout

Les membres de la commission d'accord concernée sont invités à participer à la réunion du Comité de l'assurance au cours de laquelle le document est discuté. Les membres de la commission d'accord concernée ont voix consultative, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes membres du Comité de l'assurance avec voix délibérative.

Version 3

Art. X+23

Art 51. §1

Ajout

Les Commissions peuvent ajouter un cadre financier pluriannuel à l'accord. Après l'approbation d'un accord par le Conseil général, le Ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

Ajout

Si à la date précitée, un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si, à la date précitée, l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance et du Conseil général, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre au Conseil général avant le 1er février de l'année suivante afin de déterminer sa conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Les membres de la commission d'accord concernée sont invités à participer à la réunion du Comité de l'assurance au cours de laquelle le document est discuté. Les membres de la commission d'accord concernée ont voix consultative, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes membres du Comité de l'assurance avec voix délibérative. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le Ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le Ministre peut établir un document. Ce document est soumis au Conseil général avant le 1er mars afin de déterminer sa conformité au budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se

prononcent au plus tard le dernier jour de février. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le Ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance et, qui sont respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents.

Le présent article ne s'applique pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants.

CONCLUSION : Amendements majeurs donnant au ministre le droit d'initiative.

Version 1

Art. X+24. Dans la même loi, il est inséré un article 51/1 rédigé comme suit :

"Art. 51/1.

§ 1. § 1er. Le Service des soins de santé notifie aux dispensateurs de soins concernés le texte des accords approuvés par le Comité de l'assurance visés à l'article 42 ou les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre, visés à l'article 51, qui les concernent, ainsi que les modalités d'adhésion et de non-adhésion, **par voie électronique ou par courrier.**

Toutefois, le technologue orthopédique exerçant sa profession dans une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à l'accord ou au document et, dans la mesure où cela est expressément prévu dans cet accord ou ce document, joindre une autorisation de l'employeur l'autorisant à prendre les engagements établis par l'accord ou le document précité. Cette autorisation n'est valable que si elle couvre tous les dispensateurs de soins de l'entreprise habilités à adhérer à l'accord ou au document.

§ 2. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents sont réputés avoir adhéré aux accords ou documents pour la durée de l'accord ou du document. Ce refus ne produit ses effets que s'il a été notifié pendant la période de trente jours à compter de la date de transmission de l'accord ou du document. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette notification de refus se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la notification de refus se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'identification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.

Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de l'accord ou du document par voie électronique ou par voie postale. L'adhésion obtenue dans les conditions du paragraphe 1er, alinéa 2, devient caduque si le dispensateur au service d'une entreprise, la quitte. Elle est reconduite sans condition si ce dispensateur s'installe à son propre compte. Cependant, en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, l'adhésion est maintenue automatiquement sauf si, par écrit, l'employeur fait savoir son opposition au Service des soins de santé dans les quinze jours de l'engagement.

§ 3. Les accords et les documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins conventionnés, quarante cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés **par le Comité de l'assurance et le Conseil général** ou quarante-cinq jours après l'envoi des documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre qui les concernent, sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhérer aux termes desdits accords ou documents, selon les modalités prévues au paragraphe 2.

En outre, pour que l'accord médico-mutualiste ou le document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre pour les médecins puisse entrer en vigueur, pas plus de 50 p.c. des médecins généralistes et pas plus de 50 p.c. des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'adhérer à l'accord ou au document.

Le décompte des dispensateurs de soins qui ont notifié leur refus d'adhérer aux termes des accords ou documents est effectué par les commissions d'accords avant l'entrée en vigueur des accords ou documents.

Toutefois, si l'Institut reçoit, après l'expiration du délai de trente jours visé au paragraphe 2, des messages de dispensateurs de soins visant à retirer un refus d'adhésion antérieurement notifié, la commission d'accord constate l'entrée en vigueur de l'accord ou du document, pour autant qu'à la suite de ces messages, le pourcentage de refus d'adhésion n'excède plus le pourcentage visé à l'alinéa 1er.

Si les dispensateurs de soins ont notifié, conformément aux dispositions de la présente loi, leur refus de continuer à se conformer à cet accord ou ce document, la commission d'accord, selon le cas, constate que l'accord ou le document cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus font que le pourcentage de refus d'adhésion dépasse le pourcentage visé au paragraphe 1er. »

Version 2

idem

Version 3-4

Art. X+24

Art. 51/1.

§ 1. Le Service des soins de santé notifie aux dispensateurs de soins concernés le texte **des accords approuvés par le Conseil des ministres** visés à l'article 42 ou **les documents approuvés par le Conseil des ministres**, visés à l'article 51, qui les concernent, ainsi que les modalités d'adhésion et de non-adhésion, par voie électronique ou par courrier.

§ 3. § 3. Les accords et les documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins conventionnés, quarante cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés par **le Conseil des ministres** ou quarante-cinq jours après l'envoi des **documents (approuvés par le Comité de l'assurance et le Conseil général) approuvés par le Conseil des ministres**, sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhérer aux termes desdits accords ou documents, selon les modalités prévues au paragraphe 2.

CONCLUSION : le rôle du Comité de l'assurance et du Conseil général sera encore plus érodé.

Version 1

Art. X+25. Dans la même loi, il est inséré un article 51/2 rédigé comme suit :

« Art. 51/2. Les accords visés dans l'article 42 sont conclus pour une période d'au moins deux années calendrier. La commission d'accord peut décider de prolonger l'accord d'année calendrier en année calendrier. La décision de prolongation doit être prise au plus tard le 30 septembre.

Néanmoins, dans des circonstances exceptionnelles, le Comité de l'assurance peut accepter un accord d'une durée inférieure à deux années calendriers.

Les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre sont valables jusqu'à la fin de l'année calendrier au cours de laquelle ils ont été adoptés.

Le président de la Commission d'accords convoque la Commission au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord en cours ».

Version 2

Art. X+25. Dans la même loi, il est inséré un article 51/2 rédigé comme suit :

« Art. 51/2. Les accords visés dans l'article 42 sont conclus pour une période d'au moins deux années calendrier. La commission d'accord peut décider de prolonger l'accord d'année calendrier en année calendrier. La décision de prolongation doit être prise au plus tard le 30 septembre. **Les accords peuvent également prévoir qu'ils sont prolongés tacitement d'année civile à année civile, sauf s'ils sont dénoncés au plus tard trois mois avant la date d'expiration fixée.**

Néanmoins, dans des circonstances exceptionnelles, le Comité de l'assurance peut accepter un accord d'une durée inférieure à deux années calendriers.

Les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre sont valables jusqu'à la fin de l'année calendrier au cours de laquelle ils ont été adoptés.

Le président de la Commission d'accords convoque la Commission **au plus tard trois mois avant la date-**

d'expiration le 15 septembre de l'année d'expiration de l'accord en cours. La Commission se réunit également si l'un des bancs le demande. ».

Version 3-4

Idem

Version 1

Art. X+26. Dans la même loi, il est inséré un article 51/3 rédigé comme suit :

« Art. 51/3. Les accords visés dans l'article 42 peuvent être modifiés pendant leur période de validité par des avenants. avenants sont conclus par les commissions compétentes et sont soumises au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour en déterminer la conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire.

Les dispensateurs de soins qui, au plus tard le trentième jour suivant la date d'envoi d'un avenant par voie électronique ou par voie postale, n'ont pas notifié leur refus d'adhésion suivant la procédure décrite dans l'article 51/1, § 2, sont réputés avoir adhéré à l'accord, tel que modifié par l'avenant. Les dispositions d'un avenant entrent en vigueur conformément aux dispositions de l'article 51/1, § 3. Si l'avenant n'entre pas en vigueur, les dispensateurs de soins conservent la situation dans laquelle ils se trouvaient avant l'avenant, pour ce qui est de leur adhésion ou leur refus d'adhésion à l'accord. »

Art. X+27. Dans la même loi, il est inséré un article 51/4 rédigé comme suit :

« Art. 51/4. Les accords visés dans l'article 42 peuvent être dénoncés par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée d'un accord, si le Roi ou le Conseil général prend des mesures dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé qui mènent à une limitation des honoraires ou des montants, fixés conformément aux articles 44, §§ 1er et 2, 46, §§ 1er et 2, et 48, § 1er, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 50 et 68.

Les accords peuvent être dénoncés par un dispensateur de soins individuel sans justification. La dénonciation doit être faite avant le 1er décembre et, dans ce cas, s'applique à partir du 1er janvier de l'année calendrier suivante. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette dénonciation se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la dénonciation se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la dénonciation se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'identification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.

Les accords ne peuvent prévoir d'autres motifs de dénonciation que ceux prévus par ou en vertu de la loi.

Une organisation représentative qui souhaite invoquer une dénonciation en informe le président de la commission d'accord par lettre recommandée à la poste dans un délai de 15 jours après qu'une des situations précitées se soit produite. Dans ce cas, le président de la commission d'accords convoque une réunion à laquelle le Ministre est invité. Si aucune conciliation n'est trouvée lors de cette réunion, l'accord prend fin de plein droit après 30 jours, à condition qu'à la réunion précitée à laquelle le Ministre a été invité, une majorité des représentants présents des organisations représentatives des dispensateurs de soins confirme la dénonciation.

La conclusion d'un nouvel accord après dénonciation d'un accord se fait conformément aux dispositions de l'article 51. Si au cours de l'année calendrier au cours de laquelle un accord est dénoncé, un nouvel accord est conclu, la durée de validité du nouvel accord court, sauf décision contraire, jusqu'à la fin de l'année calendrier suivante ou d'une nouvelle dénonciation. »

Version 2

Art. X+27

Les accords ~~ne~~ peuvent également prévoir ~~d'autres~~, en plus des motifs de dénonciation ~~que ceux~~ prévus par ou en vertu de la loi, ~~d'autres motifs de résiliation~~, à condition qu'au moins trois quarts des membres représentant les dispensateurs de soins et au moins trois quarts des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Une organisation représentative qui souhaite invoquer une dénonciation en informe le président de la commission d'accord ~~par lettre recommandée à la poste écrite~~ dans un délai de 15 jours après qu'une des situations précitées se soit produite.

Version 3

Art. X+26

Ajout

Après l'approbation d'un avenant par le Conseil général, le Ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

Art. X+27

Les accords peuvent également prévoir, en plus des motifs de dénonciation prévus par ou en vertu de la loi, d'autres motifs de résiliation, à condition qu'au moins trois quarts des membres représentant les dispensateurs de soins et au moins trois quarts des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Lorsque ces quorums ne sont pas atteints lors d'une première séance, les mêmes motifs de dénonciation peuvent être soumis à un nouveau vote et être inclus dans les accords, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Une organisation représentative qui souhaite invoquer une dénonciation en informe le président de la commission d'accord par écrit dans un délai de 15 jours après qu'une des situations précitées se soit produite.

Version 1

Art. X+28. Dans la même loi, il est inséré un article 51/5 rédigé comme suit :

« Art. 51/5.

§ 1er. Lorsqu'un nouvel accord a été conclu et approuvé et que cet accord couvre la période qui suit immédiatement un accord ou un document qui a expiré ou un accord qui a été dénoncé conformément à l'article 51/4, les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient au dernier jour de l'accord ou du document qui a expiré, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhésion au nouvel accord, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord.

Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, aucun nouvel accord n'a été conclu ou aucun nouvel accord n'a été approuvé, les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient le dernier jour de l'accord ou du document qui a expiré, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhésion au document fixé par le Comité de l'assurance ou par le Ministre, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre.

Toutefois, au plus tard le dernier jour du mois de février, si aucun document n'a été établi par le Ministre et approuvé par le Conseil général, les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient le dernier jour de l'accord ou du document expiré, jusqu'au dernier jour du mois de février.

§ 2. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix.

Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi détermine la base de calcul des interventions de l'assurance obligatoire soins de santé dues en vertu de l'article 37.

Si aucun arrêté n'est pris en exécution de l'alinéa 2, **les montants et honoraires fixés dans l'accord expiré ou dans le document expiré continuent à servir provisoirement de base de calcul pour l'intervention de l'assurance jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord** ou d'un autre texte légalement valable.

§ 3. Si, à la date d'expiration d'un accord, aucun nouvel accord n'a été approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, l'affectation de la masse d'index est suspendue jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord. Si à la date d'expiration d'un accord, un nouvel accord est approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, la masse d'index peut être affectée à partir du 1er janvier, tel que prévu dans l'accord. Si l'accord ne peut entrer en vigueur, l'indexation expire à partir du 1er mars. »

Art. X+29. Dans la même loi, il est inséré un article 51/6 rédigé comme suit :

« Art. 51/6. Les accords, les avenants et les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre sont publiés sur le site internet de l'Institut et au Moniteur belge. L'Institut publie également sur son site internet un texte coordonné des accords. »

Version 2

idem

Version 3

Ajout:

§ 2. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe, **par arrêté délibéré en Conseil des ministres**, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix.

Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, **le Roi détermine la base de calcul des interventions de l'assurance obligatoire soins de santé dues** en vertu de l'article 37.

Version 1

Art. X+30. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, une section III/1 est insérée après l'article 51/6, rédigée comme suit : « Conséquences d'une adhésion ou d'un refus d'adhésion aux accords ».

Art. X+31. Dans l'article 52 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1999, 14 janvier 2002, 13 décembre 2005 et 10 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1er, les mots « pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50 » sont remplacés par les mots « pratiquant les tarifs d'honoraires de l'accord visé à l'article 42 » ;

2° dans le paragraphe 2, les mots « à une convention ou » et les mots « la convention ou » sont abrogés ;

3° dans le paragraphe 2bis, les mots « conventions et » sont chaque fois abrogés ;

4° dans le paragraphe 3, l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit :

« Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des accords visés à l'article 42 ou des documents visés à l'article 51, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou un document ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail. »

Version 2

Idem

Version 3

Idem

Version 1

Art. X+32. Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l'article X+30, il est inséré un article 52/1 rédigé comme suit :

« Art. 52/1.

§ 1er. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents selon la procédure mentionnée à l'article 51/1 sont réputés avoir adhéré de plein droit à ces accords ou documents, pour

l'entièreté de leur activité professionnelle.

§ 2. Les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non du dispensateur de soins aux accords ou documents au moment où les soins sont dispensés. »

Version 2

S1 ajout

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords selon la procédure prévue dans l'article 51/1 sont réputés de plein droit avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont communiqué à l'Institut, par le biais de l'application en ligne sécurisée visée à cet article, **les jours et heures de ceux-ci au cours desquels, conformément à l'article 44, § 5, ils n'appliqueront pas les montants des honoraires fixés dans les accords.**

En dehors des jours et des heures de ceux-ci communiqués conformément à l'alinéa 2, les médecins et les praticiens de l'art dentaire sont réputés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les bénéficiaires des jours et heures de ceux-ci pendant lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

Version 3

S1 ajout

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords selon la procédure prévue dans l'article 51/1 sont réputés de plein droit avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont communiqué à l'Institut, par le biais de l'application en ligne sécurisée visée à cet article, ~~les jours et heures de ceux-ci au cours desquels, conformément à l'article 44, § 5~~ les moments pour lesquels ils n'appliqueront pas les montants des honoraires fixés dans les accords, **tel que visé à l'article 44, § 5.**

En dehors des jours et des heures de ceux-ci communiqués conformément à l'alinéa 2, les médecins et les praticiens de l'art dentaire sont réputés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les bénéficiaires des jours et heures de ceux-ci pendant lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

EXPOSÉ DES MOTIFS DE LA VERSION 3

THÈME 2 : ACCORDS ENTRE LES PRESTATAIRES DE SOINS ET LES ORGANISMES ASSUREURS ARTICLES X-6 JUSQU'À X-32 INCLUS

Art X+6

En exécution de l'accord de gouvernement fédéral, un nouveau modèle de conventionnement est proposé. Les règles concernant les accords pour les médecins et les dentistes d'une part et les conventions pour les autres dispensateurs de soins d'autre part sont harmonisées et simplifiées. La **terminologie** est uniformisée. Pour tous les secteurs, les termes « accords » et « commissions d'accords » seront désormais utilisés. Il est prévu un schéma temporel strict pour la conclusion et l'approbation des accords. Si aucun accord n'a été approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général au 31 décembre, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre aux dispensateurs de soins concernés en vue de leur adhésion. Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le Comité de l'assurance perd sa compétence en la matière et **le Ministre des Affaires sociales peut établir un tel document** dans le courant du mois de février. Ce document doit, au plus tard le dernier jour de février, être approuvé par le Conseil général. **L'exigence selon laquelle les accords après approbation doivent être soumis pour accord au Conseil des Ministres est supprimée.**

Le projet prévoit également que les accords et les documents qui sont établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre, si aucun accord n'est approuvé, pour tous les secteurs, n'entrent en vigueur que lorsqu'un certain pourcentage d'adhésion est atteint, comme c'est déjà le cas pour les accords avec les médecins et les dentistes et les documents que le Ministre fixe si aucun accord avec les médecins et les dentistes n'est approuvé. **Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe les tarifs maximums que tous les dispensateurs de soins doivent respecter.** Le Roi peut fixer dans ce cas également les montants qui servent de base de calcul à l'intervention de l'assurance.

Les taux d'adhésion seront désormais calculés pour tous les secteurs au niveau national uniquement et non plus au niveau régional. Si aucun nouvel accord ne peut être conclu ou approuvé, les dispensateurs de soins qui avaient

adhéré à l'accord expiré ou au document expiré, restent tenus de respecter les tarifs au cours du processus d'adhésion à un document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre. Si le Ministre n'établit aucun document, ou si ce document n'est pas approuvé par le Conseil général, les dispensateurs de soins qui avaient adhéré à l'accord expiré ou au document expiré restent tenus de respecter les tarifs jusqu'au dernier jour du mois de février.

La possibilité pour les médecins et les dentistes de n'adhérer aux accords que pour certaines périodes et certains lieux (conventionnement partiel) est supprimée.

Version 2 modifie cette phrase en:

La possibilité pour les médecins et les dentistes de se conventionner partiellement est maintenue, mais le cadre est fixé dans la loi.

Version 2 modifie cette phrase en:

La possibilité pour les médecins et les dentistes de se conventionner partiellement est maintenue.

Les accords doivent en principe être **conclus pour 2 années calendrier**. Une prolongation est possible, mais les commissions d'accords doivent alors le notifier explicitement au plus tard le 30 septembre de l'année au cours de laquelle l'accord prend fin.

Version 2 ajoute:

Cette prolongation peut également être tacite, si les accords le prévoient.

Les dépassements d'honoraires maximums autorisés (tarifs indicatifs) qui peuvent maintenant seulement être prévus dans les accords dento-mutualiste deviendra possible dans tous les secteurs et seront repris dans le maximum à facturer.

Les différentes primes et interventions financières versées par l'INAMI aux dispensateurs de soins ne seront plus octroyées que si le dispensateur de soins est conventionné.

Enfin, dans le même mouvement, un certain nombre de réarrangements sont effectués pour améliorer la lisibilité et la structure de l'ensemble : dans cette optique, des éléments sont réorganisés pour être repris, comme suit :

- Une partie qui reprend les règles concernant le fonctionnement et la composition des commissions ;
- Une partie qui reprend les règles concernant le contenu des accords ;
- Une partie qui reprend les règles de procédure relatives à l'établissement, à l'entrée en vigueur, au renouvellement, à la modification et à la dénonciation des accords tarifaires ou des règles tarifaires ;
- Et enfin, une partie qui reprend les règles concernant les conséquences et avantages du statut de conventionnement.

Art. X+7

Les dispositions concernant la composition et le fonctionnement des commissions de conventions ou d'accords sont à ce jour dispersées dans différents articles de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

L'article 26 de la loi coordonnée comprend les règles générales concernant la composition et le fonctionnement des commissions de conventions ou d'accords et habilite le Roi à développer ces règles. L'article 50, § 2, prévoit en détail la composition et les règles de fonctionnement des commissions d'accords avec les médecins et les dentistes, et l'article 51, § 10, dispose que chaque commission établit un règlement d'ordre intérieur.

Le projet ajoute les dispositions de l'article 50, § 2, et l'article 51, § 10, à l'article 26. **Les termes « commission d'accords » seront désormais également utilisés, pour d'autres secteurs que ceux des médecins et des praticiens de l'art dentaire.**

Art. X+9

L'article 42 de la loi coordonnée contient les dispositions générales concernant les conventions. Cet article réglera désormais les dispositions générales relatives aux accords et sera également d'application pour les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire. La terminologie est modernisée et alignée sur la désignation actuelle des professions. La terminologie « fournisseurs de prothèses et d'appareils » est remplacée par « les technologues orthopédiques, les audiciens et les opticiens ».

Art. X+11

L'article 43 de la loi coordonnée prévoit la possibilité de conclure des conventions régionales lorsqu'il n'existe pas de convention au niveau national. Cet article est abrogé. **Les accords ne pourront être plus être conclus qu'au niveau national** et, à défaut, le Comité de l'assurance ou le Ministre peut établir un document.

Art. X+12

L'article 44 de la loi coordonnée contient les dispositions concernant le contenu des conventions avec les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les

logopèdes et les fournisseurs de prothèses et d'appareils.

Cet article sera désormais également d'application aux accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire. La terminologie est modernisée et alignée sur la désignation actuelle des professions. La terminologie « fournisseurs de prothèses et d'appareils » est remplacée par « les technologues orthopédiques, les opticiens audiciens et les audiciens opticiens ».

Version 3 ajoute: Les honoraires et prix sont établis en déterminant des facteurs par lesquels sont multipliés les valeurs relatives visées à l'article 35, § 1er, **étant entendu toutefois que les honoraires et prix des prestations non reprises dans la nomenclature ou pour lesquelles le patient ne remplit pas les conditions fixées ne sont concernés.**

La possibilité dans les accords de prévoir des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est supprimée. Ceci ne change rien à la protection existante des bénéficiaires de l'intervention majorée. **Les montants servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour tous les bénéficiaires.** Les bénéficiaires de l'intervention majorée ont le droit à une intervention plus élevée et paient donc moins de ticket modérateur.

Par analogie avec les accords avec les médecins et les dentistes, la possibilité est prévue dans les accords avec les autres secteurs **de déterminer les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires** suite auxquelles le montant des honoraires et prix à porter en compte pour les prestations peut être dépassé. Il peut par exemple s'agir des prestations qui, à la demande du bénéficiaire, sont réalisées après une heure déterminée, pendant le week-end, ou lors d'un jour férié légal.

Par analogie à ce qui est prévu pour les accords dento-mutualistes, la possibilité est également prévue de fixer dans les accords avec les autres secteurs des **dépassements d'honoraires et de prix maximums autorisés, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords (tarifs indicatifs)**. Les tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire et leur inclusion doit être évaluée. Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils peuvent seulement être prévus dans des situations spécifiques, par exemple pour des formes innovantes de soins ou lorsque la nomenclature pour certaines prestations n'a plus été réévaluée depuis si longtemps que le remboursement est devenu obsolète. Afin de protéger les patients contre des coûts élevés de soins de santé, les tarifs indicatifs peuvent être repris dans le maximum à facturer seulement être prévus dans des situations spécifiques, par exemple pour des formes innovantes de soins ou lorsque la nomenclature pour certaines prestations n'a plus été réévaluée depuis si longtemps que le remboursement est devenu obsolète. Afin de protéger les patients contre des coûts élevés de soins de santé, les tarifs indicatifs peuvent être repris dans le maximum à facturer.

La possibilité de fixer dans les accords des conditions pour les prestations dispensées à des bénéficiaires dont les revenus annuels dépassent un montant à fixer dans les accords est supprimée.

Version 2 ajoute:

Pour les médecins et les dentistes, la possibilité d'un conventionnement partiel est maintenue. L'activité non conventionnée peut s'étendre sur deux jours maximum, par exemple le lundi et le mercredi, et le médecin ou le dentiste partiellement conventionné doit effectuer au moins soixante pour cent du total des prestations à des tarifs conventionnés.

Version 3 devient:

Pour les médecins et les dentistes, la possibilité d'un conventionnement partiel est maintenue. ~~L'activité non conventionnée peut s'étendre sur deux jours maximum, par exemple le lundi et le mercredi, et le médecin ou le dentiste partiellement conventionné doit effectuer au moins soixante pour cent du total des prestations à des tarifs conventionnés.~~

L'actuel paragraphe 6, qui habilite le Roi à instaurer un régime spécial en matière d'assurance-survie et invalidité pour les personnes qui adhèrent au contrat, est supprimé, compte tenu des avantages sociaux et autres avantages qui peuvent être accordés aux dispensateurs de soins sur base de l'article 54 de la loi coordonnée.

Art. X+14

L'article 46 de la loi coordonnée est modifié pour que le terme « accords » soit également utilisé ici.

Art. X+16

L'article 47 de la loi coordonnée est modifié pour que les termes « accords » et « commissions d'accords » soient également utilisés ici.

Art. X+18

L'article 48 de la loi coordonnée contient des dispositions concernant le contenu des conventions avec les pharmaciens. La terminologie est adaptée et la possibilité dans les accords de prévoir des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est supprimée. Ceci ne change rien à la protection existante des bénéficiaires de l'intervention majorée. Les montants servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour tous les bénéficiaires. Les bénéficiaires de l'intervention majorée ont le droit à une intervention plus élevée et

paient donc moins de ticket modérateur.

La possibilité de fixer dans les accords des conditions pour les prestations dispensées à des bénéficiaires dont les revenus annuels dépassent un montant à fixer dans les conventions est supprimée.

Art. X+19

L'article 49 de la loi coordonnée contient les dispositions communes aux conventions.

En vertu de l'actuel paragraphe 2, les conventions peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclue la convention est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des conventions et que la commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature. Ce paragraphe est réécrit dans le sens où les commissions sont compétentes. Cette compétence ne devra donc plus être déterminée dans les accords.

Les règles relatives à la notification des conventions aux dispensateurs de soins par le Service des soins de santé de l'INAMI et les règles relatives à la notification par les dispensateurs de soins au Service des soins de santé de leur refus d'adhésion sont supprimées. Ces règles sont reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également aux accords avec les médecins et les dentistes.

Les règles relatives à l'entrée en vigueur des conventions sont supprimées et reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également pour les accords avec les médecins et les dentistes.

L'actuel paragraphe 3bis habilite les commissions de conventions, en cas d'abus, à résilier unilatéralement la convention pour une durée déterminée ou indéterminée à l'égard de dispensateurs de soins individuels. Cette disposition n'a jamais été appliquée et est supprimée.

Les dispositions du paragraphe 4 concernent la durée des conventions. Ces dispositions sont supprimées et reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également pour les accords avec les médecins et les dentistes.

Les dispositions du paragraphe 7 qui habilite le Roi à réduire d'un maximum de 25 p.c. les taux de remboursement pour les prestations dispensées par les sage-femmes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier et auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré aux conventions ne sont plus reprises. Les articles 85 à 87 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoient déjà l'abrogation de ces dispositions à partir d'une date à fixer par le Roi.

Art. X+21

L'article 50 de la loi coordonnée traite des relations avec les médecins et les dentistes.

Les dispositions du paragraphe 1er sont superflues étant donné que le champ d'application de l'article 42 de la loi coordonnée est élargi aux accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire.

Le paragraphe 2 concernant la composition et les règles de fonctionnement des commissions d'accords avec les médecins et les dentistes est supprimé et repris dans l'article 26 de la loi coordonnée.

Les règles relatives à la notification des accords aux dispensateurs de soins par le Service des soins de santé de l'INAMI et les règles relatives à la notification par les dispensateurs de soins au Service des soins de santé de leur refus d'adhésion sont supprimées. Ces règles sont reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également aux accords avec les autres secteurs.

Les dispositions relatives au contenu des accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire sont intégrées dans l'article 44 de la loi coordonnée, qui sera d'application à tous les secteurs. **La possibilité pour les médecins et les dentistes d'adhérer partiellement aux accords est supprimée.**

Version 3 modifie cette phrase:

La possibilité pour les médecins et les dentistes d'adhérer partiellement aux accords est ~~supprimée~~ préservée.

Conformément à la modification faite pour les autres secteurs, la possibilité de fixer des conditions dans les accords avec les médecins et les dentistes concernant la situation économique des bénéficiaires dans laquelle les honoraires peuvent être dépassés est également supprimée.

En vertu de l'actuel article 7, les accords peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclu l'accord est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et que la commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature. A l'avenir, les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire seront également régis par le nouvel article 49, en vertu duquel les commissions sont compétentes. Cette compétence ne devra donc plus être déterminée dans les accords.

Les dispositions du paragraphe 8 concernent la durée des accords. Ces dispositions sont supprimées et reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également aux accords avec les autres secteurs.

Les dispositions actuelles de l'article 51, §§ 2 à 7 de la loi coordonnée sont reprises dans l'article 50. Celles-ci concernent les mécanismes de correction et d'autres mesures à prévoir dans les accords, qui peuvent être déclenchés lorsqu'il est établi que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque de l'être.

Version 2 modifie cette paragraphe:

Les dispositions actuelles de l'article 51, §§ 2 à 74 et §§ 6 à 8 de la loi coordonnée sont reprises dans l'article 50.

Celles-ci concernent les mécanismes de correction et d'autres mesures à prévoir dans les accords, qui peuvent être

déclenchés lorsqu'il est établi que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque de l'être. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants. Cette exception découle de la compétence de la Commission d'accord entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, qui se limite exclusivement à la détermination de la marge de délivrance. Les modalités de remboursement des implants sont fixées par le Ministre, sur proposition de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Version 3 modifie cette paragraphe encore une fois:

Les dispositions actuelles de l'article 51, §§ 2 à 4 et §§ 6 à 8 de la loi coordonnée sont reprises dans l'article 50, sous réserve de la référence à la **compétence du Roi de déterminer ce qu'il faut entendre par dépassement significatif d'un objectif budgétaire partiel, ou le risque qu'il y ait d'un tel dépassement. La modification ainsi apportée à cette disposition, afin que celle-ci soit en concordance avec la réalité selon laquelle, in fine, c'est le Conseil général qui détermine les conséquences éventuelles d'un tel dépassement (ou risque de dépassement)**, a pour conséquence que l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel n'a plus de fondement juridique et n'a plus d'effet juridique. **C'est le Conseil général qui, dans le cadre de ses compétences budgétaires et de la décision finale relative aux mécanismes de corrections et autres mesures, prend les décisions en la matière.**

Les dispositions qui sont reprises concernent les mécanismes de correction et d'autres mesures à prévoir dans les accords, qui peuvent être déclenchés lorsqu'il est établi que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé significativement ou risque d'être dépassé significativement. **Ces dispositions ne s'appliquent pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants.** Cette exception découle de la compétence de la Commission d'accord entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, qui se limite exclusivement à la détermination de la marge de délivrance. Les modalités de remboursement des implants sont fixées par le Ministre, sur proposition de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Art. X+23

L'article 51 de la loi coordonnée fixe le processus de conclusion des accords. Un cadre temporel strict est prévu. La conclusion des accords par les commissions compétentes, l'approbation par le Comité de l'assurance et le Conseil général, qui décide de leur conformité au budget, doit avoir lieu **au plus tard le 31 décembre**. Si cela n'a pas été fait dans ce délai, il appartient au Comité de l'assurance d'établir un document. Le Comité de l'assurance dispose d'un mois à cet effet. Ce document doit être établi avant le 1er février par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général.

Version 2 ajoute une phrase:

Les membres de la commission d'accord concernée sont invités à la réunion du Comité de l'assurance pendant laquelle le document est discuté. Ils siègent avec voix consultative, à moins qu'ils ne soient également membres du Comité de l'assurance avec voix délibérative.

A défaut d'établissement d'un document par le Comité de l'assurance et d'une approbation du Conseil général dans ce délai, le Ministre peut établir un document. Le document adopté par le ministre est également soumis au Conseil général pour déterminer sa conformité avec le budget. L'établissement d'un document par le Ministre et l'approbation d'un document par le Conseil général doivent se faire avant le 1er mars. Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui servent de base aux remboursements par l'assurance et qui doivent être respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents. Ce document peut également contenir toutes les mesures qui peuvent être prévues dans un accord (tarifs indicatifs, exigences particulières, utilisation alternative de l'indice, etc.). **L'exigence que les accords et conventions, après approbation, soient soumis pour accord au Conseil des ministres est supprimée. Les accords doivent être approuvés par le Conseil général. Cela nécessite l'accord de tous les membres représentant le gouvernement.**

Version 3 modifie la dernière partie de cette paragraphe:

~~L'exigence que les accords et conventions, après approbation, soient soumis pour accord au Conseil des ministres est supprimée. Les accords doivent être approuvés par le Conseil général. Cela nécessite l'accord de tous les membres représentant le gouvernement.~~ **Les accords et documents approuvés sont ensuite soumis au Conseil des ministres pour accord.**

Art. X+24

Cet article complète la loi coordonnée par un article 51/1 qui fixe les règles relatives à la notification des accords et des documents aux dispensateurs de soins, ainsi que les règles selon lesquelles les dispensateurs de soins doivent communiquer leurs refus d'adhérer à ces accords ou documents.

Le principe de l'opt-out est maintenu. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhérer aux accords ou documents sont réputés avoir adhéré aux accords ou documents pour la durée de l'accord ou du document. Le refus doit être notifié au Service des soins de santé de l'INAMI dans les trente jours à compter de la date de transmission de l'accord ou du document par ce Service.

Version 3 ajoute une phrase:

Le refus doit être notifié au Service des soins de santé de l'INAMI dans les trente jours à compter de la date de transmission de l'accord ou du document par ce Service.

Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, **cette notification de refus se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut**. Pour les médecins et les dentistes, cette obligation est déjà inscrite dans la disposition légale actuelle. Pour les kinésithérapeutes et les logopèdes, cette obligation résulte de l'arrêté royal du 10 février 2018 concernant la notification électronique de refus d'adhésion aux conventions mentionnée à l'article 49, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Pour les autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'INAMI. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'INAMI par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la notification de refus se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Un tel règlement sera pris lorsque l'application en ligne sécurisée sera disponible pour un nouveau secteur.

Les accords et documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins qui y ont adhéré, quarante-cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés **par le Comité de l'assurance et le Conseil général** ou quarante-cinq jours après l'envoi des documents établis **par le Comité de l'assurance ou le Ministre** qui les concernent, **sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhésion aux termes desdits accords** ou documents. Par conséquent, les accords avec les secteurs autres que les médecins et les dentistes doivent désormais également atteindre un certain pourcentage d'adhésion pour pouvoir entrer en vigueur. L'exigence d'un certain quorum pour les médecins généralistes d'une part et les médecins spécialistes d'autre part est maintenue pour les accords avec les médecins. Le recensement se fera uniquement au niveau national. Le recensement par région, et par conséquent la possibilité qu'un accord n'entre en vigueur que dans certaines régions, sont supprimés.

Version 3 modifie cette paragraphe:

Les accords et documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins qui y ont adhéré, quarante-cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés par le **Conseil des ministres** ou quarante-cinq jours après l'envoi des documents approuvés par le **Conseil des ministres** qui les concernent, **sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhésion aux termes desdits accords** ou documents. Par conséquent, les accords avec les secteurs autres que les médecins et les dentistes doivent désormais également atteindre un certain pourcentage d'adhésion pour pouvoir entrer en vigueur. **L'exigence d'un certain quorum pour les médecins généralistes d'une part et les médecins spécialistes d'autre part est maintenue pour les accords avec les médecins. Le recensement se fera uniquement au niveau national.** Le recensement par région, et par conséquent la possibilité qu'un accord n'entre en vigueur que dans certaines régions, sont supprimés

Art. X+25

Cet article complète la loi coordonnée par un article 51/2 dans lequel la durée des accords et des documents est réglée. Les accords doivent en principe être conclues pour une période d'au moins deux ans calendrier. **Une prolongation tacite n'est plus possible.** Si la commission compétente veut prolonger l'accord, elle doit le décider expressément au plus tard le 30 septembre de l'année au cours de laquelle l'accord expire. En effet, dans le nouveau processus, il doit être clair en temps utile si l'on peut supposer qu'une prolongation est envisagée ou si l'on doit supposer que le processus dans lequel d'abord, la commission d'accord concernée et ensuite, si nécessaire, respectivement le Comité de l'assurance et le Ministre, à l'initiative, doit être achevé pour aboutir à un nouvel accord ou un nouveau document. Une telle prolongation sera toujours prévue pour une année civile, mais peut se produire plus d'une fois.

Les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre courent jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils sont établis.

Version 2 = Version 3

~~Une prolongation tacite n'est plus possible.~~

Ajout: **Les accords peuvent également prévoir une prolongation tacite d'année civile à année civile. Pour éviter une prolongation, la dénonciation doit alors se faire au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord.**

Art. X+26

Cet article complète la loi coordonnée avec un article 51/3, dans lequel un statut est donné à la pratique existante qui consiste à modifier les conventions et les accords via des avenants. Les **avenants** qui peuvent être conclus pendant la durée des accords suivent le même trajet que les accords. Elles doivent donc également être approuvées par le Comité de l'assurance et le Conseil général, qui décide si l'avenant est conforme avec le budget, **et le Conseil des ministres. (ajouté en version 3).**

Après approbation par le Comité de l'assurance et le Conseil général, les avenants sont de la même manière que les accords communiqués aux dispensateurs de soins concernés. Les dispensateurs de soins concernés peuvent

également, de la même manière que pour les accords, communiquer leur refus d'adhésion à l'avenant.

Version 3 devient:

Après approbation par ~~le Comité de l'assurance et le Conseil général~~, **le Conseil des Ministres**, les avenants sont de la même manière que les accords communiqués aux dispensateurs de soins concernés. Les dispensateurs de soins concernés peuvent également, de la même manière que pour les accords, communiquer leur refus d'adhésion à l'avenant.

Pour qu'un avenant puisse entrer en vigueur, il faut atteindre le même taux d'adhésion que pour les accords. Si le taux d'adhésion est atteint, l'accord entrera en vigueur sous une forme adaptée. Si le taux d'adhésion n'est pas atteint, l'accord reste d'application sans modification, c'est-à-dire sans les adaptations proposées par l'avenant, et les dispensateurs de soins conservent le statut de conventionnement qu'ils avaient avant l'avenant.

Les possibilités pour les dispensateurs de soins se traduisent alors comme suit :

- Les dispensateurs de soins conventionnés qui ont notifié leur souhait de ne pas adhérer à l'accord avec l'avenant, ne seront plus conventionnés si l'accord modifié avec l'avenant entre en vigueur ;
- Les dispensateurs de soins conventionnés qui ont notifié leur souhait de ne pas adhérer à l'accord avec l'avenant, resteront conventionnés si l'avenant n'entre finalement pas en vigueur et si l'accord continue ainsi à produire son contenu initial ;
- Les dispensateurs de soins conventionnés qui n'ont pas réagi pendant la période de notification continueront à être conventionnés et ce, en adhérant à l'accord modifié si l'avenant entre en vigueur ;
- Les dispensateurs de soins conventionnés qui n'ont pas réagi pendant la période de notification continueront à être conventionnés et ce, dans le cadre de l'accord dans sa forme originale si, le cas échéant, l'avenant proposé n'obtenait pas les pourcentages d'adhésion requis et n'entrait pas en vigueur ;
- Les dispensateurs de soins qui n'étaient pas conventionnés auparavant dans le cadre du texte initial de l'accord doivent cependant avoir la possibilité de se conventionner si l'avenant lève l'obstacle lié à leur déconventionnement. Conformément à l'économie générale du système, s'ils n'ont rien notifié pendant la période de notification, ils seront désormais conventionnés dès que l'avenant entrera en vigueur après le processus d'adhésion, et donc à partir de ce moment-là et par rapport au nouveau texte de l'accord ;
- Les dispensateurs de soins qui n'étaient pas conventionnés auparavant dans le cadre du texte initial de l'accord et qui ont indiqué pendant la période de notification qu'ils ne souhaitent pas être conventionnés de manière permanente et n'acceptent donc pas l'avenant tout court, continueront à être libres, indépendamment du fait que l'avenant entre en vigueur en fonction du pourcentage d'adhésion obtenu.

Art. X+27

Cet article complète la loi coordonnée avec un article 51/4 qui détermine **sous quelles conditions un accord peut être dénoncé**. Le premier alinéa reprend la disposition de l'actuel article 51, § 9, qui prévoit une dénonciation par une partie ou par un dispensateur de soins individuel, si certaines mesures sont prises par le Roi ou le Conseil général **entraînant une limitation des honoraires**.

Il prévoit ensuite **que les accords peuvent être dénoncés par un dispensateur de soins individuel sans justification**.

La dénonciation doit être faite avant le 1er décembre et, dans ce cas, s'applique à partir du 1er janvier de l'année calendrier suivante. Cette dénonciation doit être effectuée de la même manière qu'un dispensateur de soins doit communiquer son refus d'adhésion.

Les accords ne peuvent prévoir d'autres motifs de dénonciation que ceux prévus par ou en vertu de la loi.

Cette phrase est modifiée dans la version 2 en:

Outre les motifs de dénonciation prévus par ou en vertu de la loi, **les accords peuvent également prévoir d'autres motifs de dénonciation que ceux prévus par ou en vertu de la loi**. L'inscription de motifs complémentaires de dénonciation d'un accord requiert toujours une majorité des trois quarts, tant des membres représentant les dispensateurs de soins que des membres représentant les organismes assureurs. Même si une nouvelle éventuelle réunion devait avoir lieu parce que ces quorums n'ont pas été atteints, **une majorité des trois quarts sur les deux bancs est requise**.

Version 3 apporte une nouvelle modification:

Outre les motifs de dénonciation prévus par ou en vertu de la loi, les accords peuvent également prévoir d'autres motifs de dénonciation. L'inscription de motifs complémentaires de dénonciation d'un accord requiert une majorité des trois quarts, tant des membres représentant les dispensateurs de soins que des membres représentant les organismes assureurs. **Dans l'hypothèse où une réunion devrait être organisée de nouveau parce que ces quorums n'ont pas été atteints, un nouveau vote peut avoir lieu et l'inscription des mêmes motifs complémentaires de dénonciation dans l'accord requiert alors seulement une majorité ordinaire au sein de chacun des deux bancs.**

En ce qui concerne la dénonciation par une organisation représentative, la procédure de conciliation désormais prévue par l'Accord national médico-mutualiste est généralisée. L'organisation représentative qui estime qu'une mesure qui a été prise constitue un motif de dénonciation doit adresser une lettre recommandée au président de la commission. Le président convoque alors une réunion de la commission à laquelle le Ministre est invité. Pour que

la dénonciation de l'accord soit effective, la majorité des représentants des organisations représentatives des dispensateurs de soins présents doit confirmer la dénonciation. L'accord prend alors fin de plein droit 30 jours après cette réunion. Si aucun accord n'est en vigueur, le Roi fixe les tarifs maximums conformément à l'article 51/5. Après la dénonciation d'un accord, un nouvel accord peut toujours être conclu au cours de l'année.

Version 2 apporte une modification:

Adresser une lettre recommandée devient: "le communiquer par écrit".

Art. X+28

Cet article complète la loi coordonnée par un article 51/5 dans lequel la situation des dispensateurs de soins est réglée pendant la période entre la fin d'un accord ou d'un document et l'applicabilité individuelle des textes suivants. Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord est conclu et approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, **les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhérer au nouvel accord, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord.**

Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, aucun nouvel accord n'est conclu ou aucun nouvel accord n'est approuvé, les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhérer au document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre. Toutefois, si, au plus tard le dernier jour de février, aucun document n'est établi par le Ministre et approuvé par le Conseil général, les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement jusqu'au dernier jour de février.

Si **aucun accord** ou aucun document n'est en vigueur, le **Roi doit fixer**, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, **les tarifs maximums des honoraires et prix.**

Version 2 ajoute: « Le Roi utilisera également la masse d'index pour fixer les tarifs maximums. »

Version 3 ajoute: La masse d'index qui n'a pas été utilisée parce qu'il n'y a pas d'accord ou parce qu'un accord conclu n'entrerait finalement pas en vigueur reste toujours réservée au profit du secteur concerné et est à nouveau remobilisée dès que possible, soit après la conclusion d'un nouvel accord, soit lors de la fixation de tarifs par le Roi.

Le Roi détermine également la base de calcul pour les interventions de l'assurance. En l'absence d'arrêté royal, les montants et honoraires prévus dans l'accord ou le document expiré continueront provisoirement à servir de base de calcul pour l'intervention de l'assurance jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord ou d'un autre texte légalement valable. L'article en projet précise enfin que **la masse d'index pour l'année calendrier suivante ne peut être affectée que lorsqu'un nouvel accord**, approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, est conclu au moins avant la fin de l'année civile.

L'affectation de la masse d'index doit être comprise comme la possibilité de procéder, à partir du 1er janvier, à l'indexation habituelle et normale de tarifs par ailleurs inchangés, tels qu'ils étaient connus au cours de l'année calendrier précédente. Même si un nouvel accord ne prévoit qu'une indexation partielle de certaines prestations, cette indexation partielle pour ces prestations spécifiques peut déjà être mise en oeuvre à partir du 1er janvier.

Version 2 modifie cette phrase en:

~~L'affectation de la masse d'index doit être comprise comme la possibilité de procéder, à partir du 1er janvier, à l'indexation habituelle et normale de tarifs par ailleurs inchangés, tels qu'ils étaient connus au cours de l'année calendrier précédente. Même si un nouvel accord ne prévoit qu'une indexation partielle de certaines prestations, cette indexation partielle pour ces prestations spécifiques peut déjà être mise en oeuvre à partir du 1er janvier.~~

L'affectation de la masse d'index doit être comprise comme la possibilité de procéder, à partir du 1er janvier, à l'adaptation des tarifs convenue dans le nouvel accord. Il peut s'agir d'une indexation linéaire, mais même si un nouvel accord ne prévoit qu'une indexation partielle de certaines prestations, cette indexation partielle pour ces prestations spécifiques peut déjà être mise en oeuvre à partir du 1er janvier.

Il en va de même lorsque le nouvel accord prévoit des spécificités telles qu'une affectation différente ou alternative de la masse d'indexation par rapport à une indexation habituelle. Toutefois, s'il s'avère, à l'issue du processus d'opt-out, que l'accord ne peut pas entrer en vigueur, l'indexation et l'adaptation des tarifs seront retirés et repositionnés selon les tarifs en vigueur au cours de l'année civile précédente.

Version 2 ajoute:

De cette manière, l'adaptation des tarifs au 1er janvier à la lumière du nouvel accord peut déjà être prévue au profit des dispensateurs de soins concernés et ce, dans l'attente du déroulement du processus de mise en vigueur de cet accord le cas échéant.

Art. X+29

Enfin, cet article prévoit que les accords, les avenants et les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre **sont publiés sur le site internet de l'INAMI et au Moniteur belge.** L'INAMI doit également publier sur son site internet un texte coordonné des accords.

Art. X+31

Les références, dans l'article 52, aux « conventions » sont supprimées, étant donné qu'il n'y aura désormais que des « accords ».

Art. X+32

Le premier paragraphe du nouvel article 52/1 confirme le principe selon lequel les **dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhérer aux accords ou documents selon la procédure prévue à cet effet, sont réputés y avoir adhéré de plein droit pour l'ensemble de leur activité professionnelle.**

Le deuxième paragraphe reprend les dispositions de l'actuel article 50, § 3bis, qui prévoit que les tarifs résultant de la nomenclature sont les honoraires maximaux qui peuvent être demandés pour les prestations fournies dans le cadre de consultations hospitalières, **si le bénéficiaire n'a pas été expressément informé au préalable par l'établissement de soins** de l'adhésion ou non du dispensateurs de soins aux accords ou aux documents au moment où les soins sont fournis.

Version 2 y ajoute:

Les médecins et les dentistes qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion sont également réputés de plein droit avoir adhéré pour l'ensemble de leur activité professionnelle, à moins qu'ils aient indiqué vouloir se conventionner uniquement partiellement. **Le moment où le patient a rendez-vous est déterminant pour décider si les tarifs conventionnels doivent être respectés ou non.**

THÈME 3 : ACCORDS ENTRE LES PRESTATAIRES DE SOINS ET LES ORGANISMES ASSUREURS

ARTICLES X+33

Version 1

Art. X+33. Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l'article X+30, il est inséré un article 52/2 rédigé comme suit : Les interventions financières visées dans les articles 36bis, en ce qui concerne l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes, 36sexies, 36octies, 36undecies et 36quinquiesdecies de la présente loi et dans l'article 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou documents les concernant en s'engageant à garantir la sécurité tarifaire. »

Version 2

Art. X+33. Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l'article X+30, il est inséré un article 52/2 rédigé comme suit : "Art. 52/2. Les interventions financières visées dans les articles ~~36bis, en ce qui concerne l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes~~, 36sexies, 36octies, 36undecies et 36quinquiesdecies de la présente loi et dans l'article 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui ~~ont adhéré aux accords ou documents les concernant en s'engageant à garantir la sécurité tarifaire.~~ » s'engagent à garantir la sécurité tarifaire en adhérant aux accords ou documents les concernant. Si le dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, **le Roi** peut déterminer que les interventions financières sont accordées au prorata. »

Version 3

Art. X+33. Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l'article X+30, il est inséré un article 52/2 rédigé comme suit : « Art. 52/2. Les interventions financières visées dans les articles 36sexies, 36octies, 36undecies et 36quinquiesdecies de la présente loi et dans l'article 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui s'engagent à garantir la sécurité tarifaire en adhérant en adhérant aux accords ou documents les concernant. Si le dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, **le Roi** détermine que les interventions financières sont accordées au prorata. »

Commentaire : le ministre s'approprie tout bonnement l'ensemble des pouvoirs dans la version 3, sans Conseil des ministres.

Divergence avec l'exposé des motifs !

EXPOSÉ DES MOTIFS X+33

Art. X+33

Le nouvel article 52/2 prévoit que l'intervention financière que l'INAMI paye aux dispensateurs de soins ne seront octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou aux documents les concernant en s'engageant à assurer la sécurité tarifaire. Les interventions financières visent à encourager les dispensateurs de soins à adhérer aux accords ou documents, mais sont également destinées à récompenser la responsabilité collective du secteur en matière de respect des tarifs. **Si un accord ou un document ne peut pas entrer en vigueur, aucune intervention ne peut être accordée.**

Ceci comprend les interventions suivantes :

- Art 36bis en ce qui concerne l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes
- Art 36sexies prime télématique
- Art 36octies coûts liés à l'organisation d'une pratique
- Art 36undecies prime informatique pour les pharmaciens
- Art 36quinquiesdecies intervention pour les charges administratives aux infirmiers et aux aides-soignants
- Art 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001 prime de formation des infirmiers

Version 2 modifie cette liste:

- ~~Art 36bis en ce qui concerne l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes~~
- Art 36sexies prime télématique
- Art 36octies coûts liés à l'organisation d'une pratique
- Art 36undecies prime informatique pour les pharmaciens
- Art 36quinquiesdecies intervention pour les charges administratives aux infirmiers et aux aides-soignants
- Art 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001 prime de formation des infirmiers

Version 2 ajoute:

"Les **interventions pour l'accréditation et la qualité ne sont pas visées** par cette disposition et **peuvent donc être accordées à tous les dispensateurs de soins, quel que soit leur statut de conventionnement**. Par contre, les interventions de soutien sont réservées aux dispensateurs de soins conventionnés. Si le dispensateur de soins n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, les interventions **peuvent** être accordées au prorata. Les interventions accordées aux médecins et aux dentistes partiellement conventionnés **peuvent** également être accordées en fonction du rapport entre leurs prestations conventionnées et non conventionnées."

Version 1

Art. X+34. Dans l'article 37sexies de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 22 décembre 2023, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 5 et 6 :

« Est également considéré comme une intervention personnelle, le montant des tarifs indicatifs. »

Art. X+35. La section X+1 entre en vigueur le 1er janvier 2028.

Le Roi peut fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1er.

Version 2

Art. X+34. Dans l'article 37sexies de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 22 décembre 2023, ~~un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 5 et 6 :~~ **l'alinéa 6 est remplacé par ce qui suit :**

« Est également considéré comme une intervention personnelle, le montant des tarifs indicatifs. »

Art. X+35. La section X+1 entre en vigueur le **1er juillet 2027** et s'applique aux accords applicables à partir du 1er janvier 2028. **Art. X+35. Afdeling X+1 treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn** vanaf 1 januari 2028.

Le Roi peut fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1er.

Commentaire : le ministre avance simplement la date d'entrée en vigueur au lieu de la reporter.

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS X34 ET X35

Art. X+34

Cet article modifie l'article 37sexies de la loi coordonnée de sorte que les dépassements maximums d'honoraires et de prix autorisés (tarifs indicatifs) dans le cadre des accords ou documents, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou aux documents, sont repris dans le maximum à facturer.

Version 2 ajoute:

La disposition actuelle vise uniquement les tarifs indicatifs pour les prothèses dentaires amovibles, qui sont entre-temps intégrées dans la nomenclature.

Art. X+35

Cet article fixe la date d'entrée en vigueur de la section « Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs ». Vu les modifications substantielles apportées aux processus existants, il est important de rendre les

nouveaux processus prévisibles pour tous les partenaires en temps utile.

Version 2 ajoute:

Les nouvelles règles s'appliqueront aux accords qui seront d'application à partir du 1er janvier 2028. Les commissions d'accords devront donc tenir compte des nouvelles règles dans le cadre de la procédure de négociation et de **conclusion de ces accords au second semestre 2027.**

Version 3 ajoute:

Les nouvelles règles s'appliquent également aux accords en cours et à ceux qui seraient tacitement renouvelés à l'automne 2027. Il en va de même, par exemple, pour les interventions financières accordées aux dispensateurs de soins conventionnés à partir du 1er janvier 2028.

THÈME : DÉFINITIONS

THÈME : SECTION X-2 - DÉFINITIONS

Version 1

Art. X+36. A l'article 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées :
1° au m), les mots « les fournisseurs de prothèses et appareils » sont remplacés par les mots « les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens » ;
2° l'article est complété par le z) rédigé comme suit :
« z) par « tarifs indicatifs », les dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix dans le cadre des accords visés dans l'article 42 ou des documents visés dans l'article 51, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents. ».

Version 2

Ajout
Art. X. L'article X+36, 2°, entre en vigueur le 1er juillet 2027 et s'applique aux accords applicables à partir du 1er janvier 2028.

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS DE L'ART. X-36

Cet article modernise la définition d'« auxiliaire paramédical » et l'aligne sur la dénomination actuelle des professions. La terminologie « les fournisseurs de prothèses et appareils » est remplacée par « les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens ».

En outre, une définition des « tarifs indicatifs » est insérée. Il s'agit des dépassements maximaux autorisés d'honoraires et de prix dans le cadre des accords ou des documents, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents..

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ SOCIAL À L'ÉGARD DES MUTUALITÉS

SECTION X3 - PÉRENNISER L'UTILISATION DES COPIES, NOTAMMENT POUR PERMETTRE LA TRANSMISSION NUMÉRIQUE DES DOCUMENTS RELATIFS À L'ASSURABILITÉ ET À L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Version 1

Art. X+37 Art. X+37. L'article 9bis de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et remplacé par l'arrêté royal du 19 juillet 2013, est complété par un alinéa rédigé comme suit :
« Par dérogation à l'exigence générique de production de documents originaux en matière d'assurance soins de santé, la production de copies est acceptée pour les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict remis par les assurés sociaux à la mutualité. L'assuré social est tenu de tenir les documents originaux à disposition pendant 10 ans. »

Version 2

idem

Version 3

idem

EXPOSÉ DES MOTIFS DE L'ART. X37

Il est prévu une dérogation à la règle générale d'exigence de production de documents originaux pour les assurés sociaux avec un scope strictement limité aux documents nécessaires à la gestion de leur dossier d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict, et **notamment pour le droit à l'intervention majorée**. Cette dérogation ne vaut donc pas pas pour les documents visant à obtenir des remboursements de prestations de l'assurance soins de santé.

Version 2 modifie légèrement cette phrase:

Il est prévu une dérogation à la règle générale d'exigence de production de documents originaux pour les assurés sociaux avec un scope strictement limité aux documents nécessaires à la gestion de leur dossier d'assurabilité ainsi qu'aux documents relatifs à l'accessibilité financière au sens strict, (par exemple pour le droit à l'intervention majorée). Cette dérogation ne vaut donc pas pour les documents visant à obtenir des remboursements de prestations de l'assurance soins de santé.

Durant la période de la COVID 19, la transmission de documents relatifs à l'assurabilité et l'accessibilité administrative et financière par les assurés pouvait exceptionnellement se faire de manière digitale, ceci en vertu de l'arrêté royal n°21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19. Cet arrêté numéroté cessera de produire ses effets au 31 décembre 2025.

Cette souplesse dans les règles s'expliquait par le contexte particulier de la pandémie. Il semble pertinent, dans le but de faciliter le suivi administratif pour les assurés et les citoyens, de créer une continuité de cette mesure COVID. Il est notamment jugé opportun de maintenir la possibilité de travailler sur base de copies et ce à nouveau pour les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict des assurés sociaux.

Il s'agit donc aussi bien des copies papier et digitales des attestations et documents établis par des tiers, que des formulaires ou déclarations qui doivent être remplis par les assurés sociaux.

En effet, **la digitalisation en cours doit également créer des possibilités pour les assurés eux-mêmes mais ceux-ci n'ont pas nécessairement les moyens de produire des documents électroniques originaux.**

Les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict (notamment le suivi du droit à l'intervention majorée) contiennent des informations qui peuvent être recoupées et sont directement liées au statut des bénéficiaires, ce qui les rend moins sensibles à la fraude que, par exemple, des demandes de remboursements. Dans de nombreux cas, il s'agit aussi d'attestations ou de documents délivrés par des instances où une copie et un original ne sont pas toujours faciles à distinguer dans la pratique, de sorte que cette distinction devient également relative lors de leur délivrance.

La transmission digitale des documents doit s'effectuer conformément aux règles générales en vigueur visant à assurer une transmission sécurisée et conforme au principe du Règlement général sur la protection des données. Par conséquent, il n'y a pas lieu de reprendre ces règles explicitement dans ce projet de disposition pour la loi relative à l'assurance maladie obligatoire.

THÈME : REPRÉSENTATION DES ÉTATS FÉDÉRÉS DANS LES ORGANES DE GESTION

SECTION X-4 - REPRÉSENTATION DES ÉTATS FÉDÉRÉS DANS LES ORGANES DE GESTION

Version 1

Art. X+38.

Dans l'article 15, alinéa 1er, f), de la même loi, inséré par la loi du 6 novembre 2023, le mot « sept » est abrogé.

Art. X+39.

A l'article 21 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1er, alinéa 1er, est complété par le g) rédigé comme suit :

« g) de représentants des autorités visées dans les articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution. » ;

2° dans le paragraphe 1er, alinéa 3, les mots « et g) » sont insérés entre les mots « alinéa 1er, f) » et les mots « , ont voix consultative ».

3° le paragraphe 2, alinéa 1er, est complété par la phrase suivante :

« La qualité de membres visés au paragraphe 1er, alinéa 1er, g), est conditionnée par l'adoption d'un arrêté pris par le Roi conformément à l'article 92ter, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. »

Version 2

Idem

Version 3

Art. X+38

le mot « sept » est remplacé par le mot « huit ».

EXPOSÉ DES MOTIFS DE LA REPRÉSENTATION DES ÉTATS FÉDÉRÉS AU CONSEIL GÉNÉRAL ET AU COMITÉ DE L'ASSURANCE

Conformément à l'accord de gouvernement fédéral qui fixe comme objectif important la poursuite d'une politique de soins de santé cohérente au profit du patient entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, il est prévu la possibilité pour les entités fédérées d'être représentées, avec voix consultative, au sein du Comité de l'assurance institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI et d'assister ainsi aux réunions de cet organe.

Une base légale a déjà été prévue au cours de la législature précédente pour la représentation éventuelle des entités fédérées au sein du Conseil général. Une disposition similaire est donc désormais prévue en ce qui concerne le Comité de l'assurance.

La représentation des entités fédérées au sein du Comité de l'assurance est, comme c'est le cas pour le Conseil général, soumise à l'adoption d'un arrêté royal conformément au contenu de la disposition de l'article 92ter, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

THÈME : MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE

SECTION X-5 - SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE DE LA PROCÉDURE D'ADAPTATION DE LA NOMENCLATURE

Version 1

Art. X+40.

A l'article 35, § 2, alinéa 1er, de la même loi, modifiée en dernier lieu par la loi du 22 juin 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° le 2° est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Le conseil technique compétent formule une proposition dans le délai d'un mois, à moins que la demande ne fixe un délai différent dans lequel le conseil technique compétent formule une proposition. **Si le conseil technique compétent a formulé une proposition qui ne répond pas aux objectifs énoncés dans la demande ou s'il n'est pas donné suite à la demande dans le délai imparti, le demandeur peut faire une proposition conformément aux dispositions sous 3°.** »

2° dans le 3°, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Si la proposition émane du Ministre, celui-ci peut, en dérogation à l'alinéa 1er, fixer lui-même le délai dans lequel le conseil technique compétent émet son avis. Cet avis est réputé donné s'il n'est pas formulé dans le délai fixé par le Ministre. »

3° le 4° est abrogé.

Art. X+41.

Dans l'article 10 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 21 novembre 2018, le paragraphe 8 est abrogé.

Version 2

Art. X+40

« Le conseil technique compétent formule une proposition dans le délai de **minimum** un mois, ~~à moins que la demande ne fixe un délai différent dans lequel le conseil technique compétent formule une proposition.~~ Si le conseil technique compétent a formulé une proposition qui ne répond pas aux objectifs énoncés dans la demande ou s'il n'est pas donné suite à la demande dans le délai imparti, le demandeur peut faire une proposition conformément aux dispositions sous 3°. » ;

2° dans le 3°, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit : **abrogé ;**

~~« Si la proposition émane du Ministre, celui-ci peut, en dérogation à l'alinéa 1er, fixer lui-même le délai dans lequel le conseil technique compétent émet son avis. Cet avis est réputé donné s'il n'est pas formulé dans le délai fixé par le Ministre. »~~

Version 3

Idem als versie 2

EXPOSÉ DES MOTIFS DE L'ART. X-40 ET X-41

Les dispositions de cette section visent à simplifier la procédure de modification de la nomenclature des prestations de santé, visée à l'article 35, §1, de la loi SSI. Ces modifications devraient permettre une approche plus adaptée en fonction de l'urgence et de l'importance de la modification proposée, afin de mieux répondre aux constatations sur le terrain.

Art. X+40

La modification au 1° clarifie le délai dans lequel **le conseil technique compétent doit formuler une proposition**. Il s'agit d'un **délai d'un mois**, à moins que la demande du ministre des Affaires sociales ou de la Commission d'accords compétente ne fixe un délai différent.

En cas de proposition tardive ou non conforme du conseil technique compétent en vertu de l'article 35, § 2, alinéa 1er, 2°, de la loi SSI, le ministre des Affaires sociales ou la Commission d'accords compétente conserve la possibilité de formuler une proposition conformément à l'article 35, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi SSI. Dans ce cas, le dossier administratif doit toutefois contenir la justification du rejet de la proposition du conseil technique compétent conformément aux principes généraux de bonne administration.

La modification visée au point 2° vise à **donner la possibilité** à la Commission d'accords compétente, **au ministre des Affaires sociales** ou au Comité de l'assurance **de formuler directement une proposition, sans devoir - comme c'est le cas aujourd'hui - suivre la procédure conformément** à l'article 35, § 2, alinéa 1, 2°, de la loi SSI. En d'autres termes, **il n'est plus nécessaire de formuler une demande de proposition au conseil technique compétent avant une proposition du ministre des Affaires sociales** ou de la Commission d'accords compétente.

Cela permet de pouvoir avancer plus rapidement sur certains projets, comme la possibilité de limiter quantitativement dans la nomenclature les prestations qui peuvent être facturées dans une période de référence déterminée. Ces limites pourraient permettre une utilisation plus efficace du budget de l'assurance maladie obligatoire.

La proposition du Ministre des Affaires sociales, de la Commission d'accords compétente ou du Comité de l'assurance est soumise à l'avis du Conseil technique compétent. Le Conseil technique dispose d'un délai d'un mois pour formuler son avis.

Si la proposition émane du ministre des Affaires sociales, celui-ci peut lui-même fixer un délai pour que le Conseil technique compétent émette son avis.

Version 2 apporte la modification suivante:

~~Si la proposition émane du ministre des Affaires sociales, celui-ci peut lui-même fixer un délai pour que le Conseil technique compétent émette son avis.~~

La proposition suit ensuite la procédure existante via la Commission de contrôle budgétaire et le Comité de l'assurance.

La modification visée au point 3° consiste en une correction technique. En effet, l'article 51, § 3, de la loi SSI auquel il est fait référence a déjà été supprimé.

Art. X+41

L'objectif de cette disposition est de garantir que les modifications apportées par le Comité de l'assurance à une proposition ou à un avis de la Commission d'accords **ne doivent plus être à nouveau soumises pour examen à la Commission d'accords concernée.**

Version 2 ajoute:

Cette disposition n'empêche pas que l'avis de la Commission d'accords puisse encore être sollicité en cas de modifications substantielles.

THÈME : SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

SECTION X-6 SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

Version 1

Art. X+42.

L'article 35, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 26 novembre 2023, est complété par le paragraphe 5 rédigé comme suit :

« § 5. Sous réserve des interdictions de suppléments par ou en vertu d'une loi, le Roi peut limiter la facturation des suppléments pour les prestations qu'il désigne.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, on entend par supplément la partie du tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, en ce compris la majoration en cas d'exigences particulières telles que fixées par la commission de accord concernée.

Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, tel que visé à l'article 35 septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans la mesure où il y a eu effectivement intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée.

Le Roi peut fixer un supplément maximal, notamment au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal du montant ou des honoraires servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Le supplément maximal peut différer selon la prestation ou le groupe de prestations qu'il désigne, et selon que bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital.

À partir du **1er janvier 2028**, le supplément maximal est fixé :

1° à **25 % du montant** ou de **l'honoraire servant de base de calcul** pour l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé ambulatoires ;

2° à **125 % du montant** ou de **l'honoraire servant de base au calcul** de l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé dispensées à un bénéficiaire admis à l'hôpital, y compris les bénéficiaires admis en hospitalisation de jour.

Le Roi peut fixer un supplément maximal différent pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne, ou exclure des prestations de santé de l'application du supplément maximal fixé à l'alinéa 4.

Le Roi peut limiter la facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il **désigne à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.**

Pour les prestations qui font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et qui sont demandées et fournies en dehors des modalités fixées pour le remboursement, un montant peut être mis à charge du bénéficiaire ou de la personne couverte par un autre régime organisé par l'autorité qui prévoit une intervention dans les coûts, à la condition que ce montant ne dépasse pas le montant ou l'honoraire prévu par l'assurance obligatoire pour ladite prestation si elle avait été effectuée dans les modalités fixées pour le remboursement.

Aux fins de l'application de l'alinéa 8, **'le montant ou l'honoraire prévu par l'assurance obligatoire'** est considéré comme étant :

1° pour les dispensateurs de soins ayant adhéré aux accords : le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, majoré, le cas échéant, des tarifs indicatifs et, le cas échéant, la majoration en cas d'exigences particulières ;

2° pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas adhéré aux accords : le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, le cas échéant, majoré du supplément maximal. »

Version 2

Art. X+42 devient en version 2:

L'article 35, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 26 novembre 2023, est complété par le paragraphe 5 rédigé comme suit :

§ 5. Sous réserve des interdictions de suppléments par ou en vertu d'une loi, **le supplément maximal est fixé à partir**

du 1er janvier 2028 :

1° à **25 %** du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé ambulatoires ;

2° à **125 %** du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé dispensées à un bénéficiaire admis à l'hôpital, y compris les bénéficiaires admis en hospitalisation de jour. Aux fins de l'application du présent paragraphe, on entend par supplément la partie du tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, en **ce compris la majoration en cas d'exigences particulières** telles que fixées par la commission de accord concernée.

Les **tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments**. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, tel que visé à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans la mesure où il y a eu effectivement intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée.

Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, **limiter la facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul** pour l'intervention de l'assurance.

Version 3

Art. X+42 est devenu:

Art. X+42. L'article 35, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 26 novembre 2023, est complété par le paragraphe 5 rédigé comme suit :

« § 5. Sous réserve des interdictions de suppléments par ou en vertu d'une loi, le Roi, le cas échéant **sur proposition de la commission d'accord concernée**, par un arrêté délibéré **en Conseil des ministres, plafonne la facturation des suppléments au plus tard le 31 décembre 2027.**

La proposition de la commission d'accord concernée est émise à la **majorité des trois quarts tant des membres représentant les organismes assureurs que des membres représentant les dispensateurs de soins**. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints lors d'une première séance, la proposition peut être soumise à un nouveau vote et être prise, à condition que la **majorité ordinaire** au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Le supplément maximal fixé par le Roi peut différer selon la prestation ou le groupe de prestations qu'il désigne, la spécialisation des dispensateurs de soins concernés et selon que bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital.

Le supplément maximal peut être fixé, notamment **au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal** du montant ou d'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

La facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne, **peut en outre être limité à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul** pour l'intervention de l'assurance.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, on entend par supplément la partie du tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, en ce compris la majoration en cas d'exigences particulières telles que fixées par la commission de accord concernée.

Les **tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments**. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, tel que visé à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans la mesure où il y a eu effectivement intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée.

CONCLUSION : changements entre la version 2 et la version 3 qui n'auraient pas été possibles sans les interventions des principaux partis politiques de la majorité au sein du Kern

Art. X+42 (VERSION 1)

Supplément maximal

Il est instauré un supplément maximal. Il s'agit d'une limitation du montant qui peut être facturé comme supplément. Le dispensateur de soins facture un supplément s'il facture un tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Le supplément peut concerner soit des honoraires, soit un prix (coût).

La notion de supplément maximal

Les **arrondis** visés aux articles VI.7/1 et VI.7/2 du Code de droit économique et les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix) dans le cadre des accords ne sont pas considérés comme des suppléments. La **marge de délivrance** prévue dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, ainsi que le supplément facturé au bénéficiaire au titre de **marge de sécurité**, telle que visée à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, de la loi SSI, ne sont pas non plus considérés comme un supplément. La **majoration dans les cas d'exigences particulières du bénéficiaire**, telles qu'établies dans les accords sont considérés comme supplément pour l'application de la présente disposition. Dans la circonstance où un dispensateur de soins conventionné facture de tels suppléments, le supplément maximal s'applique également au dispensateurs de soins conventionnés.

Compétence attribuée

Cet article vise à donner au Roi la compétence de limiter les suppléments. Le Roi peut imposer cette limitation à toutes les prestations de santé, à un ou plusieurs groupes de prestations de santé ou à une prestation de santé spécifique. Si une interdiction des suppléments est prévue par ou en vertu d'une autre disposition de loi, le Roi ne peut pas prévoir une limitation des suppléments. En d'autres termes, une interdiction des suppléments prime sur une limitation des suppléments et l'interdiction vaut comme *lex specialis*. Il s'agit de la simple application du principe "*lex specialis derogat legi generali*".

Voici quelques exemples de telles interdictions :

- L'interdiction des suppléments pour les patients hospitalisés dans une chambre double ou multiple (cf. article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux);
- L'interdiction des suppléments pour les patients non hospitalisés pour des prestations dispensées en application d'une imagerie médicale lourde en dehors de circonstances particulières (cf. article 152/1 de la loi coordonnée sur les hôpitaux);
- L'interdiction des suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires d'une intervention majorée (cf. article 53, §5, de la loi SSI);
- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde organisé (cf. article 35, §1, alinéa 5, de la loi SSI);
- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre de consultations dans un hôpital sans que le bénéficiaire ait été préalablement informé de manière explicite par l'établissement hospitalier de l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins (cf. article 50, §3bis, de la loi SSI);
- L'interdiction des suppléments pour les dispensateur de soins qui n'ont pas informé préalablement les bénéficiaires de la non-adhésion aux accords (cf. article 73, §1, de la loi GVU)
- En outre, d'autres conditions pour la facturation de suppléments, telles que celles mentionnées à l'article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et dans l'arrêté royal du 24 octobre 2017 portant exécution de l'article 73, § 1/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomie pathologique et de génétique, sans préjudice des dispositions en vigueur..

Si la facturation de suppléments est autorisée entre autres par les dispositions susmentionnées, alors la facturation de suppléments est soumise aux limitations fixées par le présent projet.

Modalités d'exercice de la compétence attribuée

Le Roi peut fixer la limitation des suppléments sur la base d'un plafond qui peut être un pourcentage maximal ou un montant maximal. Cela signifie que le dispensateur de soins ne peut pas facturer un montant plus élevé. Un montant inférieur est autorisé.

Le supplément maximal ou plafond déterminé par le Roi peut différer en fonction de la prestation de santé fournie ou du ou des groupes de prestations de santé fournies. En outre, le supplément maximal peut également varier selon que le bénéficiaire est admis à l'hôpital ou non. Par « admis à l'hôpital », on entend les patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour.

Détermination générique par la loi elle-même à partir de 2028

Pour les prestations dispensées à partir du 1er janvier 2028, le maximum est déterminé par la loi elle-même. Selon que la prestation est dispensée ou non à un bénéficiaire admis à l'hôpital, le pourcentage est fixé respectivement à 125 % et 25 %.

Compétence de dérogation au Roi par rapport à la détermination légale du maximum

Le Roi peut fixer un supplément maximal supérieur ou inférieur aux pourcentages prévus par la loi pour une ou plusieurs prestations de santé. Il peut également exclure une ou plusieurs prestations de santé de l'application du supplément maximal tel que fixé par la loi.

Le Roi peut en outre limiter la facturation des suppléments à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Cela permet au Roi de prévoir une granulation en fonction des différentes sous-parties qui seront créées dans le cadre de la réforme générale de la nomenclature telle que mentionnée dans la convention nationale médecins-organismes assureurs 2024-2025. Ainsi, pour les différentes prestations, une distinction sera faite entre une partie professionnelle et une partie des coûts des honoraires, le Roi pouvant limiter les suppléments à la partie professionnelle

Base de calcul du supplément maximal

Le supplément maximal est calculé sur la base du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Cela comprend l'intervention de l'assurance et la quote-part personnelle. Cela signifie que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés) dans le cadre des accords ne sont pas inclus dans le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour le supplément maximal aux fins de l'application de cette disposition. Si seulement un supplément ne peut être facturé que sur une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, le supplément maximal est calculé sur la partie non soumise à interdiction. Ainsi, si aucun supplément ne peut être facturé sur une partie, le montant de cette partie est exclu de la base de calcul du supplément maximal. Le supplément maximal est calculé sur la partie qui n'est soumise à aucune interdiction de supplément.

Les dispositions relatives aux tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés dans le cadre des accords) constituent une *lex specialis*. Cela signifie, comme indiqué précédemment, que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés) ne peuvent être considérés comme un supplément aux fins de l'application de la présente disposition.

Montant maximal

Un montant maximal est également prévu. Ce montant maximal se distingue des tarifs maximaux de l'honoraire et prix fixés par le Roi en l'absence d'accord conformément à l'article 50, § 11, de la loi SSI.

Par "montant maximal", on entend le montant maximal qui peut être facturé pour une prestation de santé dispensée en Belgique à un patient, même si cette prestation est dispensée hors du cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé, dans la mesure où un système organisé par l'autorité prévoit au moins partiellement une intervention dans les coûts.

Aucun coût supplémentaire ne peut être facturé au patient en plus du tarif maximal pour les mêmes prestations, à l'exception de l'arrondi visé aux articles VI.7/1 et VI.7/2 du Code de droit économique, la marge de délivrance prévue dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, telle que visée à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5° et § 4, alinéa 2 de la loi SSI.

Cela signifie, en d'autres termes, que le montant maximal s'applique également :

- À l'égard des patients qui ne bénéficient temporairement pas des interventions de l'assurance maladie obligatoire (par exemple une personne affiliée mais qui n'est pas en ordre de cotisations) ;
- A l'égard des patients qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale (par exemple un assuré social d'un Etat membre de l'UE) ;
- À l'égard des bénéficiaires et des patients qui, dans le cas concret, bénéficient d'une intervention dans les frais de la part d'un autre régime organisé par une autorité (par exemple l'assureur accidents du travail) ;
- Comme c'est déjà prévu pour les prestations de biologie clinique, à l'égard des situations dans lesquelles toutes les conditions de remboursement ne sont pas remplies et où le bénéficiaire n'obtient pas, dans le cas concret, une intervention dans les frais dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (par exemple lorsque l'intervention est limitée à un nombre maximal de prestations par an) ;
- À l'égard des situations qui combinent deux ou plusieurs des cas précédents.

Le montant maximal met donc en oeuvre le principe d'égalité pour les soins dispensés en Belgique en ce qui concerne les tarifs (à savoir le montant ou les honoraires servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance et le supplément maximal), pour autant que ces tarifs soient fixés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Pour les dispensateurs de soins conventionnés, le montant maximal comprend :

- Le tarif de l'engagement (càd l'intervention de l'assurance et de la quote-part personnelle) ;
- Les tarifs indicatifs (le dépassement maximal autorisé), s'il est fixé dans le cadre des accords ;
- La majoration due à des exigences particulières telles que prévues dans les accords, pour autant qu'il n'y ait pas d'interdiction de facturer ce supplément.

Pour les dispensateurs de soins non conventionnés, le montant maximal comprend :

- le tarif de l'engagement ou, le cas échéant, le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance ;
- le supplément maximal, pour autant qu'il n'existe aucune interdiction de facturer des suppléments.

Art. X+42 (VERSION 2)

Il est instauré un supplément maximal. Il s'agit d'une limitation du montant qui peut être facturé comme supplément.

Cela signifie que le dispensateur de soins ne peut pas facturer un montant plus élevé. Un montant inférieur est autorisé.

Le dispensateur de soins facture un supplément s'il facture un tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Le supplément peut concerner soit des honoraires, soit un prix (coût).

Si une interdiction des suppléments est prévue par ou en vertu d'une autre disposition de loi, aucune limitation des suppléments ne s'appliquera. En d'autres termes, une interdiction des suppléments prime sur une limitation des suppléments et l'interdiction vaut comme *lex specialis*.

Voici quelques exemples de telles interdictions :

- L'interdiction des suppléments pour les patients hospitalisés dans une chambre double ou multiple (cf. article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux) ;
- L'interdiction des suppléments pour les patients non hospitalisés pour des prestations dispensées en application d'une imagerie médicale lourde en dehors de circonstances particulières (cf. article 152/1 de la loi coordonnée sur les hôpitaux) ;
- L'interdiction des suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires d'une intervention majorée (cf. article 53, § 5, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde organisé (cf. article 35, § 1er, alinéa 5, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre de consultations dans un hôpital sans que le bénéficiaire ait été préalablement informé de manière explicite par l'établissement hospitalier de l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins (cf. article 50, § 3bis, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas informé préalablement les bénéficiaires de la non-adhésion aux accords (cf. article 73, § 1er, de la loi GVU)

En outre, d'autres conditions pour la facturation de suppléments, telles que celles mentionnées à l'article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et dans l'arrêté royal du 24 octobre 2017 portant exécution de l'article 73, § 1er/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomie pathologique et de génétique, sans préjudice des dispositions en vigueur.

Si la facturation de suppléments est autorisée entre autres par les dispositions susmentionnées, alors la facturation de suppléments est soumise aux limitations fixées par le présent projet.

La notion de supplément maximal

Les arrondis visés aux articles VI.7/1 et VI.7/2 du Code de droit économique et les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix) dans le cadre des accords ne sont pas considérés comme des suppléments. La marge de délivrance prévue dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, ainsi que le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, telle que visée à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, de la loi SSI, ne sont pas non plus considérés comme un supplément. La majoration dans les cas d'exigences particulières du bénéficiaire, telles qu'établies dans les accords sont considérés comme supplément pour l'application de la présente disposition. Dans la circonstance où un dispensateur de soins conventionné facture des suppléments, le supplément maximal s'applique également aux dispensateurs de soins conventionnés.

Détermination générique par la loi elle-même à partir de 2028

Pour les prestations dispensées à partir du 1er janvier 2028, le maximum est déterminé par la loi elle-même. Selon que la prestation est dispensée ou non à un bénéficiaire admis à l'hôpital, le pourcentage est fixé respectivement à 125 % et 25 %.

Compétence de dérogation au Roi par rapport à la détermination légale du maximum

Le Roi peut, **par un arrêté délibéré en Conseil des ministres**, fixer un supplément maximal supérieur aux pourcentages prévus par la loi pour une ou plusieurs prestations de santé. Cette limitation des suppléments peut être fixée sur la base d'un plafond qui peut être un pourcentage maximal ou un montant maximal. Il peut également exclure une ou plusieurs prestations de santé de l'application du supplément maximal tel que fixé par la loi.

Le Roi peut en outre, par **un arrêté délibéré en Conseil des ministres**, limiter la facturation des suppléments à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Cela permet au Roi, **par un arrêté délibéré en Conseil des ministres**, de prévoir une granulation en fonction des différentes sous-parties qui seront créées dans le cadre de la réforme générale de la nomenclature telle que mentionnée dans la convention nationale médecins-organismes assureurs 2024-2025. Ainsi, pour les différentes prestations, une distinction sera

faite entre une partie professionnelle et une partie des coûts des honoraires, le Roi, **par un arrêté délibéré en Conseil des ministres**, pouvant limiter les suppléments à la partie professionnelle.

Base de calcul du supplément maximal

Le supplément maximal est calculé sur la base du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Cela comprend l'intervention de l'assurance et la quote-part personnelle. Cela signifie que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés) dans le cadre des accords ne sont pas inclus dans le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour le supplément maximal aux fins de l'application de cette disposition. Si seulement un supplément ne peut être facturé que sur une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, le supplément maximal est calculé sur la partie non soumise à interdiction. Ainsi, si aucun supplément ne peut être facturé sur une partie, le montant de cette partie est exclu de la base de calcul du supplément maximal. Le supplément maximal est calculé sur la partie qui n'est soumise à aucune interdiction de supplément.

Les dispositions relatives aux tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés dans le cadre des accords) constituent une *lex specialis*. Cela signifie, comme indiqué précédemment, que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés) ne peuvent être considérés comme un supplément aux fins de l'application de la présente disposition.

Ces dispositions sont également d'application si une intervention dans les coûts des prestations de santé est prévue dans le cadre d'un autre régime organisé par une autorité (comme par exemple le régime de sécurité sociale d'outre-mer, le régime spécifique des invalides de guerre, les accidents de travail et les maladies professionnelles). Ainsi, si pour les coûts des prestations découlant d'une maladie, de lésions ou de troubles fonctionnels une indemnisation même partielle est fournie en vertu d'un régime organisé par une autorité et si l'assurance obligatoire peut intervenir à titre provisoire conformément à l'article 136, §2 de la loi SSI, les dispositions précitées sont également d'application.

Art. X+42 (VERSION 3)

Supplément maximal

Il est instauré un supplément maximal. Il s'agit d'une limitation du montant qui peut être facturé comme supplément. Cela signifie que le dispensateur de soins ne peut pas facturer un montant plus élevé. Un montant inférieur est autorisé. Le dispensateur de soins facture un supplément s'il facture un tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Le supplément peut concerner soit des honoraires, soit un prix (coût). Si une interdiction des suppléments est prévue par ou en vertu d'une autre disposition légale, aucune limitation des suppléments ne s'appliquera. En d'autres termes, une interdiction des suppléments prime sur une limitation des suppléments et l'interdiction vaut comme *lex specialis*.

Voici quelques exemples de telles interdictions :

- L'interdiction des suppléments pour les patients hospitalisés dans une chambre double ou multiple (cf. article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux) ;
- L'interdiction des suppléments pour les patients non hospitalisés pour des prestations dispensées dans le cadre de l'imagerie médicale lourde en dehors de circonstances particulières (cf. article 152/1 de la loi coordonnée sur les hôpitaux) ;
- L'interdiction des suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires de l'intervention majorée (cf. article 53, § 5, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde organisé (cf. article 35, § 1er, alinéa 5, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre de consultations dans un hôpital sans que le bénéficiaire ait été préalablement informé de manière explicite par l'établissement hospitalier de l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins (cf. article 50, § 3bis, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas informé préalablement les bénéficiaires de la non-adhésion aux accords (cf. article 73, § 1er, de la loi GVU)

En outre, d'autres conditions pour la facturation de suppléments, telles que celles mentionnées à l'article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et dans l'arrêté royal du 24 octobre 2017 portant exécution de l'article 73, § 1er/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomie pathologique et de génétique, sans préjudice des dispositions en vigueur.

Si la facturation de suppléments est autorisée entre autres par les dispositions susmentionnées, alors la facturation de suppléments est soumise aux limitations fixées par le présent projet.

La notion de supplément maximal

Les arrondis visés aux articles VI.7/1 et VI.7/2 du Code de droit économique et les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix) dans le cadre des accords ne sont pas considérés comme des suppléments. La marge de délivrance prévue dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, ainsi que le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, telle que

visée à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, de la loi SSI, ne sont pas non plus considérés comme un supplément.

La majoration dans les cas d'exigences particulières du bénéficiaire, telles qu'établies dans les accords sont considérés comme supplément pour l'application de la présente disposition. Dans la circonstance où un dispensateur de soins conventionné facture des suppléments, le supplément maximal s'applique également aux dispensateurs de soins conventionnés.

Compétence au Roi

Le Roi fixe, sur proposition de la commission d'accord concernée, pour autant que cette commission existe pour la profession concernée et qu'elle ait soumis une proposition, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, un supplément maximal, au plus tard le 31 décembre 2027 ~~supérieur aux pourcentages prévus par la loi pour une ou plusieurs prestations de santé~~. Si une commission des accords a conclu un accord au plus tard le 31 juillet 2027, celui-ci sera respecté. Pour ce faire, les commissions d'accords doivent se baser sur des données objectives et, le cas échéant, tenir compte de la réforme de la nomenclature. Les commissions d'accords peuvent aussi bien proposer un plafond général pour leur secteur que faire une proposition différenciée dans laquelle différents plafonds maximums sont applicables, en fonction, par exemple, de groupes de prestations, de numéros d'agrément, etc. Cette limitation des suppléments peut être fixée sur la base d'un plafond qui peut être un pourcentage maximal ou un montant maximal. Le supplément maximal ou plafond déterminé par le Roi peut différer en fonction de la prestation de santé fournie ou du ou des groupes de prestations de santé fournies. En outre, le supplément maximal peut également varier selon que le bénéficiaire est admis à l'hôpital ou non. Par « admis à l'hôpital », on entend les patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour.

En outre, la facturation des suppléments peut être limitée à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Cela permet de prévoir une granulation en fonction des différentes sous-parties qui seront créées dans le cadre de la réforme générale de la nomenclature telle que mentionnée dans la convention nationale médecins-organismes assureurs 2024-2025. Ainsi, pour les différentes prestations, une distinction sera faite entre une partie professionnelle et une partie des coûts des honoraires, le Roi, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, pouvant limiter les suppléments à la partie professionnelle.

Cette proposition de la commission d'accord concernée est émise à la majorité des trois quarts tant des membres représentant les organismes assureurs que des membres représentant les dispensateurs de soins. Dans l'hypothèse où un vote doit de nouveau être organisé parce que ces quorums n'ont pas été atteints, un nouveau vote peut avoir lieu et l'adoption de la proposition requiert alors seulement une majorité ordinaire au sein de chacun des deux bancs.

La commission d'accord est chargée d'élaborer une proposition en vue de fixer un ou plusieurs plafonds pour la facturation des suppléments au sein de son secteur **au plus tard le 31 juillet 2027**. Les commissions d'accord peuvent à la fois proposer un plafond maximum général pour leur secteur et formuler une proposition affinée, dans laquelle différents maximums s'appliquent, en fonction par exemple de groupes de prestations ou de numéros d'agrément. Cette disposition permet également de mener une négociation plus globale sur un nouvel accord tarifaire ainsi qu'une proposition visant à affiner ou perfectionner des plafonds de suppléments.

Base de calcul du supplément maximal

Le supplément maximal est calculé sur la base du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Cela comprend l'intervention de l'assurance et la quote-part personnelle. Cela signifie que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés) dans le cadre des accords ne sont pas inclus dans le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour le supplément maximal aux fins de l'application de cette disposition. Si seulement un supplément ne peut être facturé que sur une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, le supplément maximal est calculé sur la partie non soumise à interdiction. Ainsi, si aucun supplément ne peut être facturé sur une partie, le montant de cette partie est exclu de la base de calcul du supplément maximal. Le supplément maximal est calculé sur la partie qui n'est soumise à aucune interdiction de supplément.

Les dispositions relatives aux tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés dans le cadre des accords) constituent une lex specialis. Cela signifie, comme indiqué précédemment, que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés) ne peuvent être considérés comme un supplément aux fins de l'application de la présente disposition.

Ces dispositions sont également d'application si une intervention dans les coûts des prestations de santé est prévue dans le cadre d'un autre régime organisé par une autorité (comme par exemple le régime de sécurité sociale d'outre-mer, le régime spécifique des invalides de guerre, les accidents de travail et les maladies professionnelles). Ainsi, si pour les coûts des prestations découlant d'une maladie, de lésions ou de troubles fonctionnels une indemnisation même partielle est fournie en vertu d'un régime organisé par une autorité et si l'assurance obligatoire peut intervenir à titre provisoire conformément à l'article 136, §2 de la loi SSI, les dispositions précitées sont également d'application.

SECTION X-6 ARTICLES 43, 44, 45

Version 1

Art. X+43. L'article 53, § 5, de la même loi, inséré par la loi du 29 novembre 2022, est complété par les mots « sans pré-judice des dispositions prévues dans les accords ».

Art. X+44. À l'article 73, § 1er/1, alinéa 1er, de la même loi, inséré par la loi du 10 avril 2014 et modifié par la loi du 11 août 2017, les mots « de l'article 35, § 5, et » sont insérés entre les mots « Sous réserve de l'application » et « de l'article 152, § 5 ».

Art. X+45. La présente section entre en vigueur le 1er janvier 2028, à l'exception de l'article X+43, qui produit ses effets le 1er janvier 2025.

Le Roi peut fixer pour chaque disposition une date d'entrée en vigueur antérieure à la date mentionnée à l'alinéa 1er.

Le supplément maximal et le montant maximal visés à l'article 35, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérés par l'article X+42 de la présente loi, s'appliquent aux prestations de santé dispensées à partir du 1er janvier 2028, sauf si le Roi fixe une date d'entrée en vigueur antérieure.

Version 2

Art. X+45.

La présente section entre en vigueur le 1er janvier 2028, à l'exception de l'article X+43, qui produit ses effets le 1er janvier 2025.

~~Le Roi peut fixer pour chaque disposition une date d'entrée en vigueur antérieure à la date mentionnée à l'alinéa 1er.~~

Le supplément maximal ~~et le montant maximal~~ visés à l'article 35, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérés par l'article X+42 de la présente loi, s'appliquent aux prestations de santé dispensées à partir du 1er janvier 2028, ~~sauf si le Roi fixe une date d'entrée en vigueur antérieure.~~

Het maximumsupplement ~~en maximumbedragzoals~~ bedoeld in artikel 35, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd door artikel X+42 van deze wet, zijn van toepassing op geneeskundige verstrekkingen verleend vanaf 1 januari 2028, ~~tenzij de Koning een vroegere datum van inwerkingtreding bepaalt.~~

Version 3

~~La présente section entre en vigueur le 1er janvier 2028, à l'exception de l'article X+43, qui produit ses effets le 1er janvier 2025.~~

EXPOSÉ DES MOTIFS X-43, X-44, X-45

Art. X+43

Cet article précise que l'interdiction des suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires de l'intervention majorée ne porte pas atteinte aux dispositions prévues dans les accords, notamment la possibilité d'appliquer, le cas échéant, les tarifs indicatifs (les dépassements maximaux des honoraires et des prix) ou de demander un supplément en cas d'exigences particulières du bénéficiaire.

Art. X+44

Cet article vise à apporter une correction technique. La référence à l'alinéa 1er est complétée par la nouvelle disposition insérée à l'article X+42 de la présente loi.

Art. X+45

Cet article vise à fixer la date d'entrée en vigueur des différents articles de la présente section.

La date d'entrée en vigueur est prévue au **1er janvier 2028**. Le Roi peut avancer la date d'entrée en vigueur et, s'il le souhaite, de manière différente pour chaque article.

Vu que l'article X+43 clarifie une mesure existante, son entrée en vigueur est alignée sur la date d'entrée en vigueur de la mesure existante.

Cela signifie en d'autres termes que **le Roi peut à la fois, fixer les limitations applicables à la facturation de suppléments, et également déterminer la date d'entrée en vigueur** de cette mesure.

Il permet également au Roi de prévoir un délai entre la connaissance de la mesure et son entrée en vigueur.

L'application dans le temps est également réglementée.

Les mesures prévues dans cette section, plus précisément le supplément maximal et le montant maximal, doivent être appliquées aux prestations de santé dispensées à compter de la date d'entrée en vigueur. La date de dispense de la prestation (et non, par exemple, la date de facturation) est donc le critère déterminant pour établir si les mesures susmentionnées doivent être appliquées.

Version 3

Cet article vise à fixer la date d'entrée en vigueur des différents articles de la présente section.

La date d'entrée en vigueur est prévue au 1er janvier 2028. La date d'entrée en vigueur sera alignée sur la réforme de la nomenclature et sur la réforme du financement des hôpitaux.

Vu que l'article X+43 clarifie une mesure existante, son entrée en vigueur est alignée sur la date d'entrée en vigueur de la mesure existante.

THÈME : FINANCEMENT DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES REPRÉSENTATIVES

SECTION X-7 - FINANCEMENT DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES REPRÉSENTATIVES

Version 1

Art. X+46. L'article 36nonies de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 2003 et modifié par la loi du 11 août 2017, est complété par la phrase suivante :

Art. X+46. Artikel 36nonies van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt aangevuld met de volgende zin:

« L'intervention financière se compose d'un montant de base et d'un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux accords. »

Art. X+47. La présente section entre en **vigueur le 1er janvier 2026.**

Version 2

Art. X+46.

A l'article 36nonies de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 2003 et modifié par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « de conventions ou » sont abrogés ;

2° l'article est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« L'intervention financière visée dans l'alinéa 1er se compose d'un montant de base et d'un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux accords.

»Le montant complémentaire s'élève au **maximum à vingt pour cent** de l'intervention totale pour le secteur ou l'organisation professionnelle concerné. »

Version 3

...

« L'intervention financière visée dans l'alinéa 1er se compose d'un montant de base et d'un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux accords.

Le montant complémentaire s'élève à quinze pour cent de l'intervention totale pour le secteur ou l'organisation professionnelle concerné. Le Roi fixe, sur proposition de la commission d'accords concernée, les modalités selon lesquelles le montant de base et le montant complémentaire sont déterminés et répartis. **En l'absence de proposition de la commission d'accords concernée, le Roi fixe ces modalités par arrêté délibéré en Conseil des ministres. »**

EXPOSÉ DES MOTIFS SUR LE FINANCEMENT DES ORGANISMES PROFESSIONNELS

Version 1

L'article 36nonies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit une habilitation au Roi afin de déterminer les conditions et les modalités du financement des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins pour le travail que ces organisations effectuent dans les instances siégeant au sein de l'INAMI. **Cet article instaure le principe d'un lien entre ce financement et le nombre de conventionnés dans le secteur concerné.**

Version 2

L'article 36nonies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit une habilitation au Roi afin de déterminer, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée, les conditions et les modalités du financement des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins pour le travail que ces organisations effectuent dans les instances siégeant au sein de l'INAMI. Cet article instaure le principe d'un lien entre ce financement et le nombre de conventionnés dans le secteur concerné. **Le financement variable peut s'élever au maximum à vingt pour cent du financement global par secteur et/ou organisation professionnelle.** La référence aux commissions de conventions est supprimée étant donné que les termes « commissions d'accords » seront désormais utilisés pour tous les secteurs.

Version 3

L'article 36nonies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit une habilitation au Roi afin de déterminer, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée, les conditions et les modalités du financement des

organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins pour le travail que ces organisations effectuent dans les instances siégeant au sein de l'INAMI. Cet article instaure **le principe d'un lien entre ce financement et le nombre de conventionnés dans le secteur concerné.**

Le **financement variable s'élève à quinze pour cent du financement global par secteur et/ou organisation professionnelle.** Le Roi détermine, sur proposition de la commission d'accords concernée -et en l'absence d'une telle proposition, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres-, les modalités de fixation et de répartition des montants fixes (il peut s'agir d'un montant par organisation et/ou d'un montant par vote ou membre) et variables. L'insertion de ces dispositions légales **ne portent pas atteinte aux modalités de financement existantes en la matière, qui visent à une répartition équilibrée** du financement entre les différents secteurs ainsi qu'entre les différentes organisations professionnelles représentatives par secteur. Pour les secteurs où se déroulent des élections telles que visées à l'article 211 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ces dispositions ne sortiront leurs effets **qu'à partir de la première élection après l'entrée en vigueur** de la présente disposition.

La référence aux commissions de conventions est supprimée étant donné que les termes « commissions d'accords » seront désormais utilisés pour tous les secteurs.

THÈME : L'UTILISATION OBLIGATOIRE DES SERVICES ÉLECTRONIQUES PAR LES PRESTATAIRES DE SOINS

SECTION X-8 - UTILISATION OBLIGATOIRE DES SERVICES ÉLECTRONIQUES PAR LES PRESTATAIRES DE SOINS

Version 1

Art. X+48. L'article 53, § 1er, alinéa 6, de la même loi, est remplacé par ce qui suit :

« Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 prend effet le 1er juillet 2015 pour les infirmiers dans le cadre du régime du tiers payant, et le **1er juillet 2026** pour les kinésithérapeutes en ce qui concerne les notifications électroniques et les demandes d'accord électroniques ainsi que le transfert de données électronique dans ou en dehors du régime du tiers payant. Tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1er janvier 2029, de la possibilité d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales donnant lieu à une intervention de l'assurance. Tous les dispensateurs de soins disposeront aussi, **au plus tard le 1er janvier 2029**, de tous les services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. L'obligation visée à l'alinéa 2 d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales prendra effet au plus tard le 1er janvier 2030 pour tous les dispensateurs de soins. Au 1er janvier 2030, il deviendra aussi obligatoire pour tous les dispensateurs de soins d'utiliser les autres services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. Le Roi peut prévoir des exceptions. »

Version 2

1 juillet 2026 est modifié et devient: 1 janvier 2027

Ajout:

Les obligations prévues au présent alinéa ne s'appliquent pas lorsque la facturation a lieu en dehors du cabinet du dispensateur de soins et que la facturation électronique n'est techniquement pas possible, en cas de force majeure qui rend la transmission électronique de données impossible et si le dispensateur de soins a atteint l'âge de 67 ans au 1er janvier 2027. Le Roi peut, moyennant avis conforme de la commission d'accord compétente ou, à défaut de commission compétente, du Comité de l'assurance, adapter ces prévoir des exceptions ou en rajouter. »

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS UTILISATION OBLIGATOIRE DES SERVICES ÉLECTRONIQUES PAR LES PRESTATAIRES DE SOINS

Art. X+48

Cet article vise à compléter la procédure prévue à l'article 53, § 1er, de la loi coordonnée afin de rendre obligatoire le transfert de données numérique dans et/ou en dehors du cadre du régime du tiers payant entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

Le transfert numérique des données entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs en dehors du cadre du régime du tiers payant s'effectue via le service MyCarenet eAttest. Dans ce cadre, l'assuré social paie l'intégralité des honoraires au dispensateur de soins, qui envoie ensuite un eAttest à l'organisme assureur de l'assuré social, ce qui a pour conséquence que l'organisme assureur verse l'intervention prévue par l'assurance obligatoire à l'assuré social. Le transfert numérique des données entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant s'effectue via le service de facturation électronique de MyCarenet. Le dispensateur de soins facture dans ce cas directement à l'organisme assureur de l'assuré social le montant pris en charge par l'assurance obligatoire. L'assuré social paie au dispensateur de soins la part du coût des prestations médicales qui est à sa charge. La transmission numérique des données dans le cadre du régime du tiers payant est déjà obligatoire pour les hôpitaux, les laboratoires, les infirmiers à domicile et les maisons médicales en ce qui concerne les forfaits.

À partir du 1er septembre 2025, la transmission numérique des données dans et en dehors du cadre du régime du

tiers payant est rendue obligatoire pour les médecins généralistes, les spécialistes et les dentistes. Ces obligations découlent de la procédure prévue à l'article 53, § 1er, alinéas 2, 3 et 4, de la loi coordonnée. Cette procédure a également été suivie pour les laboratoires.

Ce processus prévoit que le Roi fixe la date à partir de laquelle le transfert numérique de données dans et/ou en dehors du cadre du régime du tiers payant est disponible pour une catégorie professionnelle. Deux ans après cette date, le transfert numérique de données dans et/ou en dehors du régime du tiers payant devient obligatoire pour la catégorie professionnelle concernée.

Pour les infirmiers à domicile, la loi stipule clairement que la transmission numérique des données dans le cadre du régime du tiers payant est obligatoire depuis le 1er juillet 2015.

De la même manière, il est proposé de stipuler directement dans la loi que les kinésithérapeutes seront tenus, à compter du ~~1er juillet 2026~~, **1er janvier 2027 (version 2)**, d'utiliser les services suivants de transmission de données électroniques aux organismes assureurs :

- Transmission numérique de données dans le cadre du régime du tiers payant (service de facturation électronique de MyCarenet) ;
- Transmission numérique de données en dehors du cadre du régime du tiers payant (service eAttest de MyCarenet) ;
- Notifications et demandes d'accord numériques (service eAgreement de MyCarenet).

Les services susmentionnés sont déjà développés pour les kinésithérapeutes depuis le 1er septembre 2023. Cette disposition législative vise à stipuler directement dans la loi que les kinésithérapeutes sont tenus d'utiliser ces services à partir du ~~1er juillet 2026~~, **1er janvier 2027 (version 2)**

De manière plus générale, il est proposé d'indiquer dans la loi coordonnée que tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1er janvier 2029, de la possibilité d'attester numériquement les prestations médicales (= transfert numérique de données en dehors du cadre du régime du tiers payant), et/ou de les facturer numériquement (= transfert numérique de données dans le cadre du régime du tiers payant) dans le cadre de l'assurance obligatoire ou des deux possibilités, selon les spécificités liées à la facturation dans le secteur concerné.

Pour le 1er janvier 2029 au plus tard, tous les dispensateurs de soins, également selon les spécificités du secteur concerné, disposeront aussi de tous les services électroniques nécessaires, dans le cadre des interventions de l'assurance obligatoire, pour consulter ou communiquer des données aux organismes assureurs.

Certains de ces services électroniques existent déjà mais doivent, pour certains parmi ceux-ci, être étendus à d'autres secteurs de dispensateurs de soins : member data pour consulter des données concernant l'assuré social, eTarif pour obtenir le tarif d'une prestation médicale, chapitre IV pour demander ou consulter des accords médecin-conseil pour des médicaments, eAgreement pour demander ou consulter d'autres accords médecin-conseil et envoyer des notifications aux organismes assureurs, les services médico-administratifs pour échanger de l'information « médico-administrative » avec les organismes assureurs, et eDMG pour la gestion du dossier médical global ou pour consulter l'identité du médecin-généraliste détenteur du DMG pour un assuré social.

D'autres services électroniques sont prévus mais doivent encore être mis à disposition des dispensateurs de soins : e.a. eAgreement light pour demander ou consulter des accords médecin-conseil simples pour lesquels le service eAgreement ne peut pas être utilisé, et eDoc2Mut pour échanger entre autres des formulaires ou demandes pour le compte de leurs patients de manière électronique avec les organismes assureurs.

Les dispensateurs de soins peuvent transmettre aux organismes assureurs, par la plateforme sécurisée MyCareNet, uniquement des documents originaux sous forme digitale couverts par l'article 9bis de la loi SSI. Cet article est une disposition transversale permettant de digitaliser tout document papier prévu par ou en vertu de cette même loi SSI en respectant les conditions prévues la législation eHealth concernant la force probante.

Une délibération du comité de sécurité de l'information est nécessaire ainsi que, conformément à l'article 9bis, alinéa 2, de la loi SSI, un règlement du comité de l'assurance fixant les modalités pratiques de ces échanges d'informations. Ce même article 9bis de la loi SSI s'applique peu importe l'acteur qui transmet des documents digitaux aux organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Par dérogation au principe d'utilisation de documents originaux dans le cadre de l'article 9bis précité, il est proposé à l'article X+48 de ce projet de loi une exception pour la transmission par l'assuré social à son organisme assureur de documents nécessaires à la gestion de son dossier d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict. Cette dérogation ne s'applique pas à d'autres documents transmis par l'assuré social à son organisme assureur et ne s'applique pas non plus à l'ensemble des documents transmis par les dispensateurs de soins aux organismes assureurs.

Au plus tard le 1er janvier 2030, l'utilisation du transfert numérique de données dans et/ou en dehors du cadre du régime du tiers payant deviendra obligatoire pour toutes les professions qui fournissent des prestations médicales donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire

Au 1er janvier 2030, il deviendra également obligatoire pour toutes les professions d'utiliser les autres services électroniques pour consulter et échanger des données aux organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Version 2 ajoute ici:

Ces obligations ne vaudront pas dans les situations d'exception suivantes, dans lesquelles la transmission pourra se faire exceptionnellement par papier :

1. si la facturation a lieu en dehors du cabinet du dispensateur de soins et si la facturation électronique n'est techniquement pas possible ;
2. en cas de force majeure qui rend la transmission de données électronique impossible ;
3. si le dispensateur de soins a atteint l'âge de 67 ans à la date du 1er janvier 2027.

~~Une compétence est accordée au Roi pour prévoir des exceptions entre autres :~~

Une compétence est accordée au Roi pour adapter les situations d'exceptions précitées et/ou pour prévoir des d'autres exceptions entre autres : (version 2)

- pour une catégorie professionnelle, continuer à utiliser des attestations de soins donnés papier après le 1er janvier 2030 (= l'utilisation obligatoire du transfert de données numériques dans et/ou en dehors du régime du tiers payant n'entrera pas en vigueur le 1er janvier 2030)
- pour une catégorie professionnelle, continuer à utiliser des formulaires papiers dans le cadre de l'assurance obligatoire après le 1er janvier 2030 (= l'utilisation obligatoire d'eAgreement light n'entrera pas en vigueur le 1er janvier 2030) ;
- pour une catégorie professionnelle pour laquelle la transmission numérique des données dans et/ou en dehors du régime du tiers payant deviendra obligatoire le 1er janvier 2030, pour des situations bien déterminées dans lesquelles l'utilisation d'attestations de soins donnés papier pourra se poursuivre après le 1er janvier 2030.

Version 2:

~~pour une catégorie professionnelle pour laquelle la transmission numérique des données dans et/ou en dehors du régime du tiers payant deviendra obligatoire le 1er janvier 2030, pour des situations bien déterminées dans lesquelles l'utilisation d'attestations de soins donnés papier pourra se poursuivre après le 1er janvier 2030.~~

Les situations d'exceptions à la facturation électronique obligatoire dans en en dehors **du tiers payant** qui sont prévues spécifiquement pour les médecins et dentistes aux arrêtés royaux du 28 juin 2023 forment une lex specialis : les adaptations proposées à la présente section sont sans influence sur celles-ci.

Version 3:

Idem

THÈME : NUMÉROS INAMI

SECTION X-9 - NUMÉROS INAMI

Version 1

Art. X+49. L'article 53 de la même loi est complété par un paragraphe 6, rédigé comme suit :

« § 6. Le dispensateur de soins ne peut attester des prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance que par la remise au bénéficiaire ou, en cas d'application du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, d'une attestation de soins donnés ou d'une attestation de fournitures ou d'un document équivalent, ou au moyen du transfert de données électronique à l'organisme assureur s'il dispose d'un numéro actif attribué par l'Institut. Le numéro est automatiquement suspendu durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Le numéro visé à l'alinéa 1er peut également être utilisé aux fins prévues par la présente loi coordonnée ou en vertu de celle-ci.

Le Roi peut fixer des modalités relatives à l'attribution, à l'utilisation et au retrait du numéro INAMI visé à l'alinéa 1er. »

Version 2

L'article 53 de la même loi est complété par un paragraphe 6, rédigé comme suit :

« § 6. Le dispensateur de soins peut uniquement attester des prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance s'il dispose d'un numéro actif attribué par l'Institut.

Le numéro est automatiquement suspendu durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Le dispensateur de soins peut porter en compte pendant la période d'interdiction les prestations dont la date de prestation est antérieure à cette période d'interdiction. »

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS EN MATIÈRE DE SUSPENSION DE NUMÉROS INAMI

Art. X+49 version 1

Cet article vise à ancrer dans la loi coordonnée le principe fondamental selon lequel les dispensateurs de soins doivent disposer d'un numéro INAMI actif, attribué par l'INAMI, afin de pouvoir facturer des prestations à l'assurance maladie obligatoire (tiers payant) ou d'attester des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Par « actif », on entend que le numéro ne peut être utilisé que par le dispensateur de soins concerné s'il n'a pas été suspendu par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI dans le cadre de l'application de la législation.

Le numéro ne sera pas non plus actif durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession. Lorsque le visa du dispensateur de soins est révoqué par exemple, le dispensateur de soins n'est pas autorisé à exercer la médecine et il est donc logique que le numéro de l'INAMI soit également suspendu. A ce moment-là, le dispensateur de soins ne disposera plus d'un numéro actif.

Ce dispensateur de soins se trouvera donc dans la même situation qu'un dispensateur de soins auquel les juridictions administratives ont imposé la suspension du numéro INAMI comme sanction alternative. Cela signifie que le dispensateur de soins doit informer l'assuré de la suspension du numéro INAMI et que ce qui est prévu à l'article 142, § 1er/1, dernier alinéa, s'applique également.

Il est également précisé que le numéro INAMI susmentionné peut également servir à d'autres fins mentionnées dans la réglementation relative à l'assurance maladie obligatoire.

Le Roi est habilité à fixer des modalités pour l'octroi, l'utilisation et le retrait d'un numéro INAMI pour des raisons autres que le contrôle.

Logiquement, la procédure de demande peut prévoir que le dispensateur de soins concerné doit déjà être reconnu et/ou habilité par les instances compétentes à exercer des soins comme condition préalable à l'obtention d'un numéro INAMI.

Art. X+49 version 2

Cet article vise à ancrer dans la loi coordonnée le principe fondamental selon lequel les dispensateurs de soins doivent disposer d'un numéro INAMI actif, attribué par l'INAMI, afin de pouvoir **attester et/ou facturer des prestations** à l'assurance maladie obligatoire.

Par « actif », on entend que le numéro ne peut être utilisé que par le dispensateur de soins concerné s'il n'a pas été **suspendu par les juridictions administratives installées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI** et à la demande de ce Service dans le cadre de l'application de la législation.

Le numéro ne sera pas non plus actif durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Si, par exemple, **le visa du dispensateur de soins est retiré, le dispensateur de soins n'est plus autorisé à exercer la profession et il est donc logique que le numéro INAMI soit également suspendu**. A ce moment-là, le dispensateur de soins ne disposera plus d'un numéro actif.

Ce dispensateur de soins se trouvera donc dans la même situation qu'un dispensateur de soins auquel les juridictions administratives installées auprès du SECM ont imposé la suspension du numéro INAMI comme sanction alternative. Cela signifie que le dispensateur de soins doit informer l'assuré de la suspension du numéro INAMI et que ce qui est prévu à l'article 142, § 1er/1, dernier alinéa, s'applique également.

Dans le cadre du tiers payant, les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction d'exercer la profession ne sont pas remboursées par les organismes assureurs au dispensateur de soins concerné.

En dehors du tiers payant, pour les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction d'exercer la profession, l'organisme assureur peut rembourser l'assuré et récupérer ensuite le montant indûment remboursé auprès du dispensateur de soins.

Art. X+49 version 2

idem

AUTORITÉ DE PROTECTION DES DONNÉES EN RAPPORT AVEC L'ART. X + 49 (AVIS N° 91/2025)

Le 29/09/2025, le Service d'autorisation et de conseil de l'Autorité de protection des données (ci-après « l'Autorité ») a émis l'avis suivant : les conditions et règles relatives à l'attribution du numéro INAMI ne peuvent pas être déterminées par le Comité de l'assurance. Pour l'autorité de protection des données, il n'est pas admissible que les conditions et les catégories de données collectées en vue de l'attribution d'un numéro INAMI relèvent de la compétence normative du comité de l'assurance.

L'Autorité de protection des données a justifié cette position comme suit :

« Cet article vise à ancrer dans la loi coordonnée le principe fondamental selon lequel les dispensateurs de soins doivent disposer d'un numéro INAMI actif, attribué par l'INAMI, afin de pouvoir attester et/ou facturer des prestations à l'assurance maladie obligatoire. Par "actif", on entend que le numéro ne peut être utilisé que par le dispensateur de soins concerné s'il n'a pas été suspendu par les juridictions administratives installées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et à la demande de ce Service dans le cadre de l'application de la législation (voir l'article X+52 de l'avant-projet). Le numéro ne sera pas non plus actif durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession. Le Comité de l'assurance se voit confier la compétence de fixer les règles relatives à l'octroi du numéro INAMI conformément à l'article 22, 11° de la loi SSI. À cet égard, voir également l'article 6, § 8 Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

(https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/verordening_28_juli_2003_art_6_par_1bis.pdf)

: Le numéro INAMI d'identification, d'inscription ou d'agrément, visé au présent article et dans les annexes auxquelles celui-ci réfère, est le numéro d'identification établi pour chaque dispensateur de soins selon des règles fixées par le Comité de l'assurance. »

En ce qui concerne la compétence du Comité de l'assurance, l'Autorité rappelle la pratique consultative établie de la section législative du Conseil d'État concernant l'octroi d'un pouvoir réglementaire à un organisme public qui n'a pas de responsabilité politique vis-à-vis d'une assemblée démocratiquement

élue. Selon cette **pratique consultative, cela est en principe inadmissible**, car cela viole le principe de l'unité du pouvoir réglementaire et le principe de la responsabilité politique des ministres. En outre, elle ne présente pas les garanties associées à la réglementation traditionnelle, telles que celles relatives à la publication, au contrôle préventif de la section législative du Conseil d'État et à une place claire dans la hiérarchie des normes. Dans ce contexte, il convient de noter que l'attribution d'un pouvoir normatif à une institution publique ne peut se justifier que pour des raisons pratiques et dans la mesure où ces délégations ont une portée très limitée ou essentiellement technique, et l'on peut supposer que l'institution qui doit appliquer ou contrôler la réglementation en question est également la mieux placée pour l'élaborer en toute connaissance de cause. Toutefois, il semble que la détermination des conditions et des catégories de données collectées en vue de l'attribution d'un numéro INAMI (procédure de demande) ne puisse pas relever du pouvoir normatif limité qui peut être accordé au Comité de l'assurance. La disposition de l'avant-projet devrait être révisée pour tenir compte de cette observation. »

Le mandataire (de l'INAMI) a confirmé à l'Autorité que l'obtention d'un numéro INAMI en tant que prestataire de soins doit répondre à trois conditions préalables, à savoir :

- avoir obtenu un visa délivré par le SPF Santé publique, obligatoire pour pouvoir exercer en Belgique en tant que médecin.
- être inscrit auprès de l'Ordre des médecins.
- avoir une adresse de contact en Belgique.

Le mandataire a ensuite complété comme suit : « L'INAMI attribue des numéros sur la base de listes transmises par le SPF SPSCAE

(NdT : Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) via un serveur sécurisé ou sur demande individuelle.

Dans le cadre des listes, les données suivantes sont traitées : numéro national, prénom, sexe, date de naissance, langue de contact, coordonnées, numéro d'ordre et date d'inscription à l'Ordre et province de l'Ordre, autorité chargée de l'agrément, "thème" (plan de stage approuvé, modification du plan de stage ou agrément), le cas échéant période du plan de stage, "contexte" (par ex. agrément pour un titre de base ou un titre particulier niv. 3), spécialité. Les demandes individuelles se font via le formulaire de demande tel que mentionné sur notre site Internet

(<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/exercice-du-metier/obtenir-votre-numero-inami-comme-medecin>). »

THÈME : APPLICATION - SECM

SECTION X+10 - ÉVALUATION ET CONTRÔLE MÉDICAUX

Version 1

Art. X+50. Dans le Titre II de la même loi, il est inséré un article 13/3 rédigé comme suit :

« Art. 13/3. Les membres des organes de gestion ou d'autres organes de l'Institut et de ses services spéciaux prévus par la présente loi, ne peuvent être nommés si, dans les cinq années précédant leur nomination, ils ont été condamnés par les organes des articles 143 et 144 pour une infraction visée à l'article 73bis ou par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social. Ces membres ne peuvent pas non plus être nommés quand ils ont encore une dette à l'égard de l'Institut. Le Roi met fin anticipativement au mandat d'un membre qui ne remplit plus les conditions de nomination. »

Version 2

~~**Art. X+50.** Dans le Titre II de la même loi, il est inséré un article 13/3 rédigé comme suit :~~

~~« Art. 13/3. Les membres des organes de gestion ou d'autres organes de l'Institut et de ses services spéciaux prévus par la présente loi, ne peuvent être nommés si, dans les cinq années précédant leur nomination, ils ont été condamnés par les organes des articles 143 et 144 pour une infraction visée à l'article 73bis ou par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social. Ces membres ne peuvent pas non plus être nommés quand ils ont encore une dette à l'égard de l'Institut. Le Roi met fin anticipativement au mandat d'un membre qui ne remplit plus les conditions de nomination. »~~

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet article a été supprimé.

Version 1

Art. X+51.
L'article 73, § 1er, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est complété par un alinéa, rédigé comme suit :

« Les dispensateurs de soins sont également tenus d'informer clairement les bénéficiaires de la suspension de leur numéro INAMI ou de l'interdiction d'appliquer le système de tiers payant qui leur est imposée par les organes visés à l'article 144, § 1er. Le Roi peut fixer les modalités d'application pratique en rapport avec l'information que les dispensateurs de soins doivent communiquer aux bénéficiaires à cet égard. »

Art. X+52.
A l'article 73bis, alinéa 1er, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, le 1° est complété par les mots « ou durant une période de suspension du numéro Inami ».

Version 2

[Art. X+51. devient X+50](#)
[Art.X+52. Devient X+51](#)

Version 3

Idem

Art. X+50

Le § 1er de l'article 73 impose déjà une obligation d'information aux dispensateurs de soins à l'égard des bénéficiaires concernant leur adhésion ou non aux accords.

Il paraît donc logique de prévoir également dans cet article une obligation similaire lorsque une mesure de suspension du numéro Inami ou une interdiction du tiers payant est prise par les organes visés à l'article 144, § 1er, de la loi.

Le dispensateur **de soins doit respecter cette obligation avant d'exécuter toute prestation. Ainsi, les bénéficiaires sont libres de décider en toute connaissance de cause de consulter ce dispensateur de soins ou un autre.**

Comme pour l'obligation d'information relative au « statut conventionnel », il est également prévu ici que le Roi puisse préciser les modalités d'application. Il peut s'agir, par exemple, d'une mention obligatoire sur le site web du prestataire de soins, un affichage,...

Art. X+51

Version 1

Par analogie avec ce qui est actuellement prévu pour un dispensateur de soins qui effectue ou prescrit des prestations pendant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession, la même infraction est prévue pour la période de suspension du numéro de l'INAMI.

Pendant cette période, le dispensateur de soins ne peut pas porter en compte ni attester à l'assurance soins de santé.

Dans l'hypothèse où le dispensateur de soins tenterait tout de même de le faire, ces prestations pourraient être qualifiées d'infractions au sens de l'article 73bis, 1° de la loi SSI.

Dans ce cas, le remboursement sera poursuivi par le SECM et non par un organisme assureur.

Version 2

Par analogie avec ce qui est actuellement prévu pour un dispensateur de soins qui effectue ou prescrit des prestations pendant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession, la même infraction est prévue pour la période de suspension du numéro de l'INAMI.

Pendant cette période, le dispensateur de soins ne peut pas porter en compte ni attester à l'assurance soins de santé.

Si le dispensateur de soins tentait tout de même de le faire, et que les organismes assureurs payaient le dispensateur de soins ou l'assuré, ces prestations pourraient être qualifiées d'infractions au sens de l'article 73bis, 1° de la loi SSI.

Dans ce cas, et à défaut de récupération de l'indu par l'organisme assureur, le remboursement sera poursuivi par le SECM auprès du dispensateur de soins concerné.

Cette infraction est donc prévue pour couvrir tous les cas de figures.

Version 3

Par analogie avec ce qui est actuellement prévu pour un dispensateur de soins qui effectue ou prescrit des prestations pendant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession, la même infraction est prévue pour la période de suspension du numéro de l'INAMI.

Pendant cette période, le dispensateur de soins ne peut pas porter en compte ni attester à l'assurance soins de santé.

Si le dispensateur de soins tentait tout de même de le faire, et que les organismes assureurs payaient le dispensateur de soins ou l'assuré, ces prestations pourraient être qualifiées d'infractions au sens de l'article 73bis, 1° de la loi SSI.

Dans ce cas, et à défaut de récupération de l'indu par l'organisme assureur, le remboursement sera poursuivi par le SECM auprès du dispensateur de soins concerné.

Cette infraction est donc prévue pour couvrir tous les cas de figures.

Conclusion :

La suspension du numéro INAMI n'empêche pas l'exercice de la médecine, mais bien le remboursement au patient par l'assurance maladie des prestations réalisées. Il convient de noter qu'un numéro INAMI est nécessaire pour prescrire des médicaments et demander des examens techniques dans le cadre du système de remboursement.

Art. X+53 (devenu X+52 à partir de la 2ième version)

Dans l'article 142 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, il est inséré un §1er/1, rédigé comme suit :

« §1er/1. Dans les cas prévus à **l'article 144, § 2, 1°**, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les Chambres de première instance et les Chambres de recours **peuvent imposer la suspension du numéro Inami comme alternative à l'amende administrative.**

Cette suspension peut être imposée **pour une durée de minimum un mois à maximum deux ans.**

La date de l'entrée en vigueur de la suspension et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée. Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte ni attester dans le cadre de l'assurance soins de santé les prestations dont la date de prestation est comprise dans la période de suspension, même après la période de suspension.

Simultanément à la notification visée à l'article 156, § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant la suspension.

La valeur des prestations versées à un bénéficiaire est remboursée à l'organisme assureur par le dispensateur de soins qui n'a pas respecté la suspension. »

Art. 144.

(°) § 1. 1er. Après du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, sont installées des Chambres de première instance et des Chambres de recours, juridictions administratives visées à l'article 161 de la Constitution.

§ 2. [M – Loi (div) (I) 29-3-12 – M.B. 30-3 – éd. 3 – art. 2]

Les Chambres de première instance [ont une compétence de pleine juridiction pour connaître]:

1° des infractions aux dispositions **de l'article 73bis**, sous réserve des infractions qui relèvent de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant comme mentionné à l'article 143;

(Fonctionnaire-dirigeant: si 73bis (1°,2°,3°,4°: quand la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 35.000 euros) en 5°,6°,7°,8°,9°,10°

Art.73 bis

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er : [M – Loi (div) (I) 29-3-12 – M.B. 30-3 – éd. 3 – art. 35; M – Loi 10-4-14 – M.B. 30-4 – éd. 1 – art. 86]

1. de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies [ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession]; [M – Loi (div) (I) 29-3-12 – M.B. 30-3 – éd. 3 – art. 35; M – Loi (div) 30-10-18 – M.B. 16- 11 – art. 5]
2. de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi [et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession];
3. de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations effectuées ne sont ni curatives ni préventives au sens de l'article 34;
4. d'exécuter des prestations visées à l'article 34, superflues ou inutilement onéreuses au sens de l'article 73;
5. de prescrire des prestations visées à l'article 34, superflues ou inutilement onéreuses au sens de l'article 73;

6. de prescrire des spécialités pharmaceutiques visées à l'article 35bis, § 10, alinéa 2, en dépassant les seuils fixés par les indicateurs et en respectant insuffisamment les recommandations visées à l'article 73, § 2, alinéa 2; [R – Loi (div) 18-12-16 – M.B. 27-12 – art. 25]
7. [de ne pas délivrer les documents réglementaires lorsque leur délivrance est obligatoire ou de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires qui sont irréguliers sans que les conditions de remboursement des prestations de santé soient mises en cause;]
8. d'inciter les dispensateurs de soins à la prescription ou à l'exécution des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

Version 2

Art. X+52

Dans l'article 142 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, il est inséré un §1er/1, rédigé comme suit :

« §1er/1. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, imposer la **suspension du numéro INAMI comme alternative à l'amende administrative pour les infractions prévues à l'article 73bis, 1° à 4°, quand la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros.**

Cette suspension peut être imposée pour une durée de minimum un mois à maximum deux ans.

La date de l'entrée en vigueur de la suspension et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée. Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte ni attester dans le cadre de l'assurance soins de santé les prestations dont la date de prestation est comprise dans la période de suspension, même après la période de suspension.

Simultanément à la notification visée à l'article 156, § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant la suspension.

La valeur des prestations versées à un bénéficiaire est remboursée à l'organisme assureur par le dispensateur de soins qui n'a pas respecté la suspension. »

Art. X+53.

A l'article 218, § 2, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit : « L'Institut met à la disposition du public, sur son site internet, **la liste des dispensateurs de soins qui disposent d'un numéro attribué par l'Institut.** Cette liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d'adhésion aux accords. Pour les médecins et praticiens de l'art dentaire qui ont adhéré partiellement aux accords, les jours et heures de ceux-ci pour lesquels ils n'ont pas adhéré sont également mentionnés. Cette liste contient également les numéros Inami des dispensateurs de soins et si ce numéro est temporairement suspendu ou non. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1, la liste le mentionne également. »

Version 3

Idem

CONCLUSION : PAS D'ADAPTATION SUBSTANTIELLE PAR RAPPORT À LA VERSION 1 ET À LA VERSION 2. CELA SIGNIFIE QU'IL EST LOIN DE S'OCCUPER UNIQUEMENT DE LA FRAUDE GRAVE COMME LE MINISTRE L'A TOUJOURS PRÉTENDU !!! LES EXEMPLES AVANCÉS ÉTAIENT LES CAS LES PLUS EXTRÊMES POUR OBTENIR CE QUE LE MINISTRE VOULAIT, MAIS LE CONTENU DU TEXTE DE LA VERSION 3 DE L'AVANT PROJET DE LOI CADRE ENGLOBE ÉGALEMENT DES CAS QUI N'ONT **RIEN À VOIR AVEC DE LA FRAUDE.**

EXPOSÉ DES MOTIFS EN CAS DE SUSPENSION DU NUMÉRO INAMI EN TANT QU'ALTERNATIVE À UNE AMENDE ADMINISTRATIVE - X-52 - X-53

Art. X+52 Version 1

De la jurisprudence des juridictions administratives, il apparaît que l'amende administrative a un double objectif (par exemple, KvB 12 mars 2024, NB-005-23). D'une part, l'amende sert à punir le dispensateur de soins et, d'autre part, elle sert à dissuader le dispensateur de soins de commettre encore une infraction à l'avenir.

Cependant, nous constatons que certains dispensateurs de soins n'exécutent pas les décisions définitives et ne paient donc pas leurs amendes administratives, ou que l'amende ne les incite pas à modifier leur comportement en matière de tarification. Il s'agit là de deux exemples de situations où une mesure alternative est plus appropriée.

C'est pourquoi est créée la possibilité pour les juridictions administratives de remplacer l'amende administrative par une suspension du numéro INAMI. Cette mesure alternative permet d'avoir un effet concret plus rapidement que ne le permet l'amende administrative. En effet, un dispensateur de soins a besoin d'un numéro INAMI pour pouvoir porter en compte les soins à l'assurance soins de santé et pour pouvoir attester à l'assuré. Cette mesure peut être imposée pour une certaine durée, allant d'un minimum d'un mois à un maximum de deux ans. Le maximum a été fixé à deux ans, par analogie avec la suspension maximale possible d'un médecin par les instances déontologiques compétentes.

Les organismes assureurs doivent être informés de cette mesure afin d'en assurer le suivi.

Selon le nouvel article 73, §1, dernier alinéa de la loi SSI, le dispensateur de soins est tenu d'informer clairement les bénéficiaires de la suspension de son numéro INAMI et de ses conséquences pour le bénéficiaire, en plus de son statut conventionnel.

De cette manière, l'équilibre entre les droits de l'assuré à l'information et le droit du prestataire de soins de santé concerné à protéger ses données est respecté.

Le libre choix de l'assuré n'est pas affecté.

Lorsqu'un assuré contacte un dispensateur de soins, c'est à ce dernier de communiquer que son numéro INAMI a été temporairement suspendu. Ce faisant, il n'a pas à communiquer de détails, ni à rendre publique, par exemple, une copie de la décision de la juridiction administrative qui a imposé la mesure.

Supposons que l'assuré choisisse cependant d'être traité par ce dispensateur de soins, l'assuré fait ce choix en étant conscient des conséquences financières qui en découlent. L'assuré sait à ce moment-là que le dispensateur de soins n'est pas autorisé à facturer ou à attester dans le cadre de l'assurance soins de santé.

Supposons que le dispensateur de soins n'ait pas informé l'assuré, qu'il l'ait soigné et qu'il établisse ensuite, par exemple, une attestation de soins donnés en utilisant son numéro INAMI, l'assuré remettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur sans méfiance. À ce moment, si le dispensateur de soins de santé rédige l'attestation de soins donnés comme si aucune mesure ne lui avait été imposée et qu'il utilise donc son numéro INAMI malgré le fait qu'il a été suspendu, l'organisme assureur remboursera effectivement la prestation à l'assuré et la récupérera ensuite auprès du dispensateur de soins.

Si le dispensateur de soins facture la prestation via le système du tiers payant, l'organisme assureur bloque le paiement au dispensateur. Si l'organisme assureur paye quand même le dispensateur de soins, il peut ensuite récupérer ce montant auprès du dispensateur de soins.

Un assuré ne doit pas être victime d'un dispensateur de soins qui ne respecte pas la mesure qui lui a été imposée et son obligation d'information.

Art. X+52 Version 2

De la jurisprudence des juridictions administratives, il apparaît que l'amende administrative a un double objectif (par exemple, KvB 12 mars 2024, NB-005-23). D'une part, l'amende sert à punir le dispensateur de soins et, d'autre part, elle sert à dissuader le dispensateur de soins de commettre encore une infraction à l'avenir.

Cependant, nous constatons que certains dispensateurs de soins n'exécutent pas les décisions définitives et ne paient donc pas leurs amendes administratives, ou que l'amende ne les incite pas à modifier leur comportement en matière de tarification. Il s'agit là de deux exemples de situations où une mesure alternative est plus appropriée.

C'est pourquoi est créée la possibilité pour les juridictions administratives de remplacer l'amende administrative par une suspension du numéro INAMI. Le numéro dont la base légale est également créée dans ce projet.

Cette mesure ne pourra être imposée que par les juridictions administratives pour les affaires relevant « en première instance » de la compétence des Chambres de première instance. Ainsi, la possibilité d'imposer la mesure alternative est limitée aux infractions prévues à l'article 73bis, 1° à 4° de la loi SSI lorsque la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros. Il s'agit donc de dossiers qui ne relèvent pas « en première instance » de la compétence du Fonctionnaire dirigeant telle que définie à l'article 143, §1

Les juridictions administratives sont présidées par un président, juge en exercice ou émérite, et sont en outre composées à parts égales de deux membres présentés par les organismes assureurs et de deux membres présentés par la catégorie professionnelle concernée. Cette composition leur permet d'apprécier la gravité des faits et de peser la mesure la plus appropriée aux faits constatés.

La mesure alternative permet d'avoir un effet concret plus rapidement que ne le permet l'amende administrative. En effet, un dispensateur de soins a besoin d'un numéro INAMI pour pouvoir porter en compte les soins à l'assurance

soins de santé et pour pouvoir attester à l'assuré. Cette mesure peut être imposée pour une certaine durée, allant d'un minimum d'un mois à un maximum de deux ans. Le maximum a été fixé à deux ans, par analogie avec la suspension maximale possible d'un médecin par les instances déontologiques compétentes.

Les organismes assureurs doivent être informés de cette mesure afin d'en assurer le suivi.

Selon le nouvel article 73, §1, dernier alinéa de la loi SSI, le dispensateur de soins est tenu d'informer clairement les bénéficiaires de la suspension de son numéro INAMI et de ses conséquences pour le bénéficiaire, en plus de son statut conventionnel.

De cette manière, l'équilibre entre les droits de l'assuré à l'information et le droit du prestataire de soins de santé concerné à protéger ses données est respecté.

Le libre choix de l'assuré n'est pas affecté.

Lorsqu'un assuré contacte un dispensateur de soins, c'est à ce dernier de communiquer que son numéro INAMI a été temporairement suspendu. Ce faisant, il n'a pas à communiquer de détails, ni à rendre publique, par exemple, une copie de la décision de la juridiction administrative qui a imposé la mesure.

Supposons que l'assuré choisisse cependant d'être traité par ce dispensateur de soins, l'assuré fait ce choix en étant conscient des conséquences financières qui en découlent. L'assuré sait à ce moment-là que le dispensateur de soins n'est pas autorisé à facturer ou à attester dans le cadre de l'assurance soins de santé.

Supposons que le dispensateur de soins n'ait pas informé l'assuré, qu'il l'ait soigné et qu'il établisse ensuite, par exemple, une attestation de soins donnés en utilisant son numéro INAMI, l'assuré remettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur sans méfiance. À ce moment, si le dispensateur de soins de santé rédige l'attestation de soins donnés comme si aucune mesure ne lui avait été imposée et qu'il utilise donc son numéro INAMI malgré le fait qu'il a été suspendu, l'organisme assureur remboursera effectivement la prestation à l'assuré et la récupérera ensuite auprès du dispensateur de soins.

Si le dispensateur de soins facture la prestation via le système du tiers payant, l'organisme assureur bloque le paiement au dispensateur. Si l'organisme assureur paye quand même le dispensateur de soins, il peut ensuite récupérer ce montant auprès du dispensateur de soins.

Un assuré ne doit pas être victime d'un dispensateur de soins qui ne respecte pas la mesure qui lui a été imposée et son obligation d'information.

Art. X+52 Version 3

De la jurisprudence des juridictions administratives, il apparaît que l'amende administrative a un double objectif (par exemple, KvB 12 mars 2024, NB-005-23). D'une part, l'amende sert à punir le dispensateur de soins et, d'autre part, elle sert à dissuader le dispensateur de soins de commettre encore une infraction à l'avenir.

Cependant, nous constatons que certains dispensateurs de soins n'exécutent pas les décisions définitives et ne paient donc pas leurs amendes administratives, ou que l'amende ne les incite pas à modifier leur comportement en matière de tarification.

Lorsqu'un dispensateur de soins facture systématiquement des prestations qui n'ont pas été effectuées, il prélève indûment systématiquement de l'argent sur le budget des soins de santé. Il en va de même pour un dispensateur de soins qui facture systématiquement un code de nomenclature qui est mieux remboursé que le code de nomenclature de la prestation qu'il a réellement effectuée. Il devrait être possible d'arrêter la facturation de ces dispensateurs de soins, au moins temporairement.

Il s'agit là d'exemples de situations où une mesure alternative est plus appropriée.

C'est pourquoi est créée la possibilité pour les juridictions administratives de remplacer l'amende administrative par une suspension du numéro INAMI. Le numéro dont la base légale est également créée dans ce projet.

Cette mesure ne pourra être imposée que par les juridictions administratives pour les affaires relevant « en première instance » de la compétence des Chambres de première instance. Ainsi, la possibilité d'imposer la mesure alternative **est limitée aux infractions prévues à l'article 73bis, 1° à 4°** de la loi SSI lorsque la **valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros**. Il s'agit donc de dossiers qui ne relèvent pas « en première instance » de la compétence du Fonctionnaire dirigeant telle que définie à l'article 143, §1.

La notion de 'valeur des prestations litigieuses' est déjà utilisée dans la loi pour délimiter les infractions relevant de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant et celles relevant des Chambres de 1ère instance. Dans l'exposé des motifs de la loi du 19 mars 2013 portant dispositions diverses en matière de santé (I), il a été clairement précisé que « la "valeur des prestations litigieuses" s'entend du montant dû après déduction de tout remboursement effectué entre la notification du procès-verbal de constat d'infraction et la saisine du Fonctionnaire dirigeant ou d'une Chambre de première instance. » (Doc 53 2600/001, p. 14).

« La valeur des prestations litigieuses » ne sera pas appréciée autrement ici.

Les juridictions administratives sont présidées par un président, juge en exercice ou émérite, et sont en outre composées à parts égales de deux membres présentés par les organismes assureurs et de deux membres présentés par la catégorie professionnelle concernée. Cette composition leur permet d'apprécier la gravité des faits et de peser la mesure la plus appropriée aux faits constatés.

La mesure alternative permet d'avoir un effet concret plus rapidement que ne le permet l'amende administrative. En effet, un dispensateur de soins a besoin d'un numéro INAMI pour pouvoir porter en compte les soins à l'assurance soins de santé et pour pouvoir attester à l'assuré. Cette mesure peut être imposée pour une certaine durée, allant d'un

minimum d'un mois à un maximum de deux ans. Le maximum a été fixé à deux ans, par analogie avec la suspension maximale possible d'un médecin par les instances déontologiques compétentes.

Le fait qu'une « fourchette » entre un minimum et un maximum soit prévue pour les juridictions administratives, dans laquelle elles peuvent statuer, n'entraîne pas d'insécurité juridique, mais permet simplement aux juridictions administratives d'imposer la mesure la plus appropriée au cas par cas en fonction des éléments du dossier. Cette « fourchette » est juste en faveur du dispensateur de soins. Comme dans les procédures disciplinaires, il peut également y avoir des différences dans les procédures administratives qui justifient une mesure plus stricte dans un cas que dans l'autre. De même qu'il n'est pas possible de dresser une liste exhaustive des cas dans lesquels une mesure sera imposée dans le cadre d'une procédure disciplinaire, il n'est pas non plus possible de dresser une telle liste exhaustive pour les procédures administratives. En outre, cela porterait atteinte à la compétence des juridictions administratives qui statuent avec un pouvoir de pleine juridiction conformément à l'article 144, § 2 et § 3.

Cette mesure est prévue comme une alternative à l'amende administrative et pourra donc être imposée par les juridictions administratives dans le cadre **d'une procédure administrative contradictoire**. Il n'est pas prévu ici une procédure spécifique distincte. Comme toujours, le SECM entamera la procédure devant la Chambre de première instance en lui adressant une requête (article 3 de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, le règlement de procédure). Le dispensateur de soins pourra se défendre par écrit en déposant des conclusions au greffe de la chambre de première instance, comme le prévoient les articles 15 à 17 du règlement de procédure. Le dispensateur de soins peut également, comme toujours, se faire assister au cours de la procédure par une personne de son choix (article 145, § 4). Conformément à l'article 18 du règlement de procédure, les parties sont convoquées devant la chambre de première instance lorsque l'affaire est en état d'être plaidée. Au cours de l'audience, le dispensateur de soins a également la possibilité de présenter son point de vue. C'est ensuite la chambre composée de manière paritaire, présidée par un président, juge en exercice ou émérite, qui rendra sa décision.

Comme l'indique déjà clairement l'article 142, § 1er, de la loi SSI, les mesures qui y sont énumérées peuvent être imposées « sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires ». Cette disposition n'est pas non plus modifiée ici. Cette mesure est donc sans préjudice des mesures disciplinaires qui pourraient être imposées pour les mêmes faits. Les compétences disciplinaires et administratives coexistent actuellement et continueront à coexister. Les organismes assureurs doivent être informés de cette mesure afin d'en assurer le suivi.

Selon le nouvel article 73, § 1er, dernier alinéa, de la loi SSI, le dispensateur de soins est tenu d'informer clairement les bénéficiaires de la suspension de son numéro INAMI et de ses conséquences pour le bénéficiaire, en plus de son statut conventionnel.

De cette manière, l'équilibre entre les droits de l'assuré à l'information et le droit du prestataire de soins de santé concerné à protéger ses données est respecté.

Le libre choix de l'assuré n'est pas affecté.

Lorsqu'un assuré contacte un dispensateur de soins, c'est à ce dernier de communiquer que son numéro INAMI a été temporairement suspendu. Ce faisant, il n'a pas à communiquer de détails, ni à rendre publique, par exemple, une copie de la décision de la juridiction administrative qui a imposé la mesure.

Supposons que l'assuré choisisse cependant d'être traité par ce dispensateur de soins, l'assuré fait ce choix en étant conscient des conséquences financières qui en découlent. L'assuré sait à ce moment-là que le dispensateur de soins n'est pas autorisé à facturer ou à attester dans le cadre de l'assurance soins de santé.

Supposons que le dispensateur de soins n'ait pas informé l'assuré, qu'il l'ait soigné et qu'il établisse ensuite, par exemple, une attestation de soins donnés en utilisant son numéro INAMI, l'assuré remettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur sans méfiance. À ce moment, si le dispensateur de soins de santé rédige l'attestation de soins donnés comme si aucune mesure ne lui avait été imposée et qu'il utilise donc son numéro INAMI malgré le fait qu'il a été suspendu, l'organisme assureur remboursera effectivement la prestation à l'assuré et la récupérera ensuite auprès du dispensateur de soins.

Si le dispensateur de soins facture la prestation via le système du tiers payant, l'organisme assureur bloque le paiement au dispensateur. Si l'organisme assureur paye quand même le dispensateur de soins, il peut ensuite récupérer ce montant auprès du dispensateur de soins.

Un assuré ne doit pas être victime d'un dispensateur de soins qui ne respecte pas la mesure qui lui a été imposée et son obligation d'information.

Art. X+53 Version 3 (= art. X+57 dans la Version 1)

Conformément à l'article 218, § 2, de la loi SSI, certaines informations sur les dispensateurs de soins sont déjà actuellement publiées sur le site web de l'INAMI. L'INAMI est une institution publique qui informe le public par le biais de son site web, qui est librement accessible.

La loi SSI prévoit déjà actuellement qu'une interdiction d'utiliser le régime du tiers payant peut être imposée par les juridictions administratives aux dispensateurs de soins ayant fait un usage abusif de ce régime (article 144, § 3/1 de la loi SSI). Durant cette interdiction, le dispensateur de soins peut toujours exercer sa profession et facturer, mais il ne peut pas utiliser le système de tiers payant pour ce faire. Cela veut dire qu'il ne peut qu'attester en établissant une attestation de soins donnés à l'assuré, qui soumettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur et recevra ainsi

son remboursement. Cette mesure peut donc avoir une conséquence pour les assurés.

La suspension du numéro INAMI insérée par ce projet est une autre mesure qui peut être imposée au dispensateur de soins dont l'assuré doit être aussi informé.

Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique **qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations**, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant. Il ne s'agit pas d'une mesure déontologique, mais d'une mesure qui peut être imposée uniquement par les juridictions administratives (les Chambres de 1^{re} instance et les **Chambres de recours installées auprès du SECM**). **Ce n'est pas le dispensateur de soins lui-même qui est temporairement suspendu, c'est son numéro INAMI qui est temporairement suspendu.**

Le dispensateur de soins est tenu d'informer les assurés de ce type de mesures avant d'effectuer une prestation (obligation simultanément introduite par cette loi à l'article 73, § 1^{er}, dernier alinéa). Toutefois, l'Institut lui-même a également l'obligation d'informer le public à ce propos. Lorsque l'on met en balance le droit du dispensateur de soins à la protection de ses données personnelles et le droit des assurés de recevoir des informations correctes, le droit de l'assuré prévaut dans ce cas.

Seules les mesures susceptibles d'affecter l'assuré doivent être divulguées. Il est à noter que ces mesures sont imposées dans les décisions des juridictions administratives. Il s'agit des décisions qui sont publiées sous une forme pseudonymisée sur le site Internet de l'INAMI conformément à l'article 157, § 3 de la loi SSI. Ce principe reste maintenu car l'intégralité de la décision n'est pas nécessairement pertinente pour le public.

L'adaptation de l'article 218 de la loi SSI permet, à l'avenir, lors de la recherche d'un dispensateur de soins sur le site web de l'INAMI, de lire, en plus des données générales, si une telle mesure a été imposée qui peut avoir des conséquences pour les assurés. Cette adaptation est proportionnée car il ne s'agit pas de publier un registre distinct des « dispensateurs de soins condamnés », ni de rendre soudainement publiques d'autres informations sur ces dispensateurs de soins mais uniquement les mesures susceptibles d'avoir des conséquences pour l'assuré. Bien que certaines informations tirées des décisions du Fonctionnaire dirigeant et des juridictions administratives puissent être utiles aux assurés, par exemple dans le cas d'un dispensateur de soins qui facture des services inutiles, il est actuellement prévu que seules les mesures ayant une conséquence directe pour l'assuré soient visibles lorsque le dispensateur de soins fait l'objet d'une recherche sur le site web de l'INAMI. Cette obligation est conforme à l'obligation d'information et au libre choix de l'assuré prévus aux articles 6 et 8 de la loi sur les droits des patients. L'assuré doit pouvoir choisir librement sur la base de toutes les informations, y compris celles relatives aux options de tarification des dispensateurs de soins.

EXPOSÉ DES MOTIFS EN CAS DE SUSPENSION DU NUMÉRO INAMI EN TANT QU'ALTERNATIVE À UNE AMENDE ADMINISTRATIVE X-55

Afdeling X+10 – Geneeskundige evaluatie en controle

Art. X+55

Version 1

1° Cette modification du texte actuel de l'article 145, § 2, alinéa 2, de la loi SSI est liée à l'insertion dans la même loi d'un nouvel article 13/3 concernant les **empêchements à une nomination comme membre d'un des organes de l'Institut**.

2° Il n'est pas toujours possible de remplacer ou renouveler rapidement les mandats des membres arrivés à expiration pour éviter « des chaises vides » de sorte que cela peut « freiner » le traitement des dossiers soumis aux Chambres de 1^{ère} instance et aux Chambres de recours (juridictions administratives). Ce qui pourrait poser problème au regard de l'obligation d'administrer la justice dans un délai raisonnable.

Il est impératif de pouvoir assurer la « continuité du service » exercé par les chambres précitées.

Le principe de continuité du service public est défini comme un « principe général de droit à valeur législative, voire constitutionnelle, qui est le prolongement du principe constitutionnel de la permanence de l'Etat, en vertu duquel les gouvernants, tant qu'ils considèrent un service public comme nécessaire à la satisfaction d'un besoin collectif, ont le droit et l'obligation d'assurer le fonctionnement régulier et continu de ce service, conformément à sa nature et aux règles qui l'organisent » (P. GOFFAUX, Dictionnaire élémentaire de droit administratif, Bruylant, 2006, p. 72.).

Il a été souligné qu'il existait suffisamment d'arguments permettant de conclure à la valeur constitutionnelle du principe de continuité du service public (VUYLSTEKE V. et DE SOMER S., Le principe de continuité du service public – The show must go on..., in Ben Messaoud S et Viseur F, Les principes généraux de droit administratif, Bruxelles, Larcier, 2019, p.236). La Cour de cassation a jugé que le principe général du droit de la continuité du service public, applicable à l'Ordre des médecins, implique que des personnes qui remplissent un mandat aux conseils d'appel de l'Ordre des médecins, sont en droit, lorsque leur mandat est arrivé à échéance, de poursuivre l'exercice de leurs fonctions jusqu'au moment de leur remplacement ou de leur nouvelle désignation (Cass., 9 décembre 1977, Pas., 1978, I, p. 409).

Il a même été considéré que le principe général de la continuité du service public permet et impose au titulaire d'un mandat de continuer à siéger au-delà du terme de celui-ci, aussi longtemps que son remplaçant n'est pas désigné (voy. notamment : C.E., arrêt n°200.009 du 25 janvier 2010).

Dès lors, pour éviter un « risque de paralysie » dans le fonctionnement des chambres précitées, et afin d'assurer la « bonne administration de la justice », le principe de continuité doit permettre aux membres, dont le mandat est arrivé à expiration, de continuer à exercer leur mission jusqu'à leur remplacement ou jusqu'au renouvellement de leur mandat.

Version 2

Ce nouvel article prévoit qu'un membre ne peut être nommé pour siéger au sein des différents organes de l'Institut s'il a **fait l'objet dans les cinq ans qui précèdent d'une condamnation prononcée par le fonctionnaire-dirigeant du SECM, les Chambres de première instance ou les Chambres de recours** (juridictions administratives installées auprès du SECM) ou d'une condamnation judiciaire pour infraction visée au Code pénal social (faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie) : dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de comportements sanctionnés qui portent préjudice à l'assurance soins de santé.

Le fait d'avoir une « **dette ouverte** » à l'égard de l'Institut constitue également un obstacle à une nomination pour siéger dans un des organes de l'Institut.

Il est également prévu que le Roi peut mettre fin à la nomination anticipativement pour les mêmes raisons.

Le terme « organes » est utilisé de manière générique : il vise notamment les Comités de gestion, les Conseils techniques, les Commissions d'accords, etc... Ce qui évite de devoir adapter ultérieurement la loi si la dénomination des organes devait changer ou si de nouveaux organes étaient créés.

Il est important pour le bon fonctionnement et la réputation de l'Institut que la probité des membres de ses organes soit garantie.

Il faut également éviter que la sérénité des discussions au sein des organes précités soit « polluée » par le ressentiment nourri à l'égard de l'assurance soins santé par des membres qui auraient été sanctionnés par les juridictions précitées.

Version 3

Ce nouvel article prévoit qu'un membre **ne peut être nommé pour siéger au sein des différents organes de l'Institut s'il a fait l'objet dans les cinq ans qui précèdent** d'une condamnation prononcée par le fonctionnaire-dirigeant du SECM, les Chambres de première instance ou les Chambres de recours (juridictions administratives installées auprès du SECM) ou d'une condamnation judiciaire pour infraction visée au Code pénal social (faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie) : dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de comportements sanctionnés qui portent préjudice à l'assurance soins de santé.

Le fait d'avoir une « dette ouverte » à l'égard de l'Institut constitue également un obstacle à une nomination pour siéger dans un des organes de l'Institut.

Il est également prévu que le Roi peut mettre fin à la nomination anticipativement pour les mêmes raisons.

Le terme « organes » est utilisé de manière générique : il vise notamment les Comités de gestion, les Conseils techniques, les Commissions d'accords, etc... Ce qui évite de devoir adapter ultérieurement la loi si la dénomination des organes devait changer ou si de nouveaux organes étaient créés.

Il est important pour le bon fonctionnement et la réputation de l'Institut que la probité des membres de ses organes soit garantie.

Il faut également éviter que la sérénité des discussions au sein des organes précités soit « polluée » par le ressentiment nourri à l'égard de l'assurance soins santé par des membres qui auraient été sanctionnés par les juridictions précitées.

Art. X+55.

A l'article 145 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, les modifications suivantes sont apportées :

1° au § 2, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Un membre ne peut être nommé si, dans les cinq années précédant sa nomination, il a été condamné pour une infraction visée à l'article 73bis ou s'il a été condamné par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social. Un membre ne peut pas non plus être nommé quand il a encore une dette à l'égard de l'Institut. »

2° au § 2, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 3 et 4 :

« Afin d'assurer la continuité du cours normal de la justice, les mandats des Présidents et des membres arrivés à leur terme, sont prolongés de plein droit jusqu'au moment où il est pourvu à leur remplacement ou leur renouvellement. »

Art. X+56

1° Cette modification du texte actuel de l'article 145, § 2, alinéa 2, de la loi SSI est liée à l'insertion dans la même loi d'un nouvel article 13/3 concernant les empêchements à une nomination comme membre d'un des organes de l'Institut.

2° Il n'est pas toujours possible de remplacer ou renouveler rapidement les mandats des membres arrivés à expiration pour éviter « des chaises vides » de sorte que cela peut « freiner » le traitement des dossiers soumis aux Chambres de 1ère instance et aux Chambres de recours (juridictions administratives). Ce qui pourrait poser problème au regard de l'obligation d'administrer la justice dans un délai raisonnable.

Il est impératif de pouvoir **assurer la « continuité du service » exercé par les chambres** précitées.

Le principe de continuité du service public est défini comme un « principe général de droit à valeur législative, voire constitutionnelle, qui est le prolongement du principe constitutionnel de la permanence de l'Etat, en vertu duquel les

gouvernants, tant qu'ils considèrent un service public comme nécessaire à la satisfaction d'un besoin collectif, ont le droit et l'obligation d'assurer le fonctionnement régulier et continu de ce service conformément à sa nature et aux règles qui l'organisent » (P. GOFFAUX, Dictionnaire élémentaire de droit administratif, Bruylant, 2006, p. 72.).

Il a été souligné qu'il existait suffisamment d'arguments permettant de conclure à la valeur constitutionnelle du principe de continuité du service public (VUYLSTEKE V. et DE SOMER S., Le principe de continuité du service public – The show must go on..., in Ben Messaoud S et Viseur F, Les principes généraux de droit administratif, Bruxelles, Larcier, 2019, p.236). La Cour de cassation a jugé que le principe général du droit de la continuité du service public, applicable à l'Ordre des médecins, implique que des personnes qui remplissent un mandat aux conseils d'appel de l'Ordre des médecins, sont en droit, lorsque leur mandat est arrivé à échéance, de poursuivre l'exercice de leurs fonctions jusqu'au moment de leur remplacement ou de leur nouvelle désignation (Cass., 9 décembre 1977, Pas., 1978, I, p. 409).

Il a même été considéré que le principe général de la continuité du service public permet et impose au titulaire d'un mandat de continuer à siéger au-delà du terme de celui-ci, aussi longtemps que son remplaçant n'est pas désigné (voy. notamment : C.E., arrêt n°200.009 du 25 janvier 2010).

Dès lors, pour éviter un « risque de paralysie » dans le fonctionnement des chambres précitées, et afin d'assurer la « bonne administration de la justice », le principe de continuité doit permettre aux membres, dont le mandat est arrivé à expiration, de continuer à exercer leur mission jusqu'à leur remplacement ou jusqu'au renouvellement de leur mandat.

Avis de l'AUTORITÉ DE PROTECTION DES DONNÉES concernant X+53 (X+57 version 1) (modification de l'article 218 de la loi SSI) : Avis n°91/2025 du 29/09/2025 :

Conformément à l'article 218, § 2 de la loi SSI, quelques données des dispensateurs de soins sont déjà actuellement publiées sur le site web de l'INAMI dans une liste (comme le prénom, le nom, l'adresse professionnelle, le numéro INAMI...). L'avant-projet ajoute qu'une mention du fait que le numéro INAMI d'un dispensateur de soins déterminé est temporairement suspendu ou non sera également publiée. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1 de la loi SSI, la liste le mentionne également.

L'Autorité comprend qu'outre le nom et le prénom notamment, la liste qui sera publiée sur le site internet mentionnera uniquement si le numéro INAMI est ou non temporairement suspendu ou si une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée, tandis que la décision administrative en question ne sera publiée dans son intégralité sur le site internet de l'INAMI que sous une forme pseudonymisée (conformément à l'article 157, § 3 de la loi SSI). L'Autorité considère qu'il s'agit d'une garantie importante qui doit rester maintenue.

Dans d'autres avis relatifs à la publication en ligne de différentes décisions (comme des décisions judiciaires, des décisions administratives imposant une amende), l'Autorité a déjà souligné le fait qu'il importe surtout que le texte de loi qui établit l'obligation/la possibilité d'une publication mentionne clairement et précisément le ou les objectifs de la publication, étant donné que la publication est accessible à un très large public (tout internaute).

Il ressort de l'Exposé des motifs et de la réponse du demandeur que l'information du public constitue l'objectif de la publication, comme le prévoit l'article 218, § 2 modifié de la loi SSI. 3 Exposé des motifs p. 52-53 : « Le dispensateur de soins est tenu d'informer les assurés de ce type de mesures avant d'effectuer une prestation (obligation simultanément introduite par cette loi à l'article 73, § 1er, dernier alinéa). Toutefois, l'Institut lui-même a également l'obligation d'informer le public à ce propos. **Lorsque l'on met en balance le droit du dispensateur de soins à la protection de ses données personnelles et le droit des assurés de recevoir des informations correctes, le droit de l'assuré prévaut dans ce cas.** »

Réponse du demandeur : « Bien qu'il s'agisse de deux mesures pouvant être imposées au dispensateur de soins par les juridictions administratives, ces mesures peuvent également avoir des conséquences (pratiques) pour les assurés. Par conséquent, nous estimons que ces informations spécifiques devraient également figurer sur le site Internet de l'INAMI lorsqu'un dispensateur de soins fait l'objet

d'une recherche. Dans le même temps, nous créons également l'obligation pour le dispensateur de soins de fournir lui-même ces informations, mais la publication sur le site Internet de l'INAMI constitue une garantie supplémentaire pour les assurés d'avoir accès à l'information, si par exemple le dispensateur de soins ne respectait pas son obligation d'information. »

L'Autorité comprend qu'aussi bien une interdiction d'application du régime du tiers payant qu'une suspension du numéro INAMI peut avoir des conséquences pratiques pour les assurés, à savoir :

- En ce qui concerne l'interdiction d'application du régime du tiers payant : « Durant cette interdiction, le dispensateur de soins peut toujours exercer sa profession et facturer, mais il ne peut pas utiliser le système de tiers payant pour ce faire. Cela veut dire qu'il ne peut qu'attester en établissant une attestation de soins donnés à l'assuré, qui soumettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur et recevra ainsi son remboursement. Cette mesure peut donc avoir une conséquence pour les assurés. »
- En ce qui concerne la suspension du numéro INAMI : pendant la période de suspension du numéro INAMI, le dispensateur de soins ne peut pas porter en compte ni attester à l'assurance soins de santé. »

L'Autorité ne peut dès lors pas exclure que la divulgation telle que visée à l'article X+53 de l'avant-projet peut être strictement nécessaire pour atteindre l'objectif de l'information du public (vu les conséquences pratiques pour les assurés et le fait qu'un assuré doit pouvoir choisir librement son dispensateur de soins sur la base de toutes les informations, également les informations qui concernent les possibilités en matière de tarification des dispensateurs de soins).

L'Autorité demande néanmoins que cette finalité, à savoir informer les assurés quant aux mesures susceptibles de les affecter, soit clairement reprise dans le texte de l'avant-projet proprement dit.

En l'espèce, l'Autorité estime toutefois que les modalités de la publication ne sont pas claires : combien de temps ces informations restent-elles disponibles ? Cette publication a-t-elle lieu au plus tôt après expiration du délai de recours visé à l'article 156, § 2 de la loi SSI ?

L'Autorité demande dès lors au demandeur de reprendre clairement ces modalités dans le texte de l'avant-projet, de même que la justification de ces modalités (dans l'Exposé des motifs).

L'Autorité remarque en outre la phrase suivante dans l'Exposé des motifs : « Bien que certaines informations tirées des décisions du Fonctionnaire dirigeant et des juridictions administratives puissent être utiles aux assurés, par exemple dans le cas d'un dispensateur de soins qui facture des services inutiles, il est actuellement prévu que seules les mesures ayant une conséquence directe pour l'assuré soient visibles lorsque le dispensateur de soins fait l'objet d'une recherche sur le site web de l'INAMI. » (soulignement par l'Autorité)

Interrogé par l'Autorité sur la portée du terme « actuellement » dans l'Exposé des motifs (et le risque de fonction creep), le demandeur répond ce qui suit : « En ce qui concerne le terme "actuellement" : cela veut simplement dire que cette modification ne prévoit que ce changement. Il n'y a pas encore de projets pour publier davantage. Le terme peut simplement être supprimé sans que cela ne change quelque chose au contenu. »

L'Autorité prend acte du fait que le terme « actuellement » sera supprimé.

NB. *Function creep* : « C'est-à-dire l'extension de la finalité du traitement à un niveau tel que la protection en vertu du RGPD est totalement vidée de sa substance. »

INTERDICTION DE LA RÉGLEMENTATION TIERS PAYANT

Version 1

Art. X+54.

L'article 144, § 3/1, alinéa 3, de la même loi, inséré par la loi du 30 octobre 2018, est complété par la phrase suivante :
« Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte les prestations dont la date de prestation se situe pendant la période d'interdiction, en utilisant le régime du tiers payant après la période d'interdiction. »

Version 2

idem

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS INTERDICTION DE LA RÉGLEMENTATION TIERS PAYANT

Art. X+55

Pour éviter qu'un dispensateur de soins ne contourne l'interdiction de porter en compte via le régime du tiers payant, il est explicitement ajouté que les prestations, dont la date de prestation est comprise dans la période d'interdiction, ne peuvent plus être portées en compte via le régime du tiers payant après cette période.

Cela obligera le dispensateur de soins de santé à respecter l'interdiction. Les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction ne peuvent donc jamais être portées en compte via le régime du tiers payant.

CONSTATATIONS

Version 1

Art. X+57.

A l'article 153 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022, les modifications suivantes sont apportées :

1° le § 2/1 est complété par la phrase suivante :

« Il en est de même des constatations faites par les auxiliaires kinésithérapeutes, infirmiers et paramédicaux, auxquels les médecins-conseils peuvent déléguer des tâches. » ;

2° au § 3, le dernier alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le Roi peut instaurer, pour effectuer des missions de contrôle des prestations de santé visées à l'article 34 et le suivi des missions des médecins-conseils du § 1er, un Collège national des médecins-conseils ainsi que des collèges locaux, placés sous la tutelle du Collège national précité et pouvant comporter outre au moins un médecin-conseil responsable, des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes, mandatés par des médecins-conseils des organismes assureurs. Le Roi détermine, sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, la composition, le fonctionnement et le type de missions de ce Collège national et de ces collèges locaux. Le ministre, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Conseil supérieur des médecins-directeurs peuvent demander au Collège national des médecins-conseils d'exécuter une mission. En outre, le Collège national peut également agir d'office. »

Art. X+57.

A l'article 218, § 2, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit :

« L'Institut met à la disposition du public, sur son site internet, la liste des dispensateurs de soins qui disposent d'un numéro attribué par l'Institut. Cette liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d'adhésion aux accords. Cette liste contient également les numéros Inami des dispensateurs de soins et si ce

numéro est temporairement suspendu ou non. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1, la liste le mentionne également. »

Version 2

~~Art. X+57. A l'article 218, § 2, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit:
« L'Institut met à la disposition du public, sur son site internet, la liste des dispensateurs de soins qui disposent d'un numéro attribué par l'Institut. Cette liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d'adhésion aux accords. Cette liste contient également les numéros Inami des dispensateurs de soins et si ce numéro est temporairement suspendu ou non. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1, la liste le mentionne également. »~~

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS SUR LE FONCTIONNEMENT DU SECM

Art. X+57

Version 1

1° L'article 153, § 2/1, de la loi SSI stipule actuellement que les constatations factuelles et médicales faites par les médecins-conseils dans l'exercice de leur mission de contrôle ont force probante jusqu'à preuve du contraire. Ces constatations, avec leur valeur probante, peuvent être utilisées par les inspecteurs et les contrôleurs visés aux articles 146 et 162 pour constater des infractions.

Il y a actuellement une pénurie de médecins -conseil, d'une part, et des missions supplémentaires ont été confiées aux médecins -conseil, d'autre part.

Afin de mener à bien toutes ces missions, conformément à l'article 153, § 4, de la loi SSI, **certaines missions, déterminées par le Comité du SECM, peuvent être déléguées à des auxiliaires kinésithérapeutes, infirmiers et paramédicaux.**

Il est nécessaire de prévoir que non seulement les constatations des médecins-conseil, mais aussi celles des auxiliaires kinésithérapeutes, infirmiers et paramédicaux peuvent être utilisées par les inspecteurs et les contrôleurs visés aux articles 146 et 162 en vue de constater des infractions.

Cela va dans le sens d'une **coopération plus poussée et plus étroite entre les organismes assureurs, le SECM et les organes établis au sein du SECM**, tels que le Collège national des médecins-conseils et le Conseil supérieur des médecins-directeurs. Cela devrait permettre de promouvoir une approche organisée dans le cadre du contrôle médical ou de projets d'évaluation.

2° Jusqu'à présent, la compétence de contrôle du Collège national des médecins conseils (CNMC) était limitée. Cette compétence est désormais étendue à l'ensemble des prestations de santé visées à l'article 34 de la loi SSI et au suivi des missions des médecins-conseils. D'une part, cette extension est une **conséquence logique du transfert du CNMC du Service des soins de santé de l'INAMI (SDS) au Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (SECM)**. D'autre part, l'extension de la compétence du CNMC est également plus conforme à la compétence du médecin-conseil lui-même telle que définie à l'article 153, § 1er, alinéa 1er, de la loi SSI. Le contrôle des prestations de santé est également formulé de manière large dans ce paragraphe. En rendant le CNMC compétent pour le suivi des missions des médecins-conseils telles qu'elles sont définies dans le premier paragraphe de l'article, il y a un lien clair entre la mission du **médecin-conseil et celle du collège national**. Cela aussi pour le contrôle de l'incapacité de travail par exemple.

Il est précisé que le Roi peut définir le type de missions. **Il est aussi ajouté dans la loi SSI elle-même qui peut donner des missions au CNMC.**

Étant donné que le Comité du SECM est habilité, en vertu de l'article 141, § 1er, alinéa 1er, 2°, de la loi SSI, à établir les normes et les directives en vue de l'organisation du contrôle médical, **il est logique que le Comité puisse donner une mission au CNMC**. Ce **pouvoir est également confié au fonctionnaire-dirigeant du SECM** puisqu'il relève des compétences du SECM prévues à l'article 139, alinéa 4, de la loi SSI. L'article 146, § 2, de la loi SSI prévoit que le ministre peut donner une mission au SECM. Dans la même logique, le ministre peut également confier une mission au CNMC. Le Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD) est établi conformément à l'article 153, § 5, alinéa 1er, de la loi SSI auprès du SECM. Il est notamment chargé de rechercher et de promouvoir une approche concertée dans les missions médicales de contrôle ou d'évaluation, tant entre les organismes assureurs qu'en complémentarité du SECM. Dans le cadre de cette compétence, il est logique **qu'il puisse également donner une mission au CNMC**.

Il va de soi que le CNMC peut également agir d'office sans être explicitement chargé de le faire par les organes ou personnes susmentionnés

Version 2

Idem

Version 3

idem

CONCLUSION

Les médecins-conseils font désormais partie intégrante du SECM : ils peuvent recevoir des ordres directs du SECM et lui rendre compte directement.

THÈME RESPONSABILISATION FINANCIÈRE DES MUTUALITÉS

SECTION X-11 - RESPONSABILISATION DES ORGANISMES ASSUREURS

Version 1

Art. X+58.

A l'article 195, § 1er, 2°, de la même loi, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 8 et 9 :

« À partir de 2026, les organismes assureurs sont **responsabilisés sur leurs frais d'administration** relativement aux actions qu'ils auront menées chaque année pour maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé et en **particulier quant aux économies qu'ils auront réalisées vis-à-vis de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et des objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions d'accords** visés à l'article 40 de la présente loi. Cette responsabilisation porte sur un montant de 25.000.000 EUR en 2026, 50.000.000 EUR en 2027 et 75.000.000 EUR en 2028, jusqu'à atteindre 100.000.000 EUR pour les années suivantes à partir de 2029. Les organismes assureurs sont évalués annuellement sur les résultats obtenus en vue, le cas échéant, de se voir attribuer la partie des frais d'administration qui a été réservée à cette fin sur un compte de l'Institut. Le Roi détermine les modalités d'évaluation, la périodicité et les conditions selon lesquelles la partie des frais d'administration réservée est attribuée ou non aux organismes assureurs. »

Version 2

idem

Version 3

Idem

EXPOSÉ DES MOTIFS EN MATIÈRE DE RESPONSABILISATION FINANCIÈRE DES MUTUALITÉS

Art. X+58

Version 1

Dans l'accord de gouvernement 2025-2029, nous lisons que le système des frais d'administration doit être renforcé et notamment être axé sur l'obtention de résultats budgétaires en matière de soins de santé. L'objectif recherché est de maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé en encourageant les organismes assureurs à agir dans cette direction.

A cet effet, l'article 195, § 1er, 2°, de la loi coordonnée reçoit un nouvel alinéa introduisant une responsabilisation financière des organismes assureurs à hauteur de 25.000.000 EUR par an à partir de 2026, de manière à atteindre 100.000.000 EUR en 2029 et pour les années suivantes. Les organismes assureurs seront évalués sur la base des résultats obtenus en vue de maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé. Cette responsabilisation renvoie plus spécifiquement **aux économies à réaliser par rapport à l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé** et aux objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions d'accords visés à l'article 40 de la loi coordonnée.

Par ailleurs, cette responsabilisation est individuelle ou collective selon les thèmes d'évaluation choisis et/ou selon les types d'action qui seront attendus d'eux. Enfin, les montants sur lesquels portent cette responsabilisation ne sont pas versés aux organismes assureurs mais sont réservés sur un compte de l'Institut et sont, le cas échéant, attribués aux organismes assureurs après une évaluation des résultats obtenus par eux.

Le Roi reçoit l'habilitation de déterminer, par arrêté royal, les modalités d'évaluation, la périodicité et les conditions selon lesquelles la partie des frais d'administration réservée est attribuée ou non aux organismes assureurs. En ce qui concerne le choix des thèmes et des actions qui seront évalués pour estimer la maîtrise des dépenses de l'assurance soins de santé, les organismes assureurs auront eux aussi l'opportunité de proposer des thèmes d'évaluation. Il convient enfin de souligner que ce nouveau type de responsabilisation n'est pas lié au système prévu à l'article 195, §1er, 2°, alinéa 8, de la loi coordonnée exécutée par l'arrêté royal du 13 septembre 2023.

Version 2

Idem

CHAPITRE 1 - AMENDEMENTS DE LA LOI-PROGRAMME (I) DU 24 DÉCEMBRE 2002

Version 1

Art. X+59.

Art. X+59. A l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, modifié en dernier lieu par la loi du 21 décembre 2018, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 4 est complété par le 4°, rédigé comme suit :

« 4° à la demande des organismes assureurs, agissant en qualité de responsables conjoints du traitement au sens de l'article 26 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, afin de vérifier la bonne application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les dispensateurs de soins individuels.»

2° un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 4 et 5 :

« Dans le cadre des compétences visées aux alinéas 1er et 4, l'Agence intermutualiste peut analyser les données collectées et traitées par les organismes assureurs pour identifier les dispensateurs de soins dont le profil peut indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. L'Agence intermutualiste communique les résultats de ces analyses, y compris l'identité des dispensateurs de soins concernés, aux organismes assureurs et au Service d'évaluation et de contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, qui agissent conjointement et peuvent utiliser ces résultats dans le cadre de leurs compétences de contrôle respectives. »

Version 2

Ajout:

3° dans l'ancien alinéa 5, devenant l'alinéa 6, l'ancien alinéa 10, devenant l'alinéa 11, et l'ancien alinéa 11, devenant l'alinéa 12, les mots « la Commission de la protection de la vie privée » sont chaque fois remplacés par les mots « l'Autorité de protection des données » ;

4° dans l'ancien alinéa 8, devenant l'alinéa 9, les mots « à l'alinéa 5 » sont remplacés par les mots « à l'alinéa 6 » ;

5° dans l'ancien alinéa 12, devenant l'alinéa 13, les 2° et 3° sont remplacés par ce qui suit :

- « 2° Moyennant une délibération du comité de sécurité de l'information créé en vertu de la loi du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information et modifiant diverses lois concernant la mise en oeuvre du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, les données à caractère personnel contenues dans l'échantillon représentatif permanent peuvent être corrélées de manière permanente avec d'autres données à caractère personnel dont les organismes assureurs disposent dans le cadre de l'exécution de leurs missions légales.
- 3° Dans le cadre d'une étude unique et temporaire, dont la finalité s'inscrit dans les missions légales des organismes qui ont accès à l'échantillon représentatif permanent, le comité de sécurité de l'information susvisé peut donner une délibération pour la mise en corrélation des données continues dans l'échantillon représentatif permanent avec d'autres données à caractère personnel dont les organismes assureurs ne disposent pas. »

Art. X+60.

L'article 279 de la même loi, modifié par les lois du 27 décembre 2005 et du 1er mars 2007, est remplacé par ce qui suit :

« Art. 279. Toute transmission de données à caractère personnel de l'Agence intermutualiste requiert une délibération du comité de sécurité de l'information susvisé.

Aucune délibération n'est toutefois requise de la part du comité de sécurité de l'information susvisé, pour la mise à disposition de l'échantillon représentatif permanent codé décrit à l'article 278, alinéa 6. »

Art. X+61.

A l'article 285, alinéa 2, de la même loi, modifié par la loi du 1er mars 2007, les mots « autorisation de principe du comité sectoriel de sécurité sociale et de santé de la loi du 15 janvier 1990 portant création et organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots « délibération du comité de sécurité de l'information susvisé ».

Art. X+62.

À l'article 296, alinéa 2, de la même loi, modifié par la loi du 1er mars 2007, les mots « autorisation de principe du comité sectoriel de sécurité sociale et de santé de la loi du 15 janvier 1990 portant création et organisation d'une Banque Carrefour de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots « délibération du comité de sécurité de l'information susvisé ».

Version 3

idem

EXPOSÉ DES MOTIFS EN MATIÈRE DE FRAUDE ENQUÊTE MENÉE PAR L'AGENCE INTERMUTUALISTE

Version 1

Art. X+59

Afin d'ancrer les enquêtes antifraudes dans la législation, l'actuel article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 est modifié afin de donner aux organismes assureurs la possibilité d'intervenir en cas de fraude, de surconsommation, de soins inefficaces, etc., sur la base de l'analyse des données collectées par l'Agence intermutualiste. Pour lutter contre la fraude de manière intermutualiste, il est plus efficace d'analyser l'ensemble des données des organismes assureurs ensemble. Cette tâche pourrait être assurée par l'Agence intermutualiste. Par exemple, l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 dispose déjà (au premier alinéa) que l'Agence intermutualiste a pour mission d'analyser les données collectées par les organismes assureurs dans le cadre de leurs missions et de fournir les informations nécessaires. Cet article 278 est désormais complété pour cette finalité. De plus, l'ancrage légal de cette compétence empêche en outre que cette compétence soit remise en cause par des dispensateurs de soins ciblés dans le cadre de poursuites judiciaires intentées.

Version 2

Art. X+59

Ajout:

Enfin, cet article comporte quelques adaptations formelles (nouvelles dénominations des instances concernées et une adaptation du renvoi suite à l'introduction d'un nouvel alinéa).

Art. X+60

Cet article prévoit également des modifications formelles de l'article 279 de la loi-programme.

Art. X+61

Cet article prévoit également des modifications formelles de l'article 285 de la loi-programme.

Art. X+62

Cet article prévoit également des modifications formelles de l'article 296 de la loi-programme.

Version 3

idem

RÉSUMÉ SOUS LA FORME D'UN TABLEAU

Thème	Version 1	Version 2	Version 3	Impact sur les actions menées par les médecins et pression politique
	3 juin 2025	2 juillet 2025	21 juillet 2025	
processus budgétaire	érosion CSS, CGSS	érosion CSS, CGSS	renforcé, davantage de pouvoir pour le ministre	
déconventionnement partiel	absent	présent	minimisé	x
clauses de résiliation de l'accord	impossible	3/4 + 3/4	procédure normale	x
réinvestissement appropriate care	éventuellement	impossible	impossible	effet inverse
indexation	uniquement en cas d'accord	uniquement en cas d'accord	uniquement en cas d'accord	
compétence ministre	ministre	ministre	ministre, parfois Conseil des ministres	x
pas d'accord	le ministre décide	le ministre décide	le ministre soumet au Conseil des ministres	x
rôle du Comité de l'assurance	présent	présent	Conseil des ministres	
accord régional VS accord national	uniquement national	uniquement national	uniquement national	
tarifs cibles	présents	présents	présents	
clauses relatives aux dispositions en matière de revenu	supprimées	supprimées	supprimées	
notification de refus	application en ligne	application en ligne	application en ligne	

les primes des prestataires de soins individuels	toutes supprimées	primes de qualité conservées	primes de qualité conservées	x
entrée en vigueur	1er janvier 2028	1er juillet 2027	1er juillet 2027	
obligations des assurés sociaux	10 ans	10 ans	10 ans	
représentation États fédérés	CSS + CG	idem	idem	
rôle des conseils techniques	contournement possible	contournement possible	contournement possible	
suppléments d'honoraires 25 % - 125 %	25 %-125 %	25 %-125 %	maximum sans chiffre	xxx
suppléments d'honoraires base de calcul	Roi	Roi	Conseil des ministres	xxx
suppléments d'honoraires date d'entrée en vigueur	1er janvier 2028	1er janvier 2028	01/01/2028 éventuellement ajournable au 1er janvier 2029	
financement des syndicats médicaux	montant de base et montant supplémentaire en fonction de la convention	montant supplémentaire de max 20 % du total	partie variable de max 15 % du total (définition très floue)	X ?
services électroniques pour les prestataires de soins	obligatoire	obligatoire	obligatoire	
retrait no INAMI	à déterminer par le Roi	supprimé	supprimé	xxx
suspension no INAMI comme alternative à l'amende administrative	article 144, § 2, 1°	idem (art 73bis 1-4)	idem (art 73bis 1-4)	
ne pas siéger dans les organes INAMI	conditions	idem	idem	
rôle du médecin-conseil	presque une sous-partie du SECM	idem	idem	

responsabilisation financière des mutualités	fonction de contrôle	idem	idem	
rôle de l'AIM	fonction d'identification et de clic	idem	idem	
données à caractère personnel des patients qui peuvent être liées à des données à caractère personnel dont les O.A. ne disposent pas	absentes	envisageables	envisageables	

LE MILITANTISME SYNDICAL EN VALAIT-IL LA PEINE ?

L'activisme syndical qui a débouché sur une grève des médecins le 7 juillet 2025 n'a pas occupé physiquement l'espace public. Cette dernière a toutefois attiré l'attention de la presse et des politiques. Par syndicalisme, on entend la défense des droits acquis des membres et la défense d'une vision sociale des soins de santé et de l'assurance maladie.

Elle a donc une fonction pour ses membres, les représentants des médecins signalant qu'ils ont compris le message des membres et qu'ils sont prêts à monter ensemble au créneau pour tenter d'ajuster certaines des intentions du ministre Vandenbroucke. La version 1 de l'avant projet de loi cadre est la version originale proposée. La version 2 a été diffusée environ quatre jours avant la journée de grève prévue le 7 juillet 2025 et la version 3 est le résultat des discussions politiques au sein du Kern, qui ont abouti à l'accord d'été du 21 juillet 2025 dont la version 3 fait partie. La version 3 porte sans aucun doute les traces de compromis politiques.

Nous passons en revue certains thèmes et examinons les modifications apportées de la version 1 à la version 3.

L'un des changements les plus fondamentaux de cet avant-projet de loi-cadre concerne le rôle du Conseil général, du Comité de l'assurance et des Conseils techniques. Malgré un avis négatif unanime du Comité de l'assurance sur les processus décisionnels (y compris le **processus budgétaire**), aucune virgule n'a été modifiée dans les versions successives. Le Conseil des ministres détermine le budget, et le ministre détermine également dans une très large mesure le contenu du budget à dépenser, par le biais d'une lettre de mission, qui peut être très détaillée et dans laquelle le Conseil général et le Comité de l'assurance ont davantage un rôle protocolaire. Le fait qu'à l'instar des mutualités, employeurs comme travailleurs aient accepté en silence cette situation donne sérieusement matière à réflexion. Ces derniers assument la majeure partie du financement des soins de santé et devraient se préoccuper de leur contenu. Selon nous, il est faux de penser que l'on peut façonner les soins de santé avec une seule lettre de mission sans tenir compte de l'expertise et des conseils du terrain. L'inversion du processus décisionnel substantiel est l'apanage de la médecine d'État. Le fait que les conditions budgétaires préalables soient déterminées par le gouvernement était et reste évident.

Un aspect important dans les objectifs budgétaires partiels était la possibilité de réinvestir les **efforts appropriate care** dans le secteur même. Cette disposition a été annulée dans la version 2 et laissée telle quelle dans la version 3. Il s'agit d'une grave perte d'autonomie pour un secteur.

Les **entités fédérées** disposent d'une délégation permanente avec voix consultative au Conseil général et au Comité de l'assurance. Ce point n'a pas non plus été modifié entre la version 1 et la version 3. L'érosion du rôle des **Conseils techniques** constitue une grave perte d'expertise. Elle peut être facilement contournée lors de la prise de décision par les instances supérieures. Il en va de même pour les commissions d'accords.

Un chapitre très frappant est celui du rôle des mutualités. Là encore, rien n'a changé entre la version 1 et la version 3. Au contraire, des dispositions étendues ont été ajoutées à partir de la version 2. Le rôle des mutualités est principalement considéré sous l'angle de la **politique d'application**. Les

médecins-conseils basculent presque entièrement en tant que partie intégrante du SECM. Ils peuvent recevoir des ordres du Fonctionnaire dirigeant du SECM et rendent compte au SECM. Le Collège national des médecins-conseils s'oriente de plus en plus vers le contrôle. L'**AIM** passe du rôle de centre de connaissances à celui d'enquêteur auprès des prestataires de soins soupçonnés d'infractions. Les normes et les lignes directrices utilisées à cet effet ne sont pas claires. Ce faisant, les organismes assureurs se voient dotés de capacités de suivi sans précédent. En plus de toutes les données existantes sur les patients, ils auront désormais **accès à des données sur les patients** auxquelles ils n'avaient pas accès auparavant (article X+59). Ce type d'enquête se retrouve facilement classée dans la catégorie des « fraudes », car elle est facilement acceptée. Elles y sont encouragées par des pénalités financières si elles ne parviennent pas à maîtriser suffisamment les dépenses budgétaires. Tout cela s'inscrit dans le cadre de la « **responsabilisation** » des mutualités, le ministre déterminant lui-même les critères d'évaluation qui seront appliqués.

La politique d'application prévoit également la **suspension du numéro INAMI** pendant un mois et jusqu'à maximum deux ans, en lieu et place d'une amende administrative : en l'occurrence, rien n'a changé de manière substantielle par rapport à la version 1, en dépit de tous les efforts déployés en ce sens. Ce qui a été abrogé, en revanche, c'est le pouvoir quasi illimité du Roi de révoquer un numéro INAMI. Les patients eux-mêmes doivent conserver les certificats qui servent à justifier, par exemple, leur statut d'intervention majorée, et ce, pendant 10 ans. Ce point n'a pas non plus été modifié entre la version 1 et la version 3.

En ce qui concerne les accords entre les prestataires de soins et les mutualités, une uniformisation sera apportée pour tous les types de conventions et d'accords, tout comme une numérisation poussée. Les accords ne peuvent plus être conclus qu'**au niveau national**. Tout cela est inchangé entre la version 1 et la version 3.

En l'absence d'accord, le ministre dispose d'un autre moyen de pression : il peut maintenir **l'indice** et **imposer des tarifs de remboursement**. Dans ce dernier cas, avec attribution de l'indice. Les mutualités bénéficient ainsi d'un avantage inédit lors des négociations en vue de parvenir à un accord. L'existence de deux parties négociant sur un pied d'égalité cesse d'exister. Tout cela reste inchangé entre la version 1 et la version 3.

La **pénalisation financière personnelle** d'un dispensateur de soins qui se déconventionne touche particulièrement les médecins généralistes. Elle couvrait initialement l'ensemble des primes, mais à partir de la version 2, elle a été limitée à la prime de pratique ; les primes de qualité en ont été exclues.

La **pénalisation financière des syndicats médicaux** a été maintenue dans les trois versions, bien que, même dans la 3e version, la disposition reste très peu claire et sujette à de nombreuses interprétations. Le renvoi aux commissions d'accords pour une élaboration plus approfondie peut offrir des possibilités, mais pourrait être parfaitement évité en rendant 15 % du montant supplémentaire variable en fonction du taux de la convention. Il s'agit donc d'une stratégie délibérée visant notamment à dissimuler quelque peu l'avantage très explicite accordé à AADM (DM Domus Medica) dans la version 2, mais certainement pas à l'empêcher, que du contraire.

Pour se soustraire à un accord, certaines dispositions légales ont été autorisées dans la version 1. Cette disposition a été atténuée dans la version 2 en permettant aux commissions d'accords d'inclure leurs propres clauses de résiliation. Dans la version 2, cela nécessitait une majorité impossible de $\frac{3}{4}$ tant sur le banc des médecins que sur celui des mutualités. Dans la version 3, cette majorité exceptionnelle a été remplacée par le processus décisionnel normal.

La notification de la **résiliation d'un accord pour les prestataires de soins individuels** ne peut se faire que via l'application en ligne pour les médecins et les dentistes, bien qu'il ait été demandé de conserver

l'option d'une lettre recommandée pour les prestataires de soins plus âgés. Cela n'est autorisé que pour les autres prestataires de soins, hors médecins et dentistes. Ce point n'a pas non plus été modifié entre la version 1 et la version 3.

Le **déconventionnement partiel** était absent dans la version 1 et est réapparu dans la version 2, mais très limité à 2 jours par semaine avec des dispenses de volume de 60 % au taux de convention. Ceci a été modifié dans la version 3 en laissant indéfini ce à quoi la déconvolution partielle devrait ressembler en termes d'achèvement du temps et de modalités. Son interprétation a été renvoyée aux comités d'entente eux-mêmes.

La possibilité d'utiliser des **tarifs cibles** (tarifs maximaux mentionnés en dentisterie) a été introduite dans la version 1 et conservée jusqu'à la version 3. Ces tarifs cibles ne sont pas considérés comme des suppléments d'honoraires et ne pèsent en aucun cas sur le budget de l'INAMI.

La **limitation des suppléments d'honoraires à 25 % pour l'activité ambulatoire et à 125 % pour l'activité hospitalière** est restée inchangée dans la version 1 et la version 2. Seule la version 3 prévoyait l'instauration de tarifs maximaux en liaison avec la réforme de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux. Ce qui n'a pas changé dans les trois versions, c'est la date d'entrée en vigueur de la restriction : 1er janvier 2028, sauf prolongation unique jusqu'au 1er janvier 2029 par le Conseil des ministres. Autre point inchangé, le ministre peut déterminer sur quelle partie de la redevance les futurs suppléments de redevance peuvent être calculés : le ministre détermine la base de calcul. Ce point n'a pas non plus été modifié entre la version 1 et la version 3.

Conclusion : la bonne nouvelle est que, grâce aux efforts des syndicats et des mandataires politiques, on a évité la catastrophe, mais la mauvaise nouvelle est qu'on est loin d'être certain qu'une catastrophe ne se produira avec le même ministre aux commandes.

L'AVANT-PROJET DE LOI-CADRE CONTRE L'ACCORD DE COALITION

La différence d'interprétation entre l'avant projet de loi-cadre et l'accord de coalition peut être envisagée de deux manières.

Dans la version du ministre telle qu'elle a été communiquée lors de la réunion du cabinet du 11 juillet 2025, le ministre est le seul à pouvoir faire une « exégèse textuelle » correcte de ce chapitre de l'accord de coalition, car cette partie vient de sa main.

Dans la version des prestataires de soins, cette pensée occasionnelle s'est transformée en un souhait, que le ministre a ensuite concrétisé à mesure qu'il s'assurait de plus en plus de pouvoir faire passer la loi-cadre sur le plan politique. Selon nous, un accord de coalition doit être suffisamment clair pour que toutes les parties qui l'ont signé puissent en comprendre le sens de la même manière.

Selon nous, l'avant-projet de loi-cadre contient de nombreuses dispositions qui n'ont pas été incluses dans l'accord de coalition :

- La **déconvention partielle** ne figurait pas dans l'accord de coalition
- La **suspension du numéro INAMI comme alternative à une amende administrative** ne figurait pas dans l'accord de coalition. Qu'est-ce que cela dit ? *« Il faut absolument éviter la fraude dans le secteur des soins. Nous évaluons le fonctionnement du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et développons la collaboration avec les parquets et les autres services (d'inspection) comme la Commission fédérale de contrôle. Nous visons un contrôle transparent et qualitatif par le SECM. Une approche multidisciplinaire en collaboration avec les patients, les dispensateurs de soins, les mutualités et l'INAMI peut aboutir à des contrôles objectifs. Après une évaluation approfondie des procédures, nous visons un système de contrôle objectif, transparent et qualitatif qui implique tous les acteurs concernés pour identifier les prestataires qui ont des comportements déviants par rapport à leurs homologues ou non conformes par rapport aux recommandations de bonne pratique. »* La disposition actuelle relative au numéro INAMI va bien au-delà de la « fraude ». Les principes *« Bonis nocet qui malis parcit »* (C'est nuire aux bons que d'épargner les méchants [Sénèque]) et *« Unum castigabis, centum emendabis »* (Si tu réprimes une erreur, tu en corrigeras cent) peuvent servir de guides dans un camp d'éducation ou dans un goulag russe, mais n'ont pas leur place dans une politique de soins de santé. Le 11 juillet 2025, il a été littéralement déclaré que les dispositions actuelles de l'avant-projet de loi-cadre pour 2025 concernent 36 personnes, alors que seules 4/36 peuvent être qualifiées de « véritables fraudeurs ». Ce dommage collatéral aurait pu être évité en limitant l'article 73bis aux trois premiers paragraphes (1°, 2°, 3°) et en omettant le 4e paragraphe : « 4° effectuer des prestations visées à l'article 34 qui sont superflues ou inutilement coûteuses au sens de l'article 73 ». Les termes « superflus » ou « inutilement coûteux » peuvent être interprétés de manière très large. Il aurait été préférable d'utiliser des termes tels que « récidive ». Reste à espérer que le Parlement corrigera encore ce point afin d'assurer une plus grande sécurité juridique.
- L'extension du **rôle de l'AIM à l'identification et à la dénonciation des prestataires de soins** présentant un « profil anormal » transforme les mutualités en organes de contrôle qui basculent

progressivement dans le giron du SECM. Pour les **médecins-conseils**, c'est très clair : ils peuvent être dirigés par le Fonctionnaire dirigeant du SECM et rapporter au SECM. Ce n'est certainement pas de cette façon que le texte de l'accord de coalition peut être interprété. Le renforcement des organes existants, tels que l'Ordre des médecins et la Commission fédérale de contrôle, n'a pas été abordé dans l'avant projet de loi cadre. Il est clair que l'ensemble de la « chaîne de détection », de la « sanction pénale » et de la « condamnation » doit être encadré par les organes de l'INAMI.

- Le pouvoir du « Roi » a été considérablement élargi dans l'avant-projet de loi-cadre. Cette extension des pouvoirs du ministre ne figurait pas non plus dans l'accord de coalition. Ce dernier propose d'assurer la sécurité tarifaire en l'absence d'accord. *« Les adaptations nécessaires seront également apportées à la loi INAMI afin de pouvoir suivre une procédure réalisable, qui évite l'insécurité tarifaire lorsque des accords ne peuvent être conclus au sein des commissions de conventions et d'accords. Si aucun accord n'est conclu à temps, le gouvernement prendra lui-même l'initiative »*. Le ministre tire la couverture à lui : « Le Roi ». Le Conseil des ministres n'est apparu que 5 fois dans la version 1. Dans la version 3, ce nombre a été porté à 18 fois, afin que le ministre ne prenne pas de décisions tout seul, sans **consultation du Conseil des ministres**. Elle n'est peut-être pas rassurante, compte tenu de la forte asymétrie dans la connaissance des dossiers techniquement complexes, mais elle renforce le contenu démocratique du processus décisionnel.
- L'accord de coalition ne prévoyait pas de plafonner à **25 % les suppléments d'honoraires pour les services ambulatoires**. Le ministre a déclaré qu'il s'agissait de limiter les suppléments d'honoraires dans « tous les secteurs ». Or, un plafonnement à 25 % porte un coup fatal à de nombreux tarifs non rentables. Le ministre indique ainsi que pour lui, toute activité ambulatoire en dehors du secteur hospitalier représente de la « médecine de villa ». Qu'une disposition soit déficitaire ou non, il la laisse de côté pour la simple raison que de nombreux prestataires conventionnés n'y voient aucun problème. Ce faisant, il ignore totalement la forte diversité des déconventionnements entre les disciplines médicales et la diversité des pratiques au sein d'une même discipline. Le ministre n'aborde pas la question de la modification de l'article 35 § 4 demandée par les médecins. Il n'a pas abordé la question de la mise en œuvre de la disposition 4.1.1.4. qui vise simplement à réaliser une étude sur la rentabilité de nombreuses prestations médicales, bien qu'il s'agisse de l'un des éléments clés de l'accord médico-mutualiste 2024-2025.
- Un plafond maximal de **125 % de suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés** s'approche davantage de la « moyenne nationale » de « 106 % », selon le ministre, chiffre qu'il avance maintes fois dans les médias. Ce faisant, il ignore totalement le fait que les suppléments d'honoraires diffèrent considérablement entre la Flandre, Bruxelles et la Wallonie. La situation financière des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles est sensiblement différente de celle des hôpitaux flamands. Pour les secteurs ambulatoire et hospitalier, l'accord de coalition ne prévoyait aucun objectif chiffré, et encore moins une différenciation entre 25 % et 125 %. En outre, il est apparu que ce n'est qu'après la 2e version de l'avant-projet que le ministre s'est posé la question de savoir à quoi devaient servir les suppléments d'honoraires. Il a demandé des explications aux coupoles hospitalières pour savoir à quoi servent les suppléments d'honoraires dans le secteur hospitalier. Ne lui est-il pas venu auparavant à l'esprit que les 690 millions d'euros de suppléments d'honoraires annuels dans le secteur hospitalier servent en moyenne pour 41-45 % à l'innovation, aux projets de construction et à l'utilisation du financement ? La mise en œuvre de l'avant-projet de loi-cadre se traduirait par un bonus incroyable de plus de 300 millions d'euros par an pour l'assurance hospitalisation, qui couvre 80 % de tous les suppléments d'honoraires dans le secteur hospitalier. Se pourrait-il qu'un ministre ne soit pas au courant ? Et qu'en est-il de ses conseillers ?

Il est surtout apparu que le ministre voulait que la dernière pièce du financement des hôpitaux soit réglementée et concrétisée avant même la réforme de la nomenclature et avant même la réforme du financement des hôpitaux. Il s'agit d'un renversement de situation totalement illogique, tant pour les médecins que

pour les hôpitaux. Les médecins veulent d'abord connaître le résultat de la réforme de la nomenclature. Les hôpitaux, quant à eux, veulent d'abord connaître les résultats de la réforme du financement des hôpitaux. Ce n'est qu'ensuite que l'on pourra examiner l'effet sur l'assurance hospitalisation et les assurances privées. **L'inversion de l'ordre** dans lequel les choses vont se dérouler ne figure pas dans l'accord de coalition.

L'AVANTPROJET DE LOICADRE DANS UNE PERSPECTIVE PLUS LARGE

Le ministre n'a pu présenter aucune avancée en matière de santé pour les citoyens au cours de la législature précédente. La pandémie de Covid a montré, n'en déplaise à certains, que les soignants, dans les hôpitaux en particulier, travaillaient jour et nuit pour la population, et ce, au péril de leur propre santé et sans se soucier de leur intérêt personnel. Les applaudissements aux fenêtres que les prestataires de soins ont reçus se sont depuis longtemps tus, et le projet de loi cadre a pour principal objectif de jeter le discrédit sur les médecins et les dentistes et de les reléguer dans les catacombes des organes de décision. Après tout, les dispensateurs de soins ne sont que le micro-niveau du tant vanté modèle de soins intégrés dit « Arc-en-ciel ».

Ce qui a pu être enregistré au cours de la législature précédente :

- Une augmentation constante du nombre de patients bénéficiant de l'intervention majorée
- Une augmentation du nombre de malades chroniques
- Une augmentation du nombre de chômeurs de longue durée
- Une forte augmentation des dépenses pour les prestations pharmaceutiques
- Une augmentation des listes d'attente
- Un résultat d'exploitation préoccupant des hôpitaux
- Une pénurie criante de personnel infirmier dans le secteur hospitalier
- Une augmentation des problèmes de santé mentale, aussi bien au sein de la population que parmi les soignants, en particulier chez les jeunes et les adolescents. L'avant-projet de loi-cadre n'y change strictement rien. La loi-cadre vise principalement à réformer l'organisation des soins de santé et à s'approprier le processus décisionnel. Cependant, il s'avère que la lettre de mission du ministre régit bien plus que l'organisation. Cette lettre de mission régit également les possibilités en matière de budget et de fond, dans le cadre des objectifs budgétaires partiels.

L'organisation des soins de santé doit s'imaginer comme un arbre. Les racines sont les fondements financiers du système. Le tronc représente les organes de décision communs, pour simplifier, limités ici au Conseil général et au Comité de l'assurance. Les grosses branches sont les différents secteurs avec leurs commissions d'accords (ou de conventions, soit les CAC) et leurs conseils techniques respectifs. Il s'agit des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, du personnel infirmier, des sages-femmes, des psychologues, des hôpitaux par l'intermédiaire des coupoles hospitalières, des techniciens orthopédiques, des orthophonistes, des diététiciens, des ergothérapeutes, des podologues, des audiologistes et des fournisseurs de dispositifs médicaux et d'implants médicaux invasifs. Les fines branches représentent les prestataires de soins individuels et les feuilles vertes doivent illustrer les soins prodigués aux patients. Aucun banc du côté des prestataires de soins ne dispose d'une

majorité de blocage. Les mutualités réagissent généralement à l'unanimité, car elles sont représentées (de manière paritaire) dans toutes les commissions où sont conclus des accords ou des conventions.



ORGANISATION DES SOINS DE SANTE

- FINANCEURS
- PARTIE COMMUNE
- SECTEURS
- MÉDECIN INDIVIDUEL
- PATIENT



INAMI

L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) est un organisme gouvernemental très solide qui cravache dur, dont les fonctionnaires sont professionnels et bilingues ; l'INAMI dispose d'un bon site web. La structure de l'INAMI peut être consultée sur son site web (<https://www.inami.fgov.be/fr/l-inami/notre-structure>). La loi-cadre implique principalement 3 organes : le Conseil général, le Comité de l'assurance et, plus loin dans le processus, le SECM.

CONSEIL GÉNÉRAL

On retrouve les leviers financiers du secteur de la santé au sein du Conseil général. Les employeurs et les travailleurs supportent environ 65 % du budget des soins de santé grâce aux cotisations de sécurité sociale. Au sein du Conseil général, on trouve cinq commissaires du gouvernement ayant le droit de vote, qui doivent également adopter une position unanime pour qu'une décision du Conseil général soit légalement valide. En outre, il y a cinq délégués votants pour les salariés et les indépendants, cinq délégués votants pour les employeurs et cinq délégués votants pour les mutualités. L'INAMI est également largement représenté et les médecins et le secteur pharmaceutique sont également membres du Conseil général, mais n'y disposent pas du droit de vote. Jusqu'à présent, le Conseil général avait le pouvoir de fixer le cadre budgétaire. La proposition de fond émanant du Comité de l'assurance, bien que s'inscrivant dans le cadre budgétaire et souvent ajustée par le ministre quant au contenu de la norme de croissance, a également été ratifiée par le Conseil général. À l'avenir, le Conseil général conservera le pouvoir d'approuver la « proposition finale », mais en termes de contenu, tout a déjà été réglé quasiment dans les moindres détails par le ministre qui l'annonce au Conseil général via une lettre de mission.

COMITÉ DE L'ASSURANCE

Jusqu'à présent, il appartenait au Comité de l'assurance de proposer une politique de fond au Conseil général sur la base des propositions de fond des différents secteurs et dans le cadre budgétaire proposé par le ministre et le Conseil des ministres. Ce processus est en train de s'inverser. La lettre de mission adressée au Conseil général est désormais le document de politique générale à mettre en œuvre par le Comité de l'assurance. Au sein de ce dernier, les organismes assureurs disposent de 20 voix et les différents bancs de prestataires de soins disposent ensemble de 20 voix. Les membres du Conseil général et les commissaires du gouvernement ont une voix consultative.

TRUNCUS COMMUNIS

Nous considérons le Conseil général et le Comité de l'assurance comme le truncus communis de l'assurance maladie. Cela ne rend pas tout à fait justice aux autres services importants de l'INAMI qui constituent l'épine dorsale de l'organisation de l'assurance maladie. Dans un souci de simplicité, pour plus de détails, veuillez vous référer au site web de l'INAMI qui est très accessible et très instructif (www.inami.fgov.be).

INVERSER LE SENS DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

La proposition de loi-cadre explique en détail comment les décisions en termes de budget et de contenu seront désormais prises depuis le sommet. Cela passe par différentes méthodologies : les estimations techniques sont d'abord discutées en Conseil des ministres avant d'être transmises au Conseil général et au Comité de l'assurance. Le ministre écrit une lettre de mission au Conseil général et peut s'appuyer sur la Commission pour les objectifs de soins de santé, mais il ne doit pas du tout attendre les travaux de cette commission pour régler les détails substantiels à sa manière. Le Conseil général et le Comité de l'assurance auront toujours leur mot à dire, mais ils devront le faire en un temps record. Ainsi, le 30/06/2025, le Comité de l'assurance n'a disposé que de 60 minutes pour formuler un avis sur une économie de 618,5 millions d'euros à réaliser, après quoi le Conseil général s'est réuni sur le même sujet. En outre, le ministre, mais aussi le Comité de l'assurance, peuvent tout simplement ignorer les contributions des différentes commissions d'accord et conseils techniques s'ils le souhaitent. De plus, dans la version 1 de l'avant-projet de loi-cadre, le ministre s'est attribué presque tous les pouvoirs. Elle a été mise à jour à la version 3 après la grève des médecins afin que le

Conseil des ministres soit rétabli dans les textes et dans ses pleins pouvoirs. Autre chose : si, dans la chronologie des délais, une commission ou un conseil tarde à répondre au ministre, c'est le ministre lui-même qui décidera.

Il est clair que l'avant-projet de loi-cadre redéfinit le « modèle de concertation » : là où des accords étaient conclus entre partenaires (contrat, pacte, convention), on s'oriente vers une collecte d'avis ou une consultation des prestataires de soins, après quoi le cabinet et le ministre prennent leurs décisions. Si le Conseil général et le Comité de l'assurance ne sont pas supprimés pour maintenir un semblant d'apport démocratique, ils deviennent principalement des organes protocolaires, chargés de mettre en œuvre la politique, et non plus d'élaborer une politique de fond, en particulier en ce qui concerne le secteur des soins médicaux curatifs. Des diapositives du 3 juin 2025, on retient qu'une CAC ou un ministre peut faire des propositions directement sans devoir demander au Conseil technique de déposer une proposition au préalable. Les comités techniques conservent des pouvoirs consultatifs. Les modifications que le Comité de l'assurance apporte à une proposition ne doivent pas être réintroduites dans le processus. Tout ceci est présenté comme une simplification et non une érosion du modèle de concertation.

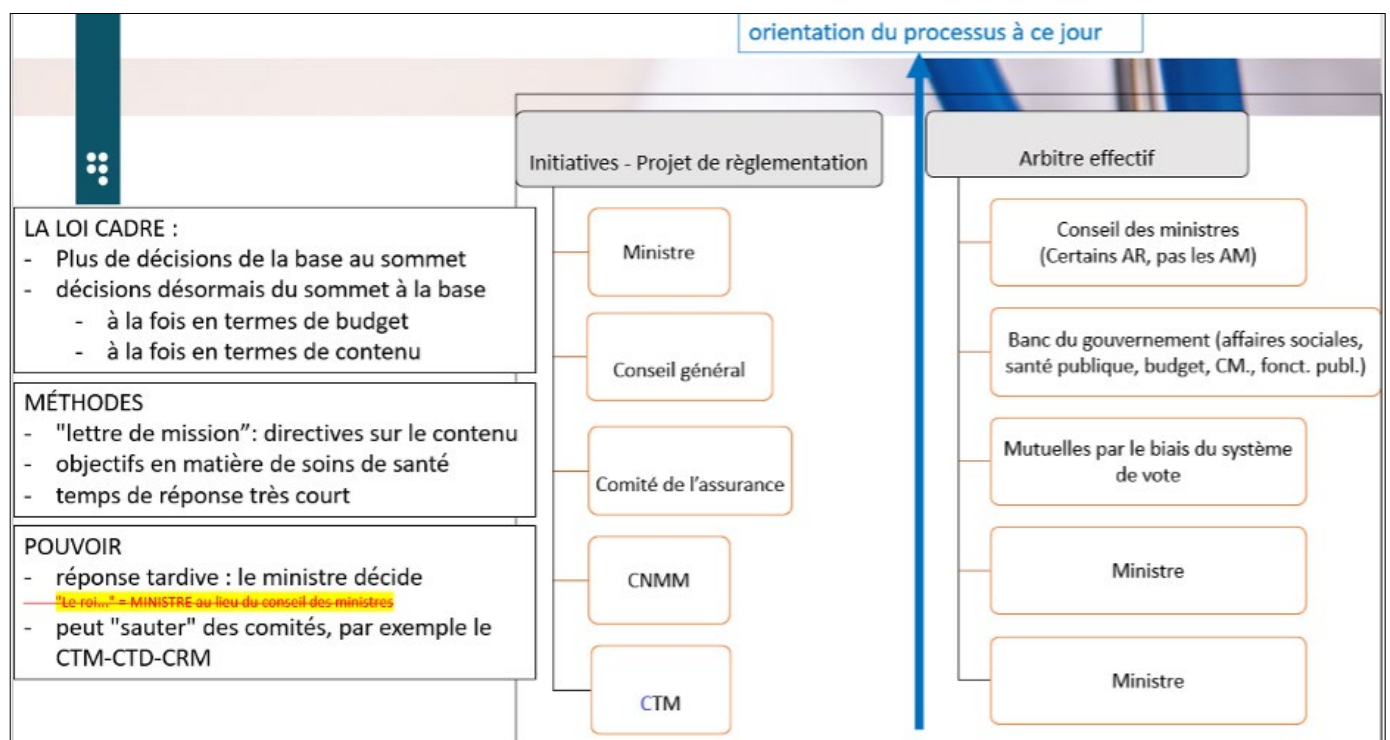
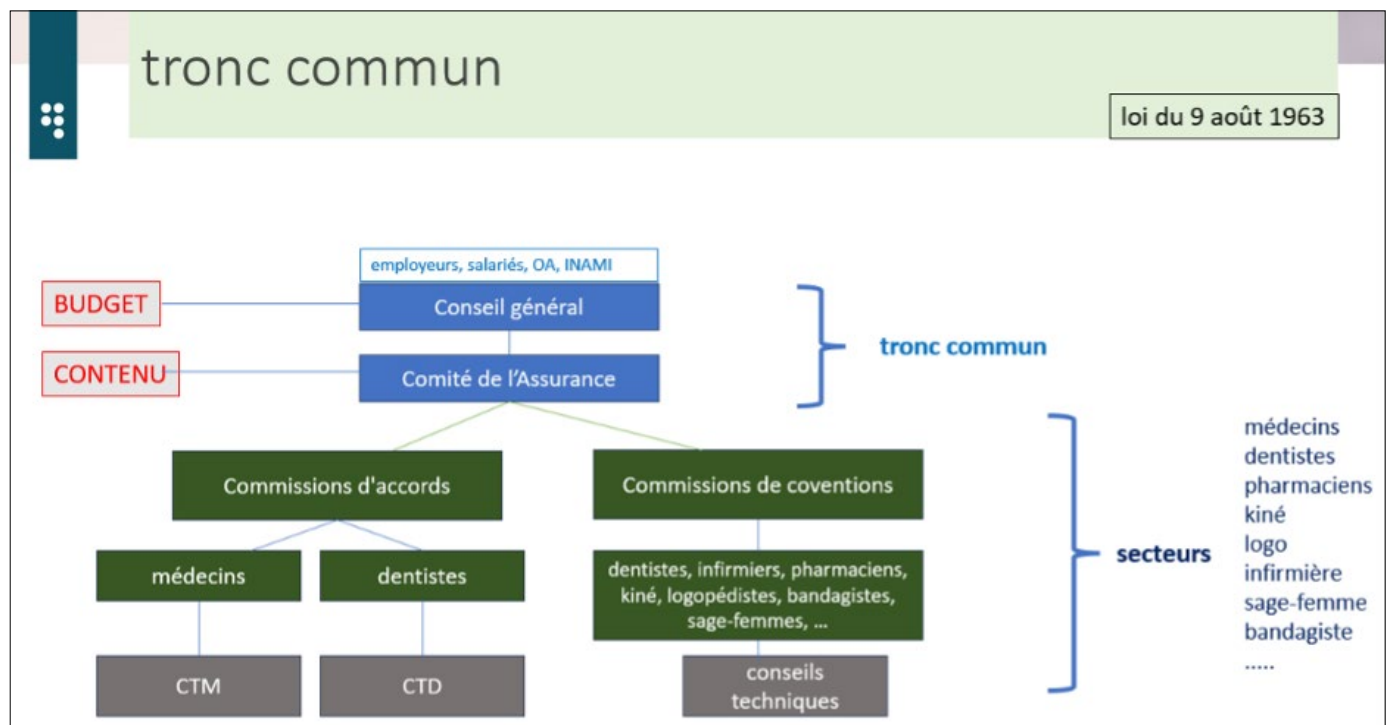
DILUTION

Sous couvert d'uniformisation, on assistera à une dévalorisation de la commission d'accords des médecins et des dentistes qui perdront certaines de leurs particularités et l'on remarquera moins que bon nombre de commissions seront créées. Par exemple, au cours de la législature précédente, on a travaillé à la création d'une nouvelle commission relative aux « maisons médicales », bien que les maisons médicales ne soient pas différentes d'un regroupement de médecins généralistes et/ou d'infirmières et/ou de kinésithérapeutes. Bientôt, nous verrons apparaître des comités d'entente pour les soins intégrés. La balkanisation du processus décisionnel et la dilution de la représentation des prestataires de soins au sein du Comité de l'assurance contribuent à faciliter la tâche des mutualités et du gouvernement, qui peuvent ainsi faire passer sans problème toutes les décisions qu'ils souhaitent. Après tout, il est beaucoup plus difficile d'aligner tous les prestataires de soins que les 5 syndicats nationaux. Du côté des prestataires de soins, les professions suivantes sont représentées, bien qu'elles n'aient pas toutes leur propre comité : médecins, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes, psychologues cliniciens, hôpitaux, maisons médicales, orthopédistes, orthophonistes, diététiciens, ergothérapeutes, podologues, audiologistes, fournisseurs de dispositifs médicaux et d'implants médicaux invasifs.

Interlude: D'ici peu, cette liste pourra être complétée par d'autres professions de santé, paramédicales ou non : ostéopathes, sexologues, consultants en soins de santé, gestionnaires de cas, travailleurs de rue, ambulanciers, transport médical non urgent de patients, transport de radio-isotopes et de produits pharmaceutiques, pédicures médicaux, manucures médicaux, soins corporels, chiropracteurs, spécialistes des massages, optométristes, orthoptistes, thérapeutes du mouvement, soins de la peau, tatouages médicaux, technologues de laboratoire médical, audiologistes, orthopédagogues cliniques, assistants pharmaceutiques et techniques, spécialistes des soins de santé, assistants de cabinet, hygiénistes dentaires, technologues en imagerie médicale, physiciens des rayonnements, anaplastologistes (fabricants d'épithèses), travailleurs du sexe pour les personnes handicapées, auxiliaires de vie, animateurs de vie, coachs de santé, conseillers pour enfants, réceptionnistes, éducateurs superviseurs, accompagnateurs spirituels, et bien d'autres fournisseurs de produits ou de services liés à la santé. Outre les sages-femmes, les doulas pourraient bientôt être incluses dans la liste. Mais de nombreuses autres expertises ou supposées telles peuvent s'imposer : maquillage, esthéticiennes, salons de massage, experts en parfumerie, guides spirituels, médiums, lecteurs de tarots, chamans, chasseurs d'esprits, acupuncteurs, homéopathes, coachs sportifs personnels, coachs en fitness, experts en tatouage, vendeurs d'aliments pour bébés, de produits de soin de la peau, de cosmétiques, de produits de rajeunissement de la peau, de suppléments nutritionnels et autres. Les questions sur les modalités de remboursement par l'assurance maladie sont inépuisables. (La frontière entre les soins remboursables et les soins non remboursables n'est pas non plus définie de manière permanente, étant donné l'évolution rapide de toutes sortes de dispositifs de contact avec le tégument humain ; par

exemple, les cosmétiques sont définis comme suit conformément au règlement [CE] no 1223/2009 du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 : « toute substance ou préparation destinée à être mise en contact avec les diverses parties superficielles du corps humain [épiderme, système pileux et capillaire, ongles, lèvres et organes génitaux externes] ou avec les dents et les muqueuses buccales en vue, exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect et/ou de corriger les odeurs corporelles et/ou de les protéger ou de les maintenir en bon état ». Une perruque est-elle un élément remboursable ?)

Il n'existe pas de véritables procédures et critères pour la mise sur pied de commissions. À l'avenir, une proposition émanant du Cabinet pourrait être directement soumise au Comité de l'assurance, y être approuvée et être ensuite concrétisée par les institutions de l'INAMI. Les maisons médicales, par exemple, sont dotées de leur propre commission.



SECTEURS OU COMMISSIONS D'ACCORDS

La loi-cadre proposée prévoit une uniformisation entre les commissions d'accords et les commissions de conventions. Dans ces commissions, des accords ou des conventions sont conclus. Les médecins et les dentistes concluent des accords, tous les autres prestataires de soins concluent des conventions. La différence réside, entre autres, dans le remboursement de la prestation de soins pour le patient en fonction du statut conventionnel du dispensateur. Le fait qu'un médecin soit conventionné ou non n'a aucune incidence sur le tarif de remboursement d'une prestation médicale. Il en va de même pour le dentiste. Mais pour un kinésithérapeute, cela entre en ligne de compte. Chez un kinésithérapeute conventionné, le remboursement est plus élevé que chez un kinésithérapeute non conventionné. Les patients perdent 25 % du tarif de remboursement s'ils choisissent de se faire soigner par un kinésithérapeute non conventionné.

La proposition de loi-cadre prévoit que les commissions « de conventions » soient supprimées et que seules les commissions d'accords subsistent. Cela représente un coût structurel pour l'INAMI, mais cela se justifie, selon nous.

Les commissions d'accords sont paritaires : autant de membres votants du côté des prestataires de soins que du côté des mutualités. Le président n'a pas le droit de vote et est généralement un fonctionnaire INAMI.

Les commissions d'accords ont pour mission de négocier des accords sur les tarifs de remboursement entre les prestataires de soins et les mutualités, qui se font les défenseurs de leurs membres dans ce domaine. Cela couvre effectivement près de 97 % de la population belge. Les patients sont fidèles à leur mutualité et en changent très peu. Les mutualités ont leurs caractéristiques et leurs spécificités. Ainsi, les O.A. 100 et O.A. 400 sont très fortement représentés en Flandre, tandis que les O.A. 200 sont fortement représentés dans la province de Liège, les O.A. 500 sont fortement représentés en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale, et les O.A. 600 sont fortement représentés à Bruxelles. Les O.A. 300 sont connus pour avoir une proportion très élevée de patients bénéficiant de l'intervention majorée parmi ses membres : plus de 41 % de tous les patients bénéficiant de l'intervention majorée sont affiliés à cette mutualité.

		nombre de membres			
O.A.	Dénomination - chiffres au 31/12/2023	2020	2021	2022	2023
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	4.593.032	4.600.893	4.617.219	4.598.127
200	Union nationale des mutualités neutres	564.803	573.696	588.437	600.215
300	Union nationale des mutualités socialistes	3.239.909	3.252.667	3.282.955	3.309.773
400	Union nationale des Mutualités Libérales	540.599	539.577	540.994	540.234
500	Union nationale des Mutualités Libres	2.207.814	2.232.397	2.259.946	2.287.766
600	Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	113.720	118.857	136.056	139.800
900	Caisse des Soins de santé de HR Rail	100.962	99.548	98.542	97.704

Le nombre de membres détermine également le nombre de délégués votants au sein de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) ainsi que le financement des mutualités. En effet, outre une

cotisation par membre payée par ce dernier, les unions nationales reçoivent également une allocation administrative de la part du gouvernement. Ainsi, en 2023, les unions des mutualités du pays ont reçu ensemble 1 194 981 000 € de la part du gouvernement. En 2024, ce montant passera à 1 285 441 000 €, soit une augmentation de 7,6 %. Cette année, les mutualités recevront 7 % supplémentaires, ce qui portera le total à 1 375 165 000 €. Sur deux ans, cela représente une augmentation de 15,07 % exactement. La représentation des médecins est basée sur des élections médicales qui ont lieu tous les cinq ans. Les dernières élections médicales remontent à juin 2023. Y ont participé : l'ABSyM-BVAS, le Cartel (ASGB-GBO-MODES), l'Alliance Avenir des Médecins-Domus Medica, abrégée AADM. Les résultats des élections déterminent la composition des organes suivants, entre autres : la Commission nationale médico-mutualiste, le Comité de l'assurance, le Conseil technique médical, le Conseil national pour la promotion de la qualité, la Commission de remboursement des médicaments, la Commission de remboursement des Implants et des Dispositifs médicaux, les Commissions de profils, Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les Chambres de première instance et les Chambres de recours et le Comité de gestion du « Fonds des accidents médicaux ».

L'ABSyM-BVAS a obtenu 56,80 % des voix, le Cartel 24,45 % et AADM 17,96 %. La répartition entre médecins généralistes et médecins spécialistes donne les proportions suivantes :

Médecins généralistes : ABSyM-BVAS (26,14 %), Cartel/Kartel (35,03 %), AADM (38,26 %).

Médecins spécialistes : ABSyM-BVAS (79,31 %), Cartel/Kartel (16,68 %), AADM (3,05 %).

Ces relations déterminent la répartition des mandats et des allocations de financement de ces organisations représentatives des médecins. Pour l'ensemble des organisations représentatives de médecins, ce montant a été fixé à 1 556 000 € pour l'année 2024. En raison des compositions paritaires, les organisations de médecins doivent consacrer plusieurs milliers d'heures de travail par an à des réunions et à des préparatifs, le plus souvent pendant les heures de travail actives en journée. Les secrétariats de ces organisations, les frais de déplacement, le matériel d'étude ont également un coût. Cette allocation est loin de couvrir les frais, mais elle constitue l'accomplissement d'un devoir social qui contribue à ce qu'en Belgique, les patients puissent recevoir, dans toutes les régions du pays, les meilleurs soins médicaux possibles, que l'on peut qualifier comme étant « à la pointe de la technologie », aux tarifs les plus sûrs qui soient. C'est là l'engagement de la concertation entre mutualités et médecins : parvenir à des accords sur le contenu et s'engager sur des tarifs. Cela permet aux patients comme aux médecins de bénéficier d'une transparence et d'une certitude tarifaire, généralement sur une période de deux ans.

Une fois l'accord conclu, il est soumis à la notification et au vote de tous les médecins du pays, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Tout médecin qui répond aux critères imposés a le droit de vote et peut voter. L'INAMI enregistre le nombre de votes valables par spécialité médicale, par lieu de résidence et par province. Les médecins spécialistes en formation et les médecins généralistes en formation disposent également du droit de vote. Chaque médecin peut choisir d'adhérer totalement, partiellement ou non à l'accord proposé. Les organisations représentatives de médecins ne savent pas quelle proportion de leurs membres adhérera ou non à une proposition d'accord. Ils n'ont que peu d'influence sur ce point. C'est le contenu de l'accord qui détermine le vote. Certains passages des accords visent plutôt les médecins généralistes, d'autres les médecins spécialistes et d'autres encore des sous-disciplines spécifiques des médecins spécialistes. Mais la différence entre les pratiques hospitalières et les pratiques ambulatoires est aussi souvent un facteur de différenciation dans les accords. Les médecins disposent d'un délai de 30 jours pour exprimer leur refus d'adhérer. S'ils ne le font pas, ils sont automatiquement considérés comme ayant adhéré.

Pour chaque arrondissement administratif, l'accord entre en vigueur 45 jours après **l'envoi** du texte des accords approuvés par le Conseil des ministres (à ce jour : « après publication au Moniteur belge »), sauf si plus de 40 % des médecins (ou dentistes) ont notifié leur refus via l'application en ligne du gouvernement (ProSanté) dans les 30 jours suivant la publication.

Jusqu'à présent, l'entrée en vigueur de l'accord dans chaque arrondissement administratif nécessitait en outre que pas plus de 50 % des médecins généralistes ou pas plus de 50 % des spécialistes aient refusé d'adhérer à la convention. L'avant projet de loi cadre supprime le décompte régional, mais l'exigence selon laquelle les accords avec les médecins doivent également atteindre un certain quorum pour les médecins généralistes, d'une part, et les médecins spécialistes, d'autre part, est maintenue. Le recensement ne se fera plus qu'au niveau national. Le recensement par région, et a fortiori la possibilité qu'un accord n'entre en vigueur que dans certaines régions, sont supprimés. Tout médecin individuel peut refuser d'adhérer à l'accord sans motivation.

Depuis l'apparition des accords et conventions entre les prestataires et les mutualités sur les tarifs et les prestations, les prestataires pouvaient choisir individuellement de se conventionner ou non, mais si un certain quota minimal n'était pas atteint dans un ou plusieurs arrondissements, le ministre pouvait y imposer des tarifs obligatoires. Le caractère propre à la région ou à l'arrondissement disparaît donc. Il en résulte une perte d'informations, mais nous croyons savoir que jusqu'à présent, une obligation tarifaire par arrondissement n'a jamais été imposée, de sorte que ce changement n'est pas contesté par les médecins.

Les accords sont en principe conclus pour une période de deux ans. Les chiffres du déconventionnement du 16/12/2024 peuvent être consultés dans le tableau ci dessous.

Description	chiffres au 16/12/2024			
	% de refus	% d'adhésions	% d'adhésions partielles	% d'adhésions totales
Médecin 000 et 009	1,41	98,59	0,15	99,85
Médecin généraliste 001-002	3,66	96,34	0,00	100,00
Médecin généraliste agréé 003-004-007-008	10,99	89,01	0,69	99,31
Médecins généralistes en formation	0,19	99,81	0,00	100,00
Total des médecins généralistes	8,17	91,83	0,50	99,50
Médecin spécialiste en formation	0,53	99,47	0,08	99,92
Gériatrie	0,80	99,20	0,40	99,60
Oncologie médicale	1,47	98,53	4,24	95,76
Autres spécialités	1,50	98,50	0,76	99,24
Médecine aiguë et d'urgence	1,66	98,34	0,81	99,19
Biologie clinique	2,35	97,65	0,00	100,00
Médecine interne + endocrinodiabétologie	3,70	96,30	3,98	96,02
Réanimation anesthésique	3,88	96,12	1,11	98,89
Médecine nucléaire	5,11	94,89	0,30	99,70
Anatomopathologie	6,54	93,46	0,50	99,50

Pneumologie	6,97	93,03	4,70	95,30
Radiothérapie	7,66	92,34	13,04	86,96
Psychiatrie	9,83	90,17	2,63	97,37
Neurologie	10,46	89,54	5,77	94,23
Neuropsychiatrie	11,48	88,52	0,93	99,07
Pédiatrie + neurologie pédiatrique	13,68	86,32	3,61	96,39
Gastro-entérologie	18,65	81,35	8,96	91,04
Chirurgie	19,27	80,73	6,30	93,70
Rhumatologie	22,08	77,92	10,53	89,47
Neurochirurgie	26,67	73,33	15,00	85,00
Cardiologie	29,44	70,56	8,86	91,14
Médecine physique ou kinésithérapie	32,37	67,63	7,67	92,33
O.R.L.	32,74	67,26	20,35	79,65
Diagnostic radiographique	35,73	64,27	6,20	93,80
Urologie	39,18	60,82	20,73	79,27
Stomatologie	43,56	56,44	11,20	88,80
Orthopédie	45,68	54,32	22,25	77,75
Gynécologie et obstétrique	49,36	50,64	24,62	75,38
Chirurgie plastique	57,71	42,29	13,51	86,49
Ophtalmologie	62,71	37,29	19,88	80,12
Dermato-vénéréologie	70,22	29,78	21,66	78,34
Total médecins spécialistes	23,01	76,99	6,77	93,23
Total médecins spécialistes + médecins spécialistes en formation	19,10	80,90	5,34	94,66
Total	14,70	85,30	3,24	96,76

Il est recommandé de prendre connaissance du contenu de l'accord national médico-mutualiste, tel que publié au Moniteur belge du 05/02/2025 (p. 13 240 p. 13 256). Un tel accord façonnera la médecine générale et les soins de santé somatique et mentale à l'intérieur et à l'extérieur des murs de l'hôpital. Les tarifs en font partie. Les suppléments d'honoraires en constituent l'un des 10 chapitres.

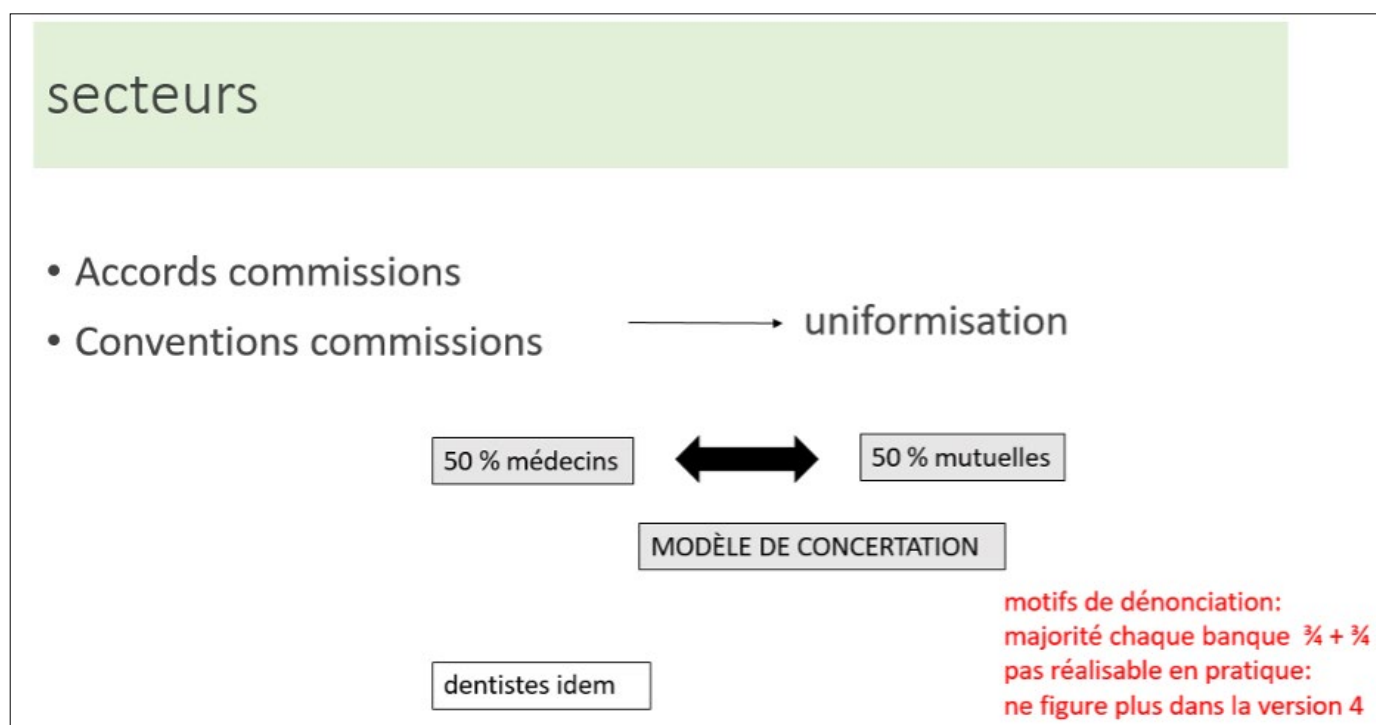
L'organisation de la médecine est également déterminée par ces accords. Par exemple, en médecine générale, l'accent sera mis sur la relation individuelle à long terme entre le médecin généraliste/le groupe de médecins généralistes et le patient individuel, la gestion du dossier médical global jouant un rôle essentiel. En médecine somatique spécialisée, l'accent sera mis sur la relation à long terme avec l'hôpital et/ou le développement d'une pratique spécialisée extra-muros. Dans le domaine de la santé

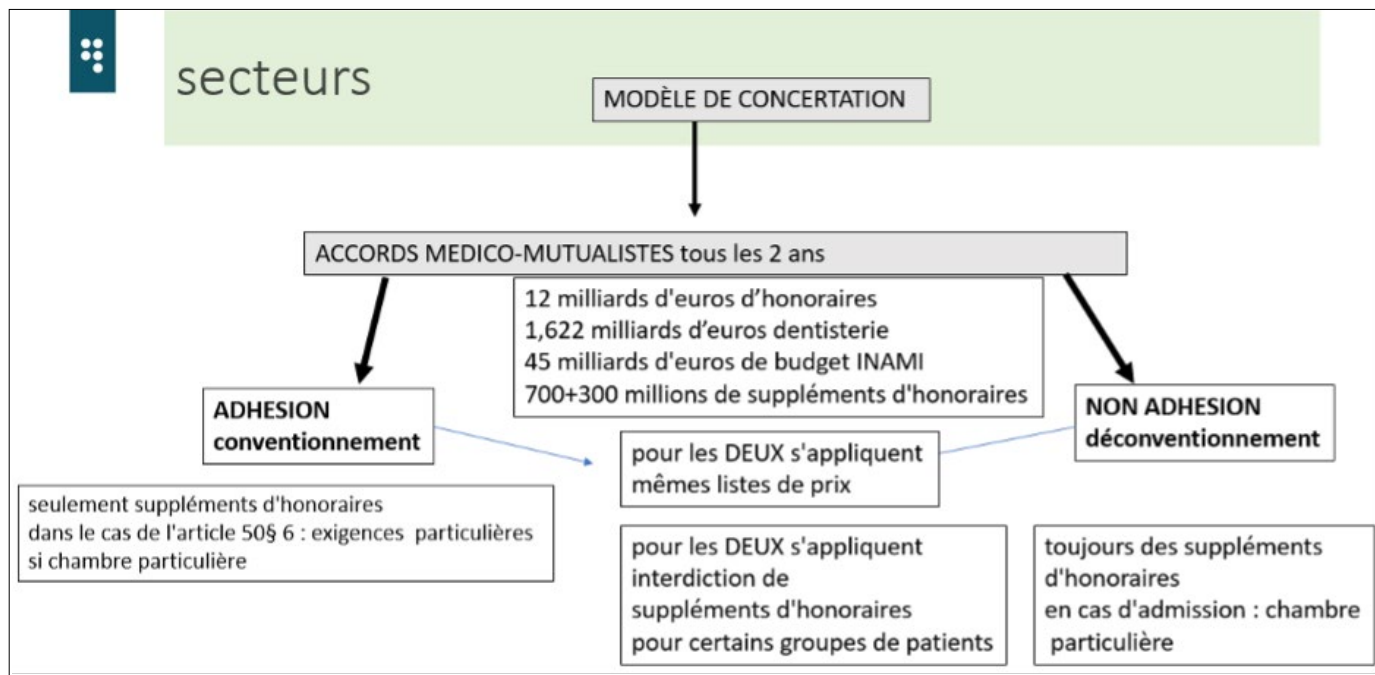
mentale, la contribution fédérale (l'assurance maladie est fédérale) n'est qu'un élément d'un réseau local, régional, provincial et fédéral très dense d'infrastructures destinées à fournir aux enfants, aux adolescents et aux adultes l'aide la plus proche possible. L'imbrication des services de santé mentale avec diverses agences fédérales, régionales et interfédérales dépasse souvent ce qui peut être décidé dans le cadre d'un accord national médico-mutualiste. En effet, il ne s'agit pas seulement de l'individu, mais aussi de la famille, de l'environnement social de l'enfant ou de l'adolescent, des problèmes de violence ou de toxicomanie ou des problèmes médicolégaux qui ne peuvent être envisagés sur la base d'un tarif par intervention.

La grande diversité des soins de santé en Belgique n'est pas abordée dans l'avant-projet de loi-cadre. Il s'agit d'un modèle unique où le critère suivant s'applique : soit un prestataire de soins adhère à une convention, soit il n'y adhère pas. Lorsqu'un prestataire de soins y adhère, il acquiert un statut social. S'il n'y adhère pas, pas de statut social prévu et, à partir de la loi-cadre, une pénalisation supplémentaire qui se traduit sous la forme de la non-attribution de primes de pratique et la pénalisation des organisations représentatives de médecins qui ont conclu l'accord tarifaire.

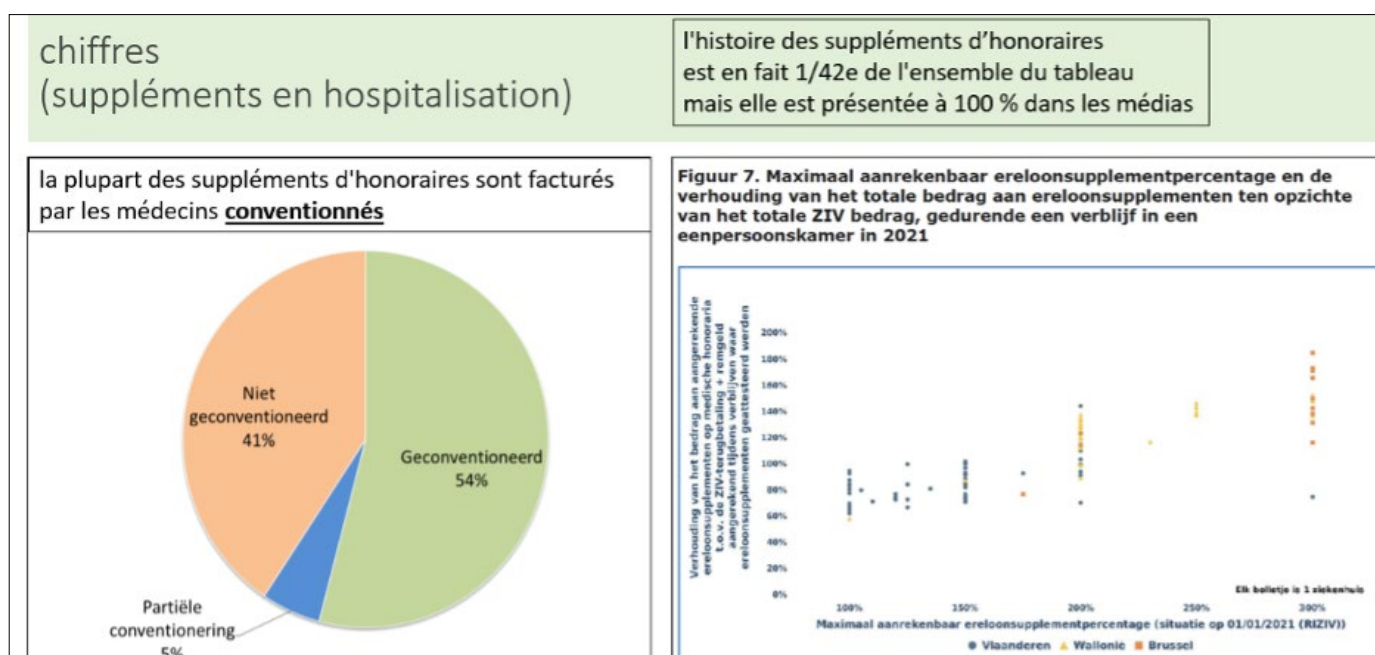
Le fait que 91,8 % des médecins généralistes et 80 à 90 % des médecins spécialistes, y compris les MGF et les MSF, souscrivent à des accords n'a aucune importance. Le fait qu'il existe de grandes différences entre les disciplines médicales ne compte pas non plus, car cela nécessiterait de se pencher sur les causes, et le fait que seuls 3,2 % des médecins ont adhéré partiellement ne semblait pas non plus pertinent dans la première version de la loi cadre.

Une convention impose des obligations importantes aux médecins (ainsi qu'aux dentistes) qui y adhèrent ainsi qu'à ceux qui n'y adhèrent pas. L'essentiel des règles tarifaires s'applique à tous les prestataires de soins. En médecine, il y a plus de 11 000 tarifs individuels (en comptant toutes les sous catégories). C'est loin d'être négligeable et les potentielles interdictions de dépassement d'honoraires s'appliquent généralement aux deux catégories de médecins, qu'ils aient adhéré ou non à l'accord.

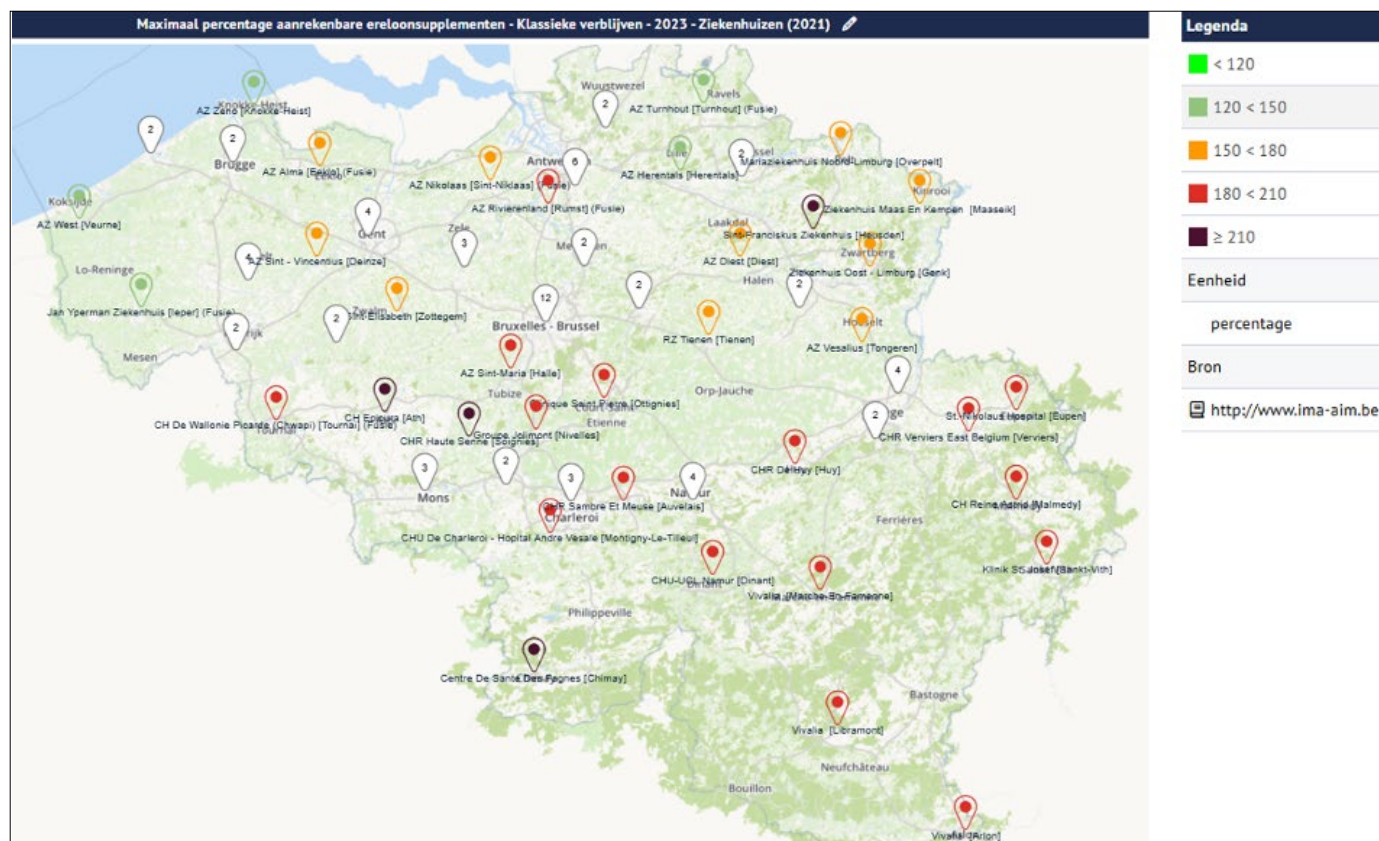




Dans l'enveloppe totale de l'assurance maladie (environ 45 milliards d'euros par an), le budget partiel des honoraires des médecins représente environ 12 milliards d'euros. Les suppléments d'honoraires représentent au maximum 690 (patients hospitalisés) + environ 200 (patients ambulatoires) millions d'euros par an. Les suppléments d'honoraires représentent donc environ 1/12e du package d'honoraires et environ 1/45e de l'enveloppe de l'assurance maladie. Environ 80 % des suppléments d'honoraires sont pris en charge par les assurances hospitalisation, et non par les patients eux-mêmes. Sur les 690 millions de suppléments d'honoraires, plus de 60 % sont demandés par des prestataires de soins conventionnés, c'est-à-dire des médecins qui ont adhéré à l'accord. En effet, les patients qui optent pour une chambre individuelle se voient facturer à la fois des suppléments de chambre par l'hôpital et des suppléments d'honoraires par les médecins (quel que soit leur statut de conventionnement). C'est donc au niveau de la chambre individuelle que le bât blesse, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, mais la problématique n'est jamais nommée, surtout pas dans l'avant-projet de loi-cadre.



Il existe également une grande différence entre les communautés en ce qui concerne l'importance des suppléments d'honoraires. Cela s'explique par la situation financièrement plus précaire des hôpitaux de Bruxelles et de Wallonie, mais aussi par le fait que le nombre de factures impayées par les patients en région bruxelloise et en Wallonie est environ trois fois plus élevé qu'en Flandre, où elles représentent environ 2 % du chiffre d'affaires. Les forfaits journaliers fixés par le gouvernement pour les hôpitaux varient également considérablement, d'un hôpital à l'autre. Les hôpitaux publient de manière transparente le plafond des suppléments d'honoraires qui peuvent être en vigueur dans leur établissement.



Près de 45 % des suppléments d'honoraires dans les hôpitaux sont destinés à des fins de financement, à l'innovation et à des frais liés à la construction. Des techniques innovantes (p. ex. en chirurgie robotique) achetées sont ensuite mises à disposition de tous les patients, sans distinction. De cette manière, tous les patients sans exception en bénéficient.

POURQUOI LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES SONT-ILS NÉCESSAIRES DANS LA PRATIQUE AMBULATOIRE ?

Les pratiques des médecins diffèrent les unes des autres. Certaines spécialisations sont essentiellement intellectuelles, avec peu de technicité, et ne nécessitent que peu d'infrastructures ou de personnel spécifiques. D'autres sont très techniques et nécessitent beaucoup de personnel et de consommables. À l'hôpital, ces dernières disciplines ont accès à différentes modalités de financement pour supporter ces coûts :

- Elles peuvent travailler avec une palette beaucoup plus étendue de numéros de nomenclature soumis à un remboursement : en effet, l'article 15 § 2 stipule que toutes les prestations d'une valeur supérieure à K120 ou à N200 ne sont remboursées qu'à l'intérieur des murs de l'hôpital (qu'elles aient lieu en hospitalisation, en polyclinique ou en ambulatoire – du moment que c'est à l'intérieur des murs de l'hôpital).

- Elles peuvent travailler avec des coûts imputables au budget des moyens financiers (par le biais ou non de la liste A) ou via les forfaits INAMI.

Dans la pratique ambulatoire, rien de tout cela n'est disponible. On n'a alors accès qu'aux honoraires pour couvrir l'ensemble des coûts. En outre, la législation (art. 35 § 4) interdit que les coûts des matériaux se répercutent tout bonnement sur le patient. On pourrait penser que – comme dans un garage – la facture comprend d'une part, la main-d'œuvre et d'autre part, les matériaux. Dans la pratique médicale ambulatoire, tout est compris dans les honoraires. Si toutes les prestations couvraient les coûts, il n'y aurait pas de problème. Mais l'ensemble des prestations proposées pour lesquelles il existe des tarifs de l'engagement sont loin de couvrir les coûts. En dentisterie, ce problème est partiellement résolu en autorisant des tarifs cibles (il s'agit de tarifs que le dentiste est autorisé à répercuter sur le patient pour les matériaux et les coûts qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans le tarif de remboursement). En médecine, ce principe n'existe pas. En médecine, il faut absorber les coûts par le biais de suppléments d'honoraires.

pourquoi des suppléments en ambulatoire extramural? pas de conditions équitables par rapport aux hôpitaux

Les **frais inclus dans la prestation** : art. 35§4 loi SSI 14.07.1994:

- les frais de déplacement,
- les frais afférents au personnel,
- les frais afférents à l'utilisation de locaux,
- les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis,
- les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux ainsi que
- les frais administratifs et
- les frais liés à la délivrance de documents prévus par ou en vertu de la loi
- [Sauf disposition contraire dans ou en vertu de la présente loi, les honoraires couvrent tous les frais liés directement ou indirectement à l'exercice des prestations mentionnées à l'article 34.]

l'hôpital :

- Forfaits INAMI
- liste A
- Journée hôpital

STATUT SOCIAL

Le statut social a jusqu'à présent été le moyen d'amener les médecins à se conventionner davantage. Le statut social du médecin (adhérant) est un avantage financier consistant en une cotisation annuelle versée par le Service des soins de santé de l'INAMI à un assureur ou à un fonds de pension de son choix. Grâce à cette cotisation, le médecin/dentiste bénéficie d'avantages sociaux pour se constituer une pension et/ou un revenu de remplacement en cas de maladie et/ou une prime de décès. Les médecins ne reçoivent pas ce montant en tant que tel, il s'agit d'un montant affecté à un usage précis. Les médecins qui n'adhèrent pas à l'accord ne bénéficient pas de ces avantages.

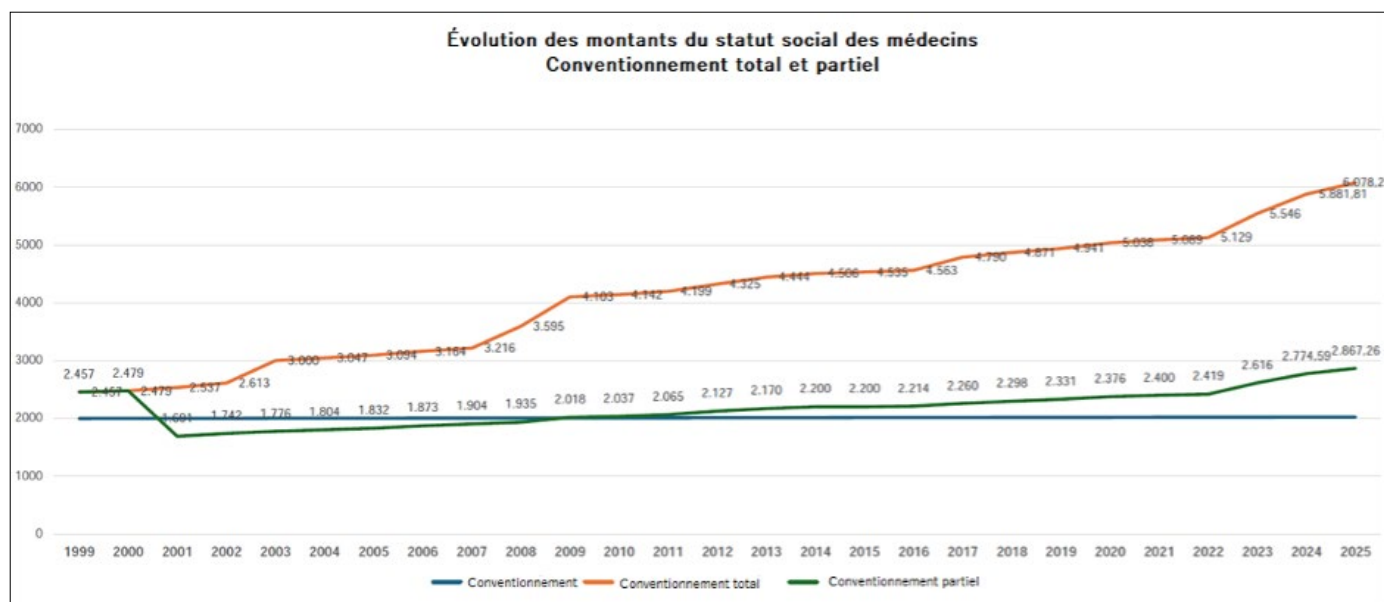


Figure indiquant l'évolution du statut social des médecins conventionnés (plein temps – partiel)

L'actuel avant-projet de loi-cadre s'éloigne d'un processus incitatif et s'oriente résolument vers une stratégie punitive, tant au niveau individuel que collectif.

SUPPRESSION DE LA PRIME DE PRATIQUE INTÉGRÉE OU PÉNALISATION INDIVIDUELLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN CAS DE DÉCONVENTIONNEMENT

Bien que près de 92 % des médecins généralistes soient conventionnés, le ministre choisit tout de même de supprimer la prime de pratique intégrée pour les 8 % de médecins généralistes non conventionnés. Cela ne s'applique pas aux médecins spécialistes, qui ne bénéficient pas d'un dossier médical global ni de diverses primes de pratique. La prime de pratique intégrée est née en 2016 de la fusion de la prime télématique, de la prime de soutien à la pratique et de la prime Sumehr.

Pour l'exercice 2025, la prime de pratique intégrée pour les médecins généralistes s'élève à un budget de 61 301 000 euros. La base légale trouve sa source dans l'article 36sexies de la loi SSI du 14 juillet 1994. Cette disposition est modifiée dans l'avant-projet de loi-cadre. Il serait erroné de penser que la prime de pratique intégrée pour les médecins généralistes est un « bonus » qui disparaît. Pour ce faire, nous nous référons au site web de l'INAMI (<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/interventions-financieres/prime-de-pratique-integree>).

La prime de pratique intégrée est une somme forfaitaire que les médecins généralistes reçoivent chaque année pour soutenir le fonctionnement de leur cabinet et l'utilisation des services électroniques. Le montant de cette prime dépend de la situation du médecin généraliste au cours de l'année de prime et varie entre 0 et 6000 euros. La condition minimale d'admission est que le praticien soit effectivement un médecin généraliste et qu'il utilise au moins l'un des logiciels « reconnus » par la CNMM dans son cabinet : CareConnect (HealthConnect), HealthOne (HDMP), Daktari (Barista Software), Medinect (OFFIMED), Omnipro (Xperthis), Prodoc (CEGEKA), Topaz (Topaz Care SRL), Medispring (Medispring SCRL) ou NexuzHealthPRO (NexuzHealth). En outre, les médecins généralistes sont tenus de mettre en œuvre le plus grand nombre possible de « paramètres de prime ». Ces paramètres sont revus chaque année.

Pour 2025 s'appliquent les principes suivants :

1. Le médecin généraliste doit effectuer au moins 50 % des demandes de remboursement des médicaments du chapitre IV au second semestre 2025 via le service « Chapitre IV » de MyCarenet.

Chapitre IV

Le médecin généraliste fait usage du service MyCarenet pour les demandes électroniques de remboursement de médicaments **chapitre IV** et introduit au moins 50% des demandes en question via MyCarenet au cours du second semestre de l'année de la prime.

	2020	2021	2022	2023	2024
Moyenne	59,10%	64,00%	67,70%	71,70%	73,37%
MG atteignant le critère	66,53%	68,22%	72,68%	76,28%	78,29%

2. Au second semestre 2025, le médecin généraliste utilise le service « eFact » de MyCarenet pour la facturation électronique des patients bénéficiaires de l'intervention majorée ou soumet des attestations de consultation via le service « eAttest » de MyCarenet pour au moins 50 % de ses consultations.

Facturation électronique

Le médecin généraliste utilise la **facturation électronique** de consultations via MyCarenet chez des patients ayant droit à l'intervention majorée ou introduit ses attestations de consultation via le service eAttest de MyCarenet pour au moins 50% de ses consultations au cours du second semestre de l'année de la prime.

	2020	2021	2022	2023	2024
Moyenne	-	-	-	73,20%	75,33%
MG atteignant le critère	-	-	-	74,53%	76,40%

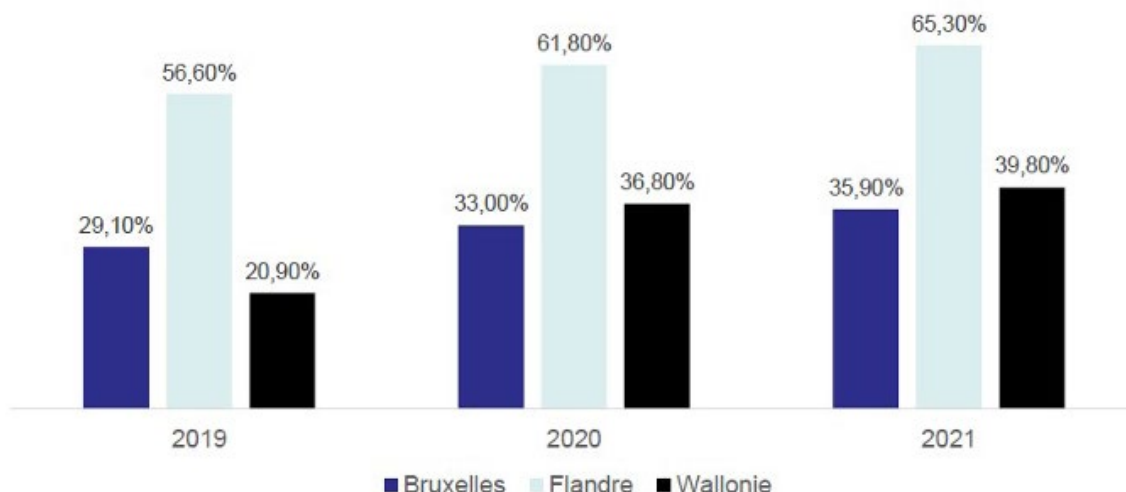
3. Le rapport entre le nombre total de patients distincts pour lesquels un Sumehr a été téléchargé via la plateforme numérique Vitalink, le RSW ou Abrumet au 31 décembre 2025 et le nombre de patients pour lesquels des honoraires DMG ont été perçus en 2025 est d'au moins 60 %. Ce paramètre pourrait bien constituer un problème à Bruxelles et en Wallonie :

SumEHR

Le médecin généraliste favorise le partage sécurisé des données de santé de ses patients et aura atteint au 31 décembre de l'année de la prime une proportion minimale de **60%** (55% en 2023, 25% en 2022 et années antérieures) entre le nombre de patients différents pour lesquels il a chargé un **SUMEHR** et le nombre de patients pour lesquels il a reçu des honoraires DMG pour l'année de la prime.

	2020	2021	2022	2023	2024
Moyenne	38,60%	41,90%	46,30%	52,40%	55,39%
MG atteignant le critère	46,45%	48,47%	52,63%	50,83%	52,93%

Scores moyens, par région, pour le critère Sumerh



4. Au cours du second semestre 2025, le médecin généraliste crée ou adapte au moins 5 schémas de médication.

Schémas de Médication

Le médecin généraliste crée ou adapte au moins 5 **schémas de médication** au cours du second semestre de l'année de la prime

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	0	0	3	10	17
Moyenne	141,214	279,074	509,485	559,766	656,864
MG atteignant le critère	40,26%	42,73%	48,88%	54,93%	59,99%

5. Au cours du second semestre 2025, le médecin généraliste utilise le CEBAM evidence linker (via login) au moins 5 fois.

CEBAM Evidence Linker

Le médecin généraliste utilise au moins 5 fois le **CEBAM evidence linker** (via login) au cours du second semestre de l'année de la prime

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	0	0	0	0	1
Moyenne	8,827	4,413	5,293	6,166	5,575
MG atteignant le critère	33,38%	24,82%	28,90%	33,89%	41,82%

6. En 2025, le médecin généraliste utilise au moins 3 fois le formulaire électronique « Évaluation du handicap - SPF Sécurité sociale » pour envoyer des informations médicales au SPF Sécurité sociale (DG Personnes handicapées) > plus d'infos sur la procédure Explication concernant l'utilisation du formulaire « Évaluation du handicap - SPF Sécurité sociale ».

Evaluation du handicap

Le médecin généraliste envoie au moins 3 fois lors de l'année de la prime le formulaire électronique «**Evaluation du handicap - SPF Sécurité sociale**» vers le SPF Sécurité Sociale

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	0	2	4	3	4
Moyenne	10,533	13,08	13,802	7,074	7,359
MG atteignant le critère	43,23%	46,74%	51,43%	53,62%	56,54%

7. Le médecin généraliste s'enregistre, via son logiciel métier, pour au moins deux des trois baromètres suivants :

- Baromètre du « diabète »
- Baromètre « antibiotiques »
- Baromètre « insuffisance rénale »

L'enregistrement doit avoir lieu :

- avant le 28/11/2025 pour le baromètre « diabète » ;
- avant le 21/12/2025 pour le baromètre « antibiotiques » ;
- avant le 12/12/2025 pour le baromètre « insuffisance rénale ».

Baromètres (critère introduit en 2023)

Le médecin généraliste s'inscrit, via son logiciel métier, à deux des trois **baromètres** suivants: le baromètre « diabète » avant le 28/11/2024, le baromètre « antibiotiques » avant le 21/12/2024 » et le baromètre "insuffisance rénale" avant le 10/12/2024 (en 2023, le critère concernait l'inscription au baromètre « diabète » et/ou au baromètre « antibiotiques »)

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	-	-	-	-	2
Moyenne	-	-	-	-	1,708
MG atteignant le critère	-	-	-	58,99%	64,55%

8. Au cours du quatrième trimestre 2024, le médecin généraliste envoie au moins un certificat électronique d'incapacité de travail aux mutualités via Mult-eMediatt.

Mult-eMediatt (critère introduit en 2024)

Le médecin généraliste envoie au moins 1 certificat d'incapacité de travail par voie électronique aux mutualités via **Mult-eMediatt** au cours du 4e trimestre 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	-	-	-	-	0
Moyenne	-	-	-	-	4,511
MG atteignant le critère	-	-	-	-	37,37%

Le médecin généraliste respecte-t-il les dispositions minimales et réussit-il à les mettre en œuvre ?

- < 5 paramètres : le médecin généraliste reçoit alors 1000 euros.
- 5 paramètres : le médecin généraliste reçoit alors 3500 euros.
- 6 paramètres : le médecin généraliste reçoit alors 4500 euros.
- 7 des 8 paramètres : le médecin généraliste reçoit alors 6000 euros.

En ce qui concerne la prime de pratique intégrée 2022, la situation est la suivante :

Situation	nombre de médecins	montant	total
situation 1	918	1000	918 000
situation 2	744	3500	2 604 000
situation 3	1171	4500	5 269 500
situation 4	6991	6000	41 946 000
régularisations <2021			4 203 300
	9 824		54 940 800

Les dépenses liées à la prime de pratique intégrée pour les médecins généralistes sont les suivantes :

année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
montant en millions d'euros	29 605	41 481	44 897	49 964	54 940	54 925	61 806	63 301

Était-il vraiment nécessaire de remettre en question la prime de pratique intégrée ? Apparemment, selon le ministre et selon Domus Medica, c'était le cas... alors que ce même Domus Medica a fait l'éloge du baromètre antibiotiques. Ce paramètre serait-il vraisemblablement moins important que celui de la convention/déconvention ? Parce qu'être conventionné prime sur des paramètres comme celui du baromètre des antibiotiques. Il s'agit de 1942 médecins généralistes agréés

qui n'ont pas adhéré à l'accord 2024-2025. L'ampleur de la pénalisation de la prime de pratique intégrée est équivalente à celle du statut social, soit environ 6000 euros dans les deux cas. Quelque 11 000 médecins bénéficient de la prime de pratique intégrée. Si l'on arrondit le nombre de médecins non adhérents à 2000 et que l'on part du principe que tous (soit 100 % d'entre eux) bénéficieront d'une prime de pratique intégrée dans la proportion que l'on connaît de 2022, on parle d'une économie maximale de 10,2 millions d'euros. Les chiffres de 2024 montrent que tous les médecins généralistes ne parviennent pas à satisfaire à tous les critères imposés. On parle de maximum 50 %. L'économie maximale devient alors 50 % de 10,2 millions d'euros, soit environ 5,1 millions d'euros.

Il convient de noter que dans la première version de la loi-cadre, l'ensemble des primes pour les médecins déconventionnés a été profondément chamboulé. Il ne s'agit plus de « pénaliser », mais de remettre en cause l'ensemble du modèle de financement de la médecine générale.



Modèle de convention : encourager le conventionnement

- Primes réservées aux conventionnés ((telematicapremie, kwaliteitspremie, geïntegreerde praktijkpremie,...))
- Tarifs indicatifs
 - Dans le cadre d'une convention ou d'un accord
 - Pour les prestataires de soins conventionnés
 - Caractère temporaire
 - Situations particulières (innovation - remboursements dépassés)
 - Inclusion dans le maximum à facturer
- Financement organisations professionnelles : paramètres conventionnement

PÉNALISATION COLLECTIVE

Outre la pénalisation individuelle, le ministre envisage également une pénalisation collective des organisations représentatives des médecins, en précisant qu'une partie de la compensation dépendra du degré de conventionnement dans ce secteur. Dans les versions successives de l'avant projet de loi cadre, la formulation est sujette à interprétation. Une interprétation possible est celle selon laquelle l'allocation complète serait calculée sur une base entièrement nouvelle, où le nombre de voix obtenues ne déterminerait plus la contribution, mais où toutes les organisations de médecins, grandes comme petites, recevraient une allocation quasiment égale. Ce serait un fameux « cadeau » pour Domus Medica qui en est pourtant indigne. Nous ne souhaitons pas développer plus avant cette interprétation dans ce texte, car nous parlons du principe que les organisations représentatives dont les mandats dépendent du nombre de voix obtenues conserveront le principe du financement par voix obtenue. C'est le cas en politique, c'est le cas dans les syndicats, c'est le cas dans les mutuelles (en fonction du nombre de membres).

DÉCONVENTION PARTIELLE

Si les médecins et les dentistes n'avaient pas mené une action le 7 juillet 2025, les médecins n'auraient plus la possibilité d'adhérer partiellement aux accords tarifaires entre médecins et mutualités : ce serait tout ou rien. La possibilité d'une déconvention partielle ne figurait plus dans le texte de la première version de l'avant projet de loi cadre.

Vous pouvez en endormir plus d'un en disant qu'il s'agit d'une pure exécution de l'accord de coalition, mais vous ne pouvez pas duper des centaines de professeurs d'université. Les conseils médicaux de tous les hôpitaux universitaires flamands ont adressé une lettre au ministre le 19 juin 2025, dans laquelle ils indiquent clairement que le ministre est allé trop loin : l'abolition de la déconvention partielle n'est pas acceptable. Une réaction unanime des conseils médicaux de tous les hôpitaux universitaires flamands, c'est littéralement du jamais vu. On ne peut pas leur donner tort.

Dans tous les hôpitaux universitaires, des professeurs d'université et des membres du personnel proposent des consultations privées quelques heures par semaine, qu'ils effectuent entièrement seuls, sans assistants. Il s'agit d'une consultation individuelle avec le patient. Jusqu'à présent, les professeurs d'université étaient autorisés à percevoir un « supplément d'honoraires » (= un supplément) à cette fin. Si vous vous adressez à un professeur d'urologie ou de gynécologie, celui-ci peut vous facturer 32,84 euros (tarifs 2025) et, pour une consultation privée, un supplément de 16,32 euros (50 %), 32,84 euros (100 %) ou 49,26 euros (150 %) ou plus, en fonction du supplément d'honoraires éventuellement appliqué.

À partir du 1er janvier 2026, aucun supplément d'honoraires ne pourra être demandé au groupe de patients bénéficiant de l'intervention majorée (BIM). Le professeur devra voir et traiter lui-même ces patients dans son cabinet privé, sans l'aide d'assistants, au même rythme que dans son cabinet habituel où il bénéficie de l'aide d'assistants et de personnel de soutien. Jusqu'au 01/01/2026, ce n'était pas un gros problème, car jusqu'à cette date, l'interdiction des majorations ne concernait que les veuves, les invalides, les handicapés et les orphelins, un groupe dont les membres se trouvent dans une situation digne d'intérêt auquel pratiquement aucune majoration n'était appliquée de toute façon. Ce groupe s'élargit à partir du 01/01/2026 à un ensemble de 2,3 millions de Belges et augmente chaque année. Pour les 9,2 millions de personnes restantes qui n'ont pas le statut BIM, il était encore possible de proposer ces consultations privées, phénomène qui a également permis de réduire considérablement la pression des délais d'attente pour les consultations ordinaires.

À partir du 01/01/2028, le ministre contraint désormais, dans les 1re et 2e versions de la loi-cadre, à proposer cette consultation privée moyennant une majoration maximale de 25 %, soit 8,21 euros, ce qui porte le montant total de la consultation privée à 41,05 euros. Les professeurs d'université ayant un statut d'employé ou de fonctionnaire, ils ne peuvent placer le supplément que sur un compte d'exploitation séparé à partir duquel ils peuvent financer des dépenses professionnelles bien précises (conférences nationales et internationales, littérature professionnelle et autres obligations scientifiques, qui sont typiques des milieux universitaires).

Cela signifie qu'à partir du 01/01/2028 – si la proposition de loi-cadre ne changeait pas d'ici là et devenait entretemps une réalité – pour une journée complète de consultation privée avec 20 patients, un maximum de 164,2 euros (bruts) serait facturé, et, si parmi ces 20 patients, 5 ont un statut de BIM, cela représenterait 123,15 euros (bruts) sur le compte d'exploitation. *(Dans les hôpitaux universitaires, le groupe de patients se trouvant dans une situation digne d'intérêt ne se limite pas aux patients ayant le statut « BIM », mais est beaucoup plus large, de sorte que personne n'en est exclu. En outre, l'interdiction légale des suppléments s'applique de toute façon à de nombreux groupes de patients hospitaliers).*

Combien de temps pensez-vous que les professeurs d'université vont encore proposer une consultation privée ? Pas longtemps. Nous allons sans doute assister à une érosion de l'offre de soins, rien de moins.

Cet appauvrissement de l'offre va potentiellement allonger les délais d'attente, puisque ne resteront que les consultations ordinaires qui existaient déjà de toute façon. Qui en sortira gagnant ? Ni les patients ni les soins de santé. L'action du 07/07/2025 et les réflexions politiques qui ont suivi ont permis de rendre à nouveau possible le déconventionnement partiel et de ne pas plafonner les suppléments ambulatoires à 25 % jusqu'au 01/01/2028 au moins.

Il ne faut pas oublier que le nombre de médecins ayant un statut de déconventionnement partiel est de 3,2 % du total. En quoi cela posait-il un réel souci ? Il fallait pourtant que cela soit revu dans l'avant-projet de loi-cadre.



chiffres de la convention 2024

- médecins généralistes : 91,83%
- médecins spécialistes : 80,90 %
- total de conventionnés : 85,30 %
- déconventionnement partiel : 3,24 %

Autrement dit :

- choix suffisant pour les médecins conventionnés
- choix suffisant pour les maisons médicales
- engagement à être traité également aux tarifs conventionnés à l'hôpital

- dentistes: 2024: **56,97%** conventionnées
R/ changement des règles

Modèle de convention : déconventionnement moins attrayant

- Suppléments d'honoraires
 - Les interdictions légales sont maintenues
 - Interdiction envers les patients bénéficiaires de l'Intervention Majorée (BIM)
 - Interdiction pour les chambres doubles/communes à l'hôpital
 - Interdictions concernant l'imagerie médicale lourde
 - Interdiction pendant les gardes organisées
 - Interdiction en cas d'absence d'information préalable
 - Le roi peut limiter les suppléments

Outre la pénalisation individuelle et collective en cas de déconventionnement, il est spécifiquement stipulé que le Roi (entendez le ministre) se trouverait davantage restreint en termes de montant et de base de calcul dans les situations où les suppléments d'honoraires resteraient possibles. Même dans les situations qui étaient auparavant hors accord (exigences particulières du patient, article 50 § 6), l'avant-projet de loi-cadre entend toutefois imposer son caractère contraignant. Cela ressort clairement des textes du ministre.



Modèle de convention : déconventionnement moins attrayant

- À partir du 1er janvier 2028, parallèlement à la réforme de la nomenclature
 - Supplément maximum pour les patients hospitalisés
 - Supplément maximum en ambulatoire
 - Le Roi peut y déroger pour une ou plusieurs prestations médicales
 - Le roi peut limiter la facturation de suppléments à une partie de l'honoraire
- Plafonnement également pour le supplément exigences particulières

Tout cela est imposé dans les versions 1 et 2 de la loi-cadre sans la moindre garantie que les honoraires couvriront au moins les coûts, que les honoraires intellectuels seront corrects, que les hôpitaux seront financés de manière adéquate.



Modèle de convention

- Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2028
 - Le Roi peut avancer la date



'Artsenlonen: zwartmaken van hele beroepsgroep zal sociale zekerheid niet betaalbaarder maken'

Vera Eenkhoorn
Endocrinoloog

LE CALENDRIER EST TRÈS PROBLÉMATIQUE

LA RÉFORME DE LA NOMENCLATURE N'EST PAS ENCORE TERMINÉE

LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX N'EST PAS ENCORE CONNU

MAIS ON VEUT fixer le "cadre" MAINTENANT (limiter les suppléments)

quid des prélèvements ?

quid des honoraires "purs" ? également "intouchables" ?

quid de l'innovation, de la construction, des déficits des hôpitaux ?

'De zorg moet betaalbaar blijven en ook wij als artsen hebben daar een verantwoordelijkheid in', schrijft endocrinoloog Vera Eenkhoorn naar aanleiding van de discussie over de hervormingsplannen van de federale regering. 'De discussie over de ereloonsupplementen kan gevoerd worden op het moment dat er duidelijkheid is over de ziekenhuisfinanciering en niet andersom.'

MÉDECINE DE FAMILLE

La médecine générale a connu un réveil brutal à la lecture du projet de loi-cadre. Dans une note de vision du 17 juin 2022 à l'attention des médecins de la Commission nationale médico-mutualiste, le ministre avait dressé un état des lieux de la médecine générale dans lequel ont été abordés les piliers suivants :

1. Veiller à ce que les (pratiques de) médecins généralistes soient en nombre suffisant et bien réparti(e)s.

2. Réduire la surcharge administrative inutile.
3. Améliorer l'accessibilité pour le patient.
4. S'engager en faveur d'un bon modèle d'organisation qui permette au médecin généraliste ou à une pratique de médecine générale de s'occuper d'un plus grand nombre de personnes. Une organisation avec délégation de tâches et soutien ; également pour les soins non planifiables en dehors des heures de travail traditionnelles.
5. Élaborer un modèle de financement équilibré qui permette de mieux prendre en compte la disponibilité, la collaboration intra- et interdisciplinaire, la continuité des soins, la qualité, la prévention et la responsabilisation. Ce modèle de financement pour les médecins généralistes devrait répondre aux exigences suivantes : (1) être suffisamment stimulant, (2) préserver l'accessibilité pour les patients et l'améliorer si nécessaire, en accordant une attention particulière aux patients vulnérables, (3) se concentrer sur la continuité des soins et la disponibilité, (4) rémunérer correctement les médecins généralistes pour les tâches effectuées pendant et en dehors des consultations, (5) permettre la délégation de tâches, (6) fixer les bons incitants, notamment en matière de prévention, de gestion de la population, de coopération multidisciplinaire, de qualité, de disponibilité..., (7) éviter à la fois la surconsommation et la sous-consommation, ainsi que (8) rechercher au maximum la simplification administrative.

Quelles sont les conclusions à l'horizon 2025 ?

1. Le problème de triage 1733 est loin d'être résolu.
2. Le « New Deal » suscite très peu d'enthousiasme chez les médecins généralistes. Fin 2024, 162 médecins généralistes étaient impliqués dans le New Deal, principalement à Anvers et à Bruxelles.
3. La surcharge administrative inutile n'a certainement pas été réduite, bien au contraire.
4. Les médecins généralistes sont accusés de déclarer trop de maladies de longue durée.
5. Les médecins généralistes sont accusés d'être à l'origine de listes d'attente trop longues et de refus de patients.
6. Les téléconsultations ont été fixées à la valeur 0 (et il ne s'agissait pas d'une proposition de l'ABSyM, contrairement à ce que le ministre Vandenbroucke a prétendu dans Terzake).
7. La délégation de tâches s'est principalement avérée être un transfert de tâches vers d'autres disciplines, tout en maintenant la surcharge administrative.
8. Pour les rares médecins généralistes déconventionnés, la prime de pratique intégrée est maintenant supprimée, ce qui peut être considéré comme un signal que tout élément de financement des médecins généralistes peut être utilisé comme un moyen d'influencer le comportement des médecins généralistes.
9. Pour la totalité des médecins généralistes, il est devenu évident que l'avant-projet de loi-cadre comporte un « volet répressif » très puissant qui ne vise pas à avancer en concertation avec les médecins généralistes, mais plutôt à imposer des normes et des lignes directrices, à exercer un moyen de pression efficace sur ceux qui ne sont pas suffisamment en phase avec la loi. Nous rappelons ici explicitement le texte du ministre du 28 janvier 2022 : « Des chiffres permettant de comparer avec nos pays voisins indiquent une surprescription et une surconsommation

en Belgique dans plusieurs secteurs, dont en particulier la biologie clinique, l'imagerie médicale et les médicaments. Dans le cadre de la réforme de la biologie clinique, il convient dès lors de responsabiliser les prescripteurs. Plus concrètement, il est envisagé de fixer un montant standard virtuel pour la biologie clinique lié aux caractéristiques de la patientèle du prescripteur en dehors de l'hôpital. En cas de dérogation à cette règle, une correction financière sera appliquée, le cas échéant après une période de suivi, par exemple dans le cadre de l'accréditation. » Mais il est clair que cela ne doit pas s'arrêter là : le nouveau cadre d'application donne au ministre un autre « moyen de pression ». Le médecin généraliste n'était pas le seul visé, le radiologue l'était également : « Afin de stimuler davantage l'utilisation efficace, tant le prescripteur que le radiologue sont responsabilisés. Une prescription électronique obligatoire soutenue par une aide à la décision clinique est introduite pour le prescripteur. Il est ainsi possible de suivre le comportement de prescription conformément aux directives cliniques. Le radiologue est rendu responsable de son droit de substitution. Avant qu'un rendez-vous puisse être fixé avec le patient, celui-ci doit donner son consentement préalable sur la base de la prescription électronique. En cas de dérogation à cette règle, une correction financière sera appliquée, le cas échéant après une période de suivi, par exemple dans le cadre de l'accréditation. »

En ce qui concerne le modèle de concertation en matière d'accords sectoriels médico-mutualistes, le 3 juin 2025, nous voyons les éléments suivants réunis dans l'avant projet de loi cadre :

- Abolition du déconventionnement partiel
- Complexification du processus de déconventionnement collectif (au niveau de la procédure)
- Nombreuses primes dépendant de la convention
- Index dépendant de la convention
- Le Roi... entendez le ministre... peut plafonner les suppléments de manière autonome.
- Financement des syndicats de médecins dépendant de la convention
- Extra-muros – ambulatoire 25 % – intra-muros 125 % : provoque un flux vers l'hôpital de prestations qui n'y ont pas leur place alors qu'il y a déjà un manque de personnel.
- Le ministre détermine sur quelle partie de l'honoraire. 2028, nouvelle nomenclature : couvrira-t-elle les coûts ? La pratique extra-muros peut-elle encore survivre ? Encore une fois : réforme de la nomenclature – financement des hôpitaux – transferts de fonds/supp forment un ensemble.
- La sortie de l'accord est rendue très compliquée :
 - N'est plus conforme aux dispositions de l'accord
 - Uniquement sur la base de dispositions légales

Certains éléments ont été modifiés dans les versions 2 et 3, mais beaucoup d'entre eux ont été conservés.

Application

- Numéro INAMI

- Principe de base : le prestataire de soins doit disposer d'un numéro INAMI actif pour pouvoir facturer à l'AMI. Ce numéro INAMI peut être suspendu dans le cadre de l'application + si pas de visum
- **L'amende administrative peut être remplacée par une suspension du n° INAMI**
- Le prestataire de soins doit obligatoirement informer l'assuré d'une suspension.
 - S'il ne le fait pas : le patient est protégé contre les montants facturés indûment
- Le Roi peut définir des modalités concernant l'obligation d'information

L'ensemble du texte de l'avant-projet de loi-cadre respire surtout la « répression » à l'égard des prestataires de soins, en particulier les médecins et les dentistes.

L'un des passages les plus frappants de l'avant-projet de loi-cadre est la suspension du numéro INAMI comme alternative à l'amende administrative. Cela n'a pas changé au cours des versions 1, 2 et 3. Le ministre a présenté cette question comme un moyen de lutter contre les formes les plus graves de fraude. Toutefois, l'exposé des motifs de la version 3 a précisé qu'il ne s'agit pas du tout de « fraude », mais plutôt de l'application de l'article 73bis 1°, 2°, 3°, 4° à partir d'un montant litigieux de 35 000 euros. Il s'agit bien sûr d'une tout autre histoire. Parce que l'article 73bis 4° traite de « la prescription de prestations visées à l'article 34 **qui sont superflues ou inutilement onéreuses au sens de l'article 73** ». L'article 73 de la loi SSI stipule qu'« ils s'abstiennent [de prescrire], d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. »

- « Le caractère inutilement onéreux ou superflu de ces prestations s'évalue [...] sur base d'un ou de plusieurs indicateurs de déviation manifeste définis par le Conseil national de la promotion de la qualité par rapport à des recommandations de bonne pratique médicale. »
- « Le caractère superflu de la prescription de certaines spécialités pharmaceutiques [...] s'évalue, [...] sur base des recommandations de la Commission de remboursement des médicaments et des indicateurs définis par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments institué en vertu de l'article 19. Les indicateurs précités permettent de déterminer le seuil au-delà duquel le profil de prescription des spécialités pharmaceutiques concernées doit être examiné quant au respect des recommandations mentionnées ci-dessus. »
- « Le caractère inutilement onéreux de certaines spécialités pharmaceutiques [...], est déterminé, [...] sur la base d'un pourcentage global de prescriptions dans le secteur ambulatoire, déterminé pour chaque catégorie de [médecins] [...], à atteindre par chaque prestataire de soins, par rapport à l'ensemble du volume de prescriptions en dose définie journalière (Defined Daily Dose, DDD) de spécialités pharmaceutiques remboursables [...] en réalisant des prescriptions de spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, [...] et les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, [...] qui contiennent le même ingrédient actif. »

Nous entrons ainsi dans le chapitre qui est bien expliqué du site web de l'INAMI : (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/indicateurs>).

Les prestations ou prescriptions inutilement coûteuses ou superflues sont ainsi déterminées par des indicateurs.

Les indicateurs, selon l'INAMI, constituent un outil permettant d'évaluer le caractère inutilement coûteux ou superflu des prestations et des spécialités pharmaceutiques. En effet, les dispensateurs de soins ne peuvent pas (faire) prescrire ou effectuer des prestations inutiles ou inutilement coûteuses aux frais de l'assurance maladie obligatoire soins de santé ou inutilement risquées pour les patients (imagerie médicale ou toute chirurgie, par exemple, comportant des risques). Les indicateurs nous aident à évaluer objectivement la (non-)pertinence des soins.

Les indicateurs sont des critères distinguant clairement les soins pertinents des soins non pertinents. Le patient en est le principal bénéficiaire. Il est important que ces critères soient définis sans ambiguïté, qu'ils soient connus et que leur observation soit suivie. Par conséquent, nous prenons les mesures suivantes pour chaque indicateur :

Le **Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ)** et le **Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments** définissent ces indicateurs. Le **Service d'évaluation et de contrôle médicaux**, les associations scientifiques et les institutions connues du grand public peuvent également soumettre au CNPQ et au Comité d'évaluation un dossier scientifique contenant une proposition d'indicateur(s). Pour rappel, le CNPQ est composé notamment de médecins généralistes et spécialistes, de médecins représentant les universités, les associations médico-scientifiques et les mutualités.

Le CNPQ, sur la base de revues de la littérature scientifique, d'analyse de données et de comparaisons avec d'autres pays, approuve un seuil univoque, qui permet au dispensateur de soins de contrôler objectivement son comportement en matière de prescription et de facturation, et de l'ajuster si nécessaire.

L'indicateur est publié au Moniteur belge.

En cas de dépassement du seuil, le dispensateur de soins peut être invité à donner des explications. Si le dépassement ne peut être justifié, des mesures appropriées peuvent être prises.

Grâce à des indicateurs univoques, les dispensateurs de soins peuvent dans un premier temps évaluer eux-mêmes leur comportement de facturation et de prescription. Si nécessaire, des mesures supplémentaires les aideront à modifier leur comportement.

Cela peut se faire, par exemple, par le biais d'avertissements ou de la récupération des facturations indues, éventuellement accompagnée d'une amende. C'est précisément sur ce point qu'interviennent l'article 73bis 4° et l'actuel projet de loi-cadre.

Il existe des indicateurs sur :

- la prescription et la réalisation de prestations superflues ;
- la prescription et la réalisation de prestations inutilement coûteuses ;
- la prescription superflue de spécialités pharmaceutiques.

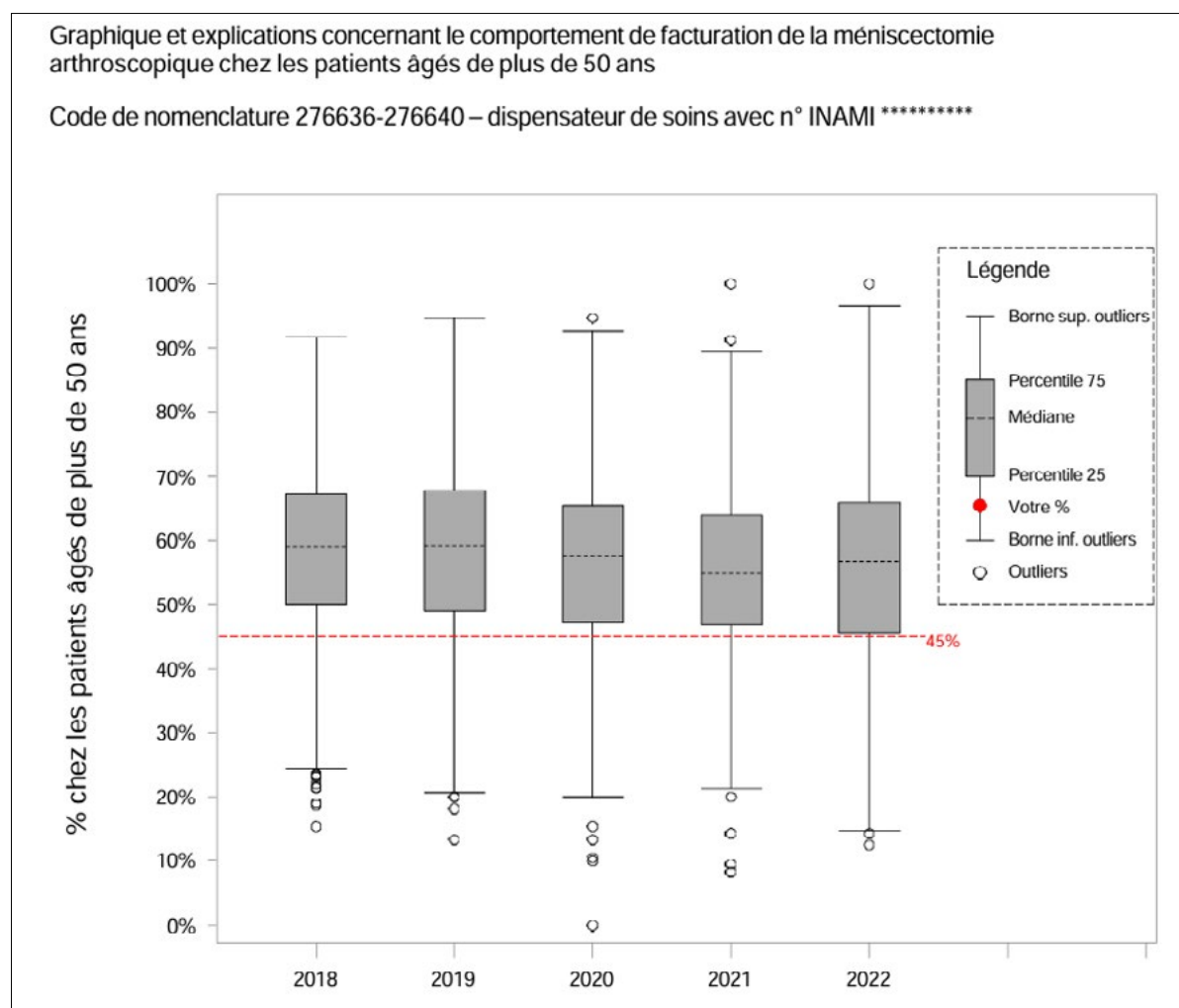
Le site web de l'INAMI comprend un aperçu des indicateurs établis comme « de déviation manifeste de la bonne pratique médicale ». Les indicateurs entrent en vigueur le jour de leur publication au Moniteur belge.

- **Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) : indicateurs pour une prescription efficace par les médecins généralistes**
 - Le CNPQ a fixé le pourcentage de patients avec une prescription pour un IPP par rapport au nombre total de patients avec au moins une prescription pour une spécialité pharmaceutique à 25 % maximum.
 - Le CNPQ a fixé le nombre total de DDD d'IPP prescrits par rapport au nombre total de patients avec une prescription pour un IPP à 90 DDD maximum.
- **Antibiotiques : indicateurs pour une prescription efficace par les médecins généralistes**
 - Le premier indicateur donne le pourcentage maximum de patients ayant une prescription pour un antibiotique, par rapport au nombre total de patients ayant une prescription pour une spécialité pharmaceutique. Le CNPQ a fixé ce pourcentage maximum à 45 % pour les patients jusqu'à 14 ans inclus, et à 23 % pour les patients âgés de 15 ans ou plus.
 - Le deuxième indicateur donne le pourcentage minimum de DDD d'amoxicilline « pure » (non associée à de l'acide clavulanique) prescrites, par rapport au nombre total de DDD d'amoxicilline (associées ou non à de l'acide clavulanique) prescrites. Le CNPQ a fixé ce pourcentage minimum à 80 %.
 - Le troisième indicateur donne le pourcentage maximum de DDD d'antibiotiques de deuxième ligne prescrites, par rapport au nombre total de DDD d'antibiotiques prescrites. Le CNPQ a fixé ce pourcentage maximum à 20 %.
- **Bariatrie : intervalle de 3 mois au moins entre la première consultation d'un chirurgien bariatrique et l'opération.**
 - Cet indicateur a été publié au Moniteur belge le 25 septembre 2023 et est entré en vigueur à cette date : « Une période minimale de trois mois calendrier complets entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et le moment de l'intervention bariatrique proprement dite est fixée pour tous les patients. Les trois mois calendrier complets débutent à partir du premier jour du mois calendrier qui suit le jour de la consultation. En cas de haute nécessité médicale, il peut y être dérogé en motivant la demande. »
- **IRM : indicateur pour éviter les suppléments d'urgence « inappropriés » lors de prestations non urgentes, en ambulatoire**
 - Cet indicateur s'applique depuis le 18 août 2023 : « L'incidence maximale des IRM urgentes en ambulatoire est fixée à 5 IRM urgentes par 1.000 IRM pratiquées en ambulatoire, et par année calendrier. Il s'agit des examens IRM qui sont saisis par les codes de nomenclature 599572 et 599594, repris à l'article 26 § 1 et § 9 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ». Cet indicateur fixe un seuil maximal de facturation de 5 IRM urgentes par 1000 IRM pratiquées en ambulatoire, et par année calendrier. Il s'agit des examens IRM qui sont saisis par les codes de nomenclature 599572 et 599594.
- **Ménisectomie arthroscopique chez les patients de plus de 50 ans**
 - Cet indicateur a été publié au Moniteur belge le 17 avril 2023 et est entré en vigueur à cette date : « La prestation avec le code de nomenclature 276636-276640, reprise à l'article 14k

de l'annexe à l'Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ne peut être attestée, chez les patients de plus de 50 ans, par année civile et par dispensateur de soins, que pour 45 % du nombre total de ces prestations ». Une analyse du SECM de l'INAMI a démontré que 60 % des méniscectomies réalisées en Belgique le sont chez des patients de plus de 50 ans. Or, chez les patients de plus de 50 ans, il s'agit principalement de lésions dégénératives, pour lesquelles l'arthroscopie n'apporte pas de bénéfices immédiats.

- L'indicateur proposé vise donc à réduire l'utilisation inefficace de la méniscectomie chez ces patients de plus de 50 ans et à encourager les dispensateurs à aligner l'indication de cette intervention sur les directives cliniques.
- Les chirurgiens orthopédistes ont reçu un feedback individuel sur leur comportement en matière de facturation de 276636-276640 au cours des cinq années précédant la publication de l'indicateur, dans le but d'ajuster leurs indications pour cette procédure. Ce retour d'information a été envoyé par l'INAMI à tous les chirurgiens orthopédistes ayant attesté cette prestation au moins une fois au cours des 5 années précédant la publication de l'indicateur.

Les informations s'affichent comme suit :



La figure était accompagnée de l'explication suivante : La ligne rouge représente le seuil de responsabilité approuvé par le CNPQ. Les dispensateurs de soins avec un résultat

supérieur à cette ligne dépassent donc l'indicateur. Le graphique montre également les seuils *outliers*. Les seuils *outliers* ne fournissent aucune information sur votre position par rapport au seuil de responsabilité et/ou sur la qualité de vos soins. Ils indiquent si votre comportement d'attestation diffère de manière significative de celui d'autres dispensateurs de soins. La formule pour la « borne supérieure outliers » est $P75 + 1,5 \times (P75 - P25)$. Celle pour la « borne inférieure outliers » est $P25 - 1,5 \times (P75 - P25)$.

Application

- Les personnes qui ont été/sont condamnées ne peuvent pas siéger dans les organes de l'INAMI.
- Clarification capacité d'action méd.cons. et leurs équipes
 - Les constats des kinés, des infirmiers et du personnel paramédical (sous délégation méd.cons.) ont aussi une force probante jusqu'à preuve du contraire
 - CNMC : compétence toutes prestations art.34

Tableau 5. Actions de contrôle clôturées en 2022, par décision du médecin-inspecteur général

Décision	Nombre d'actions	%	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
Négatif	94	13	0,00	0,00
Informatif	229	32	0,00	0,00
Avertissement	49	7	0,00	0,00
Constat sans procédure administrative	188	27	3.919.409,37	3.919.416,20
Constat avec procédure administrative	82	12	6.206.947,91	1.880.142,39
Sans suite SECM	67	9	1.546.881,15	544.729,60
TOTAL	709	100	11.673.238,43	6.344.288,19

Dans le cadre de la politique d'application, le rôle de l'AIM devient de plus en plus un rôle à part entière du SECM. Le pouvoir d'enquête sur les fraudes de l'AIM est légalement inscrit dans l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. L'AIM le fera en s'appuyant sur l'analyse des chiffres collectés par l'Agence InterMutualiste. Il ne s'agit pas seulement de fraude, mais aussi de « surconsommation, de soins inefficaces, etc. ». La question qui revient sans cesse est de savoir où se trouve la limite de cette pente glissante. Là encore, il s'agit d'une médecine d'État qui ne définit pas clairement ce qui constitue des soins « inefficaces ».

Le 27/06/2025, le ministre a publié la note suivante afin de fournir un contexte et des explications sur les dispositions relatives aux numéros INAMI dans la loi de réforme.

L'avant-projet de loi sur la réforme des soins de santé prévoit que les numéros INAMI des prestataires de soins peuvent être suspendus en cas de violations graves de la législation INAMI, de la législation du SPF sur les pratiques de qualité et en cas de suspension/suppression par l'Ordre.

La suspension du numéro INAMI ne signifie pas une perte définitive, mais elle signifie que le prestataire de soins ne peut pas facturer à l'assurance maladie pendant une période définie. Cette disposition vise les prestataires de soins qui se trouvent de manière permanente ou temporaire sans visa, ou au sujet desquels les inspecteurs sociaux du SECM ont constaté une infraction pour laquelle une juridiction administrative établie au sein de l'INAMI (c'est à dire non par le fonctionnaire principal du SECM) impose cette mesure à titre de sanction. Cette mesure ne vise en aucun cas à suspendre les médecins « trop chers » ou à permettre aux ministres de supprimer arbitrairement les numéros INAMI. L'avant-projet a été modifié pour supprimer ces malentendus.

Dans l'avant-projet de loi de réforme, les articles X+49 et X+51 à X+54 traitent de la suspension des numéros INAMI. Leur lecture entraîne de nombreux malentendus, des inquiétudes et de l'opposition sur le terrain, et ce, sur la base d'interprétations qui vont à l'encontre de l'objectif de ces articles, notamment celui de cibler les prestataires de soins qui ont commis des infractions graves à l'encontre de la réglementation. C'est la raison pour laquelle ces articles sont adaptés, afin de les rendre lisibles par tous sans ambiguïté.

Quel est l'objectif ?

Tout d'abord, il n'existe actuellement aucune réglementation générale stipulant qu'un prestataire de soins doit disposer d'un numéro d'INAMI actif pour facturer et délivrer des attestations dans le cadre de l'assurance maladie. Cette règle générale, de nature administrative, est prévue. En outre, il n'existe actuellement aucun cadre juridique univoque pour la suspension d'un numéro INAMI. Cela est prévu, et ce, dans les cas suivants.

Infractions à la législation SPF en matière de qualité de la pratique

Une première règle prévue est que lorsqu'un prestataire de soins perd temporairement ou définitivement son visa à la suite d'une décision de la Commission fédérale de contrôle (qui est responsable de l'application de la législation SPF en matière de qualité de la pratique), automatiquement – pour la durée de la perte du visa – son numéro INAMI se voit également suspendu. La Commission de surveillance agit sur les violations de la législation relative à la qualité de la pratique des professionnels de la santé. Cette législation définit les conditions-cadres permettant de garantir des soins de santé sûrs et de qualité aux patients pédiatriques. La Commission de surveillance dispose de plusieurs instruments de sanction ; le retrait temporaire ou définitif du visa n'est appliqué qu'en cas d'infraction grave à la législation. Pensez, par exemple, aux personnes qui sont dépendantes au point de représenter un danger pour leurs patients, ou aux personnes qui sont devenues des charlatans malgré un diplôme. Il est logique qu'un prestataire de soins qui n'est pas autorisé à pratiquer cette activité ne soit pas non plus autorisé à la facturer. Ce n'est pas nouveau, c'est déjà la règle qui prévaut aujourd'hui. Mais sur le terrain, il semble que cela ne soit pas toujours appliqué correctement. Une analyse du SECM a ainsi montré qu'en 2021-2022, 28 sanctions disciplinaires (suspensions ou radiations) ont été prononcées par l'Ordre des médecins ou l'Ordre des pharmaciens et 39 suspensions ou retraits de visas par la Commission médicale provinciale de l'époque. Ces 67 décisions concernaient au total 56 prestataires de soins. Douze d'entre eux ont facturé des prestations à l'assurance maladie pendant cette période alors qu'ils n'étaient pas autorisés à exercer leur profession en raison du retrait de leur visa (9), d'une suspension par l'Ordre des médecins (1) et de leur radiation par l'Ordre des médecins (2). Il est également important, pour protéger les patients, d'empêcher les prestataires de soins qui perdent temporairement ou définitivement leur visa de continuer à fournir et à prescrire des prestations remboursées par l'INAMI. Tant que les prestations d'un dispensateur sont remboursées, il est très difficile pour les citoyens de savoir qu'une personne a été interdite d'exercer par la Commission de surveillance. Il en va de même pour la suspension ou la révocation par l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens. L'avant-projet prévoit également que le prestataire de soins doit informer le patient de la suspension de son numéro INAMI. Cette notification est nécessaire pour éviter qu'il ne facture le patient, alors que le patient n'obtiendra pas le remboursement de sa mutualité par la suite. S'il ne fournit pas ces informations, la mutuelle pourra réclamer les montants facturés.

Violations graves de la réglementation INAMI

Une deuxième règle prévue est que dorénavant, en cas de violations graves de la législation INAMI, la juridiction administrative a la possibilité d'imposer une suspension temporaire du numéro INAMI, comme alternative à une amende. Il s'agit notamment d'infractions dont le degré de gravité dépasse le traitement par le Fonctionnaire dirigeant et qui sont donc traitées dès la première instance au niveau de la juridiction administrative du SECM de l'INAMI. Aujourd'hui, en cas de violation grave, les prestataires de soins peuvent se voir infliger une amende administrative (avec ou sans sursis) en plus du remboursement du montant indûment facturé. Cette sanction poursuit un double objectif : d'une part, répressif, pour les infractions commises, et d'autre part, préventif, afin de décourager le prestataire de soins de commettre d'autres infractions à l'avenir. Toutefois, la pratique montre qu'une amende administrative ne dissuade pas certains dispensateurs de soins malhonnêtes. Certains d'entre eux paient sans problème les mesures imposées, mais facturent des prestations injustifiées. D'autres ne paient parfois tout simplement pas. D'autres mesures peuvent être prises, par exemple le recouvrement par le SPF Finances, mais ces procédures prennent souvent beaucoup de temps et le prestataire de soins peut, entretemps, continuer à facturer et/ou facturer de manière incorrecte à l'assurance maladie. C'est la raison pour laquelle la possibilité de suspendre temporairement le numéro INAMI dans des cas graves est inscrite dans la loi. Il s'agit d'une mesure temporaire et non d'un retrait du numéro. En outre, elle ne sera possible que pour les infractions graves portées devant les juridictions administratives de l'INAMI, et non pour les affaires plus légères traitées en appel par ces mêmes juridictions. Ce point est clarifié dans l'avant projet. La mesure prévue dans le cadre de l'application ne peut être imposée par les juridictions administratives que dans le cadre d'une procédure administrative dans laquelle le prestataire de soins peut toujours exercer ses droits de défense. En ce sens, il ne s'agira pas d'une décision unilatérale, mais d'une décision prise par une juridiction à la suite des conclusions rendues par l'inspecteur social du SECM.

Quelques exemples

Il est crucial de lutter fermement contre les violations graves de la réglementation en matière d'assurance maladie. Il s'agit non seulement de s'assurer que les fonds sont bien dépensés, mais aussi de maintenir la confiance dans les dispensateurs de soins. Bien qu'exceptionnelles, des infractions graves se produisent, comme le montrent les exemples concrets suivants.

1. Infirmière à domicile

Actions de contrôle :

- 2017 : action de contrôle avec constat + sanction, d'un montant total de 67 800 euros. Montant toujours dû à l'INAMI : 32 300 euros. Constat : facturation de 524 prestations non exécutées (toilettes et forfaits) et 14 745 prestations non conformes facturées (surévaluation du degré de dépendance de l'assuré).
- 2020 : action de contrôle avec constat + sanction, pour un total de 1 660 000 euros. Le prestataire de soins ne rembourse rien et continue à facturer des montants élevés à l'assurance maladie.

Constat : facturation de 610 prestations non réalisées et deux violations de prestations non conformes : 626 forfaits sans toilette et 29 774 factures basées sur une surévaluation du degré de dépendance de l'assuré.

Facturation :

- 2021 : facturation des prestations INAMI, 787 000 euros

- 2022 : facturation des prestations INAMI, 1 150 000 euros
- 2023 : facturation INAMI, 1 108 000 euros
- 2024 S1 : facturation INAMI, 456 000 euros

Il s'agit donc ici d'un dispensateur de soins qui doit 1,7 million d'euros à l'INAMI et qui, en même temps, facture chaque année environ 1 million d'euros à l'assurance maladie.

2. Médecin

Action de contrôle :

- 2019 : action de contrôle avec constat + sanction d'un montant total de 972 830 euros. Montant toujours dû à l'INAMI : 935 830 euros.

Constat : facturation de 5920 prestations non réalisées et deux infractions non conformes. D'une part, 13 605 facturations à tort d'honoraires d'urgence et, d'autre part, 17 760 facturations d'une consultation au lieu d'un avis.

Facturation :

- 2020 : facturation des prestations INAMI, 780 000 euros
- 2021 : facturation des prestations INAMI, 600 000 euros
- 2022 : facturation des prestations INAMI, 591 000 euros
- 2023 : facturation des prestations INAMI, 572 000 euros
- 2024 S1 : facturation des prestations : 312 000 euros

Il s'agit donc d'un prestataire de soins qui doit 1 935 000 euros à l'INAMI et qui facture en même temps quelque 600 000 euros chaque année à l'assurance maladie.

3. Dentiste

Actions de contrôle

- 2002 : action de contrôle avec constat + sanction d'un montant total de 27 000 euros. Remboursement intégral.

Constat : 53 prestations non réalisées et 122 prestations non conformes.

- 2017 : action de contrôle avec constat + sanction d'un montant total de 425 600 euros. Montant toujours dû à l'INAMI : 227 700 euros.

Constat : 30 prestations non réalisées et trois types de prestations non conformes. 985 obturations canalaires sans contrôle radiographique, 256 contrôles radiologiques non conformes et 2800 traitements esthétiques.

- 2019 : action de contrôle avec constat + sanction d'un montant total de 462 200 euros. Montant toujours dû à l'INAMI : 400 000 euros.

Constat : 1616 prestations non réalisées et trois types de prestations non conformes. 317 facturations d'examens radiographiques sans l'autorisation requise, 86 obturations canalaires sans contrôle radiographique et 665 prestations esthétiques.

Facturation :

- 2020 : facturation des prestations INAMI, 728 000 euros
- 2021 : facturation des prestations INAMI, 924 000 euros
- 2022 : facturation des prestations INAMI, 551 000 euros
- 2023 : facturation des prestations INAMI, 849 000 euros
- 2024 S1 : facturation des prestations INAMI, 278 000 euros

Il s'agit donc d'un prestataire de soins qui doit 627 000 euros à l'INAMI et qui facture en même temps de gros montants chaque année à l'assurance maladie.

Conclusion

L'avant-projet traite donc de la problématique des prestataires de soins qui ont commis des infractions graves à la réglementation. Il n'est aucunement question de suspendre les médecins qui seraient « trop chers » ou de permettre au ministre de suspendre purement et simplement le numéro INAMI. Un malentendu est apparu, car l'avant-projet prévoyait qu'à une date ultérieure, dans un arrêté royal, d'autres motifs (autres que la fraude) de retrait du numéro INAMI pourraient se voir introduits. Ce passage – qui traite également de l'utilisation et de l'attribution du numéro INAMI – a été motivé par des considérations administratives et pratiques. Il s'agit, par exemple, de prestataires de soins à la retraite qui n'exercent plus depuis longtemps. Les organisations de médecins sont elles-mêmes demandeuses de retirer ces personnes des statistiques INAMI relatives au nombre de médecins. Compte tenu des préoccupations compréhensibles suscitées par ces possibilités supplémentaires, ce passage est entièrement supprimé. Il est plus spécifiquement précisé ceci : « Le numéro visé au premier alinéa peut également être utilisé aux fins prévues par ou en vertu de cette loi coordonnée. Le Roi peut déterminer les règles complémentaires relatives à la délivrance, à l'utilisation et au retrait du numéro INAMI visé au premier alinéa. »

Version 2 et version 3

À partir de la version 2, le passage en question a effectivement été supprimé : « Le numéro visé au premier alinéa peut également être utilisé aux fins prévues par ou en vertu de cette loi coordonnée. Le Roi peut déterminer les règles complémentaires relatives à la délivrance, à l'utilisation et au retrait du numéro INAMI visé au premier alinéa. »

En termes d'infractions, rien n'a changé. Contrairement à ce que suggèrent les exemples clairs de fraude mentionnés ci-dessus, la voie est ouverte pour sanctionner tout médecin, généraliste ou autre, qui s'écarte des indicateurs publiés au Moniteur belge.

Le point de vue des médecins

Au sein même de l'article 73bis, le risque de fraude le plus important, bien que ce ne soit pas toujours le cas, se situe dans l'article 73bis, 1°. Les sanctions dans ce cas sont également les plus sévères actuellement. L'article 73bis, 2° concerne les différences d'interprétation entre le SECM et les prestataires de soins : ce n'est pas toujours très clair. Les discussions tournent souvent autour des termes de la nomenclature actuelle, tels que « résection », « région opératoire », « chirurgical », « profond », etc. Le 73bis, 3° est quasi inexistant. L'article 73bis, 4° va beaucoup trop loin en prévoyant une suspension du numéro INAMI pouvant aller jusqu'à 2 ans. Qui décide de ce que représente ou non une « surconsommation » ? Dans l'avant-projet de loi-cadre, le médecin est trop peu protégé. Pour nous, l'article 73bis, 4° doit disparaître des conditions qui peuvent être invoquées pour prononcer une suspension du numéro INAMI en tant que sanction.

L'AVANT-PROJET DE LOI-CADRE SERA-T-IL BÉNÉFIQUE POUR LE PATIENT?

Le ministre maintient que les soins doivent être abordables, effectivement disponibles et de grande qualité pour tous. Aucun article de l'avant projet de loi cadre n'y contribue.

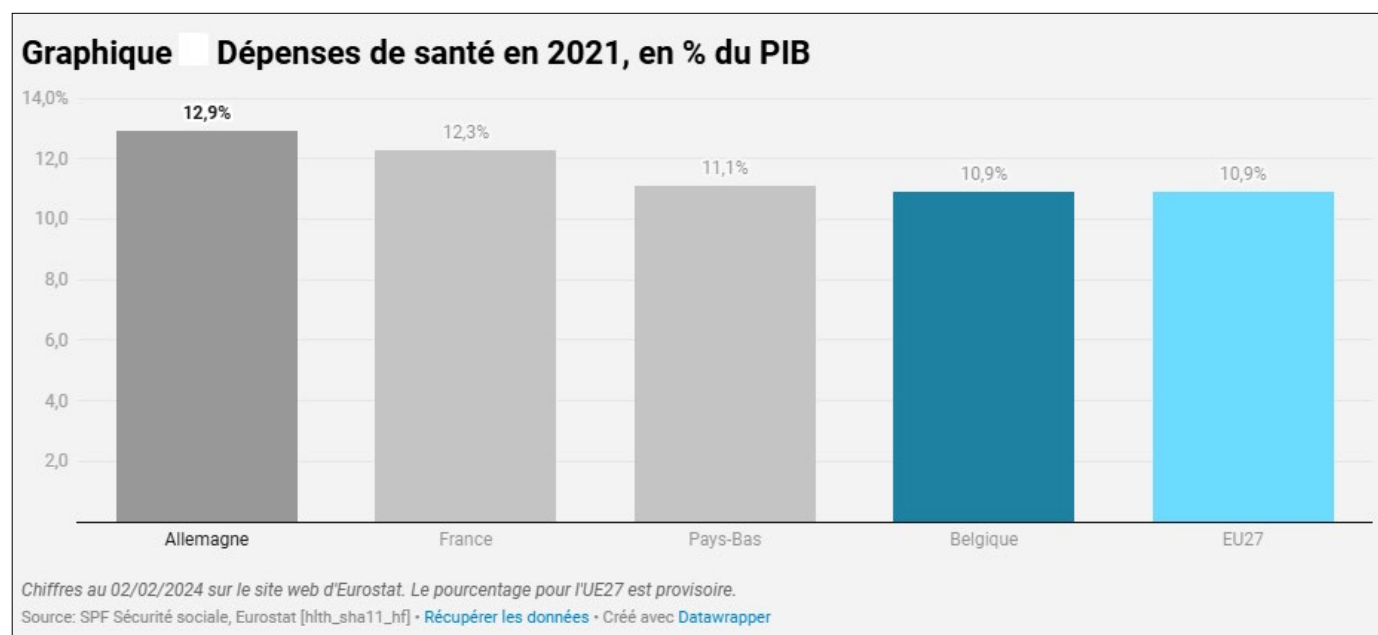
SOINS ABORDABLES

Les soins de santé sont extrêmement abordables en Belgique en raison de la très large couverture des prestations médicales. Les tickets modérateurs sont très faibles, voire inexistants. En outre, il existe un filet de sécurité sociale sous la forme du « maximum à facturer ».

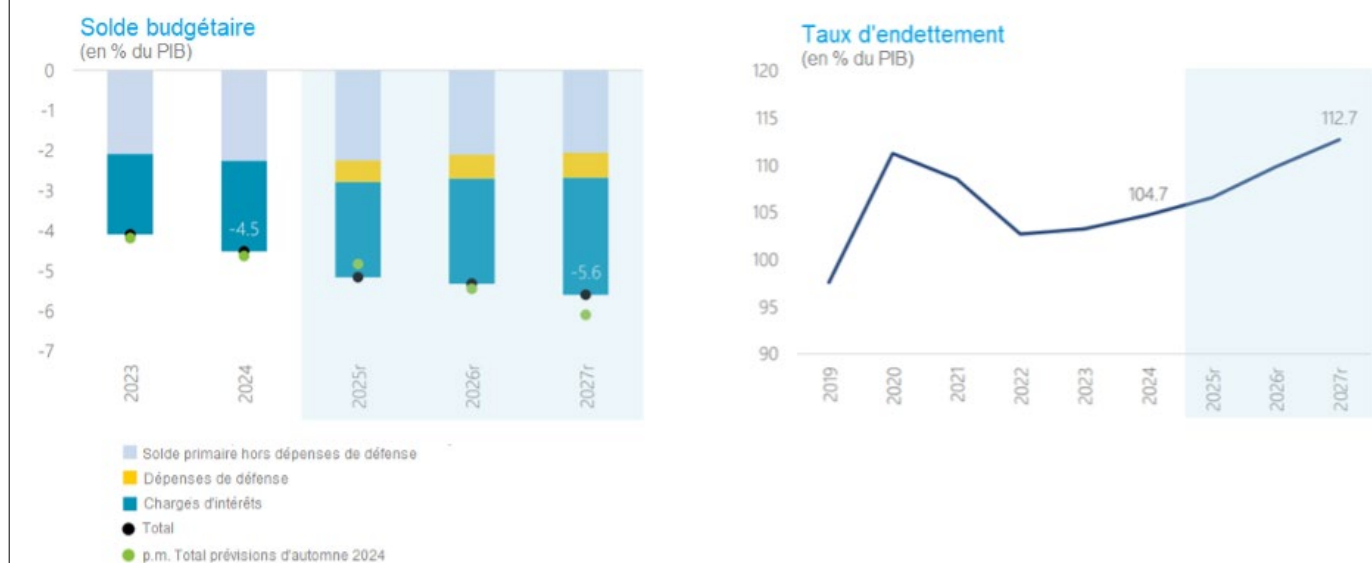
Plus de 80 % des suppléments d'honoraires sont couverts par des assurances hospitalisation ou d'autres assurances privées et ne constituent pas un obstacle à l'accès à des soins abordables, car le législateur oblige tous les hôpitaux à proposer des soins, au choix du patient, également à des tarifs conventionnés.

L'accessibilité financière des soins de santé est principalement déterminée par le PIB. Si le pays connaît un déclin économique, les fonds disponibles pour l'assurance maladie diminuent également et il devient de plus en plus difficile de se les procurer. Comme cela a été dit à plusieurs reprises : « On ne peut pas construire un paradis social et écologique dans un cimetière économique ».

L'augmentation de la dette publique oblige à prendre des mesures de contrôle, également en matière de soins de santé.



Malgré les mesures d'assainissement, le déficit budgétaire et le taux d'endettement continuent d'augmenter



INDEX

La non-attribution de l'index en le conditionnant à un accord est une économie progressive dans l'objectif budgétaire partiel des soins curatifs. Il est évident que cela rend les soins moins abordables puisque les coûts (coûts salariaux du personnel) sont de facto indexés.

NORME DE CROISSANCE

Indépendamment de l'octroi ou non de l'index, on observe une tendance selon laquelle le ministre consacre depuis plusieurs années consécutives la norme de croissance non pas aux soins curatifs, mais à divers autres projets (art. 56 § 1, § 2), mésostructures, administrations et toutes sortes d'orateurs, honoraires de consultance et cabinets de conseil spécialisés dans la rédaction de documents volumineux sur les soins intégrés, truffés de jargon de gestion, qui ne sont d'aucune utilité au niveau micro (= niveau du patient lui-même qui se fait soigner par des médecins, des dentistes, du personnel infirmier). Exemple type : « Ces accords reposent sur l'interaction de différents acteurs de l'aide et des soins, aux niveaux micro, méso et macro, combinée à des mesures de soutien cruciales en termes de financement et de numérisation. Les accords sont de nature évolutive et se concentrent sur différentes composantes, au sein des trois niveaux ou de manière globale, et c'est leur combinaison qui devrait stimuler l'adoption de l'aide et des soins intégrés. »

MÉDECINE DÉFENSIVE

Les politiques d'application qui sont carrément de nature répressive dans l'avant projet de la loi cadre, avec même de nouvelles mesures punitives telles que la suspension du numéro INAMI jusqu'à 2 ans pour les médecins qui fournissent des soins « inutilement coûteux » ou « superflus » selon les indicateurs du CNPQ, encourageront de nombreux médecins à pratiquer une forme de médecine très défensive et à se couvrir (au moyen d'exams qui, autrement, ne seraient pas demandés) lors de toute décision qui s'écarterait légèrement de la norme afin d'offrir les bons soins au bon patient. Cette politique d'application augmentera en soi les coûts de l'assurance maladie.

LES INTERVENTIONS BON MARCHÉ DEVIENNENT ONÉREUSES LORSQU'ELLES SONT EXÉCUTÉES DANS DES INFRASTRUCTURES COÛTEUSES

Lorsque des interventions simples sont effectuées dans des salles d'opération coûteuses alors qu'elles auraient tout aussi bien pu être réalisées en dehors de l'hôpital, dans des conditions beaucoup moins coûteuses et tout aussi sûres, des soins abordables ne peuvent être obtenus qu'en soutenant et en développant pleinement la médecine extra-muros. En qualifiant la médecine extra-muros de « médecine de villa » et en faisant tout ce qui est en son pouvoir pour la rendre impossible, l'assurance maladie devient de moins en moins abordable. Les bons soins au bon endroit, cela constitue un slogan qui doit garder tout son sens : un slogan qui n'a cependant jamais été mis en œuvre.

DISPONIBILITÉ EFFECTIVE

Pour obtenir une disponibilité effective, il faut une implantation bien répartie des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des hôpitaux dans l'ensemble du pays. Si l'on interdit aux médecins généralistes de compenser le coût de la vie en milieu urbain, il est évident que des zones à faible densité d'installation vont apparaître dans certaines villes, y compris en médecine spécialisée et en dentisterie.

En outre, si les soins deviennent si peu exigeants (soins gratuits), les soins primaires se retrouvent alors submergés, à l'instar des services d'urgence, en particulier lorsqu'un système de triage promis (1733) n'est pas en service.

Avec l'entrée en vigueur d'une interdiction des suppléments d'honoraires dans la pratique ambulatoire, d'abord auprès de patients faisant (à juste titre) partie d'un groupe se trouvant dans une situation digne d'intérêt, puis également pour un large groupe de patients non comparables au premier groupe, il est évident que les prestataires de soins se montreront réticents à proposer une disponibilité maximale. Résultat : encore plus de délais d'attente.

L'augmentation des quotas de médecins généralistes représente une solution si les étudiants en médecine sont demandeurs d'entrer en médecine générale, mais n'en constitue pas une si ces mêmes étudiants n'y sont pas favorables. On ne s'y oriente volontiers que si on peut trouver une satisfaction professionnelle dans la médecine de famille. Rien dans la législature passée et actuelle ne rend la médecine générale plus attractive. Le ministre ne semble pas disposé à examiner cette question en adoptant le point de vue de la plupart des médecins généralistes. La seule vision suivie est celle de Domus Medica. Mais bon nombre de médecins membres de Domus Medica ont également exprimé publiquement leur désapprobation à l'égard de l'avant projet de loi cadre lors de la dernière grève.

Rien dans la loi-cadre ne facilite l'implantation de nouveaux cabinets de médecins généralistes dans les régions qui sont en pénurie. En Wallonie, l'AVIQ (l'Agence pour une Vie de Qualité) parle de :

pénurie de médecins généralistes :

- < 90 médecins généralistes/100 000 habitants
- < 120 médecins généralistes/100 000 habitants dans une commune de moins de 125 habitants/km²
- < 180 médecins généralistes/100 000 habitants dans une commune de moins de 75 habitants/km²

pénurie sévère de médecins généralistes :

- < 50 médecins généralistes/100 000 habitants

- < 90 médecins généralistes/100 000 habitants dans une commune de moins de 125 habitants/km²
- < 120 médecins généralistes/100 000 habitants dans une commune de moins de 75 habitants/km²

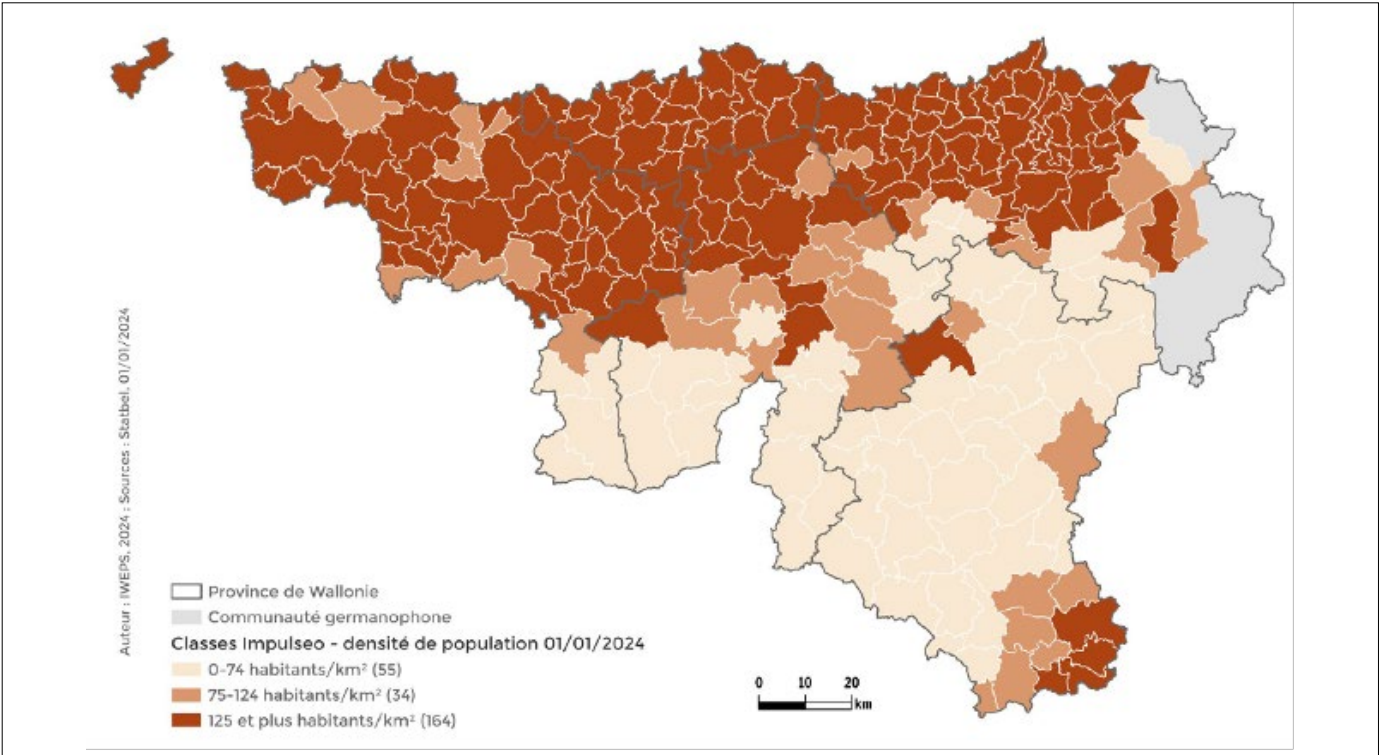
L'arrêté du Gouvernement wallon du 20 juillet 2017 utilise le tableau suivant pour la classification de la pénurie.

Densité médicale (nombre maximal de médecins généralistes pour 100 000 habitants)	Nombre d'habitants minimal par médecin généraliste	Pénurie ou pénurie sévère selon la mesure ci-dessus
50	2000	Pénurie sévère pour les communes de $\Rightarrow$ 125 habitants/km ²
90	1111	Pénurie pour les communes de $\Rightarrow$ 125 habitants/km ² Pénurie sévère pour les communes de < 125 habitants/km ²
120	833	Pénurie sévère pour les communes de < 75 habitants/km ²
180	556	Pénurie pour les communes de < 75 habitants/km ²

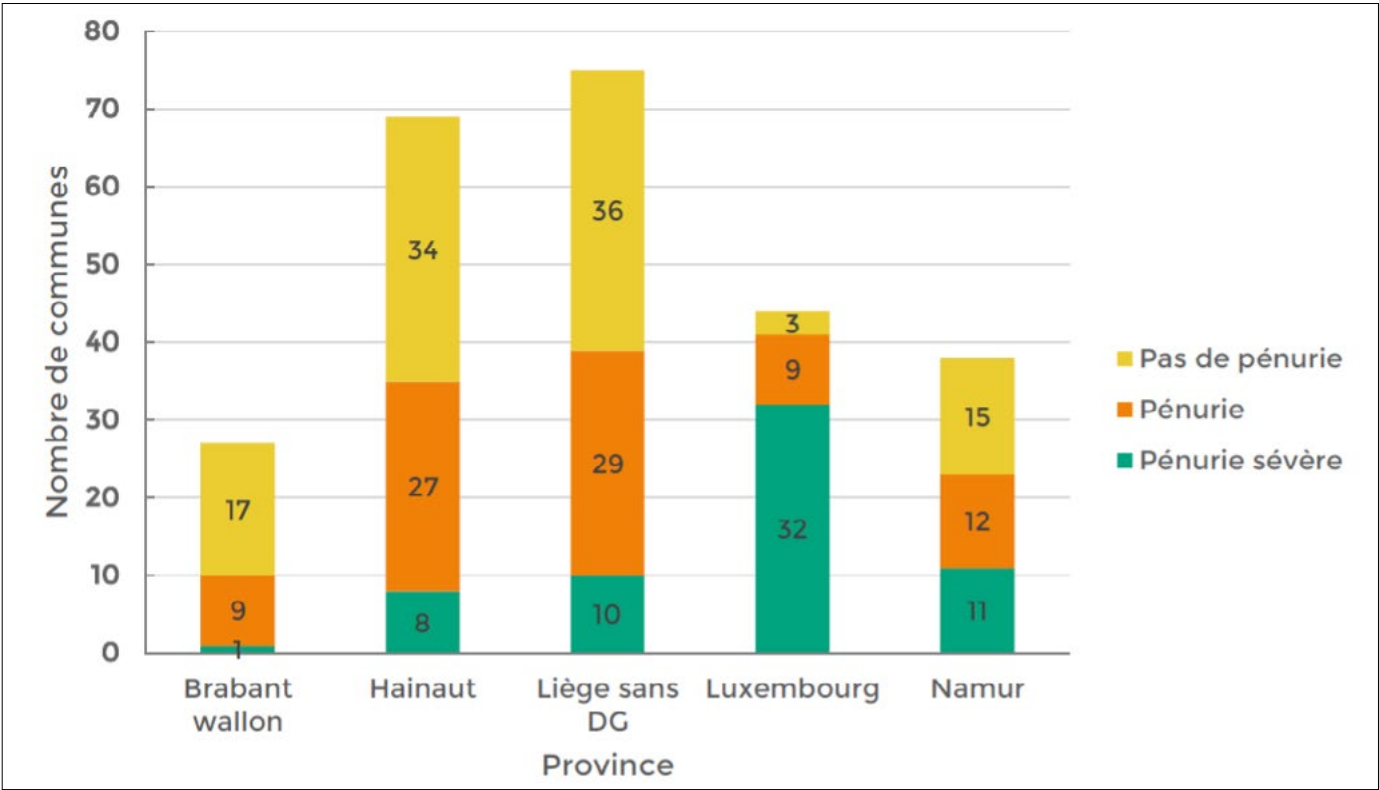
Ce tableau montre que le législateur wallon considère que les zones très rurales avec des populations moins denses sont déjà plus susceptibles de connaître une pénurie de médecins.

Environ 20 % des médecins généralistes wallons n'auraient plus accepté de nouveaux patients en 2022 (Working paper n°44. Accessibilité géographique à la médecine générale en Wallonie francophone - Juin 2025 - L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique). La Wallonie dispose d'un cadastre des médecins généralistes et compte 3757 médecins actifs dans 2564 cabinets médicaux pour une population de 3 621 219 habitants au 31/12/2023. Ce sont surtout les jeunes médecins qui travaillent au sein d'une pratique de groupe : 71 % des médecins wallons âgés de 25 à 34 ans travaillent dans une pratique de groupe. La population wallonne s'attend à une première ligne très proche. En ce qui concerne les services d'urgence et les hôpitaux, ils estiment normal que l'accessibilité soit plus éloignée que la première ligne : 94,3 % de la population wallonne vit à moins de 20 minutes d'un service de soins urgents.

En Wallonie, la densité de population a été cartographiée comme suit (2024), par commune :



En Wallonie, la pénurie de médecins peut être cataloguée comme suit (31/12/2023), par province cette fois :



L'on pourrait penser qu'une telle ventilation justifierait que les médecins généralistes des zones à très faible densité et présentant de grandes distances à parcourir, au moins pour les visites à domicile, soient autorisés à pratiquer un tarif différencié qui tienne compte des distances à parcourir, y compris pendant les heures de garde. L'étude wallonne souligne également que la distance entre le patient et le cabinet médical doit être franchie physiquement par le patient, ce qui est difficile pour les patients socio-économiquement plus défavorisés qui ne disposent que de transports publics irréguliers. Les téléconsultations sont une alternative possible, mais leur valeur a été fixée à 0... Je suis curieux de savoir si la norme de croissance de 2026 ouvrira une porte en ce sens.

Une telle définition de la pénurie n'est pas de mise à Bruxelles ou en Flandre. La problématique est complètement différente.

Ce n'est pas la loi cadre qui résoudra le « problème de l'accessibilité de la médecine. L'accès aux soins de première ligne nécessite avant tout une politique d'installation encourageante et attrayante ; penser que l'on peut résoudre ce problème par une politique d'application ne semble guère faire beaucoup d'effet auprès des jeunes médecins. L'accessibilité n'est pas seulement liée aux obstacles financiers et à la répartition des cabinets médicaux, mais aussi aux temps de trajet. Les infrastructures routières, les transports publics et les embouteillages constituent un problème tout aussi important, voire plus grave, pour l'accessibilité des hôpitaux.

MÉDECINS PENSIONNÉS

Vivalis Bruxelles est l'Observatoire de la santé et du bien-être de Bruxelles-Capitale et a publié une étude intitulée « Soins de médecine générale en Région bruxelloise : disponibilité des soins et accessibilité spatiale au niveau local ». Dans certains quartiers social-santé d'Uccle, c'est plus du tiers de l'offre de médecine générale qui est assurée par des médecins plus âgés. Beaucoup d'entre eux sont prêts à continuer à travailler. Il incombe au gouvernement de mettre en place des conditions préalables adéquates afin de rendre l'activité suffisamment intéressante pour que ces médecins généralistes continuent à travailler.

Dans le secteur hospitalier, il en va souvent autrement. Là, continuer à travailler après l'âge de la pension n'est pas une option évidente parce que des collègues plus jeunes veulent monter progressivement dans la hiérarchie (surtout dans les hôpitaux universitaires) ou parce que le maintien d'un collègue plus âgé entrave l'entrée d'un médecin spécialiste plus jeune qui applique les nouvelles technologies. Dans les hôpitaux non universitaires, il est souvent possible de continuer à travailler pendant un nombre d'années très limité, moyennant une autorisation renouvelable annuellement du service médical ainsi que du conseil médical. Ces médecins spécialistes plus âgés pourraient très bien être employés dans des cabinets de spécialistes en dehors de l'hôpital, à plus petite échelle, mais pour autant, non moins utiles socialement. Cela requiert toutefois un autre état d'esprit que la destruction du secteur extra-muros à laquelle tend l'avant projet de loi cadre.

QUALITÉ SUPÉRIEURE

La qualité des soins ne figure dans aucune disposition de l'avant-projet de loi-cadre. La qualité supérieure n'est pas garantie par une politique d'application et encore moins par des mesures punitives. De plus, il s'agit d'une phrase creuse. Quel est l'intérêt de promettre une qualité supérieure à « tout le monde » alors que les patients ne seront jamais mieux servis que par de bons soins au bon endroit. Il existe un gradient socio-économique significatif pour de nombreuses pathologies. Alors que les patients ayant davantage de moyens ont un profil de risque plus faible et bénéficient des derniers développements en matière de médicaments anticancéreux très coûteux, les patients plus défavorisés ayant un profil de risque différent, et plus élevé, bénéficient beaucoup moins de ces mêmes médicaments

anticancéreux très coûteux. Pour les oncologues médicaux, l'excellence consiste à mettre à la disposition de tous les patients les médicaments les plus récents : « Nous traitons tous les patients de la même manière ». Mais cela n'est pas forcément synonyme de qualité supérieure. Elle peut aussi être l'expression d'un acharnement thérapeutique. Parfois, de bons soins palliatifs constituent les meilleurs soins de qualité pour un patient. Ce n'est pas avec des slogans qu'on fait de la politique.

Le patient en bénéficie-t-il ?

environnement strictement contrôlé,
mais médecine libre



la norme de croissance n'est pas allouée
au budget des honoraires médicaux
depuis la législature précédente

le manque d'accessibilité persiste :
temps d'attente

régions avec beaucoup de BIM :
pénurie de médecins

appauvrissement des soins,
moins de choix en dehors des soins
standard

augmentation des coûts des soins de
santé en raison de la médecine défensive

environnement strictement contrôlé,
et médecine d'État



THÈMES - QUESTIONS CLÉS

BUDGET DE L'ASSURANCE MALADIE

On jongle souvent avec les chiffres. Par exemple, le budget de l'assurance maladie s'élève à environ 45 milliards d'euros, mais où cela nous mène-t-il ? Un bref aperçu pour en dégager les grandes lignes.

Chapitres	budget (mil- liards)	en %	commentaire
DISPENSATEURS			
Honoraires des médecins	11,6	25,7 %	comprenant ± 45 % de coûts
Maisons médicales	0,373	0,8 %	médecins, per- sonnel infirmier, kinésithérapeutes
Taxes forfaitaires LVZ	0,439	1,0 %	
Dialyse rénale - néphrologie	0,6	1,3 %	
Honoraires des dentistes	1,6	3,5 %	
Infirmière à domicile	2,3	5,1 %	
Physiothérapeutes	1,3	2,9 %	
Pansements	0,3	0,7 %	
Opticiens	0,05	0,1 %	
Audiologistes	0,127	0,3 %	
Sages-femmes	0,05	0,1 %	
Orthophonie	0,2	0,4 %	
Soins psychologiques	0,25	0,6 %	
Honoraires des pharmaciens	0,86	1,9 %	
ÉTABLISSEMENTS		26,2 %	
Hôpitaux	8,5	18,8 %	
Transferts externes de 2,7 milliards d'euros vers les hôpitaux	2,7	6,0 %	

Hôpital militaire	0,01	0,0 %	
Hôpitaux psychiatriques	0,006	0,0 %	
Revalidation/Rééducation	0,6	1,3 %	
Séjours de convalescence	0,0088	0,0 %	
INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTECHNOLOGIQUE			
Prestations pharmaceutiques	6,14	13,6 %	
Implants et dispositifs médicaux invasifs	1	2,2 %	
Médicaments art. 111/81	2	4,4 %	
PERSONNEL			0,7 %
Fin de carrière	0,028	0,1 %	
Fonds spécial de solidarité	0,009	0,0 %	
Accords sociaux	0,3	0,7 %	
GROUPES DE PATIENTS			1,5 %
Frais de séjour et de voyage	0,0024	0,0 %	
Régularisations	0,004	0,0 %	
Maximum à facturer	0,4	0,9 %	
Patients chroniques	0,165	0,4 %	
Soins palliatifs (patient)	0,03	0,1 %	
Internés	0,037	0,1 %	
Divers avantages patients	0,018	0,0 %	
DIVERS PROJETS			3,9 %
Programmes de soins spéciaux	0,026	0,1 %	
Soins intégrés (mésostructures)	0,02	0,0 %	
Matériel corporel humain	0,014	0,0 %	
Mesures Covid	0,017	0,0 %	
Mobile health	0,004	0,0 %	
Frais divers	1,6	3,5 %	
Objectifs de santé transversaux	0,074	0,2 %	
DÉPENSES ADMINISTRATIVES			3,0 %
Frais de gestion	1,2	2,7 %	
Indivisées	0,024	0,1 %	

Non dépensées	0,12	0,3 %	
	45,1062	100,0 %	100 %

Cette vue d'ensemble montre que l'assurance maladie en 2025 couvre grosso modo les éléments suivants:

- 44,4 % auront été dépensés pour les prestataires de soins, dont 45 % pour les médecins, afin de couvrir les frais de personnel et les coûts directs/indirects
- 26,2 % pour des institutions, principalement des hôpitaux
- 20,3 % pour des médicaments et des dispositifs médicaux invasifs
- ± 4 % pour des dépenses diverses et divers projets
- ± 2 % pour des groupes de patients spécifiques + personnel statut social
- ± 3 % pour les frais administratifs

SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

Le ministre a – à juste titre – cherché à clarifier les suppléments d'honoraires et a laissé au secteur l'initiative de venir avec une proposition détaillée. Il convient donc de développer une réflexion à ce sujet, qui servira de base à l'affinement et à la discussion futurs.

Avant de parler de « suppléments », il faut d'abord savoir ce que signifient les honoraires, car les suppléments sont des montants qui s'ajoutent aux honoraires.

Les honoraires sont composés de plusieurs éléments :

- Une indemnisation pour l'acte intellectuel du médecin lors de l'exécution d'une prestation médicale prise en charge par l'assurance maladie.
- Une indemnisation pour les coûts relatifs à la prestation médicale elle-même ou pour les frais liés à celle-ci, les uns comme les autres pris en charge par l'assurance maladie.
- Les suppléments d'honoraires sont des suppléments qui s'ajoutent aux tarifs de l'engagement pour les prestations médicales qui sont prises en charge par l'assurance maladie.
- Une indemnisation pour les prestations médicales qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie, cela représente un honoraire, mais pas un supplément d'honoraires ! C'est ce que nous appelons une prestation non remboursable.

LES PRESTATIONS MÉDICALES NON REMBOURSABLES NE SONT PAS COUVERTES PAR L'ASSURANCE MALADIE

De nombreuses prestations médicales ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, et ce, pour de nombreuses raisons :

- Parce qu'ils ne relèvent pas de l'assurance maladie : examens sportifs, expériences médicales, études cliniques médicales pour le développement de traitements ou de médicaments, examens pour l'obtention de certaines attestations ou d'une assurance vie, procédures esthétiques
- Parce qu'elles entrent dans le champ de l'assurance maladie, mais que le patient ne répond pas aux conditions de remboursement : lorsqu'il existe des limites d'âge (minimales ou maximales) pour certaines prestations et que le patient n'en fait pas partie. Un exemple type est celui des extractions dentaires entre 18 et 50 ans : les extractions dentaires sont remboursées par l'assurance maladie avant 18 ans et après 50 ans, mais pas durant la période située entre les deux.
- Parce qu'elles relèvent en effet de l'assurance maladie, mais que le lieu de prestation ne satisfait pas aux exigences de remboursement. L'article 15 § 2 de la loi INAMI, par exemple, stipule que les interventions d'une certaine valeur (> K120, > N200) ne sont remboursées par l'assurance maladie que lorsqu'elles sont effectuées à l'hôpital, mais pas en dehors.
- Parce qu'elles relèvent de l'assurance maladie, mais que la technique de prestation ne correspond pas exactement à la technique convenue donnant lieu à un remboursement.

- Parce qu'elles entrent dans le champ de l'assurance maladie, mais que le nombre de prestations remboursables a déjà été consommé chez le patient au cours d'un certain intervalle de temps
- Parce qu'elles relèvent de l'assurance maladie, mais que le code d'agrément du médecin ne correspond pas au code d'agrément des médecins pour lesquels un remboursement est prévu pour une même prestation. Par exemple, une échographie réalisée par un médecin généraliste n'est pas une prestation remboursée, alors qu'elle l'est, par exemple, pour un spécialiste en radiologie.

D'un point de vue administratif, la principale distinction réside entre les prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature et celles pour lesquelles il existe un code de nomenclature, mais dont les conditions de remboursement ne sont pas remplies. Dans les deux cas, il s'agit de prestations non remboursables dans le cadre du remboursement par l'assurance maladie.

LA RÉMUNÉRATION DE L'ACTE INTELLECTUEL POSÉ PAR LE MÉDECIN

En Belgique, il n'existe pas de « tarifs horaires », car les médecins travaillent dans le cadre de systèmes différents. Les médecins peuvent être salariés, par exemple à l'université, au sein d'une mutualité, à l'INAMI, dans l'industrie pharmaceutique, en tant que médecin du travail en entreprise ou dans l'enseignement, dans la recherche, ou en tant que directeur médical dans un hôpital... Les médecins peuvent travailler par le biais d'un système d'abonnement, grâce auquel ils reçoivent un financement mixte : par prestation pour les prestations techniques, combiné avec des allocations de fonctionnement pour la pratique et également un abonnement par patient inscrit (c'est-à-dire même sans avoir effectué une prestation pour ces patients). Les médecins peuvent également travailler à la prestation, c'est-à-dire qu'ils ne sont remboursés que si la prestation est effectivement réalisée.

Nous laissons provisoirement la porte ouverte quant à savoir si les médecins doivent être rémunérés uniquement pour le contact réel avec le patient lui-même ou également pour le suivi téléphonique du patient, la rédaction et la consultation des résultats, la rédaction de toutes sortes d'attestations/certificats détaillés pour le remboursement des médicaments et l'invalidité, la concertation intercollégiale entre médecins, la concertation multidisciplinaire avec différents « acteurs » des soins, les discussions avec les proches, l'accompagnement des patients vers l'hôpital ou, par exemple, vers une clinique d'avortement.

Il existe toutefois un certain nombre de points de repère qui peuvent être fournis.

Tarifs horaires bruts des prestations de services des professionnels de la santé aux Pays-Bas en euros (HTVA)			
Tarifs horaires bruts maximaux raisonnables pour les prestations de services fournis par les professionnels de la santé en 2025 en euros (HTVA)			
Catégorie	Taux horaires maximaux indexés 2025	Taux horaires maximaux indexés 2024	Taux horaires maximaux indexés 2023
Professeur	299	284	267
Formation complémentaire en médecine universitaire > 3 ans	209	199	187
Formation complémentaire en médecine universitaire ≤ 3 ans	150	142	133

Master universitaire sans formation médicale complémentaire	127	121	113
HE/Bachelor	112	107	100

Depuis des années, l'INAMI lui-même utilise comme référence dans ses conventions pour les médecins le barème d'un médecin-conseil travaillant dans un organisme assureur et affichant 15 ans d'ancienneté. Pour 2025, cela représente 198 115,99 euros pour 1632 heures de travail pendant la journée (= 1 ETP). La plupart du temps – pas toujours – les médecins-conseils entrent en fonction après une formation en médecine générale et, plus rarement, après une formation de médecin spécialiste dans une discipline médicale particulière.

Paramètres à prendre en compte en plus :

- Les suppléments pour la nuit et le week-end sont la règle :
 - Supplément pour travail du soir : entre 18 heures et 23 heures = 20 %
 - Supplément pour travail de nuit : entre 23 heures et 8 heures = 35 %
- La distinction entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste repose sur les éléments suivants :
 - Durée de la formation : médecin généraliste : 6 + 3 ans – médecins spécialistes (minimum 6 + 5 ans à 6 + 8 ans)
 - Les médecins spécialistes hospitaliers doivent cesser leur activité à l'âge de la pension (dans les universités, c'est un point final)
 - Les médecins spécialistes ont un droit d'entrée : les hôpitaux sont des entités à part ; la pratique ambulatoire est fortement découragée souvent qualifiée de « médecine de villa » (même dans cet avant projet de loi-cadre, versions 1 et 2, une grande distinction est faite entre la pratique ambulatoire et la pratique hospitalière) ; cela a un effet inflationniste sur les droits d'entrée des médecins spécialistes dans les hôpitaux. Le droit d'entrée retarde en moyenne de trois ans l'installation complète.

Actuellement, les suppléments de nuit et de week-end pour les prestations médicales sont régis par l'article 26 de la nomenclature. Nous les transmettons à titre indicatif (tarifs janvier 2026).

1. Suppléments d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié à l'exception des prestations citées au § 8

a) Pour bénéficiaires **ambulateurs**

Numéro de code			Bénéficiaires avec régime préférentiel		Bénéficiaires sans régime préférentiel			
			100 %	90 % *	100 %	75 % *	85 % *	88 % *
K = 1,410563	599513	= K 150	211,58	190,43	211,58	158,69	202,90	209,10
K = 1,410563	599535	= K 120	169,27	152,35	169,27	126,96	160,59	166,79
K = 1,410563	599550	= K 100	141,06	126,96	141,06	105,80	132,38	138,58
K = 1,410563	599572	= K 80	112,85	101,57	112,85	84,64	104,17	110,37
K = 1,410563	599594	= K 60	84,63	76,17	84,63	63,48	75,95	82,15
K = 1,410563	599616	= K 40	56,42	50,78	56,42	42,32	47,96	53,94
K = 1,410563	599631	= K 20	28,21	25,39	28,21	21,16	23,98	25,73
K = 1,410563	599653	= K 12	16,93	15,24	16,93	12,70	14,40	14,90

b) Pour bénéficiaires **hospitalisés**

Numéro de code			Bénéficiaires avec régime préférentiel		Bénéficiaires sans régime préférentiel	
			100 %	90 % *	100 %	75 % *
K = 2,115844	599524	= K 150	317,38	285,65	317,38	238,04
K = 2,115844	599546	= K 120	253,90	228,51	253,90	190,43
K = 2,115844	599561	= K 100	211,58	190,43	211,58	158,69
K = 2,115844	599583	= K 80	169,27	152,35	169,27	126,96
K = 2,115844	599605	= K 60	126,95	114,26	126,95	95,22
K = 2,115844	599620	= K 40	84,63	76,17	84,63	63,48
K = 2,115844	599642	= K 20	42,32	38,09	42,32	31,74
K = 2,115844	599664	= K 12	25,39	22,86	25,39	19,05

* Le supplément pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end, donne lieu à l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les mêmes conditions que les prestations elles-mêmes.

2. Suppléments d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées par le médecin généraliste pendant une visite urgente le soir entre 18 et 21 heures

Numéro de code			Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	
				100 %	75 % **
K = 1,410563	590015	= K 20	28,21	28,21	21,16
K = 1,410563	590030	= K 10	14,11	14,11	10,59
K = 1,410563	590052	= K 6	8,46	8,46	6,35

** Remboursements pour les prestations qui donnent lieu à une intervention personnelle au bénéficiaire

Le coût salarial moyen d'un ETP en soins infirmiers constitue un autre point de référence. Selon l'étude MAHA, le coût salarial moyen d'un/e infirmier/-ère ETP en 2023 s'élevait à 87 692 euros/an. Pour certains hôpitaux, ce montant s'élevait à 93 662 euros en fonction de l'ancienneté du personnel infirmier.

REMBOURSEMENT DES FRAIS SPÉCIFIQUES À LA PRESTATION MÉDICALE

1. MÉDECINE GÉNÉRALE

Coûts indirects

Dans la note de vision du ministre Vandenberghe du 27 juin 2022 (CNPQ), le ministre évoque des études indiquant que pas moins d'un tiers des tâches du médecin généraliste pourraient être déléguées :

- à du personnel administratif (accueil, administration, agenda...);
- à du personnel infirmier (vaccination, soins aux patients chroniques...);
- à de nouveaux profils d'assistants de cabinet; ou
- à d'autres prestataires de soins tels que des psychologues, des pharmaciens...

Le soutien d'un cabinet de médecin généraliste au moyen d'un secrétariat médical, d'un assistant de cabinet ou d'un/e infirmier/-ère est possible sur la base de l'article 36octies de la loi SSI, qui stipule qu'un arrêté royal peut accorder une contribution financière aux frais d'organisation d'un cabinet.

Cela a bien fonctionné pour les postes de médecin générale. Ils permettent d'avoir un aperçu des coûts d'organisation d'un cabinet de médecine générale. Dans le budget 2025, les honoraires s'élèvent à : 11 643 286 000 euros. Ce montant comprend une aide de 12 758 000 euros pour les gardes de semaine et de 51 527 000 euros pour les gardes de week-end. Pour être éligible au financement, le poste de garde hebdomadaire doit être ouvert pendant au moins 20 heures du lundi au jeudi (de 18 heures à 23 heures). Ces postes de garde peuvent être gérés de manière indépendante, mais font parfois partie de la Croix Jaune et Blanche ou d'un hôpital. Pour environ 110 000 habitants, un coût d'environ 530 000 euros peut être prévu pour un poste de garde de week-end (voir ci-dessous). Cela signifie que pour quelque 11 000 000 habitants, il existe une aide de 52 000 000 euros pour la garde de week-end de 61 heures, soit 4,7 euros par citoyen. Le nombre de citoyens utilisant la garde de week-end chaque année peut être calculé à partir de la fréquence des numéros de la nomenclature 590052-590030-590015-102454-102476-102410-102432-101091-101113.

Le tableau ci-dessous présente les chiffres pour 2023.

année 2023	n°	nombre
Honoraire supplémentaire pour consultations urgentes - Médecin généraliste	102410	765 059
Honoraire supplémentaire pour consultations urgentes - Médecin généraliste	102432	289 770

Honoraire supplémentaire pour consultations urgentes - Médecin généraliste	102454	13 274
Honoraire supplémentaire pour consultations urgentes - Médecin généraliste	102476	5334
Permanence et disponibilité	101091	67 426
Permanence et disponibilité	101113	4 209 033
Prestations techniques urgentes	590015	474
Prestations techniques urgentes	590030	840
Prestations techniques urgentes	590052	291
		5 351 501

Il n'y a pas moins de 5,3 millions de contacts après 18 heures, la nuit ou le week-end, entre médecins généralistes et patients. L'engagement social est important. Au 05/02/2025, 46 postes de garde de médecine générale sont financés en Flandre, 27 en Wallonie et 8 à Bruxelles.

À titre d'exemple, prenons (anonymement) le cas d'un poste de garde de médecine générale situé dans un bâtiment qui a une autre fonction de soins pendant la journée en semaine.

Surface totale du bâtiment	405,327
Dimensions extérieures rez-de-chaussée	224,475
Dimensions extérieures étage 1	103,572
Dimensions extérieures étage 2	77,28
Superficie totale de la partie utilisée pour le poste de garde de médecine générale en m ²	169,44
Superficie de la salle d'attente + salles de consultation + accueil/secrétariat en m ²	57,82
Idem avec des passages	92,16
Nombre de salles de consultation	3
détails surfaces	
Consultation 1	15,05
Consultation 2	11,57
Consultation 3	14,98
Salle d'attente	8,31
Accueil	7,91
Passage 1	8
Passage 2	6,57
Passage 3	6,57

Sas	3,77
Étage 1	77,28
total :	169,44

La plupart des centres de coûts que nous voyons apparaître dans un poste de garde de médecine générale sont également d'application dans une pratique de groupe en médecine générale, à l'exception du transport avec chauffeur du médecin généraliste pour les gardes de week-end (y compris la sécurité de nuit).

Rubrique des coûts (61 heures de poste de garde MG durant le WE)	montant en euros/an
Loyer, charges et assurance incendie inclus	36 191
Sensibilisation	1700
Assurance RC exploitation	750
Provision pour charges sociales	6000
Secrétariat social	7000
Comptabilité	7000
Téléphone, internet inclus	4500
Contrat de maintenance + salle de contrôle sécurité	1500
Matériel de bureau	3000
Nettoyage et entretien, lessive et produits inclus	13 731
Provision de matériel	1750
Logiciels informatiques et maintenance	22 000
Terminal de paiement	2659
Salaires accueil	148 096
ETP back office ETP 1,40 pour 61 heures PdG MG	112 405
Gestionnaire des salaires	50 000
Formation	3000
Transport (1 chauffeur) - 61 heures Comité paritaire 140	155 818
Frais d'entrée-eFact	7661
Autres frais	6000
Total	590 762

Pour le transport, au 01/01/2025, il faut compter :

- 1 véhicule + chauffeur pendant 62 heures (du vendredi 18 heures au lundi 8 heures) durant le WE : 174 331,59 €
- Dans le cas d'un véhicule + chauffeur pendant 62 heures durant le WE + 2e véhicule avec chauffeur pendant la journée durant le WE (de 8 heures à 20 heures) : 241 814,79 €

Les montants forfaitaires pour le double accueil seront indexés de la même manière que les coûts de fonctionnement du poste de garde en 2025 :

- Entre 10 000 et 20 000 contacts : 7 721,23 €
- Plus de 20 000 contacts : 15 442,48 €

COÛTS D'INVESTISSEMENT	
Nature des coûts	
Stores	6918,07 €
Acquisition de matériel informatique	12 250,00 €
Équipement médical	3 000,00 €
Climatisation	17 342,19 €
Communication (logo, site web, publicité lumineuse, affiches et dépliants)	5362,67 €
Assistance juridique	10 000,00 €
Secrétariat social	4000,00 €
Frais divers	3000,00 €
Total	64 372,93 €

Dans le poste de garde de médecine générale, ces coûts indirects de la pratique médicale ne sont pas inclus dans les honoraires intellectuels du médecin généraliste.

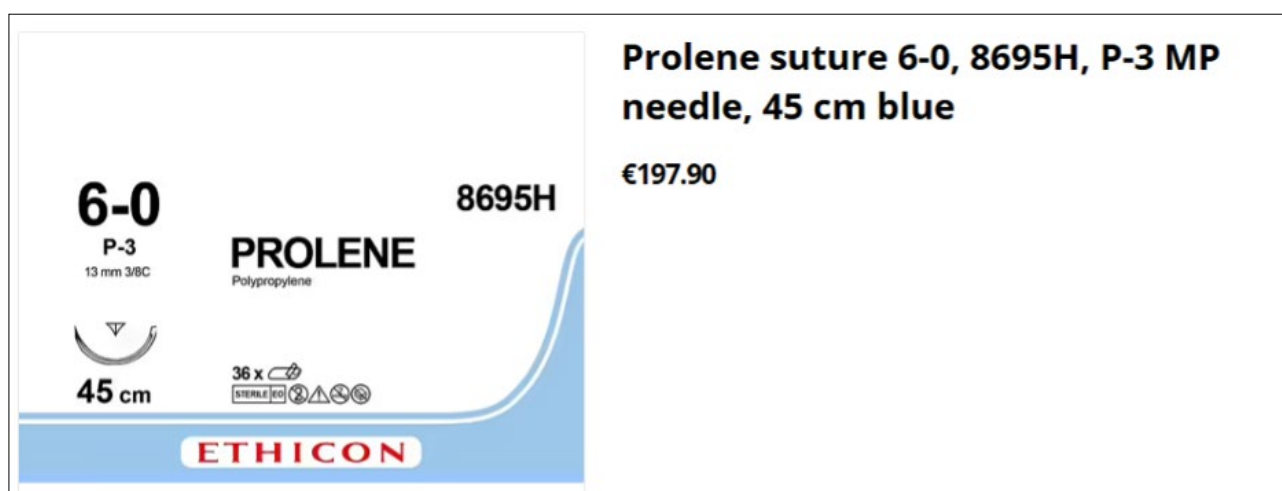
Avant d'entamer la discussion sur les suppléments d'honoraires, il convient de résoudre la question des coûts, à la fois en termes de coûts directs des actes médicaux que des coûts indirects de la pratique professionnelle.

Coûts directs

Lorsqu'un médecin suture une plaie au visage, l'assurance maladie prévoit un montant de 41,59 euros (une plaie) ou un montant de 69,32 euros (deux plaies) à cet effet. Le règlement stipule à cet égard que pour « la suture par fils ou par colle tissulaire de plaies de la face, le matériel est compris ».

En 2023, 84 330 cas (148013 - 148024) concernaient une seule plaie et 4341 au moins deux plaies (148035 - 148046). On peut imaginer qu'une plaie n'est pas l'autre et qu'un patient n'est pas l'autre. Outre le fait que l'assurance maladie indique dans cette prestation particulière que le

matériel est compris, une autre disposition s'applique, qui stipule que « les frais de déplacement, les frais de personnel, les frais liés à l'utilisation des locaux, les frais d'acquisition, de renouvellement, de grosses réparations et d'entretien du matériel nécessaire, les frais d'équipement et de consommables médicaux ainsi que les frais administratifs et les frais liés à la délivrance des documents prévus par ou en vertu de la loi sont inclus dans les tarifs fixés par l'assurance obligatoire pour les prestations médicales, sous réserve des exceptions prévues par ou en vertu de la loi » (art. 35 § 4 de la loi SSI). En définitive, le médecin qui suture la plaie en dehors de l'hôpital devrait pouvoir le faire moyennant la somme de 41,59 euros. Cela est possible si vous ne nettoyez pas la plaie, n'appliquez pas d'anesthésiant local, n'utilisez pas de champ stérile, n'utilisez pas de fil coûteux et ne portez pas de gants lors de la suture et, après utilisation, rincez le matériel une fois sous le robinet à l'eau courante avant de l'utiliser sur le patient suivant. Aucun médecin ne souhaiterait une telle façon de faire pour son propre enfant et donc pour ses patients non plus. Les patients seront soignés, si possible sous anesthésie locale, après quoi la plaie sera soigneusement nettoyée, les berges éventuelles seront soigneusement coupées pour ne pas laisser de lambeaux, un champ stérile sera appliqué autour de la plaie pour travailler proprement, un kit stérile sera ouvert avec des instruments stérilisés et des consommables (liquide de rinçage, compresses, matériel de suture, steristrips pour refermer la plaie). Selon la localisation de la plaie, près de l'œil ou près de la lèvre, le médecin utilisera un fil de plus en plus fin et suturera parfois la plaie en plusieurs couches. Si la plaie est proche de l'œil, le médecin mettra souvent des lunettes grossissantes ou travaillera au microscope pour suturer la plaie proprement. Pour du fil fin, le coût est facilement de l'ordre de 10 euros par fil.



Il est évident que le tarif convenu de l'assurance maladie de 41,59 euros ne peut en aucun cas couvrir le coût du matériel, de l'anesthésie, des consommables, des pansements adhésifs, sans parler de la rétribution de l'effort du médecin. Pourtant, le ministre insiste sur le fait que l'assurance maladie couvre correctement toutes les prestations médicales. Malheureusement, dans de très nombreuses situations, ce n'est pas du tout le cas, du moins en dehors de l'hôpital. En effet, les mêmes prestations médicales, effectuées au sein de l'hôpital, sont très souvent assorties de frais supplémentaires pour l'hôpital, de sorte que le médecin n'a pas à se soucier davantage des frais de matériel ou d'autres consommables.

En dehors de l'hôpital, les médecins n'ont qu'une seule possibilité pour atteindre le seuil de rentabilité : les suppléments d'honoraires. Tant que l'aspect des coûts n'est pas suffisamment réglementé et connu dans la nouvelle nomenclature, aucune décision significative ne peut être prise, sauf sous condition, sur le plafonnement des suppléments d'honoraires.

2. CABINET MÉDICAL SPÉCIALISÉ PRIVÉ EN DEHORS DE L'HÔPITAL

La pratique médicale privée spécialisée en dehors de l'hôpital ne diffère pas de ce qui est décrit ci-dessus, sauf qu'en l'absence de coûts indirects (personnel, infrastructure, consommables, équipement, informatique, sécurité, parking, téléphonie, internet, rapports) et en l'absence de coûts directs, il existe d'autres sources de rétribution que le tarif de l'engagement convenu dans le cadre d'une convention. Dans la pratique médicale spécialisée, le seul moyen d'être rentable est de sélectionner les prestations dont le tarif de l'engagement permet également de couvrir effectivement les coûts et d'exécuter les autres prestations au sein d'un hôpital. Les suppléments d'honoraires constituent une autre solution. Une troisième voie existe pour l'instant en dentisterie : les tarifs cibles (tarifs maximaux). Ici, le ministre autorise un certain nombre de prestations pour lesquelles les dentistes qui respectent les tarifs de l'engagement peuvent encore ajouter (ou non) un montant supérieur au tarif de l'engagement et ce, aux frais du patient, pour cette liste de prestations de leur choix. Ils doivent en informer le patient à l'avance. Ces tarifs de l'engagement sont plafonnés.

3. PRATIQUE HOSPITALIÈRE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Dans la pratique hospitalière médicale spécialisée, l'hôpital dispose d'environ quatre options pour tout de même continuer à proposer des prestations dont les coûts sont intégralement couverts. En effet, l'hôpital bénéficie d'un budget des ressources financières ainsi que d'indemnités forfaitaires réservées aux hôpitaux. De plus, pour de nombreuses prestations, un remboursement n'est prévu que si celles-ci sont exécutées au sein d'un hôpital. Les suppléments d'honoraires hospitaliers doivent donc être considérés sur une base beaucoup plus large que le simple recouvrement des coûts. Il est également question de financer l'innovation, la construction d'hôpitaux et un financement adéquat de l'hôpital.

SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

Les suppléments d'honoraires doivent être discutés après que :

- la répartition intellectuelle des honoraires permet un financement adéquat pour toutes les disciplines médicales ;
- les coûts directs et indirects propres à l'exécution des prestations médicales fournies dans le cadre du régime de l'assurance maladie, tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier, sont financés de manière adéquate, sans recours à la répartition intellectuelle des honoraires ;
- le secteur hospitalier peut dégager les fonds nécessaires à l'innovation, à la construction et au financement sans devoir compter sur les honoraires des médecins, y compris les suppléments d'honoraires.

La santé et l'allongement de la durée de vie ne connaissent pas de frontières. Une personne peut toujours être en meilleure santé. La demande de soins médicaux est infinie. Aucun système d'assurance maladie ne peut répondre à une demande infinie. L'assurance maladie est donc limitée. Cela signifie que les prestations médicales pour lesquelles l'assurance maladie obligatoire intervient sont limitées.

À ce jour, le contenu de la couverture par l'assurance maladie est déterminé dans des accords conclus entre les mutualités et les prestataires de soins de santé. Ces accords sont ratifiés au sein des organes de l'INAMI, puis par le ministre et le Conseil des ministres.

Au-delà, la dispense de soins de santé reste possible dans un État libre, mais elle n'est pas couverte par l'assurance maladie obligatoire, mais plutôt par les contributions des patients ou par une assurance privée.

L'assurance maladie obligatoire repose sur la solidarité et prévoit (principalement) des contributions des employeurs, des travailleurs et des contribuables. Les mutualités et le gouvernement veillent à ce que le plus grand nombre possible de prestations médicales soient couvertes par l'assurance maladie obligatoire afin que les citoyens aient le moins possible à payer un ticket modérateur.

L'offre de soins médicaux et dentaires dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire présente un certain nombre de caractéristiques :

- Les tarifs de plusieurs milliers de prestations sont fixés dans des accords tarifaires.
- Ces tarifs couvrent une prestation « moyenne » : le tarif de l'engagement pour une opération très difficile de l'appendice chez une personne pesant 140 kg et souffrant d'une grave maladie cardiovasculaire est le tarif de l'engagement pour une appendicectomie chez une personne jeune et en bonne santé ne souffrant d'aucune autre affection. Il s'agit en substance d'une indemnité « forfaitaire » à la prestation.
- De nombreuses autres prestations, services et produits médicaux restent accessibles en dehors de l'assurance maladie obligatoire.
- Les mutualités connaissent leur domaine d'activité et leur finalité dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Les tarifs de l'engagement et les accords tarifaires **ne peuvent jamais couvrir entièrement les coûts de la très large offre proposée**, et ce, pour de nombreuses raisons :

- De nouveaux profils de risque existent chez les patients (par exemple, l'augmentation de l'obésité dans la population, l'augmentation des mauvaises habitudes alimentaires dans la population, l'augmentation de la sédentarité dans la population, l'augmentation de l'accessibilité à des substances addictives dans la population).
- De nouvelles évolutions techniques pour les prestations médicales fournies par l'assurance maladie : une intervention peut être réalisée « à ciel ouvert » avec un scalpel et des pinces sous une lampe d'opération, mais elle peut aussi être réalisée « fermée », sans plaie ouverte, grâce à des techniques endoscopiques avec un équipement spécial. La même procédure peut alors être réalisée à l'aide de la technologie robotique. Tout cela augmente les coûts, mais est souvent couvert par le même tarif de l'engagement.
- De nouveaux dispositifs médicaux peuvent être placés à travers l'aîne, par exemple des valves artificielles.
- Une nouvelle médication voit le jour.

La question se pose alors de savoir quels sont les écarts par rapport à la moyenne qui :

- doivent être considérés comme une « nouvelle » prestation qui ne tombe plus dans l'offre de soins de l'assurance maladie obligatoire ;
- doivent être considérés comme s'écartant de la moyenne dans une mesure telle que le prestataire

de soins ou l'établissement de soins est en droit de demander au patient ou à son assurance maladie complémentaire un remboursement supplémentaire supérieur au tarif de l'engagement.

Malheureusement, la réponse n'est jamais concluante et donc évolutive. Il est illusoire de vouloir affirmer que l'on résoudra le problème « une fois pour toutes ». Aborder un problème infini avec une solution qui comporte toujours des éléments « finis » n'est jamais rentable. Quel que soit le système de santé choisi, il y aura toujours des limites :

- Dans la forme la plus extrême de médecine d'État, où les citoyens ne reçoivent que l'offre et les techniques proposées ainsi que les médicaments fournis par l'État, l'offre dépendra principalement des dépenses de santé par habitant, même si tous les prestataires de soins sont salariés. Ce que l'on voit émerger dans les systèmes nationaux de soins de santé (NHS) de ce type, c'est à la fois la faillite du système NHS lui-même et l'émergence d'un circuit privé très étendu en dehors du système.
- Dans la forme la plus extrême du système libéral, comme celui des États-Unis, où tous les tarifs sont libres et où toutes les demandes peuvent être faites, les dépenses par habitant représentent pratiquement le double de celles de l'Europe et une grande partie de la population n'est pas assurée.

Un système mixte avec un haut degré de régulation de la part des financeurs du système (employeurs/travailleurs) par le biais des mutualités et du gouvernement et avec une large participation des prestataires de soins assure la meilleure protection des citoyens et une offre de soins étendue. C'est donc dans le cadre de ce système d'accords qu'il convient de déterminer à chaque fois quels sont les frais qui ne relèvent pas du système d'assurance maladie obligatoire. Des dispositions ont déjà été prises à cet égard dans le cadre de la loi sur la transparence : le gouvernement et les mutualités savent très bien quand il s'agit de prestations non remboursables, de prestations qui ne sont plus remboursables et de suppléments d'honoraires.

S'écarter des tarifs de l'engagement représente une décision grave qui pourrait saper la solidarité et rendre les soins inabordables pour de nombreux citoyens présentant des problèmes de santé. Le fait de ne pas autoriser les écarts par rapport aux tarifs de l'engagement décourage fortement les citoyens qui ne sont pas satisfaits de ce qui est fourni dans le cadre du tarif de l'engagement et représente également un frein considérable pour les prestataires de soins, découragés d'apporter des innovations ou des améliorations qui ne sont pas encore ou pas du tout prévues dans le cadre des tarifs de l'engagement.

La plus grande expertise pour délimiter ce domaine en évolution permanente, année après année, voire tous les deux ans, réside chez les prestataires de soins, d'une part, et les mutualités/l'INAMI, d'autre part.

Actuellement, ces discussions sur le contenu des suppléments d'honoraires ne sont pas structurées et l'initiative revient plus souvent aux pouvoirs publics et aux mutualités qu'aux médecins. Lorsque les médecins s'expriment sur les suppléments d'honoraires, ils sont rapidement taxés de corporatistes. Toutefois, une approche structurelle ne doit pas être évincée. Après tout, une classification est possible :

Selon nous,

- quand les suppléments d'honoraires ne sont-ils jamais autorisés ?
- quand les suppléments d'honoraires sont-ils toujours autorisés ?
- quand les suppléments d'honoraires sont-ils parfois autorisés ?

QUAND LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES NE SONT-ILS JAMAIS AUTORISÉS ?

- Lorsque le patient n'en a pas été informé à l'avance :
 - Interdiction des suppléments d'honoraires pour les prestataires de soins qui n'ont pas informé préalablement le bénéficiaire de la nonadhésion à la convention (cf. article 73 § 1 de la loi SSI)
 - Interdiction des suppléments d'honoraires pour les prestations dispensées dans le cadre de consultations à l'hôpital sans que le bénéficiaire n'ait été expressément informé par l'établissement de soins de l'adhésion ou non à l'accord du prestataire de soins (cf. article 50, § 3bis, de la loi SSI)
- Lorsque le patient n'est pas en mesure de donner son consentement préalable :
 - Patients dans le coma
 - Enfants
 - Urgences et situations d'urgence
 - Service de garde organisé (cf. article 35 § 1, cinquième alinéa, de la loi SSI)
 - Séjour dans une chambre individuelle pour des raisons médicales indépendantes de la volonté du patient (par ex., obligation d'isolement, soins intensifs)
- Lorsque le patient n'a pas d'autre choix que de subir un traitement indispensable à des tarifs de l'engagement (ce motif n'existe toutefois pas encore à l'heure actuelle) :
 - Programmation qui limite le nombre de médecins autorisés à fournir un soin particulier au point que le « libre » choix du patient n'est plus possible ; cette interdiction n'a pas été mise en œuvre jusqu'à présent, mais elle sera à l'ordre du jour avec la centralisation croissante de la pathologie, p. ex. l'hadronthérapie, les centres S2 pour le traitement interventionnel des accidents vasculaires cérébraux, les centres pour les grands brûlés, les programmes de transplantation
 - Un taux de déconventionnement au sein d'une discipline dans une région donnée (la délimitation peut être une province) qui empêche un patient de recevoir des soins médicaux indispensables aux tarifs de la convention : un patient doit avoir une liberté de choix suffisante pour pouvoir s'adresser à des médecins dispensant des services dans les heures de convention. En ce sens, il n'est pas judicieux de supprimer le décompte du nombre de médecins conventionnés par région.
- Lorsque les accords le prévoient :
 - Interdiction sur les suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés dans une chambre à deux lits ou plus (cf. article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux)
 - Interdiction sur les suppléments d'honoraires pour les médecins travaillant dans les maisons médicales
 - Interdiction sur les suppléments d'honoraires pour les médecins conventionnés, qui

constituent également une forme de centralisation

- Interdiction sur les suppléments d'honoraires durant les heures au tarif de la convention chez les médecins ayant adhéré partiellement à l'accord
- Lorsque le ministre l'impose aux médecins :
 - Interdiction sur les suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires de l'intervention majorée (cf. article 53 § 5 de la loi SSI)
 - Interdiction sur les suppléments d'honoraires pour les patients non hospitalisés pour les prestations avec application d'imagerie médicale lourde en dehors de circonstances particulières (cf. article 152/1 de la loi coordonnée sur les hôpitaux). Ainsi, pour l'imagerie médicale lourde (CT, SPECT-CT, PET, PET-CT, PET-RMN, RMN), le principe est qu'entre 8 heures et 18 heures en semaine, les patients non hospitalisés ne doivent pas payer de suppléments.
- Lorsque certaines institutions de soins le prévoient dans la réglementation générale :
 - Les hôpitaux universitaires prévoient souvent une interdiction de toute forme de déconventionnement pour certaines disciplines, mais autorisent généralement un déconventionnement partiel pour la plupart des disciplines, à condition qu'une offre de soins suffisante soit garantie dans le cadre des tarifs conventionnés.
 - Les hôpitaux généraux et psychiatriques peuvent avoir prévu des dispositions dans leur réglementation générale qui exigent que les médecins travaillant dans ces institutions ne demandent pas de suppléments d'honoraires ; ces institutions fournissent souvent des incitations alternatives pour assurer un flux régulier de médecins talentueux.

QUAND - SELON NOUS - LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES DOIVENT-ILS TOUJOURS ÊTRE AUTORISÉS ?

- Dans les établissements de soins
 - Lorsqu'une fois bien informé, le patient choisit tout de même d'être admis dans une chambre individuelle :
 - Les prestataires de soins, qu'ils soient conventionnés ou non, peuvent demander des suppléments d'honoraires dans ce cas.
 - Tant les médecins traitant physiquement que les médecins traitant de manière indirecte peuvent demander des suppléments d'honoraires dans ce cas ; il n'est pas nécessaire qu'un accord individuel existe entre le prestataire de soins et le patient ; actuellement, il suffit que le patient ait signé une déclaration lors de son admission à l'hôpital.
 - Lorsque le patient a des exigences particulières, même au-delà de la mise à disposition d'une chambre seul/e (chambre individuelle) :
 - Un engagement de temps ou technique qui va bien au-delà de ce qui est prévu dans les tarifs de l'engagement. Un exemple classique est l'utilisation du microscope

opératoire pour la suture de certaines plaies faciales : l'investissement en temps et la formation supplémentaire sont des éléments qui, selon nous, peuvent le justifier.

- La demande d'un patient d'être traité par ce médecin en particulier, par exemple lors d'un accouchement, même si ce médecin n'est pas en service à ce moment-là ou même s'il est en congé et revient de congé dans cette optique.
- Le médecin est titulaire d'un doctorat et a donc investi 4 années supplémentaires dans la recherche d'un domaine particulier de la médecine.
- Le médecin a acquis une réputation qui attire des patients en dehors de la zone de recrutement normale de l'établissement de santé au niveau local ; cela pourrait être considéré comme une exigence particulière lorsque des patients provenant d'une autre province font appel à ce médecin.
- Lorsque le patient peut prouver qu'il a une assurance privée (M. Thierry Vansweevelt le mentionne dans la discussion sur l'étendue des honoraires dans le livre *Handbook of Health Law Volume I*)
- Dans les cabinets médicaux en dehors des établissements de santé
 - Lorsque le prestataire de soins n'est pas conventionné
 - Lorsque le médecin est conventionné ou travaille au sein d'une maison médicale, mais que le patient a des exigences particulières. Par exigences particulières, nous pensons aux éléments suivants :
 - En dehors des heures de consultation habituelles du médecin.
 - Nécessité d'un temps de travail supérieur au temps de travail normal pour un patient de même type ; pour l'instant, ce n'est pas possible, mais une fois que la nouvelle nomenclature sera en place, cette pondération pourra facilement être effectuée par une comparaison des RVU (Relative Value Units).
 - Le médecin est titulaire d'un doctorat et a donc investi 4 années supplémentaires dans la recherche d'un domaine particulier de la médecine.
 - Le médecin a acquis une réputation qui attire des patients en dehors de la zone de recrutement normale de l'établissement de santé au niveau local ; cela pourrait être considéré comme une exigence particulière lorsque des patients provenant d'une autre province font appel à ce médecin. Les médecins ont tous un niveau minimum de connaissances médicales qui découle de l'obtention du diplôme de médecine. Certains médecins se situent au-dessus de ce niveau moyen de connaissances et devraient donc pouvoir demander des honoraires plus élevés. Sur la base de connaissances spécifiques, d'études ou de diplômes supplémentaires, d'une expérience étendue au niveau national et international, ou de titres ou de capacités particulières (par exemple, professeur, chef de service), un médecin devrait pouvoir prétendre à des honoraires plus élevés par le biais d'un supplément d'honoraires.
- Lorsque le médecin est conventionné ou travaille au sein d'une maison médicale, mais que le patient peut prouver qu'il a une assurance privée.

QUAND LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES DOIVENT-ILS ÊTRE « PARFOIS » AUTORISÉS ET « PARFOIS » INTERDITS ?

- Non-application de suppléments d'honoraires, sauf si c'est autorisé
 - En cas de restrictions déontologiques, par exemple le traitement de collègues ou d'enfants de collègues ou de membres de la famille
- Application systématique de suppléments d'honoraires malgré l'interdiction
 - Dans les établissements de soins
 - En cas d'acquisition d'une technologie de pointe avantageuse pour le patient, mais beaucoup plus chère, sans ouvrir davantage de créneaux d'exams par jour. On peut citer ici l'exemple concret du scanner à comptage photonique qui représente une avancée majeure grâce à des images plus nettes et à une dose de radiation réduite. La question est de savoir si et comment un supplément d'honoraires serait légitime pendant la phase d'introduction d'une technologie innovante. En tout état de cause, il est préférable que les technologies innovantes ne bénéficient pas immédiatement d'une disposition tarifaire de l'INAMI, car leurs prix diminuent après quelques années. Le prix d'achat d'un scanner à comptage photonique s'élève à 2,5 millions d'euros, alors qu'un scanner classique est bien moins cher. Si le scanner à comptage photonique permet de réaliser le même nombre d'exams qu'un scanner classique, l'investissement ne pourra jamais être récupéré sur le tarif de l'engagement. Il est également possible que la présence de ce genre d'appareil attire des patients en dehors de la zone de recrutement habituelle de l'hôpital. Il ne semble donc pas anormal de prévoir un supplément d'honoraires pour ces exams. Il convient de préciser que par le passé, l'assurance maladie complémentaire des mutuelles intervenait à cette fin dans le matériel endoscopique. On ne sait pas pourquoi ce principe a disparu. Les mutuelles ne sont pas vraiment déficitaires. Ce principe ne s'applique pas aux centres de frais du BMF.
 - Dans les cabinets médicaux en dehors des établissements de soins
 - Lorsque le prestataire de soins est conventionné, mais qu'il peut prouver (p. ex., facturation détaillée au patient – claire, ordonnée et compréhensible pour le patient) que les techniques et le matériel utilisés ne sont pas couverts de manière adéquate, que ce soit dans la nomenclature actuelle ou dans la future nomenclature.
 - Sous la forme de tarifs cibles pour les prestations, convenus avec les mutuelles. Actuellement, cela ne s'applique qu'aux soins dentaires. Les tarifs cibles présentent l'avantage d'être inclus dans le MâF. Les suppléments d'honoraires ne sont pas inclus dans le MâF.

Le raisonnement ci-dessus aborde la question des suppléments d'honoraires de manière assez binaire : autorisés ou non. Le caractère « raisonnable » doit toutefois être abordé, même dans le cas de suppléments d'honoraires autorisés. Au cours de la période Covid, les suppléments d'honoraires ont été suspendus dans le secteur hospitalier, et ce, en raison d'un plafonnement des suppléments d'honoraires, convenu au sein de la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux. En soi, le plafonnement ne pose pas de souci, si ce n'est que la nouvelle réforme de la nomenclature n'est pas encore entrée en vigueur et qu'il n'existe donc pas de cadre de référence pour savoir ce que cela signifie pour les suppléments d'honoraires :

- Seront-ils calculés sur la partie intellectuelle de l'honoraire ou sur sa totalité (partie intellectuelle + partie relative aux frais de fonctionnement) ?
- Y aura-t-il encore des rétrocessions sur la partie intellectuelle de l'honoraire ? Le ministre a semé la confusion à ce sujet le 11 juillet 2025. L'accord de coalition stipule explicitement que les rétrocessions sur les honoraires « purs » disparaîtront. Le ministre a indiqué que ce ne serait le cas que pour la première année, mais que par la suite, les rétrocessions seraient à nouveau négociables pour les hôpitaux sur les « pools d'honoraires ». En bref : dans ces conditions, il est impossible d'aborder cette question raisonnablement avec les médecins.

Être raisonnable, c'est aussi faire preuve de différenciation :

- On peut considérer les suppléments d'honoraires en termes de pourcentages, mais aussi en termes de montants.
- Cependant, on peut aussi penser en termes de pourcentages et de montants dégressifs en fonction du montant de la base de calcul :
 - Pour les montants des consultations et des procédures ambulatoires, quelle que soit la localisation, extra-muros ou intra-muros :
 - Moins de 120 € : pas de %, mais un montant maximal nominal
 - De 120 à 500 € : 200 % maximum
 - De 500 à 1000 € : 150 % maximum
 - De 1000 à 5000 € : 100 % maximum
 - Plus de 5000 € : 50 % maximum
 - Pour les montants des séjours hospitaliers ou des interventions ambulatoires supérieurs à 120 € :
 - De 120 à 500 € : 200 % maximum
 - De 500 à 1000 € : 150 % maximum
 - De 1000 à 5000 € : 100 % maximum
 - Plus de 5000 € : 50 % maximum

Le détail ci-dessus est un exemple chiffré ; il appartient à la Commission nationale médico-mutualiste d'élaborer une proposition concrète.

Étant donné que les mutuelles et l'INAMI sont les premiers interlocuteurs, voici tout de même deux remarques émanant du côté des médecins « corporatistes » :

- Les mutuelles ne sont pas non plus des moralistes ; elles limitent le remboursement aux bénéficiaires ; ceux qui ne sont pas bénéficiaires, même s'ils sont pauvres, ne recevront pas d'aide des mutuelles

- Une interprétation trop stricte de l'article 35, § 4, conduirait les médecins à travailler à perte et serait donc disproportionnée
- Tout système bureaucratique tend à se développer pour son propre compte (livre : *De menselijke maat*, Gert van Dijk et André Hielkema)

L'ÉLÉPHANT DANS LA... CHAMBRE

Il est curieux que, dans tout le débat sur les suppléments d'honoraires, le ministre choisisse sagement de ne PAS nommer l'éléphant (ou les éléphants) dans la pièce :

- Il est aberrant dans l'état actuel de l'organisation des soins de penser qu'un médecin, chirurgien ou non, laisse la qualité des soins dépendre de la chambre du patient. Ce n'est pas parce qu'un patient est admis dans une chambre individuelle (un patient par chambre) qu'il recevra un traitement radiologique plus privilégié qu'un patient dans une chambre partagée. Il en va de même pour la chirurgie : un neurochirurgien fera les mêmes efforts pour ses patients, quelle que soit la chambre dans laquelle ils séjournent. Le principe de la chambre individuelle devrait être abandonné, mais il reste intéressant pour les assurances hospitalisation pour des raisons historiques et surtout administratives, mais aussi pour de nombreux médecins qui ne sont pas ceux qui doivent conclure l'accord avec le patient pour une admission privée. Les suppléments d'honoraires ne peuvent actuellement être facturés que pour les séjours en chambre individuelle. Ils représentent environ 20 % de l'ensemble des hospitalisations.
- Il convient de noter que les propositions perpétuent les incohérences existantes en ce qui concerne les suppléments d'honoraires. Ce sont les mêmes groupes de disciplines conventionnées qui restent en mesure de générer des volumes importants de suppléments d'honoraires et ce sont les mêmes groupes de disciplines qui restent dans l'impossibilité de le faire. Exemple type : la possibilité pour les anesthésistes de facturer des suppléments d'honoraires en salle d'opération et en clinique de la douleur, mais pas en médecine d'urgence, dans les services d'urgence, ni dans les unités de soins intensifs. Lorsqu'il ne s'agit pas d'un seul pool, un groupe d'anesthésistes ne bénéficie pas du tout des suppléments d'honoraires et un autre peut en bénéficier bien davantage. La loi-cadre proposée ne donne pas l'occasion d'aborder cette question. On pourrait imaginer une proposition selon laquelle, par exemple, tout ou partie des suppléments d'honoraires seraient mis en commun par hôpital et ensuite redistribués par le biais d'un système élaboré au sein de l'Ordre des médecins de manière à ce que tous les médecins hospitaliers en bénéficient.
- Il est à noter que le médecin qui conclut un accord avec le patient pour un traitement « privé » à l'hôpital ouvre ainsi la voie à tous les prestataires de soins de santé pendant l'hospitalisation du patient, qui peuvent également demander des suppléments d'honoraires. Il n'y a aucune différence entre le médecin qui fait cet effort et celui ou ceux qui en profitent. Une possibilité pourrait consister à ce que l'option « privée » soit liée à un seul dispensateur de soins pour une équipe de traitement donnée, une fois que le principe de la « chambre individuelle » aura été abandonné.

POURQUOI EST-IL TEMPS D'ABORDER L'ÉLÉPHANT DANS LA PIÈCE ?

- Il est socialement difficile/impossible d'expliquer aux patients que le type de chambre choisi détermine le « contenu » de la prestation médicale.
- De nombreuses disciplines médicales sont exclues de facto de la possibilité de demander des suppléments d'honoraires.

- La chambre individuelle reste la « seule » branche sur laquelle les suppléments d'honoraires reposent dans l'environnement hospitalier. Toutefois, cette branche est de plus en plus courte et de plus en plus fine :
 - Interdiction des suppléments d'honoraires pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée (environ 2,4 millions de patients) pour les prestations ambulatoires
 - Réduction des suppléments d'honoraires à la partie « honoraires intellectuels »
 - Plafonnement des suppléments d'honoraires
 - Le nombre de lits de soins intensifs diminue lentement mais sûrement en Belgique (diminution de 24 % entre 1995 et 2025), de même que la proportion de chambres individuelles. Le nombre de lits augmente pour les soins gériatriques, chroniques et psychiatriques. Toutefois, ce n'est pas là que sont générés la majeure partie des suppléments d'honoraires.

LOI-CADRE ET SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

- Il est à noter que dans les versions 1 et 2 de la loi-cadre, l'assurance hospitalisation n'est pas mentionnée dans l'exposé des motifs. La réduction du paquet de suppléments d'honoraires représente un avantage direct pour les mutuelles et les assurances privées. En dentisterie comme en médecine, le plafonnement à 25 % de suppléments d'honoraires sonne le glas des pratiques solo. Il s'agit plutôt d'un coup de pouce potentiel pour les grandes entités commerciales qui sont en mesure d'amortir leurs investissements sur un plus grand nombre de dentistes.
- Il est frappant de constater que les versions 1 et 2 de la loi-cadre visent principalement la pratique ambulatoire, alors que le ministre sait très bien que cela ne supprime pas le besoin de soins, mais le déplace vers l'hôpital où des tarifs plus élevés et des suppléments d'honoraires plus importants s'appliquent selon les versions 1 et 2 de l'avant-projet de loi-cadre.
- Il est frappant de constater que dans les médias, le ministre a dénoncé le fait que les radiologues facturaient 5x plus que les autres spécialistes sans mentionner que les radiologues doivent également supporter tous les coûts de ces mêmes factures et sont généralement soumis à des rétrocessions beaucoup plus élevées que les autres spécialistes. En outre, ce ne sont pas les radiologues qui demandent des suppléments d'honoraires élevés pour les patients en intra-muros. La radiologie ne représente que 2 % de l'ensemble des suppléments d'honoraires pour les patients en intra-muros. Grâce à l'AIM, le ministre est très bien informé de la répartition des suppléments d'honoraires entre les disciplines médicales hospitalières.

RÉFORME DE LA NOMENCLATURE

Le cadre conceptuel de la réforme de la nomenclature figure dans le rapport 229A du KCE, datant de 2013 (p. 14/78 - D/2014/10.273/65) : « *Un deuxième pilier comprend une réforme en profondeur des honoraires des médecins spécialistes qui, dans la réforme proposée, ne sont pas inclus dans le tarif par DRG, mais restent basés sur le principe du paiement à l'acte. La réforme consiste en une abolition totale du système de rétrocession des honoraires, en limitant l'honoraire au travail intellectuel et physique des médecins. Une partie du budget correspondant à ces rétrocessions actuelles devrait aller vers le BMF pour contribuer à la résorption du sous-financement. Une autre partie pourrait être mise à disposition dans un fonds d'investissement par hôpital, qui serait cogéré par les médecins spécialistes et les gestionnaires. Presque automatiquement, un tel remaniement conduira à une réévaluation de la nomenclature. En outre, le transfert proposé des rétrocessions actuelles supprimerait un important incitant des gestionnaires hospitaliers à encourager la production maximale de services et de procédures.* » Cette étude du KCE a été demandée par Laurette Onkelinx, alors ministre, en octobre 2013.

Sous l'impulsion de la ministre Maggie De Block, la réforme de la nomenclature médicale avait débuté en 2017. L'objectif principal était d'éliminer les différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et spécialistes, ainsi qu'entre les différents spécialistes. D'autres objectifs ont également été fixés : corriger les différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et spécialistes, ainsi qu'entre les différents spécialistes ; mettre à jour et adapter la nomenclature à l'évolution de l'activité médicale et aux nouveaux modèles de prestation de soins de santé (télémédecine, soins pluridisciplinaires, etc.) ; améliorer la logique interne, la lisibilité et la transparence de la nomenclature ; introduire des incitants qui favorisent la coopération et la qualité ; pour les honoraires de tous les médecins, distinguer de manière transparente et standardisée la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les coûts directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales et non couverts par d'autres sources » de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin » + son impact dans le secteur hospitalier sur la rétrocession/les coûts réels, sur la gestion des suppléments d'honoraires et sur la gestion médicale de la partie « coûts ». Ce dernier objectif n'a pas été formulé en 2017, mais a été approuvé par le Comité de l'assurance le 11 juillet 2022.

Les associations de médecins soutiennent à la fois les objectifs et la réforme de la nomenclature dans la mesure où l'ensemble du cadre financier reste intact et qu'il ne sert qu'à réaffecter les recettes de manière plus équitable entre les disciplines médicales.

En 2019, il a été décidé de mener la réforme de la nomenclature en 3 secteurs d'activités parallèles, chacun représentant une partie de la nomenclature médicale :

- ACA : les actes de consultation et assimilés (principalement articles 2 et 25, et une partie de l'article 23)
- AMTAA : les actes médico-techniques automatisés et assimilés (principalement articles 24, 24bis, 32, 33 et 33bis)
- ATMC : les actes techniques médico-chirurgicaux (autres articles)

En ce qui concerne les libellés, les groupes de travail ont été chargés comme suit :

- ACA : 345 libellés
- AMTAA : 895 libellés
- ATMC : 2508 libellés

Le nombre réel de libellés est plus élevé, le nombre suivra une fois ces activités terminées. Une méthodologie basée sur les travaux de Hsiao et al (Harvard) à la fin des années 1980 et appliquée aux États-Unis (nomenclature Medicare) et en France (CCAM) a été élaborée. Dans ces cas, les prestations médicales individuelles sont évaluées sur la base de trois paramètres. Le score est exprimé en unité de compte, également appelée *relative value unit* (RVU).

Cette unité de compte (RVU) repose sur trois paramètres : le temps, la complexité et le risque ; le facteur temps étant de loin le plus important dans la formule de calcul.

De cette manière, une *resource based relative value scale* (RBRVS, échelle de valeur relative basée sur les ressources) pour les opérations médicales est créée pour chaque discipline.

On entend par durée le temps nécessaire au médecin pour accomplir pleinement un acte, y compris la manipulation des dispositifs médicaux et des instruments nécessaires pour accomplir cet acte, le temps consacré à l'interprétation des résultats et tout autre travail nécessitant un investissement en temps de la part du médecin pour réaliser l'acte.

La complexité désigne la formation et l'expérience jugées nécessaires pour accomplir l'acte ; elle est particulièrement importante pour la pondération intradisciplinaire, car entre les spécialités médicales, ce qui est simple pour l'une est complexe pour l'autre et vice versa.

La complexité est estimée en points sur une échelle de 1 (le moins complexe) à 5 (le plus complexe). Le risque dépend d'une évaluation du risque encouru par le patient lors de l'exécution de l'acte, ou de l'examen ou de l'interprétation des résultats de l'examen, ainsi que du stress subi par le médecin lors de l'exécution de l'acte. L'échelle va également de 1 à 5.

Encore une fois, l'unité de temps est le paramètre affichant la plus grande pondération.

Dans les groupes de discussion, on a travaillé à partir de la nomenclature existante pour définir de nouveaux libellés et de nouveaux numéros, et des RVU ont été attribuées à tous les actes au sein de leur propre discipline. C'est une échelle de temps qui a permis d'échelonner la plupart des actes. Chaque acte devait avoir une valeur unique, comme dans la nomenclature actuelle.

En fait, rien ne diffère de la nomenclature actuelle : le financement reste un financement de la prestation par acte, où il serait surtout important d'améliorer la proportionnalité entre les différents actes. Pour ce faire, une pondération intradisciplinaire a d'abord été introduite dans toutes les disciplines, puis une pondération interdisciplinaire a été créée pour trouver un « équilibre » dans les RVU entre les différentes disciplines. Alors qu'aujourd'hui la nomenclature est divisée en plusieurs sections et chapitres, nous nous dirigerons vers une très longue liste de valeurs RVU où tous ces actes seront proportionnés les uns par rapport aux autres, dans l'espoir d'un meilleur équilibre dans la rémunération des disciplines médicales.

Étant donné que les groupes de travail ACA, AMTAA et ATMC travaillent chacun de leur côté, il faudra d'abord qu'ils se concertent pour aligner les RVU afin d'établir une seule longue liste de prestations. Il faudra alors effectuer une mesure du volume pour connaître la fréquence de cette prestation. Le ministre établit le budget à partager et c'est ainsi que l'on obtient une valeur par RVU.

Il subsiste bien sûr beaucoup de préoccupations et d'obstacles par rapport à cet exercice. Nous en aborderons certains, car cela permettra d'expliquer pourquoi les médecins ont jugé nécessaire d'appeler à la grève avant que le ministre ne plafonne les suppléments d'honoraires.

1. La fusion des échelles intradisciplinaires par discipline en une échelle interdisciplinaire a été réalisée à l'aide de « passerelles » : ensemble d'actes identiques ou équivalents dans différentes spécialités. Il s'agit bien sûr d'un travail subjectif, car la prise d'une radiographie du thorax par un radiologue a été comparée, par exemple, à une arthroscopie du genou ou à un curetage de l'utérus par un gynécologue. Comment procéder à une évaluation correcte ? Ce n'est évidemment pas possible. Les résultats de cet exercice de passerelle seront retardés jusqu'au dernier moment, car il est clair qu'il provoquera de nombreuses frictions entre médecins. Ces frictions se joueront sur le plan politique, en assurant d'abord un point de non-retour, puis en laissant la guerre interdisciplinaire faire rage pendant un certain temps.
2. Cette réforme de la nomenclature ne sera pas ressentie par tous les médecins généralistes. En effet, il n'a jamais été dit que le financement des conventions et des maisons médicales serait impliqué dans cet exercice. S'il y a un appauvrissement global, y compris en médecine générale, c'est dans les maisons médicales qu'il se fera le moins sentir.
3. Le groupe de travail ACA se penche sur les domaines suivants :
 - Les consultations effectuées par des médecins
 - La différenciation entre 1 - 1,5 - 2 - 3 est possible à condition que les maxima de fréquence pour 2 et 3 via les règles d'application soient respectés.
 - Outre les différences de RVU, des majorations pour certains groupes de patients peuvent également être utilisées (cf. nomenclature française).
 - Les visites effectuées par les médecins
 - Les prestations spécifiques réalisées par les médecins hospitaliers (admission au début de l'hospitalisation et gestion de la sortie de l'hôpital)
 - Le suivi des patients (surveillance lors de l'admission [de jour], consultations, etc.)
 - La concertation inter- et multidisciplinaire
 - Les parcours de soins
 - Un régime de remboursement des soins de santé mentale suffisamment détaillé
 - Un régime de compensation des heures de garde et de la disponibilité en dehors des heures de travail ; la garde entre les disciplines est évaluée de manière équivalente ; le régime de garde est élaboré pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes.
 - La rémunération des tâches administratives et de gestion clinique
 - Des honoraires de surveillance et des gardes en soins intensifs
 - Surveillance en réanimation

- Surveillance en revalidation
- Surveillance en hémodialyse chronique
- Service d'urgence
- Médecine de laboratoire (élaboration d'un profil de tâches pour établir une section professionnelle)
- Télémédecine
- Financement de l'accréditation
- Financement de la partie des honoraires professionnels pour les prestations incluses dans les parcours et les conventions de soins
- Financement du DMG en médecine générale

Au sein du groupe de travail ACA, il a été décidé que la référence utilisée pour évaluer les entrées de la nomenclature des prestations serait une consultation de 20 minutes. On y attribue la RVU 1 pour la durée (D). Pour s'inscrire sur l'échelle utilisée au sein du groupe de travail ATMC, la complexité (C) et le risque (R) se voient attribuer chacun une valeur de 2 sur la base de l'analyse du groupe de travail susmentionné. Le facteur multiplicateur de la référence susmentionnée est basé uniquement sur la différence de durée, avec une RVU constante de C et R à 2. Il est obligatoire de rédiger un rapport pour les consultations. Les prestations techniques ne sont pas incluses dans les consultations. Celles-ci obtiennent une RVU distincte qui peut être ajoutée aux honoraires de consultation. Le DMG sera maintenu en tant que prestation spécifique à la discipline. Les modules de consultation susmentionnés peuvent également être appliqués dans le cadre des parcours de soins (diabète, suivi de grossesse, insuffisance rénale, etc.)

En ce qui concerne la partie coût des prestations ACA, l'INAMI indique qu'il n'est pas possible d'identifier les coûts des consultations et des prestations similaires sur la base des données disponibles auprès des pouvoirs publics, et qu'il n'y a pas de standardisation à cet égard, que ce soit en termes d'infrastructure ou de personnel pour la majorité des prestations concernées. Cela n'est vrai que dans une certaine mesure, car les données collectées par l'INAMI à partir des données comptables obligatoires des cabinets de médecins généralistes en dehors des heures ouvrables fournissent des informations très détaillées sur de nombreux centres de coûts. En outre, de nombreux éléments peuvent être dérivés des comptes des hôpitaux pour l'identification responsable des coûts des prestations ambulatoires. Le coût de nombreux matériaux sera même moins élevé dans un hôpital que dans une pratique ambulatoire, compte tenu de la différence de volume d'achat. Les coûts des matériaux sont également facilement identifiables dans la pratique dentaire. L'objectif est d'identifier un taux forfaitaire standardisé associé aux coûts directs et indirects de l'utilisation d'un espace de cabinet. En outre, l'accord de coalition prévoit une indemnité de pratique pour les prestations ambulatoires intra et extra-muros. Les coûts indirects des pratiques ont également été cartographiés en kinésithérapie en 2023. En ce qui concerne les coûts indirects, les centres de coûts suivants peuvent déjà être retenus, ce à quoi une pratique ambulatoire ne peut échapper :

- Aménagement du bâtiment à partir du gros œuvre (c'est-à-dire le sol, les murs, les portes, la peinture, les plinthes, la plomberie, l'électricité, les points de données, le wifi, etc.), un cabinet de 5 m de long (surface d'environ 15 m² minimum) + salle d'attente + secrétariat + éléments supplémentaires (kitchenette, toilette pour personnes à mobilité réduite, couloirs, etc.) + local technique

- Ventilation + chauffage/climatisation
- Protection contre les incendies avec abonnement à l'alarme incendie
- Système d'alarme avec abonnement à la centrale
- Petit matériel de bureau (papier, enveloppes, timbres, perforatrice, agrafeuse, etc.)
- Site web, support informatique, hébergement du nom de domaine, télésecrétariat
- Coût de la structure informatique (PC, imprimantes, scanners, téléphonie, serveur, sauvegardes, cloud, internet, cyberassurance, contrats de maintenance, pare-feu)
- Coûts du dossier électronique du patient, incluant la facturation, l'envoi électronique des courriers, l'accès à CoZo, les contrats de maintenance, les certificats sur papier
- Le mobilier en général, y compris la décoration (affiches, fleurs, film autocollant aux fenêtres, rideaux, etc.)
- Office manager (rendez-vous, planning, téléphonie) 2 ETP minimum pour 1 ETP médecin en cabinet individuel, par ETP médecin supplémentaire 0,5 ETP de support administratif supplémentaire
- Comptabilité, auditeur
- Nettoyage et entretien général des locaux
- Médicaments et matériel médical inclus dans la consultation
- Taxes spécifiques à l'activité : taxe provinciale par unité d'établissement
- Assurance d'exploitation d'un cabinet de groupe
- Assurance accidents du travail, assistance juridique, police globale le cas échéant y compris les frais de syndic
- Consommables non médicaux (papier toilette, café, eau, serviettes, lecture pour la salle d'attente, etc.)
- Eau, gaz, électricité...
- Publicité informative
- Impressions
- Linge professionnel

Axxon a calculé en 2023 que les coûts indirects dans un cabinet de kinésithérapie devraient être estimés à 83,36 euros par heure. Dans un cabinet médical, les coûts directs par acte médical doivent être pris en compte en sus.

4. L'AMTAA couvre les disciplines suivantes : biologie clinique, génétique médicale, anatomopathologie et radio-oncologie. Là aussi, nous nous efforçons d'obtenir une valeur RVU par numéro de nomenclature pour l'anatomopathologie. Pour la radiothérapie, l'objectif est une valeur RVU par épisode de soins et par « ajout ». L'exercice n'est pas aisé pour la biologie clinique. Le ministre en parlait déjà dans sa note du 28 janvier 2022 : « Le secteur de la biologie clinique représente 1,4 milliard d'euros, dont 663 millions d'euros pour les patients hospitalisés et 697 millions d'euros pour le secteur ambulatoire. Environ la moitié de ces montants sont facturés par des laboratoires non hospitaliers. **Dans ce secteur, il est impossible dans la pratique de diviser les nombreuses prestations individuelles en une partie professionnelle et une partie financière.** C'est pourquoi nous établissons une structure de coûts pour les différents groupes d'analyses (chimie, hématologie, oncologie, microbiologie...), qui s'applique tant aux prestations ambulatoires qu'aux prestations hospitalières. Les prestations visées aux articles 33bis et 33ter de la nomenclature actuelle ne sont pas incluses dans cet exercice. Il s'agit de tests de biologie moléculaire sur du matériel (génétique) humain. Il s'agit de tests qui sont également souvent effectués par des médecins autres que les biologistes cliniciens, tels que les généticiens et les anatomopathologistes. »
5. L'ATMC couvre les articles suivants :

article	chapitres
art. 3	Prestations médicales techniques
art. 9 b, c, d	Accouchements (par des médecins spécialistes)
art. 11	Prestations générales spéciales
art. 12	Anesthésiologie
art. 13	Réanimation
art. 14	Chirurgie
art. 17	Imagerie médicale (IM) – IM par radiologie (par des médecins spécialistes du diagnostic par rayons X)
art. 17bis	Échographie (par des médecins spécialistes du diagnostic par rayons X)
art. 17ter	IM – Radiologie (par des médecins spécialistes, sauf médecins spécialistes du diagnostic par rayons X)
art. 17quater	IM (par des médecins spécialistes, sauf médecins spécialistes du diagnostic par rayons X)
art. 18	Radiothérapie et thérapie au radium – Médecine nucléaire (in vivo uniquement)
art. 20	Médecine interne
art. 21	Dermato-vénéréologie
art. 22	Médecine physique et révalidation
art. 34	Prestations d'interventions percutanées sous contrôle d'IM

Le groupe de travail ATMC a décidé de transférer les prestations : surveillance en réanimation, révalidation, hémodialyse chronique au groupe de travail ACA.

Pour chacune de ces composantes, la partie intellectuelle est séparée de la partie frais. La partie frais pour chacun de ces actes individuels sera déterminée par un groupe de travail de la KULeuven et de l'ULB dirigé par les professeurs Kesteloot (KUL) et Pirson-Leclercq. Il s'agit principalement de déterminer les coûts « directs » de la pratique pour chaque acte, y compris les ressources directement utilisées pour plusieurs activités ou groupes d'activités et par unité fonctionnelle opérationnelle indirectement, mais bien traçable, entre les groupes d'activités. Pour les frais indirects, une étude a été menée par le KCE qui a donné lieu à un rapport 380AS (2024). Ces frais de pratique sont également exprimés dans une échelle de valeur relative, et non en euros. Il est évident que ces études sont basées sur la nomenclature actuelle (V0) et que la nomenclature actuelle ne peut pas être simplement traduite dans la nouvelle nomenclature (V1). On résout ce problème par l'inter- et l'extrapolation des codes de nomenclature V1 dans l'échelle de valeur V0 basée sur l'avis d'experts vers une estimation de la durée dans la nouvelle nomenclature (V1). Il y aura également deux exercices parallèles dans 12 hôpitaux pilotes du pays au cours de la période 2025-2026 : une mesure du volume de toutes les prestations dans ce tableau et une mise à jour du calcul des coûts de la pratique selon la méthodologie connue, car lors de la mesure du volume, les médecins introduiront à la fois V0 pour chaque service dans le paquet de facturation et la nomenclature V1 pour la prestation effectuée, d'abord sur la base des règles d'application actuelles et plus vers la fin de 2026 sur la base des nouvelles règles d'application de la nomenclature V1. Comme indiqué, l'objectif n'est pas de fournir une estimation « exacte » des coûts, mais d'obtenir une unité de valeur relative. Par exemple, la radiologie aura quatre grands centres d'activité : radiologie, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, échographie. Pour chaque activité, on comptabilise les frais de personnel, les frais d'investissement et les frais d'exploitation. On obtient ainsi une échelle de valeur relative des prestations par unité. On classe d'abord les prestations qui ont été examinées en détail. Les autres prestations sont en quelque sorte placées entre les deux ; en d'autres termes, les prestations non étudiées sont « assimilées » dans le classement. Les médicaments et les implants ne sont pas inclus dans le calcul des coûts de la pratique.

Il existe des différences entre V0 et V1. Ainsi, on estime qu'environ 1/3 des situations V0=V1 (1 pour 1), environ 1/3 des situations vont de N dans V0 à 1 dans V1, environ 1/3 vont de 1 dans V0 à N dans V1 et un petit nombre de cas vont de N dans V0 à N dans V1. Ce qui reste à examiner, c'est la nouvelle nomenclature dans V1 : en effet, si aucun budget n'est prévu à cet effet dans la norme de croissance, aucune installation ne peut être reprise dans la nouvelle nomenclature. Si cela se produit par le biais de l'« assimilation », cela signifie automatiquement une réduction de la valeur de toutes les autres prestations médicales sans nouveau budget. En ce qui concerne le calcul des prix, il convient également de se référer à l'étude 178A du KCE, datant de 2012 (Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts).

L'étude PACHA de Delo et al. (C. Delo et al. / Health Policy 119 (2015) 1126-1132) a étudié 1556 procédures chirurgicales en salle d'opération et est parvenue à la répartition suivante des coûts, comme le suggère le diagramme en camembert.

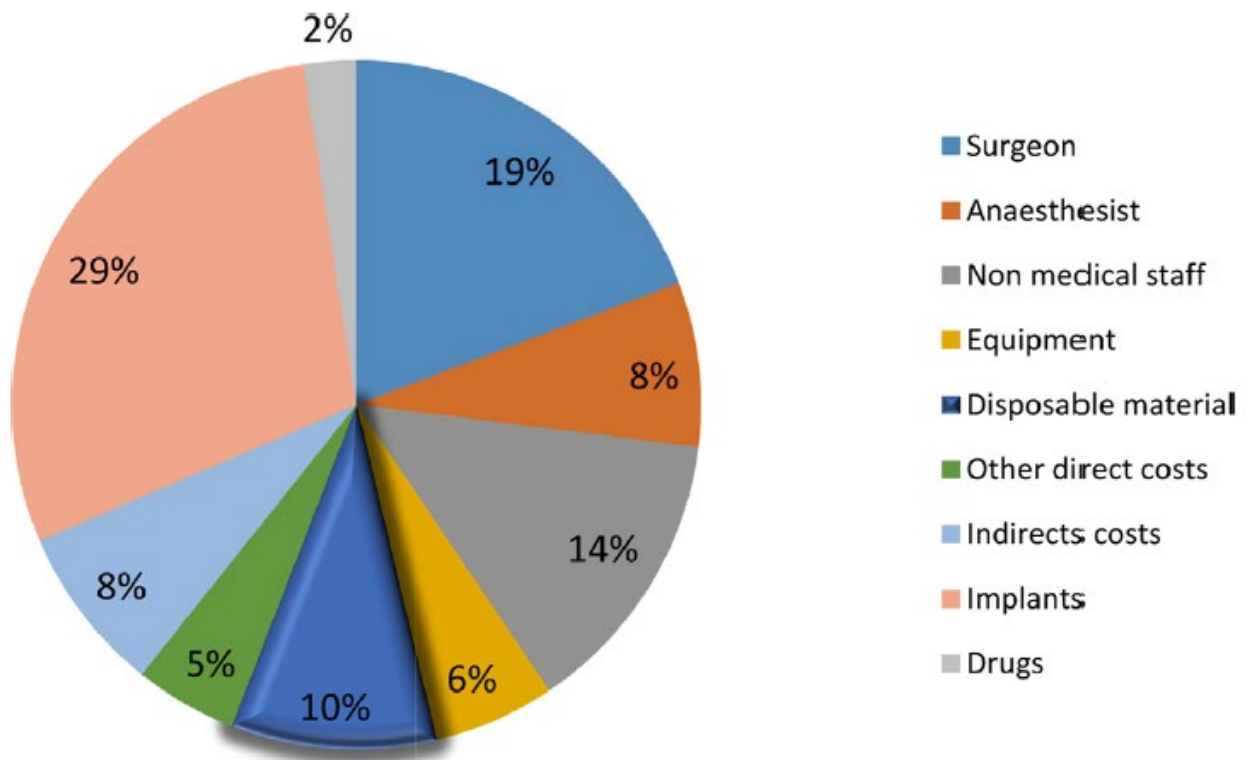


Fig. 1. Costs in OR.

Comme les honoraires comprennent à la fois le financement de la partie intellectuelle et une part des frais, l'exercice est inextricablement lié à une réforme du financement des hôpitaux. Au bloc opératoire, les honoraires ne représentent qu'une fraction des frais totaux. C'est pour cette raison que le BMF existe (section B2). Le découplage entre la partie intellectuelle et la partie financière entraîne une demande de certitude tant pour les hôpitaux que pour les médecins.

En ce qui concerne les coûts indirects de l'étude ATMC, le KCE note ce qui suit : « Le KCE a utilisé à cette fin les données de la base de données Finhosta du Service public fédéral Santé publique. Il s'agit actuellement de la seule source de données sur les coûts directs et indirects de tous les hôpitaux belges disponible dans notre pays. Toutefois, ces données présentent plusieurs limites. Il existe en effet des différences significatives dans la manière dont les hôpitaux enregistrent leurs frais dans Finhosta. Et ce, à cause des différences organisationnelles et de l'absence de directives suffisamment détaillées en matière d'enregistrement. (...) En raison des limites des données Finhosta, il faudrait mettre au point un (nouveau) modèle détaillé de recueil des frais auprès d'un échantillon représentatif d'hôpitaux. Ce modèle pourrait également être utile pour les mises à jour régulières de la nomenclature, les tarifs DRG ou d'autres études de coûts. » On peut se demander s'il est possible de prendre le temps nécessaire à cette fin, étant donné que l'avantprojet de loi-cadre prévoit que le nouveau financement des hôpitaux entrera en vigueur le 01/01/2028.

Le financement de la radiologie constitue un volet particulier au sein du groupe ATMC. Les prestations de radiologie interventionnelle, de radiologie conventionnelle et d'échographie suivent la procédure normale de toutes les autres prestations ATMC. La procédure est différente pour la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). L'idée des pouvoirs publics consiste en un modèle de financement avec un honoraire professionnel pour le médecin,

d'une part, et un forfait pour le fonctionnement de l'appareil, d'autre part, basé sur des frais réels « justifiés » en fonction d'un volume de services « justifié ». Le montant forfaitaire « justifié » est basé sur un « financement standardisé basé sur la population. Il s'agit d'examiner la part de marché de chaque hôpital en matière d'imagerie médicale lourde, la consommation existante d'examens, une consommation normale à déterminer et un nombre justifiable d'appareils par hôpital à déterminer, et ce, par analogie avec le modèle français. »

Lors de la création du nouveau financement des hôpitaux, il était prévu que des études normatives soient réalisées parallèlement aux résultats des groupes d'étude Kesteloot/Kips et Pirson/Leclercq. Ces études normatives sont basées sur des avis d'experts en la matière qui ont une bonne connaissance de chacune de ces procédures ou DRG : médecins, personnel infirmier, techniciens, administrateurs. Les ajustements éventuels peuvent être effectués à ce niveau.

6. La réforme de la nomenclature est une double réforme. Il s'agit d'un rééquilibrage vertical entre les disciplines médicales et d'un rééquilibrage horizontal dans lequel le coût des services médicaux fournis à l'hôpital est divisé en une partie intellectuelle et une partie frais. Pour de nombreuses prestations médicales en salle d'opération, les frais sont actuellement composés de deux parties : les frais supportés par les rétrocessions d'honoraires médicaux et les frais supportés par le BMF, les forfaits et les conventions. En fin de compte, ce que tous les médecins attendent, c'est une rémunération équitable et qu'au niveau national, les rétrocessions provenant des honoraires ne soient pas plus importantes que ce n'est le cas actuellement pour les hôpitaux. Sinon, le rééquilibrage vertical devient inutile.
7. Des problèmes budgétaires majeurs se posent parce que le groupe ACA, en particulier, définit un très grand nombre de nouvelles « prestations ». C'est une liste digne d'une lettre à Saint-Nicolas, car l'exercice V0 vs V1 n'a pas encore été fait. Il est cependant nécessaire de savoir quel nouveau budget est sollicité pour financer les nouvelles prestations. Il y a aussi la question du financement non ou mal couvert des frais de fonctionnement des services ambulatoires non hospitaliers. L'étude MAHA montre que quelque 2,6 milliards d'euros d'honoraires ont été reversés aux hôpitaux en 2023. Cela signifie que, dans le meilleur des cas, il reste quelque 9 millions d'euros pour l'ensemble de l'exercice : ACA, AMTAA, ATMC. On estime qu'environ 3 milliards d'euros sont nécessaires pour le groupe ACA, pour répondre aux besoins « non satisfaits » (desiderata ?). Le groupe ACA tentera de récupérer cette somme auprès des groupes AMTAA et ATMC. Mais les hôpitaux s'intéressent également à AMTAA et à ATMC pour transférer le maximum vers le financement des hôpitaux. Si la soupape des suppléments d'honoraires disparaît également, on peut craindre que la réforme ne puisse être menée à bien.
8. Un élément très inquiétant du projet actuel de loi-cadre est la diminution du rôle du Conseil technique médical et du Conseil technique dentaire. À un moment pourtant crucial, le rôle de ces conseils devient soudain facultatif, car même s'il est toujours possible de solliciter leur avis, cela n'est plus obligatoire et leur point de vue est moins souvent pris en compte. Cela laisse présager le pire.
9. Compte tenu du grand nombre d'inconnues (frais indirects, desiderata ACA, différence entre le financement actuel des hôpitaux par BMF et le financement futur des hôpitaux par DRG), il sera sans doute nécessaire d'accompagner ce processus d'un fonds tampon afin de ne pas laisser certaines disciplines, pratiques ou hôpitaux en déshérence. Les fonds nécessaires provenant de la norme de croissance peuvent être mis de côté à cette fin en 2026/2027/2028. Il n'est pas certain que cela se produise.

RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Le chiffre d'affaires des hôpitaux est d'environ 25 milliards par an (2023), selon les Données phares dans les soins de santé – hôpitaux généraux du SPF. 103 hôpitaux, dont 78 hôpitaux généraux traditionnels, 7 hôpitaux universitaires et 18 hôpitaux à caractère universitaire avec un total de 189 campus hospitaliers. Le budget partiel des honoraires des médecins s'élève à environ 12 milliards d'euros (2025). Les deux principes seront réformés en même temps et devraient entrer en vigueur au même moment, selon l'avant-projet de loi-cadre. Ces deux principes sont intimement liés, mais suivent des mécanismes complètement différents. Cela représente environ 6 % d'un PIB de quelque 616 milliards (2024). Selon les chiffres MAHA, les hôpitaux généraux (y compris les hôpitaux universitaires) occupaient 104 646,6 ETP en 2023, pour un coût de 8,7 milliards d'euros. Selon la même étude MAHA, le chiffre d'affaires que représentent les honoraires dans les hôpitaux généraux en 2023 s'élevait à 6,5 milliards d'euros, dont 2,6 milliards (39,5 %) revenaient aux hôpitaux sous forme de rétrocessions.

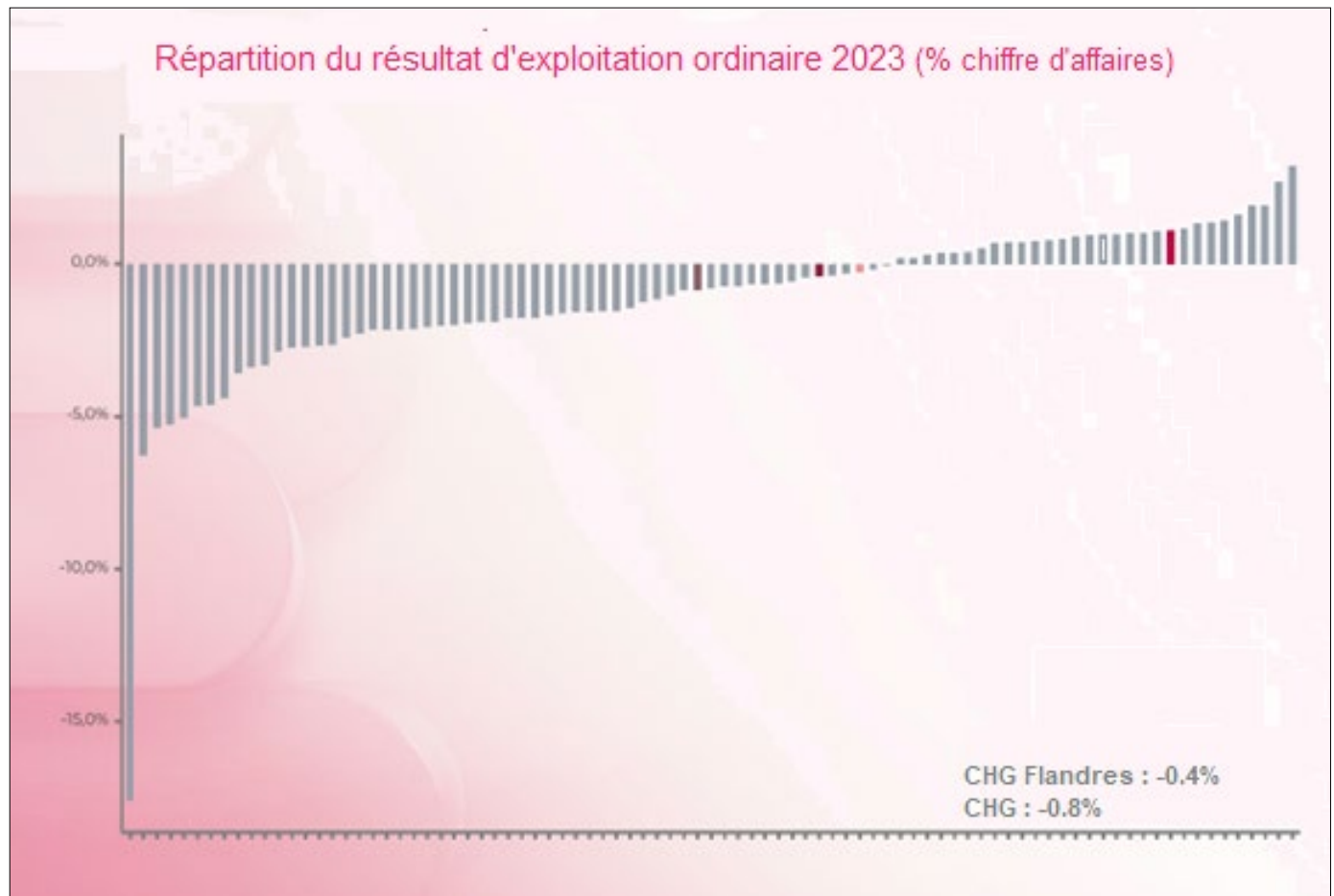
De tels montants et de tels chiffres concernant l'occupation laissent peu de place à l'erreur. Même pour un gouvernement, de tels projets sont complexes. Le ministre Vandembroucke le sait également et, dans la loi-cadre, il prend de l'avance en fixant déjà le cadre permettant de parvenir à un compte équilibré :

- La réforme de la nomenclature est rééquilibrée en faisant dépendre la valeur RVU, non pas de ce que devrait représenter une « juste rémunération des médecins », mais d'un budget disponible qu'il envisage pour le budget partiel des honoraires inclus dans le budget de l'INAMI.
- Le financement des hôpitaux sera rééquilibré en acceptant dans une « *Pax Hospitalia* » (selon le ministre lors d'une réunion à son cabinet le 11 juillet 2025) que les rétrocessions puissent être renégociées avec les médecins sur les « honoraires purs » à partir de deux années de nouveau financement des hôpitaux.
- Il deviendra donc presque impossible pour les médecins spécialistes de contourner cette situation, car la médecine ambulatoire sera quasiment impraticable en dehors des hôpitaux. Cette situation est simple à mettre en place, en interdisant les suppléments d'honoraires en ambulatoire (pour les patients BIM) ou en fixant un plafond très bas pour les suppléments d'honoraires en ambulatoire (pour les patients non-BIM) et en « oubliant » de prévoir une allocation de pratique adéquate pour les prestations extra-muros en ambulatoire.

Inutile de préciser que les médecins ont réagi vivement le 7 juillet 2025. C'est compréhensible, car la dynamique budgétaire dont les soins de santé ont besoin consiste précisément à déplacer des services médicaux d'une infrastructure hospitalière très coûteuse vers une infrastructure et un cadre moins coûteux et garantissant la même sécurité d'exécution, si cela se justifie d'un point de vue médical. Les Données phares dans les soins de santé du SPF confirment la nature très institutionnelle du système de soins de santé belge, puisque la Belgique a une très faible réduction du nombre de lits d'hôpital agréés : « Au 1^{er} janvier 2025, la Belgique comptait 52 317 lits et places agréés. Le vieillissement de la population et les progrès des soins médicaux se reflètent dans l'évolution du nombre de lits d'hôpital agréés. Une diminution globale de 2370 lits agréés, soit de 4 %, a été observée dans les hôpitaux généraux au cours des 30 dernières années. » Le rapport 289AS du KCE datant de 2017 intitulé « Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité » recommandait de réduire la capacité en lits disponibles de 9308 lits avant 2025, à l'exclusion des lits G et S, et de maintenir éventuellement une capacité de réserve de 3476 lits à partir de 2030.

PROBLÉMATIQUE DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX ACTUEL

Du point de vue des hôpitaux, la situation financière de la plupart d'entre eux est médiocre. L'étude MAHA a montré qu'en 2023, la plupart des hôpitaux affichaient un résultat d'exploitation négatif. Cela ne concerne pas les hôpitaux universitaires qui affichent un résultat d'exploitation excédentaire.



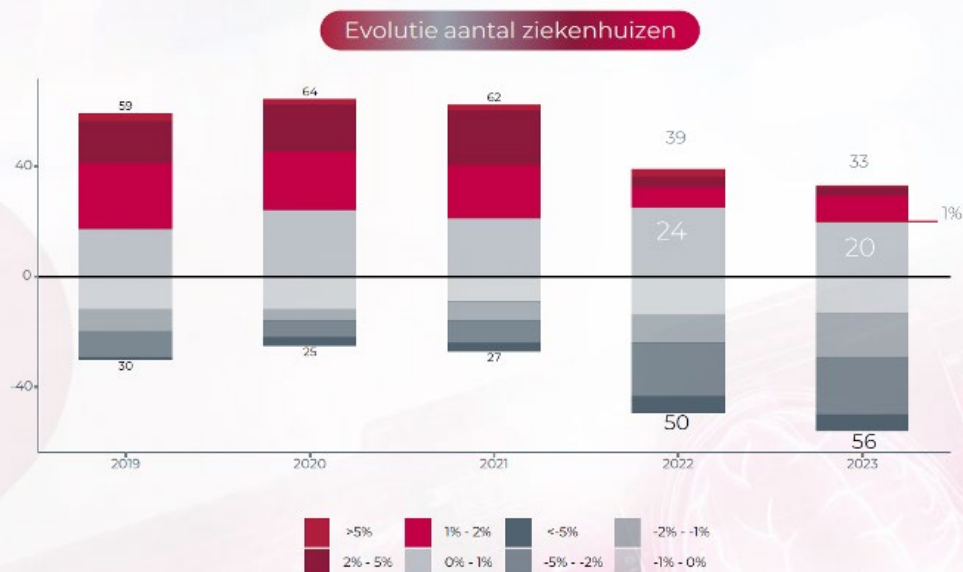
Ce n'était plus le cas depuis l'entrée en vigueur de la loi de financement des hôpitaux du 25 avril 2002, toujours en vigueur.

Evolutie gewoon bedrijfsresultaat sinds 2001



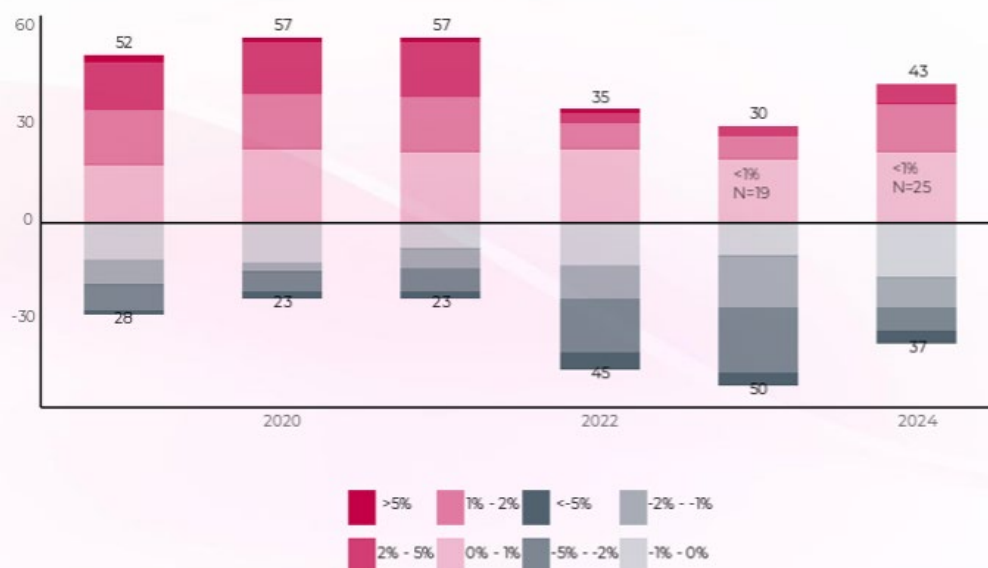
Ces dernières années, cependant, de moins en moins d'hôpitaux parviennent à afficher des chiffres positifs.

Evolutie gewoon bedrijfsresultaat over 5 jaar 76 ziekenhuizen halen de norm van 1% niet

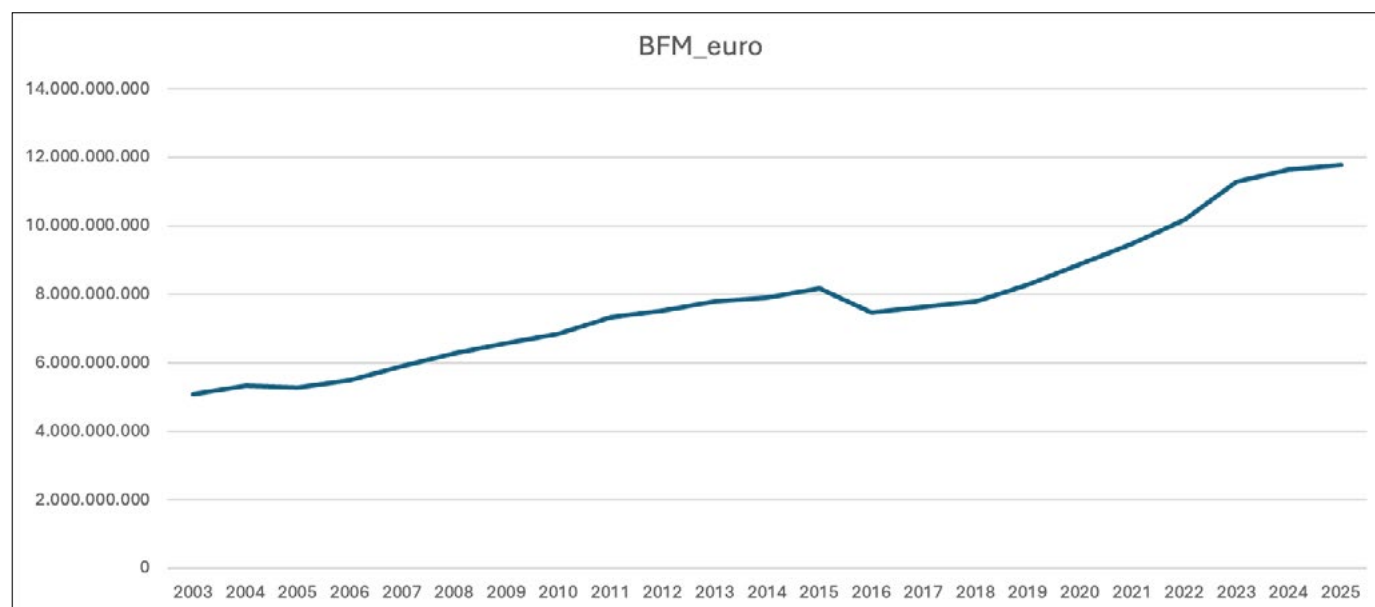


= Évolution du résultat courant sur 5 ans

Évolution nombre d'institutions



Et ce n'est certainement pas en raison d'investissements insuffisants de la part des pouvoirs publics dans le Budget des Moyens Financiers (BMF), dans les conventions ou dans les forfaits INAMI. Le BMF augmente systématiquement, de même que les conventions et les forfaits INAMI payés en plus du BMF.



QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS QUI FONT QUE LES HÔPITAUX SONT DE PLUS EN PLUS EN DIFFICULTÉ ?

- La dynamique, le « moteur » de la loi relative au financement du 25 avril 2002 est la durée de séjour ; les pouvoirs publics ne financent pas la durée de séjour effective, mais la durée de séjour du patient moyen en Belgique ayant le même profil et la même pathologie (= durée de séjour

justifiée). Ainsi, les pouvoirs publics ne financent pas des lits « agréés », mais des lits « justifiés » ou des durées de séjour « justifiées ». Le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2025 était de 52 317 lits, selon le SPF, mais le nombre de lits justifiés (et donc financés) a depuis lors chuté à 36 447 lits (2023) et devrait donc être encore plus bas en 2025 puisque la durée de séjour continue de diminuer. Il y a certainement encore de la marge pour réduire la durée de séjour, comme le montre la comparaison au sein de l'Europe, mais de nombreux hôpitaux ne peuvent pas suivre le rythme de la réduction de la durée du séjour.

- Il y a 103 hôpitaux avec 189 campus : cela provoque de nombreuses inefficacités. La réduction du nombre de campus se heurte à deux obstacles majeurs : le financement des nouvelles constructions nécessite de nombreuses ressources propres, car le financement par les entités fédérées est très difficile ; il n'est pas non plus intéressant de fusionner dans le cadre de la législation actuelle, car la fusion entraîne la perte de nombreuses ressources financières, comme l'indique également une lettre du ministre au Conseil fédéral des Établissements hospitaliers en date du 26 juin 2025. Nous récapitulons le texte, complété par des idées bien connues sur les fusions :
 - Section A1 :
 - Les périodes d'amortissement sont souvent de 33 ans et de 10 ans ; cela ne dure que tant que certains services ne changent pas de fonction ; dès que les fonctions changent, l'option d'amortissement expire, par exemple une unité de soins transformée en salle de logistique lors d'une fusion ou d'une mise en réseau.
 - Section B1 :
 - Lors d'une fusion, le budget est réparti entre plusieurs partenaires du groupe. Cela a des répercussions à la fois sur l'institution concernée et tous les autres hôpitaux. La division en groupes et les pourcentages de répartition entre les types de coûts ont maintenant 30 ans.
 - Si les partenaires de la fusion ont des lits K_j ou K_n, une partie du financement des frais de transport peut être perdue.
 - La section B1 est un budget national fermé réparti entre les 5 groupes d'hôpitaux. Il s'agira donc d'un budget fermé par groupe pour les hôpitaux généraux. Chaque hôpital reçoit un taux forfaitaire par unité de fonctionnement qui varie d'un groupe à l'autre : une fusion (généralement pour regrouper plus de 450 lits) entraîne généralement un changement de groupe et n'est pas neutre sur le plan budgétaire. Toutefois, l'impact est imprévisible pour l'hôpital fusionné, car 1+1 n'est pas égal à 2 dans ce calcul.
 - Section B2 :
 - La fusion entraîne un changement de déciles (points supplémentaires pour CD, E et IZ) qui, en raison de la nature non linéaire du financement par décile, pourrait avoir un impact budgétaire important. B2 est une section très dynamique et très sensible aux fusions dans le cadre de la législation hospitalière actuelle : les déciles comprennent ± 9000 points de financement supplémentaire qui sont principalement répartis entre les grands hôpitaux ; la fusion avec un partenaire plus petit désavantage généralement les déciles.
 - En plafonnant à 2 le nombre de salles permanentes du bloc opératoire, la fusion

risque de perdre certaines salles d'opération permanentes : la condition cathétérisme cardiaque ou neurochirurgie ne peut être utilisée qu'une seule fois. Il n'est donc pas possible d'obtenir plus de 2 salles d'opération permanentes, même après une fusion.

- Les fusions avec des hôpitaux publics devront prendre en compte les coûts de pension du personnel statutaire, et l'ancienneté des équipes peut également changer de manière significative.
- La perte éventuelle de points dans les réglementations relatives aux accouchements garantit que la fusion des unités de maternité aboutit généralement à un total de points inférieur dans le cadre du financement actuel des hôpitaux.
- Section B4 :
 - Plusieurs montants forfaitaires sont accordés par numéro d'agrément et expirent lors de la fusion ou sont accordés avec un montant de base qui expire lors de la fusion (p. ex. hygiène hospitalière, EPO, formation continue, accompagnement lors de l'admission ou de la réadmission...). Ce faisant, les règlements sont parfois sujets à interprétation et peuvent nécessiter une clarification. La section B4 couvre plus de 80 financements différents, certains financements étant accordés une fois par hôpital.
 - Plusieurs allocations de financement sont divisées (don d'organes, programme de soins G) ; une fusion peut donc avoir des effets négatifs en entraînant le passage à une tranche de financement inférieure à celle d'avant.
 - Une grande partie des problèmes de fusion dans la section B4 peut être liée à un financement historique gelé pendant des années.
 - Souvent, les coûts des fonctions financées par la section B4 ne diminuent pas après une fusion, tant que ces fonctions sont exercées sur plusieurs sites.
- Section B7
 - Perte possible du statut universitaire en cas de fusion entre un hôpital « normal » aigu et un hôpital universitaire (B1-B7) si au total il n'y a plus 75 % de lits universitaires.
- Section B8 :
 - Étant donné que le financement dépend du score de l'institution au-dessus ou au-dessous de la médiane, une fusion pourrait signifier une perte en passant au-dessous de la médiane alors qu'auparavant un ou plusieurs partenaires de la fusion avaient un score au-dessus de la médiane.
- Section B9 :
 - Le calcul annuel du financement du Fonds Blouses Blanches (FBB) est effectué sur la base de la section B2. Les conséquences de la fusion en B2 peuvent alors également avoir une incidence sur le financement du FBB (par exemple, les salles d'opération permanentes).

- Pour compenser partiellement les inconvénients des fusions, un article 97 § 2 a été introduit dans l'arrêté royal du 25 avril 2002. Toutefois, cette mesure est inadéquate, car elle ne couvre que les sections B1, B2 et B8, pour lesquelles les montants accordés sont dégressifs sur une période de trois ans. La section B4 n'est pas incluse dans cette mesure.
- Le BMF n'est pas le seul à subir les conséquences des fusions. Une fusion peut également avoir des répercussions sur le montant forfaitaire pour les pharmacies, pour l'imagerie médicale et pour la biologie clinique, pour la dialyse, en fonction du pourcentage de dialyse alternative, ainsi que sur le « juste prix » qui sert de base au financement des infrastructures en Région wallonne et en Fédération Wallonie-Bruxelles.
- La législation actuelle (AR du 25/04/2002) ne permet pas de neutraliser complètement les effets financiers négatifs d'une fusion : $1 + 1$ est toujours < 2 . Par conséquent, certains (dont Stéphane Rillaerts) proposent de ne pas travailler à une modification du BMF, mais plutôt à une réforme de la numérotation des agréments. Chaque site recevrait ainsi deux numéros d'identification : celui de la structure de gestion unique de l'ensemble et celui de la qualification du site en question, précédé d'une lettre correspondant à son statut : soins aigus, soins chroniques, soins psychiatriques, soins palliatifs, soins (à venir), hôpital de jour ou une combinaison de ceux-ci. Sur la base de cette identification, un BMF serait alors calculé pour chaque site, pour une durée indéterminée, en fonction du type de site. Les BMF ne sont fusionnés que lorsque l'hôpital décide de fusionner physiquement les sites concernés en un seul site, supprimant ainsi le numéro d'identification du site. Si un site devient « chronique » ou est converti en futur hôpital de jour, le BMF de ce site changera seulement de catégorie et les règles de financement pour cette catégorie d'hôpital deviendront applicables. Ce fonctionnement aurait également pour effet de maintenir tous les montants forfaitaires selon un calcul identique à celui en vigueur avant la fusion. Cela ne profiterait pas toujours nécessairement à l'hôpital fusionné, mais aurait l'avantage de maintenir la situation existante et de mieux refléter la réalité.
- Depuis le Covid, c'est-à-dire entre 2019 et 2023, les frais de personnel ont fortement augmenté. L'absentéisme du personnel a également fortement augmenté ces dernières années et est resté élevé : au premier semestre 2024, l'absentéisme était de 12,2 % (4,4 % d'absentéisme de plus d'un an). (Source : MAHA)

Il est compréhensible que les directions hospitalières s'inquiètent de la situation financière de leur établissement, surtout lorsqu'une nouvelle forme de financement est sur le point d'être mise en place et qu'elles n'ont pas vu de simulations pour leur propre hôpital. En effet, une moyenne de tous les hôpitaux n'est pas forcément rassurante pour l'hôpital concerné.

Le graphique ci-dessous montre qu'au fil des ans, l'évolution du résultat d'exploitation ordinaire des hôpitaux, exprimé en % du chiffre d'affaires, est presque toujours restée positive pour l'ensemble du secteur. Mais une moyenne comprend à la fois les résultats d'exploitation positifs et négatifs. Il y a donc toujours des gagnants et des perdants lors des nouvelles répartitions des budgets fermés. C'est l'essence même d'un jeu à somme nulle.

Étude de l'évolution du résultat d'exploitation ordinaire des hôpitaux (MAHA) en % du chiffre d'affaires



Ce jeu à somme nulle a conduit à une réduction du nombre d'hôpitaux généraux et à un contrôle budgétaire du budget annuel des hôpitaux au cours des 20 dernières années. La diminution du nombre d'hôpitaux généraux a été compensée par l'augmentation de la taille des autres hôpitaux. Les petits hôpitaux ont presque tous disparu. Cela profite à l'évolution de la médecine, qui s'attend à une permanence dans les hôpitaux et à une diminution du nombre de maternités pour faire face à la baisse du nombre de naissances dans le pays. La taille plus importante des hôpitaux permet également de disposer d'associations médicales plus grandes avec plus de sous-spécialisations.

FINANCEMENT FUTUR DES HÔPITAUX

La réforme de la nomenclature et le nouveau financement des hôpitaux sont décrits en détail comme des objectifs dans le document *Naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen* (Vers un financement des hôpitaux généraux axé sur le patient), qui a été commandé par Zorgnet Vlaanderen en 2014 sous la direction des Prof. Dr. Johan Kips, Koen Michiels et Katrien Verschoren.

La note du ministre Frank Vandenbroucke du 28 janvier 2022 *Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux* définit la direction dans laquelle le financement des hôpitaux évoluera. Le ministre se réfère ici à l'étude 229A du KCE Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux (2014). Dans ce même texte de 2022, le ministre déclare : « Les cinq chantiers essentiels que nous proposons sont indissociables. Il s'agit notamment de la réforme du paysage hospitalier, du financement des hôpitaux, de la réforme de la nomenclature, de l'achat basé sur la valeur, de la gestion des suppléments. La mise en œuvre de cette réforme se fera en étroite concertation avec les parties prenantes. Les organes de concertation et de conseil compétents joueront bien entendu leur rôle. Compte tenu de l'interconnexion étroite entre le rééquilibrage de la nomenclature et l'ajustement du financement des hôpitaux, une concertation structurée entre les représentants des médecins, les hôpitaux et les organismes assureurs est également plus qu'appropriée. » Dans l'avantprojet de la loicadre (version 1.2), le 5^e point (suppléments d'honoraires) a été avancé dans le calendrier comme condition préalable à la réalisation des deux autres éléments : la réforme de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux. Le fusil a clairement changé d'épaule.

En termes de redéfinition du paysage hospitalier, on peut citer : la reconnaissance de centres S2 pour la prise en charge des AVC invasifs, de centres de traumatologie majeurs, la fermeture de certaines maternités, la centralisation des tumeurs malignes de la tête et du cou, la centralisation des tumeurs malignes de l'ovaire, la centralisation de l'endométriose complexe. Les missions de soins locorégionales et supra-régionales ont été définies et établies par l'AR.

En outre, il était prévu de passer en 2022 du financement existant (depuis le 25 avril 2002), basé sur les lits justifiés en fonction du case-mix global de l'hôpital, à un financement basé sur des taux forfaitaires de pathologie par DRG. Le financement actuel des hôpitaux est un mécanisme de redistribution d'un budget fermé (BMF) basé sur des paramètres historiques datant de 2 ou 3 ans, complété par des conventions, des forfaits de l'INAMI et des rétrocessions d'honoraires « en temps réel ». Il n'y a pas de financement prospectif. C'est ce que le forfait pathologique global par DRG vise à résoudre.

Dans la vision de 2022, ce forfait DRG devait inclure les éléments suivants : le coût des éléments liés aux soins financés par le BMF actuel, le coût des médicaments, des dispositifs médicaux ainsi que la partie des honoraires qui couvre les frais de fonctionnement non remboursés par le BMF, le cas échéant également, les frais de pré- et post-hospitalisation. Le système actuel d'honoraires forfaitaires pour les soins à faible variabilité reste inchangé. Le ministre déclare également que « cette réforme mettra fin au financement double et enchevêtré des médecins et des hôpitaux ».

« La pierre angulaire de la réforme est le calcul correct, par pathologie, de l'utilisation responsable des ressources et de leur coût réel. Cela signifie qu'il existe un lien étroit entre cette réforme et la réforme prévue de la nomenclature (voir infra). En effet, le calcul des montants forfaitaires par DRG implique, d'une part, la répartition des coûts du personnel soignant nécessaire par pathologie pendant le séjour hospitalier (ce qui concerne, entre autres, la section BMF) et, d'autre part, la cartographie du coût des services médicaux (qui est aujourd'hui en partie financée par les rétrocessions sur les honoraires médicaux). Une fois ces coûts identifiés, il est nécessaire de calculer la part de ces coûts qui est couverte par le BMF ou par les honoraires. Il faut ensuite déterminer pour chaque DRG quelles sont les prestations médicales qui en font partie afin de pouvoir calculer quelle part des honoraires couvrant les coûts est ajoutée au montant forfaitaire du DRG (en plus de la part du BMF et d'autres canaux de financement de l'INAMI [par exemple pour les dispositifs médicaux]). Le calcul global de tous les DRG fournira également une transparence au niveau macroéconomique sur la part de la facture totale qui sert à couvrir les coûts. » En ce qui concerne les organisations de médecins, la position est que la part des rétrocessions globales de la facture d'honoraires ne devrait pas augmenter, étant donné qu'un rééquilibrage vertical entre les disciplines médicales est prévu simultanément.

Le ministre est bien conscient que toutes les études relatives à la détermination des coûts d'exploitation par numéro de nomenclature sont basées sur la nomenclature actuelle (V0), mais qu'en fait ce ne sont pas ces données qui sont nécessaires, mais celles de la nouvelle nomenclature (V1). Il faudra donc disposer de données sur au moins une année complète pour avoir un échantillon suffisamment fiable. Cela n'est plus possible pour 2025, mais 2026 et 2027 seront au moins prises en compte. Il s'agit en effet d'un travail considérable, même si la méthodologie a été élaborée pour les hôpitaux témoins à partir de l'étude des Prof. Kesteloot et Kips et des Prof. Pirson et Leclercq. Le ministre va plus loin et déclare que le forfait tout compris par pathologie sera basé sur les frais réels justifiés. La définition du « coût réel justifié » n'est pas claire pour le lecteur : quels éléments de frais sont considérés comme justifiés et lesquels ne le sont pas ? Dans le financement actuel des hôpitaux, c'est la durée du séjour qui détermine si les frais sont justifiés ou non : durée du séjour justifiée, lits justifiés. Ce point demande à être clarifié.

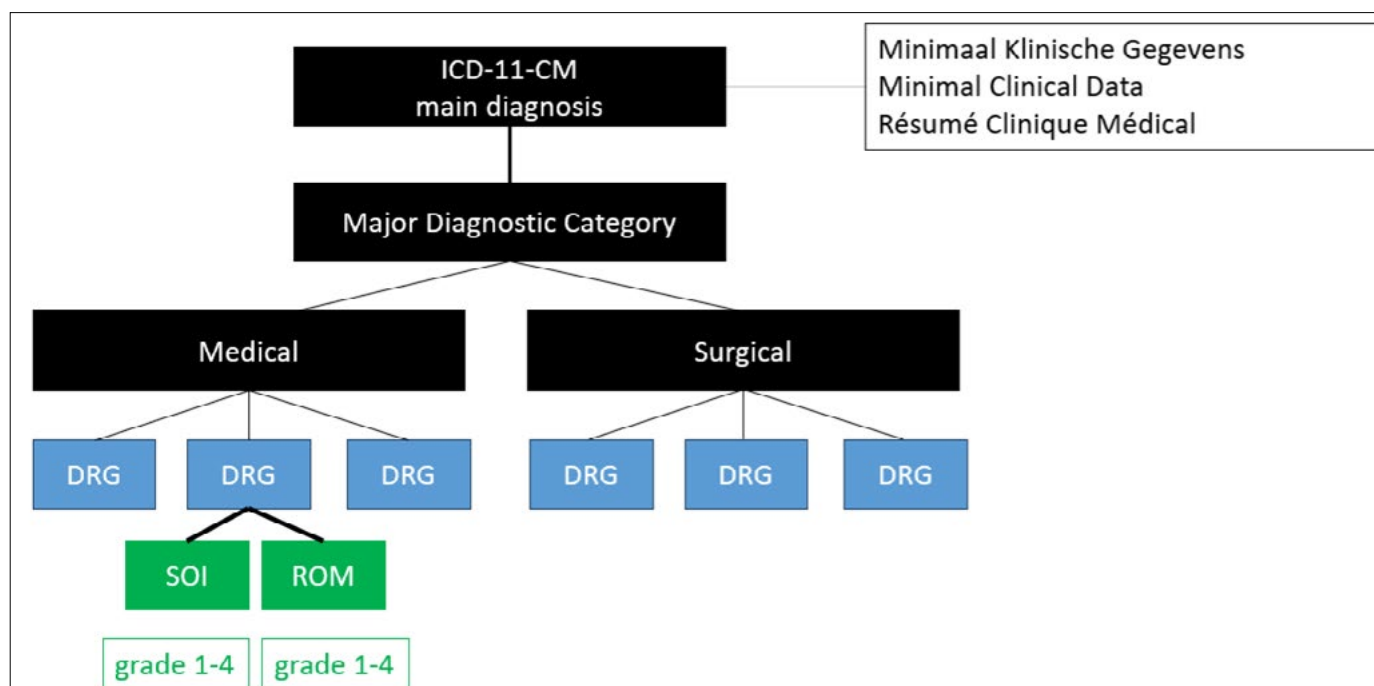
« Un régime spécifique sera prévu pour le financement des patients à haut risque. Un financement uniforme et prédéterminé par type de patient se heurte à ses limites pour les patients à haut risque ou les pathologies très complexes. La variabilité du coût par admission est trop importante et imprévisible. Par conséquent, tous les pays utilisent d'autres mécanismes en plus de leur système de financement par

DRG. Ces systèmes garantissent que, lors du calcul des montants moyens par DRG, certains éléments sont exclus et indemnisés séparément. Parmi les exemples d'éléments exclus figurent certains groupes de patients (p. ex. les patients souffrant de brûlures graves, les patients en soins palliatifs), certains services et produits (p. ex. les médicaments onéreux, les dispositifs médicaux...) et les séjours "exagérés". Les éléments exclus ainsi que leur financement (comme un forfait journalier au lieu d'un forfait par admission ou basé sur les coûts réels) devraient être établis. »

Parallèlement aux forfaits DRG par pathologie, les sections B1 (services de soutien) et B5 (pharmacie hospitalière) seront également réexaminées. C'est plus qu'il n'en faut étant donné que la répartition des hôpitaux en groupes de taille est obsolète. La section B1 prévoit des coûts unitaires différents pour les postes « frais généraux », « entretien », « chauffage », « frais administratifs », « blanchisserie », « alimentation » en fonction de la catégorie de l'hôpital : « universitaire », « < 200 lits agréés », « entre 200 et 299 lits agréés », « entre 300 et 449 lits agréés », « >= 450 lits agréés ». Cette classification est obsolète, car il reste peu d'hôpitaux dans les catégories de moins de 300 lits et la taille des hôpitaux dépasse parfois largement les 450 lits agréés (p. ex. le ZAS à Anvers), ce qui justifie une nouvelle classification. Pourtant, l'enveloppe du BMF reste fermée.

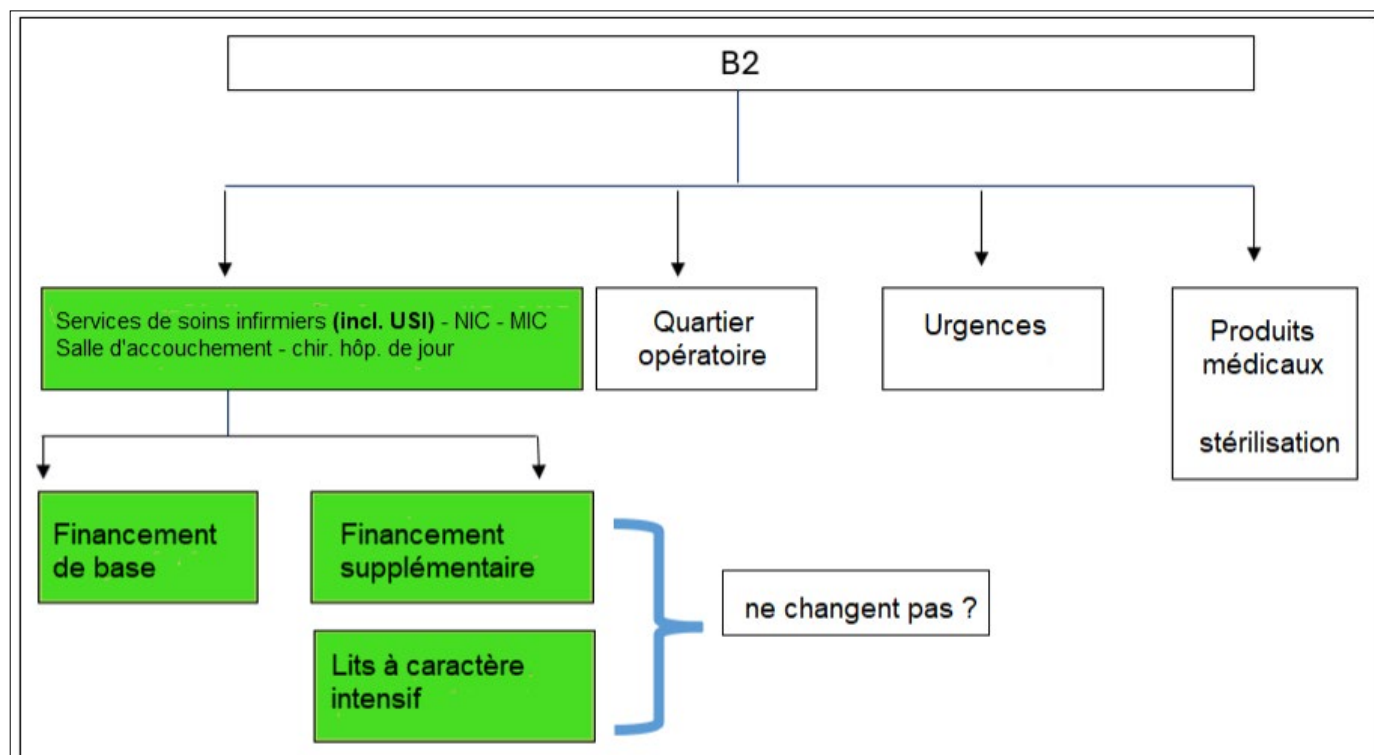
Dans le rapport 229As du KCE de 2014, le prix par DRG couvrirait tous les coûts payés dans le BMF classique de la section B2 ainsi que les éléments des sections B1, B3, B4, B5, B6 et B9, qui sont directement liés à l'activité de soins.

Le système de classification belge compte 1258 DRG et se compose de 314 DRG avec 4 SOI chacun et de 2 DRG sans classification SOI. On peut se demander s'il en sera toujours ainsi, car la partie des coûts d'exploitation des numéros de nomenclature devra également être intégrée dans les différents DRG. Le nombre de DRG varie d'un pays à l'autre. En France, il y a environ 2300 DRG, la plupart divisés en quatre sous-groupes. En Angleterre, il existe également environ 2300 DRG, mais divisés en jusqu'à 6 sous-groupes chacun. Le Danemark reste à 743 DRG avec 2 sous-groupes pour la plupart des DRG. La structure hiérarchique permettant de définir l'APR-DRG reste inchangée.

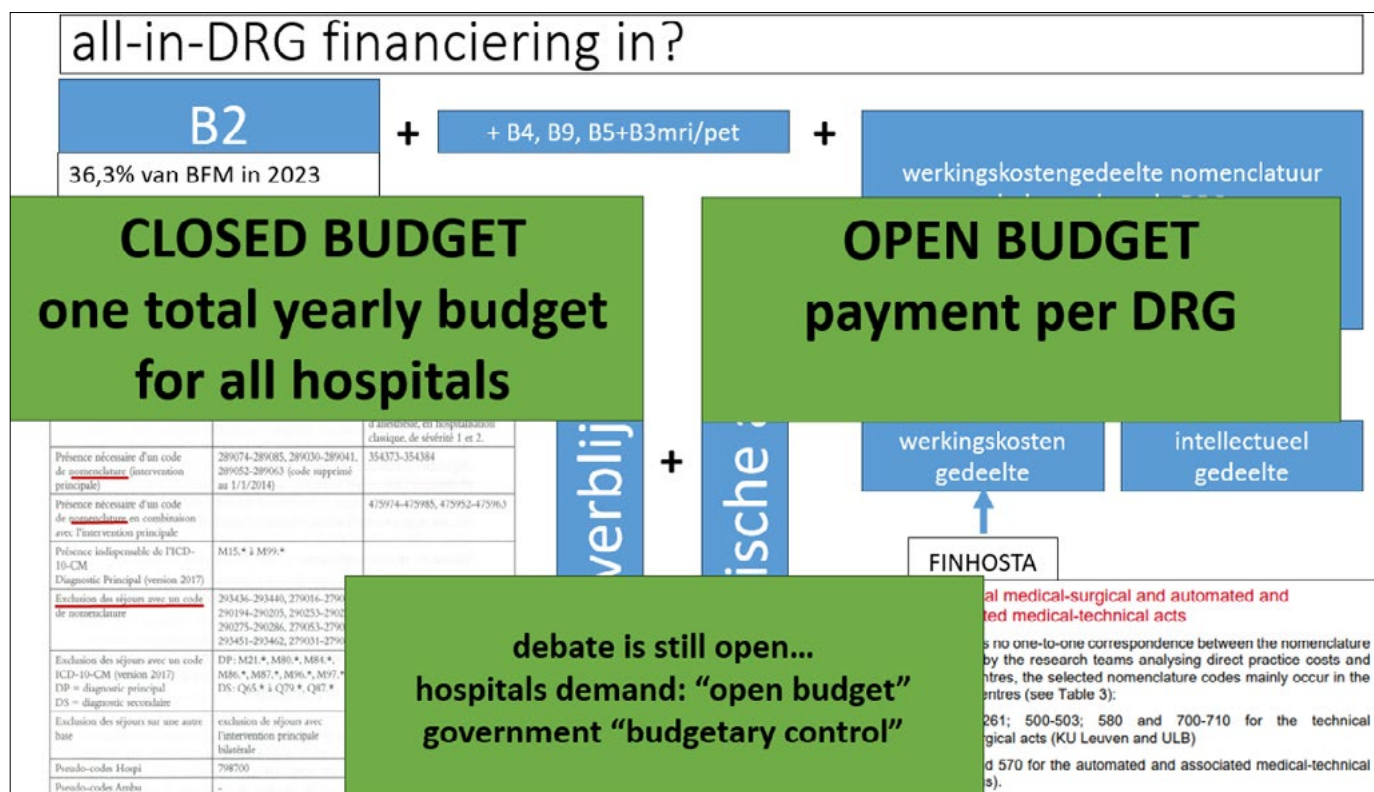


La section B2 fait l'objet d'une révision importante. La section B2 se compose d'un financement de base en fonction du nombre de lits justifiés et d'un financement supplémentaire basé sur l'activité. Jusqu'à

présent, la section B2 était calculée au niveau de l'hôpital en fonction du B2 national. Il s'agira désormais d'un montant forfaitaire par DRG individuel. Je suis très curieux de savoir comment le financement supplémentaire de la section B2 sera converti en DRG individuels et ce qu'il adviendra du système de déciles.



L'élément fondamental du nouveau forfait DRG est qu'il s'agit d'un groupement d'éléments provenant d'un budget FERMÉ et d'éléments provenant de la nomenclature qui est, par définition, un budget OUVERT.



Les hôpitaux plaident en faveur d'un budget ouvert dans lequel les coûts réels sont financés dans la mesure du possible. Le contrôle budgétaire nécessite soit un budget fermé, soit une « responsabilité » très stricte. Bien que cette responsabilité soit confiée aux conseils d'administration des hôpitaux par courtoisie, dans les faits, elle incombera aux médecins. Après tout, ce sont les médecins qui prennent les décisions d'admission et/ou de traitement, n'est-ce pas ? Cette responsabilité sera aussi justifiée de cette manière, sous couvert de la cogouvernance.

Une autre préoccupation liée au financement forfaitaire des DRG est de savoir si tous les hôpitaux seront en mesure de classer rapidement et précisément les patients dans le bon DRG. Et comment éviter de ne s'attarder que sur les données arrangeantes ? Comme pour tout financement basé sur des moyennes, les gens essaieront d'éviter les risques, ce que l'on appelle l'effet d'écémage. Les discussions sur les coûts « justifiés » n'ont pas disparu, bien au contraire : la nécessité des soins, la qualité des soins, l'efficacité de la prestation des soins reviendront toutes dans les débats sur la justification des coûts des soins.

On ne sait pas encore si un montant forfaitaire DRG sera accordé *a priori* ou *a posteriori*, mais cela aura des implications importantes pour les processus de facturation des hôpitaux et les incitants associés à ces deux pratiques.

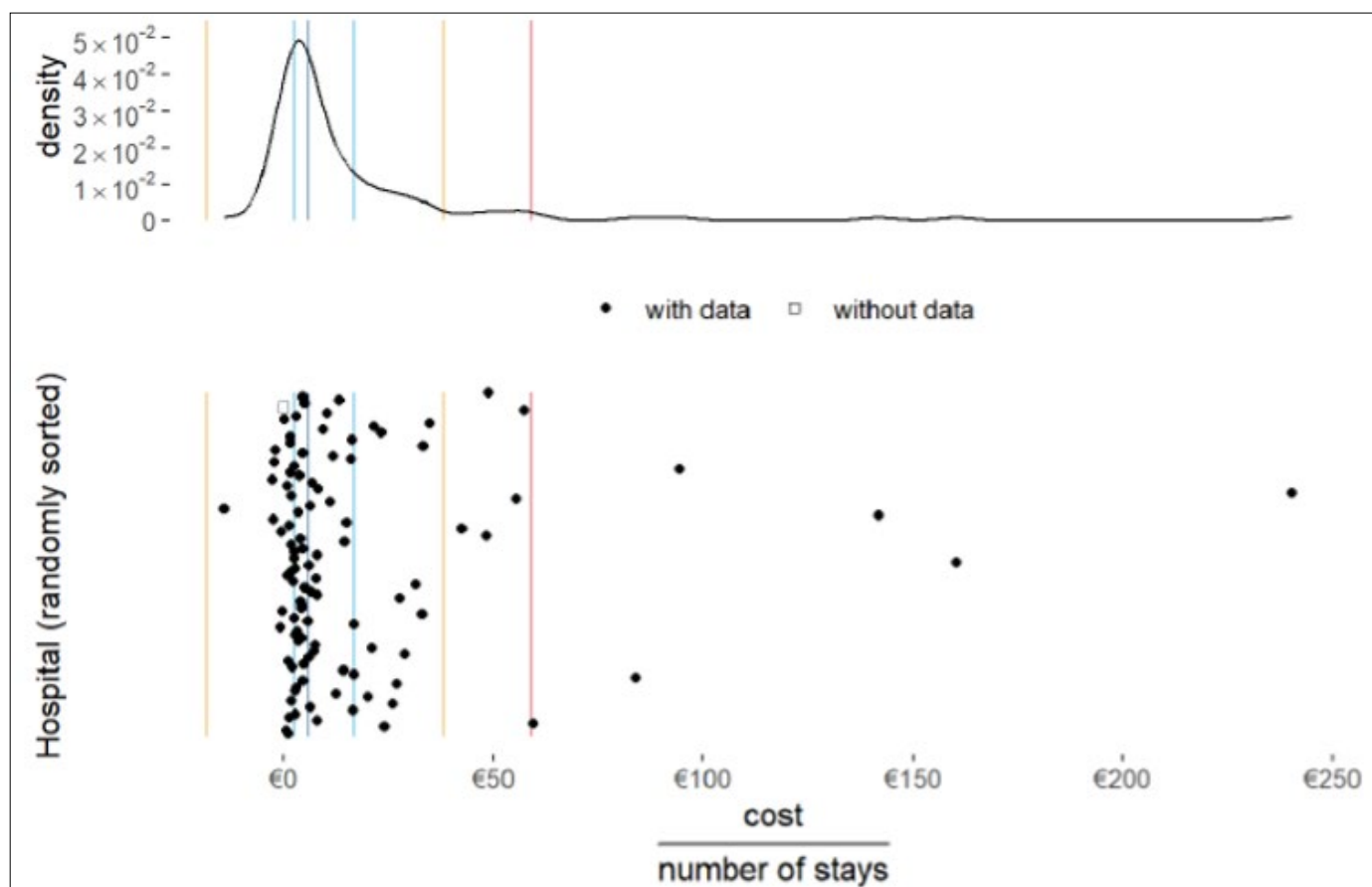
Le mariage, dans le forfait DRG, entre les éléments de l'hospitalisation et les éléments de la nomenclature comporte également un risque inhérent de différences de vitesse. La nomenclature change relativement vite en fonction des évolutions médicales. La législation sur les jours d'hospitalisation évolue beaucoup plus lentement et le fait que le financement des jours d'hospitalisation du 25/04/2002 soit toujours en place le prouve. La nomenclature est modifiée par les médecins parmi les prestations à remboursement obligatoire et parmi les prestations de la CNMM, puis est publiée par un arrêté royal au Moniteur belge à l'initiative de l'INAMI. Les éléments des jours d'hospitalisation changent aussi par l'intermédiaire d'un AR, mais les arbres de décisions sont bien plus lents, ce qui engendre des différences de vitesses. Un alignement unique au 01/01/2028 serait la meilleure solution, mais cette position deviendra quand même obsolète en un rien de temps. À l'heure actuelle, aucun groupe de travail n'a été mis en place pour traiter cette question. Il n'existe pas non plus de concept théorique pour la mise à jour dynamique des études de coûts, même dans les rapports du KCE. Cela sera nécessaire, non seulement pour le secteur hospitalier, mais aussi pour le secteur ambulatoire, intra- et extra-muros.

Le coût supplémentaire des accords sociaux du personnel qui n'est pas couvert par les honoraires ou le forfait DRG reste comblé par un financement séparé. Il est difficile de savoir comment les montants forfaitaires prendront en compte de manière adéquate les changements dans les coûts des soins de santé, les évolutions médicales et les accords sociaux.

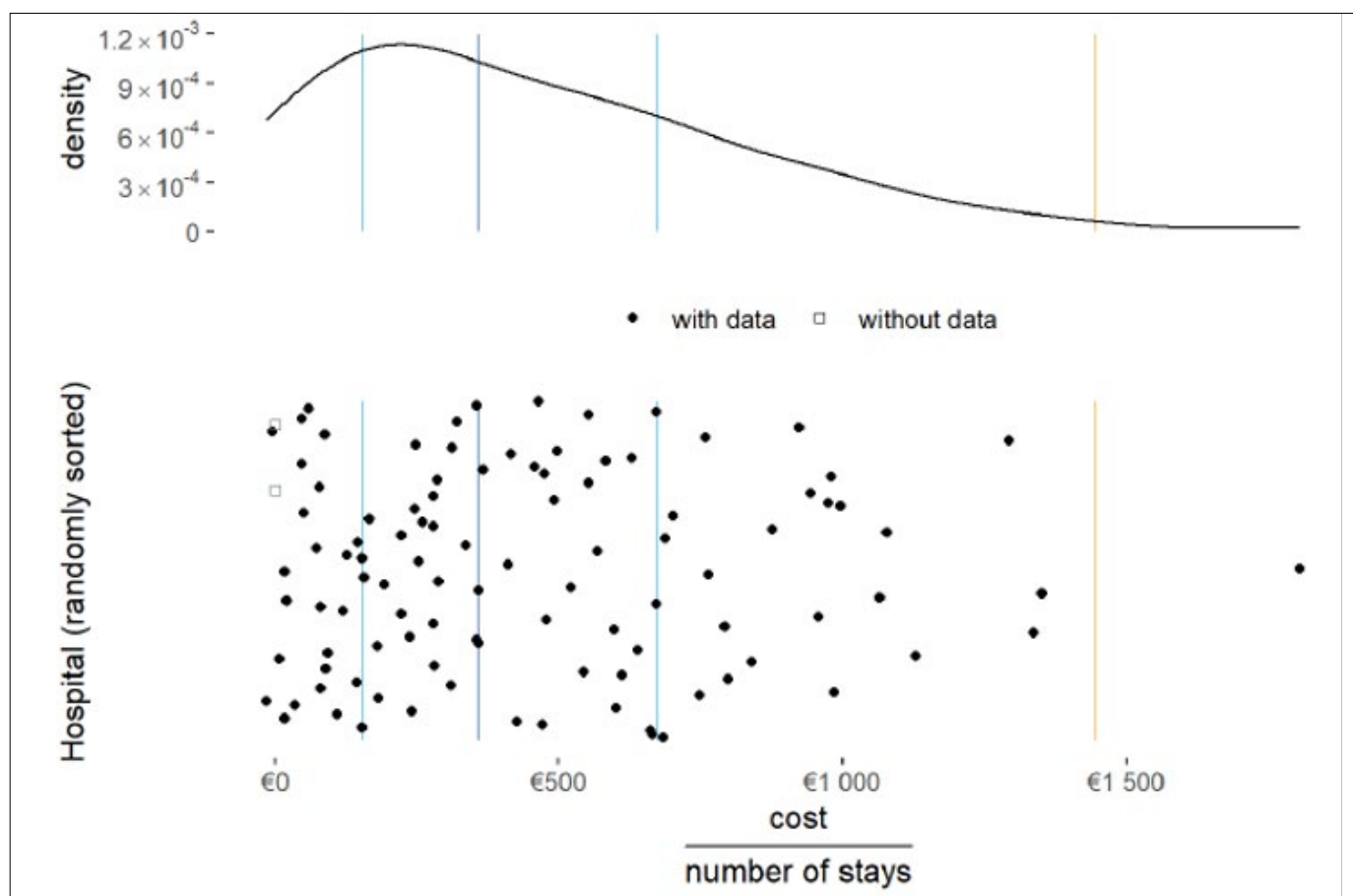
Une autre divergence consiste en une division de la dynamique d'indexation. Le financement des hôpitaux par le biais du BMF est en grande partie indexé : la composante B de la journée d'hospitalisation est indexée. Les composantes B1 à B9 sont liées à l'indice de santé, comme le mentionne explicitement l'article 85 de la décision du BMF.

Les sections A et C du budget ne sont pas indexées. Le forfait DRG sera donc indexé, à l'exception des composantes A et C ? Dans l'avant-projet de loi-cadre, les honoraires (purs) suivront une dynamique différente et ne resteront indexés que dans le cadre de l'accord national médico (dento)-mutualiste.

La consultation externe est un élément problématique dans le nouveau système de financement des hôpitaux par DRG. Voici des explications concernant 2 éléments. Un premier élément est la variabilité des coûts entre les hôpitaux. Pour un certain nombre d'interventions, la variabilité des coûts entre les hôpitaux est très faible et le nuage de points n'est pas très diffus.



Pour la consultation externe, les coûts dans les hôpitaux belges sont très variables (centre de frais 840).



Tout financement basé sur des moyennes ne fait qu'engendrer de l'insatisfaction. Un deuxième élément est que la consultation externe dans les hôpitaux n'est pas financée par le BMF, mais par les rétrocessions d'honoraires. Pour ce faire, les hôpitaux doivent être en mesure de spécifier exactement les coûts des soins ambulatoires grâce à une granularité fine des données comptables, qui est encore manquante à l'heure actuelle.

Une solution pourrait consister à séparer le financement de la consultation externe du financement forfaitaire DRG. Si la consultation externe comprend, en plus de l'honoraire pur, une indemnité de pratique intra-muros et extra-muros (en fonction du lieu d'exécution) (forfait INAMI ou autre), l'ensemble peut être défini comme « l'honoraire ». Par ailleurs, des rétrocessions sont possibles dans les établissements hospitaliers (indemnité de pratique interne) et des tarifs cibles restent possibles pour les pratiques médicales et dentaires ambulatoires, ainsi qu'un système adéquat de suppléments d'honoraires sur l'ensemble des honoraires. Beaucoup de discussions et de problèmes sont résolus de cette manière.

RÉTROCESSIONS AU SEIN DES HÔPITAUX - DISPOSITIONS LÉGALES

Dans la nouvelle nomenclature, l'accord de coalition prévoit que la partie intellectuelle de l'honoraire sera exempte de rétrocessions. Après tout, c'est l'idée qui sous-tend la nouvelle nomenclature : des flux de financement distincts entre les médecins et les hôpitaux. Nous devons voir si l'accord de coalition résiste à l'engagement verbal du ministre Vandembroucke envers les hôpitaux, selon lequel ils seront toujours autorisés à réappliquer les rétrocessions aux pools d'honoraires à partir de la 2^e année d'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature (ou du nouveau financement des hôpitaux).

Dans la nomenclature actuelle, les rétrocessions d'honoraires vers les hôpitaux sont réglementées par la loi. Une dernière adaptation et clarification a été publiée au Moniteur belge : 84059 - 84061. Une lecture

attentive de ce texte est recommandée. Il concerne l'**AR du 12 JUILLET 2023 fixant les critères d'imputation et d'évaluation des frais sur les honoraires perçus de façon centrale en application de l'article 155, § 3**, de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

« Ce projet d'arrêté royal vise à appliquer les dispositions de l'article 155, § 3, de la loi sur les hôpitaux. Cet article se lit comme suit : « En outre, le service de perception applique aux montants perçus, pour la couverture de tous les frais de l'hôpital occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget, des retenues qui peuvent être exprimées en pourcentage et qui sont établies sur la base de tarifs fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical. Le Roi peut **énumérer les frais** à prendre en compte pour la fixation des tarifs susmentionnés. Il peut également **fixer des critères d'évaluation et d'imputation** des frais ».

En application de cette disposition, le présent projet établit un certain nombre de conditions concrètes.

- **Tout d'abord**, elle précise que **seuls les frais réellement encourus peuvent être imputés**. Les frais effectivement remboursés par le budget des moyens financiers ne peuvent pas être répercutés sur les médecins. Cela conduirait à un double financement, ce que le législateur voulait éviter. Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, le financement de certains frais, notamment liés aux investissements, a été transféré aux pouvoirs publics fédérés. Cette décision précise qu'en vertu de l'interdiction du double financement mentionnée ci-dessus, ces frais ne peuvent pas non plus être répercutés sur les médecins. Inversement, il convient de préciser que les frais engendrés par les services médicaux pour lesquels aucun financement public ou autre n'est prévu peuvent faire l'objet d'une facturation aux médecins. C'est notamment le cas des prestations médicales exécutées en dehors du cadre d'une hospitalisation ou d'une hospitalisation de jour. Enfin, il convient de souligner que la nature des prestations médicales concernées et la mesure dans laquelle elles entraînent l'utilisation de ressources financières de l'hôpital sont prises en compte lors de la **fixation des retenues et de leur montant**.
- Le **deuxième principe** prévu dans ce projet concerne le mode de comptabilisation des frais. Le projet prévoit à cet égard que les **justifications et la transparence nécessaires** soient de mise, d'où un **lien clair entre les coûts facturés et les déductions appliquées**, qui peuvent ou non être exprimées en pourcentage. Le projet impose à l'administrateur l'obligation de soumettre certaines informations au conseil médical à cet égard afin qu'il puisse donner son consentement en connaissance de cause. Il est fait référence ici à des réglementations déjà existantes, notamment **l'arrêté royal du 18 décembre 2001** ainsi que l'arrêté royal du 6 décembre 2020. Dans la mise en œuvre de cette obligation, il faudra faire preuve du pragmatisme nécessaire, y compris en ce qui concerne l'imputation des **coûts indirects**. Bien que cette pratique soit déjà d'application dans de nombreux hôpitaux, il est souhaitable de réglementer ce principe. Cela n'empêche pas qu'une solidarité financière entre les spécialités médicales soit organisée entre l'administrateur et le conseil médical pour la fixation des tarifs, si cela est souhaité.
- **Troisièmement**, un suivi périodique de l'évolution des pourcentages pratiqués est également prévu. Outre les règles prévues en application de l'article 143 de la loi sur les hôpitaux, y compris par l'arrêté royal du 18 décembre 2001, ce projet prévoit que la **justification nécessaire doit être fournie au Conseil médical annuellement ainsi qu'à chaque fois qu'il y a une modification des pourcentages appliqués**. Il convient également de mentionner, dans un souci d'exhaustivité, que conformément à l'article 2, alinéa 2, c, de l'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967, la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (CPNMH) est chargée de prévenir ou de régler les litiges éventuels. Il convient également de rappeler ici la disposition de l'article 162 de la loi sur les hôpitaux, qui stipule que chaque hôpital communique au secrétariat du CPNMH la manière

dont le titre IV est concrètement appliqué. Il convient également d'attirer l'attention sur le fait que l'article 164, 5°, de la loi sur les hôpitaux prévoit des sanctions pour ceux qui n'appliquent pas les dispositions relatives à l'utilisation des honoraires centralisés visés à l'article 155.

Enfin, il convient de noter qu'une réforme fondamentale de la nomenclature est actuellement en préparation. Compte tenu de ses conclusions sur la part des honoraires relative aux frais (directs et indirects), les dispositions relatives au contenu et à l'utilisation des honoraires devront être mises à jour. Conformément à l'article 161 de la loi sur les hôpitaux, l'avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux est sollicité sur ce projet d'arrêté royal.

Le ministre de la Santé publique, F. VANDENBROUCKE

CHAPITRE 1^{er}. – Normes pour l'imputation des frais sur les honoraires perçus de façon centrale en application de l'article 155, § 3, de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008

Article 1^{er}. § 1. L'imputation des frais en application de l'article 155, § 3, de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, est soumise aux conditions suivantes :

1° les frais de l'hôpital occasionnés par les prestations médicales peuvent uniquement être imputés sur les honoraires perçus de façon centrale dans la mesure où :

- a. ceux-ci trouvent leur origine dans des frais effectivement supportés par l'hôpital ;
- b. il est démontré qu'ils ne sont pas déjà financés par le budget des moyens financiers ou par le biais de revenus provenant des entités fédérées ;
- c. toutes les mesures ont été prises pour maîtriser les frais impliqués de manière diligente ;

2° les tarifs qui constituent la base pour les retenues et qui, le cas échéant, peuvent être exprimés en pourcentages, sont déterminés sur la base des données qui justifient les frais visés au 1°.

Ces données couvrent au moins les éléments suivants :

- a. la nature et le montant des frais en application de l'arrêté royal du 6 décembre 2020 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière, des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement ;
- b. la spécification des frais concernés pour chacun des groupes de services visés à l'article 1^{er}, 4° de l'arrêté royal du 18 décembre 2001 portant application de l'article 128bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en indiquant si les frais en question sont causés directement ou indirectement par les prestations médicales et en mentionnant, le cas échéant, la part financée par le budget des moyens financiers ou par des recettes provenant des entités fédérées ;
- c. la répartition des frais concernés entre tous les services médicaux qui ont occasionné les frais.

CHAPITRE 2. – Normes d'évaluation des frais imputés sur les honoraires perçus de façon centrale en application de l'article 155 § 3 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008

Article 2. § 1^{er}. Sans préjudice de l'application des dispositions de l'arrêté royal du 18 décembre 2001 précité, les données visées à l'article 1, § 1, 2°, sont communiquées au conseil médical annuellement, dans les trois mois qui suivent la clôture de l'exercice concerné. Le cas échéant, ainsi qu'en cas de modification des taux de retenue en cours d'exercice, le conseil médical peut réclamer la communication de données financières et comptables pertinentes supplémentaires par une demande motivée adressée au gestionnaire.

Article 2. § 2. Outre la communication au conseil médical des données visées en application du § 1, le gestionnaire fournit les explications nécessaires à propos de ces données au sein de la Commission financière de l'hôpital ou, le cas échéant, au sein du Comité permanent de concertation de l'hôpital, si celui-ci exerce les fonctions de la Commission financière.

CHAPITRE 3. – Dispositions générales

Article 3. Cet arrêté est appliqué pour la première fois à partir de l'exercice 2024.

Le ministre de la Santé publique, F. VANDENBROUCKE

Arrêté royal du 18 décembre 2001 exécutant l'article 128bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987_Date de publication 28/12/2001_Date d'annonce 18/12/2001_Date d'entrée en vigueur 01/01/2001

Article 1

Pour les hôpitaux, dont la perception des honoraires médicaux est organisée de façon centrale, le gestionnaire de l'hôpital doit communiquer au Conseil médical de l'hôpital les renseignements suivants :

1° les renseignements visés à l'arrêté royal du 27 novembre 1973 portant réglementation des informations économiques et financières à fournir aux **conseils d'entreprises** ;

2°

- a. la **liste nominative du personnel** occupé pendant toute l'année ou une partie de l'année, établie par type et catégorie de personnel, en mentionnant en regard de chaque nom :

- la fonction occupée ;
 - le centre de frais où la fonction est exercée ;
 - le temps de travail exprimé en équivalent temps plein payé ;
- b. la **moyenne d'ancienneté pécuniaire** établie par type et catégorie de personnel ;

3° le **total des charges de personnel, les autres charges et les produits par centre de frais** repris à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux visé à l'annexe 1 du même arrêté ; Les autres charges et produits doivent être détaillés suivant les natures reprises aux classes 6 et 7 du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux ;

4° le **pourcentage des honoraires qui revient à l'hôpital** en mentionnant le(s) système(s) de rémunération des médecins hospitaliers pour chaque groupe de services suivants :

- l'ensemble des laboratoires (total des centres de frais 510 à 549) ;
- l'ensemble de l'imagerie médicale (total des centres de frais 500 à 509) ;
- l'ensemble des autres services médico-techniques (total des centres de frais 555 à 828) ;
- l'ensemble des services hospitaliers (total des centres de frais 200 à 499), y compris l'hospitalisation de jour (total des centres de frais 550 à 554) et des services hospitaliers auxiliaires (total des centres de frais 100 à 199) ;
- l'ensemble des consultations (total des centres de frais 840 à 899) ;

5° les documents visés à l'article 98 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la proposition de prix par journée d'hospitalisation ;

6° la décision émanant de l'autorité compétente en ce qui concerne l'agrément ;

7° par catégorie de personnel, le pourcentage, par rapport au nombre d'heures à prester, des absences pour cause de congé annuel, de maladie, de congé maternité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle ;

8° les informations relatives à toutes opérations de restructuration de l'hôpital, entre autres les fermetures et/ou reconversions de lits avec mention des conséquences y relatives, notamment quant au maintien du volume de l'emploi ;

9° le feedback relatif au résumé clinique minimum, au résumé infirmier minimum et au résumé psychiatrique minimum ;

10° le budget de l'exercice de l'année suivante.

En outre, pour les hôpitaux publics, le gestionnaire doit transmettre les renseignements suivants au Conseil médical :

11° le statut du personnel (statutaire, contractuel) exprimé en pourcentage du nombre total de personnes ;

12° le cas échéant, le plan d'assainissement.

Article 2

§ 1^{er}

Les données telles que visées à l'article 1er, 1° à 9° et 11°, sont transmises, une fois par an, au Conseil médical, dans les trois mois qui suivent la clôture de l'exercice considéré.

§ 2

Les données telles que visées à l'article 1er, 10°, sont transmises, une fois par an, au Conseil médical avant la fin de l'exercice précédent celui auquel se rapporte le budget.

§ 3

Les données telles que visées à l'article 1er, 12°, sont transmises au Conseil médical avant approbation par les organes de gestion.

Article 3

Outre le transfert des données visées à l'article 2, le gestionnaire apporte les commentaires et éclaircissements nécessaires au sujet des données telles que visées à l'article 1er. Cette communication intervient via le Comité de concertation médecins – gestionnaires, si celui-ci existe au sein de l'hôpital. Dans le cas contraire, elle intervient à l'initiative du Conseil médical qui invite le gestionnaire à la réunion dont l'ordre du jour portera sur ce point.

Article 4

Le Conseil médical est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont transmises. Il ne peut, en aucun cas, les diffuser en dehors du Conseil médical.

Article 5

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent pour la première fois aux données de l'exercice 2000.

Article 6

Le présent arrêté prend effet le 1er janvier 2001.

Article 7

Notre ministre de la Santé publique et notre ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Si, dans la nouvelle nomenclature, la part des frais de fonctionnement devait être séparée des honoraires et ne plus en faire partie, l'administrateur de l'hôpital la considérera au même niveau que le BMF, quel que soit le nom qui lui sera donné, et se mettra alors en place une nouvelle dynamique où le rôle du Conseil médical sera radicalement modifié.

L'administrateur contrôlera l'ensemble des coûts et les médecins seront occupés à l'activité intellectuelle et aux soins des patients sans avoir à se préoccuper principalement des coûts. Ce principe est connu dans les hôpitaux universitaires. Il existe une structure médicale à deux niveaux : le Conseil médical élu par les médecins de l'hôpital et un conseil des chefs de service médical dirigé par le médecin en chef. Ce Conseil des chefs de service médical n'est pas un organe indépendant de chefs de service, mais plutôt un organe exécutif fortement influencé par la direction générale et médicale. Un conseil des chefs de service médical composé à chaque fois du chef de service médical de chacun des services médicaux désavantage, de façon relative, les grands services médicaux avec beaucoup de personnel par rapport aux services médicaux qui en comptent peu. À l'inverse, un Conseil médical sera très influencé par les grands services médicaux qui disposent d'un personnel nombreux et d'un pouvoir de vote élevé. L'idée selon laquelle il s'agit d'une évolution bénéfique pour l'ensemble du secteur hospitalier doit encore être prouvée. Il est évident qu'un conseil pourrait utiliser les deux organes (Conseil médical et Conseil des chefs de service) comme facteur de division entre les médecins. Sur ce point, les universités diffèrent considérablement des hôpitaux généraux. Dans les universités, un chef de service médical a également une fonction hiérarchique ; dans les hôpitaux non universitaires, cette autorité hiérarchique est beaucoup moins évidente et doit être acquise principalement en termes de qualité du contenu. Tout cela est possible en limitant considérablement la durée du mandat du chef de service médical dans le temps (5 ans, la durée d'un plan de politique) et en limitant fortement la rééligibilité (max. 2 mandats), en veillant à ce que le chef de service médical ait suffisamment de considération pour les membres du personnel du service médical.

Quel que soit le modèle de gouvernance choisi, il dépend de la transparence et de la responsabilité en termes de politique (hospitalière-médicale) et de coûts (hospitaliers-médicaux). La direction doit rendre les flux de coûts directs et indirects très transparents et très finement ajustés, accessibles pour le Conseil médical, le comité financier et les services médicaux (en ce qui les concerne). Inversement, les services médicaux devraient élaborer un plan de politique médicale solide, assurer la transparence des coûts directs et indirects encourus par les services médicaux et en rendre compte. À cette fin, ils ont besoin de l'appui des services financiers et comptables pour obtenir des informations aussi précises sur le coût de leurs services médicaux.

La transparence et la responsabilité constituent la base de la confiance mutuelle. Sans elles, tout modèle dérive vers un modèle polarisé, qui ne profite ni à la gouvernance ni aux médecins.

Outre la confiance, il y a le développement d'une vision et la participation à ce processus. Sur ce point, les coupoles hospitalières, les syndicats médicaux et le Cabinet ne partagent pas la même vision pour l'instant.

Coupoles hospitalières	Médecins	Principales différences
OA = responsable en dernier ressort, médecins uniquement par le biais d'une nomination ou d'une invitation, mais pas de voix structurelle	Les médecins ont un rôle formel dans le CA, où les décisions sont prises à la double majorité (direction + médecins).	Cabinet + H : les médecins ont un rôle consultatif. Vision des médecins : médecins cogestionnaires
Le CEO est le président, les CMO-CNO sont présents en permanence, mais le pouvoir de décision appartient au CEO.	Le CD, constitué de manière paritaire, prend des décisions valables uniquement à la double majorité (CEO/direction+médecins).	La vision des médecins renforce le poids du CMO et donne aux médecins un droit de veto.
Défense des intérêts, conseil sur les coûts et les statuts, pas de pouvoir de décision	Transformation en Conseil du personnel médical doté d'un pouvoir décisionnel formel en matière de qualité, d'innovation et d'investissements	Dans la vision des médecins, le CM est entièrement transformé en organe politique à part entière (Attention : plus de retenues sur les honoraires purs).
OA/CD décide, médecins conseillent via CM.	Conseil d'investissement stratégique (50/50 médecins-hôpitaux) avec droit de veto/double majorité	Grand fossé : la vision des médecins exige un partage du pouvoir de décision, H-Cabinet : pouvoir central.
Le CM peut donner des avis sur la réglementation en matière de coûts.	Comité de transparence financière composé de médecins, de gestionnaires et d'un auditeur externe ; rapports contraignants	La vision des médecins met l'accent sur le contrôle et la transparence.
Droits d'instruction politique médicale, invité permanent dans l'OA, pas de droit de vote	Droit de vote structurels dans l'OA et au CD, cogestionnaire pour le compte du corps des médecins	La vision des médecins renforce le médecin en chef/CMO pour en faire un véritable acteur de la cogouvernance.
Modifications minimales de la loi sur les hôpitaux, accent mis sur le code de gouvernance	Appel à l'inclusion explicite de la codécision (double majorité, sièges coopératifs pour les médecins, CTF obligatoire)	Les médecins veulent un ancrage juridique de la cogouvernance.
Conseillers, représentants par nomination, pas de pouvoir de décision	Des cogouvernants structurels grâce à la coopération, avec des sièges, des droits de vote, de la transparence	Différences fondamentales concernant la position, le rôle et la participation des médecins

Thème	Pouvoirs publics
Organe d'administration (OA) - Conseil d'administration (CA)	OA = décideur central, responsable en dernier ressort de la stratégie et des finances ; les médecins ont tout au plus une influence indirecte.
Comité de direction (CD)	Le CEO est responsable en dernier ressort et dirige le CD. Le médecin en chef (CMO) a un rôle consultatif.
Conseil médical	Maintenu en tant qu'organe consultatif, avec des compétences légèrement modifiées
Décisions d'investissement	L'OA décide ; les médecins ne peuvent intervenir que par l'intermédiaire du médecin en chef ou pour un avis
Transparence financière	Pas d'organe explicite ; seulement reporting par l'OA
Médecin en chef/CMO	Reporting et conseils, pas de voix dans l'OA
Cadre juridique/droit hospitalier	Adaptation articles 16-17 limitée, principalement clarification des responsabilités de l'OA
Rôle des médecins	Conseillers, conseil d'intérêts, influence limitée

OA : organe d'administration

CEO : chief executive officer (directeur général)

CMO : chief medical officer (médecin en chef)

CNO : chief nursing officer (chef du service des soins infirmiers)

CD : comité de direction

CTF : comité de transparence financière

CM : Conseil médical

CMC : Conseil des médecins en chef

CA : Conseil d'administration

H : hôpitaux

Au fond, la position du Cabinet revient à copier la situation des hôpitaux universitaires, où les médecins sont des employés et où la direction et le conseil d'administration prennent toutes les décisions. La transparence dépend du niveau d'agrégation. Idéalement, tous les hôpitaux, y compris les hôpitaux universitaires, devraient être tenus de publier chaque année des comptes annuels complets avec leurs annexes, ainsi qu'un résumé expliquant tous les chiffres clés selon un modèle imposé. De cette manière, les subtilités comptables entre hôpitaux pourraient être mieux évaluées, par exemple, toutes sortes de provisions.

INTERVENTION MAJORÉE

Les personnes qui ont droit à l'intervention majorée bénéficient d'un certain nombre d'avantages financiers importants en termes de frais de soins de santé et de charges sociales.

AVANTAGES DU STATUT

- Ticket modérateur inférieur
 - Chez le généraliste : 1 euro s'il y a un dossier médical global (DMG) et 1,50 euro sans DMG.
 - Chez le dentiste, le kinésithérapeute
 - Pour certains médicaments
 - Avec un coach sportif (Solidaris)
- RTP (régime du tiers payant) lors des consultations
- Réduction de la part personnelle des frais d'admission en cas d'hospitalisation
- Interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires
- Facture maximale : montant du plafond inférieur
- Remboursement plus élevé en cas de séjour dans une maison de convalescence
- Remboursement plus élevé des soins psychologiques
- Réduction supplémentaire pour les vacances des jeunes avec Kazou (Mutualité chrétienne)
- Réduction supplémentaire sur les séjours et activités de vacances pour les malades chroniques (MC)
- Réduction pour les séances d'information et les cours liés à la santé (MC)
- Réduction des cotisations pour la protection sociale flamande
- Garde d'enfants gratuite
- Pas de taxe provinciale
- Tarifs avantageux pour le train, le bus, le tram et le métro (STIB, TEC, SNCB) :
 - 50 % de réduction sur les voyages en seconde classe avec la SNCB
 - Réduction sur les abonnements annuels du TEC, à 12 €, ainsi que sur les cartes de voyage

- Réduction sur les abonnements de la STIB, à 85 €
- Réduction sur les abonnements de De Lijn, à 56 €
- Ceux qui ont bénéficié du tarif social téléphone ou internet avant le 1^{er} mars 2024 conservent cette réduction
- Allocation de chauffage si la maison est chauffée au gaz propane en vrac, au mazout (en vrac ou à la pompe) ou au pétrole à la pompe
- Analyse gratuite de la consommation d'énergie par Energiesnoeiers
- Réductions pour les vacances et les excursions d'une journée par l'intermédiaire de Rap op Stap, une agence de voyage pour les personnes ayant un budget limité
- Réduction du prix de l'autotest Covid acheté en pharmacie
- Facultatif par commune :
 - Réduction de la taxe d'habitation
 - Réduction de la facture déchets
 - Sacs poubelles gratuits
 - Réductions sur les activités de loisirs, les sports et les plaines de jeux
 - Réduction sur la prise en charge extrascolaire des enfants
 - Tarif réduit si la personne habite dans la zone de basses émissions (LEZ) (Ville d'Anvers)
 - Avantage supplémentaire avec la carte A sur les activités (piscine, musée, bibliothèque, offre de vacances pour les enfants...)
 - Réduction sur les repas au CPAS ou tarif social pour les restaurants de quartier avec lesquels le CPAS collabore
- Consultation gratuite avec un tabacologue (Solidaris)

Exemple : avec ou sans statut BIM (« VT statuut » en néerlandais)

Service	Tarif normal	Tarif BIM
Consultation chez le médecin généraliste	25 €	1,50 €
Médicaments dans le cadre d'un traitement chronique	12 €	1 €
Abonnement mensuel métro-tram-bus à Bruxelles	49 €	12 € ou gratuit
Repas chaud CPAS	6,50 €	2,50 €

QUI PEUT BÉNÉFICIER DU STATUT BIM/VT ?

Il s'agit de deux groupes :

GROUPE 1 : LES BÉNÉFICIAIRES D'ALLOCATIONS SOCIALES SONT AUTOMATIQUEMENT ÉLIGIBLES AU STATUT BIM

- Le revenu d'intégration sociale du CPAS (dont vous devez bénéficier pendant 3 mois)
- La garantie de revenus aux personnes âgées
- L'allocation pour la personne handicapée, octroyée par le Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale
- L'allocation pour l'aide aux personnes âgées octroyée en Région wallonne ou en Région de Bruxelles-Capitale
- Le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin de soins, octroyé en Communauté flamande
- Les enfants atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %
- Les mineurs étrangers non accompagnés (MENA)
- Les enfants orphelins de leurs deux parents

GROUPE 2 : LES PERSONNES QUI NE BÉNÉFICIENT PAS D'ALLOCATIONS SOCIALES, MAIS DONT LES REVENUS SONT INFÉRIEURS À UN CERTAIN PLAFOND

- Isolé (avec ou sans enfant(s) à charge) et au chômage depuis au moins 3 mois
- Isolé (avec ou sans enfant(s) à charge) et en incapacité de travail depuis au moins 3 mois
- Isolé (avec ou sans enfant(s) à charge) et en invalidité
- Personnes en invalidité
- Bénéficiaires d'une pension
- Personnes reconnues handicapées
- Personne au chômage complet ou en incapacité de travail depuis au moins 3 mois
- Indépendant bénéficiant du droit passerelle pour au moins un trimestre
- Famille monoparentale
- Personne identifiée dans le cadre du flux proactif : le flux proactif est un échange de données entre les administrations pour identifier les familles potentielles ayant droit à l'intervention majorée. Si vous êtes identifié dans ce contexte, votre mutuelle vous en informera.
Les personnes qui bénéficient d'une allocation pour soins aux personnes âgées accordée par la Communauté germanophone (Pflegegeld für Senioren).

- Toutes les personnes dont le revenu brut imposable est inférieur à un certain plafond. Il s'agit du revenu tel qu'il est déterminé aux fins de l'impôt sur le revenu avant toute déduction, réduction, exonération ou immunisation. Les revenus professionnels, immobiliers, mobiliers et divers sont pris en compte, y compris les revenus provenant de l'étranger. Concrètement, cela signifie que lors du calcul du revenu du ménage, tous les montants qualifiés de revenus imposables sont pris en compte, même si ces revenus ne sont finalement pas imposés. Ce plafond annuel varie en fonction du nombre de personnes composant le ménage. Plafond au 01/02/2025 : 28 100,75 euros à majorer de 5202,22 euros par personne supplémentaire dans le ménage.

COMBIEN DE PERSONNES BÉNÉFICIENT DU STATUT BIM ?

Tableau 9 : Répartition des bénéficiaires I.M. selon leur qualité, par O.A. (2023)								
O.A.	100	200	300	400	500	600	900	Total
Régime général (R.G)								
Salariés actifs	227.490	36.215	366.956	26.936	109.782	12.794	1.156	781.329
Pensionnés	217.640	24.438	170.655	29.727	58.359	4.316	4.205	509.340
Invalides	106.411	20.364	172.348	14.714	55.628	2.698	0	372.163
Handicapés	37.483	6.314	40.135	4.721	10.572	1.326	352	100.903
Résidents	90.417	15.156	128.393	8.546	43.735	24.472	98	310.817
Etudiants	86	8	15	0	33	11	5	158
Veufs/ves	38.349	3.590	35.727	5.956	9.611	608	2.363	96.204
Orphelins	58	6	66	11	32	11	126	310
Total R.G.	717.934	106.091	914.295	90.611	287.752	46.236	8.305	2.171.224
Régime des indépendants (R.I.)								
Indépendants actifs	16.213	2.796	20.956	1.926	12.629	985	0	55.505
Pensionnés	16.189	2.176	5.179	2.775	6.022	181	0	32.522
Invalides	4.835	911	4.523	808	4.115	84	0	15.276
Comm. religieuse	252	0	4	0	7	6	0	269
Handicapés	60	0	3.666	1.672	0	0	0	5.398
Veufs/ves	7.245	736	324	10	1.696	29	0	10.040
Orphelins	4	0	1	0	2	0	0	7
Total R.I.	44.798	6.619	34.653	7.191	24.471	1.285	0	119.017

Le nombre de BIM est passé de 2 122 530 (2019) à 2 290 241 au 31/12/2023. Ces chiffres devraient augmenter de 4 à 5 % en 2024. Au niveau des organismes assureurs, Solidaris est l'union nationale qui compte le plus grand nombre de BIM. En 2023, elle représentait 41,43 % de tous les BIM. Le groupe 1 représente 1 047 383 BIM (octroi automatique) et pour 1 239 205 bénéficiaires (54,19 % des bénéficiaires), l'octroi se fait après examen des revenus (et non sur la base du patrimoine).

Le 13 novembre 2023, le Comité de l'assurance (CSS 2023/316) a approuvé l'octroi d'office du statut d'intervention majorée aux isolés au chômage depuis au moins 3 mois, aux isolés en incapacité de travail depuis au moins 3 mois, ainsi qu'aux isolés en invalidité et une procédure simplifiée a été adoptée pour accorder le droit aux personnes en situation de règlement collectif de dettes. L'objectif était de réduire le nombre de cas où les personnes n'exercent pas leurs droits. Ce système repose sur la vérification des revenus en amont et, en l'absence de celle-ci en raison d'un trop grand nombre d'inconnues, une déclaration sur l'honneur (« DSH ») est acceptée pour l'ensemble des revenus. Cette mesure concernerait 5335 ménages et 26 232 ménages pour le groupe de règlement collectif des dettes.

M. Paul Callewaert, secrétaire général de Solidaris, est cité dans *De Specialist* du 18 novembre 2024 : « En octobre (2024), 17 000 membres de Solidaris ont automatiquement reçu le droit à l'intervention majorée (BIM). » Dans *Het Laatste Nieuws*, Luc Van Gorp, président de la MC, a indiqué que 18 000 membres de la Mutualité chrétienne étaient concernés.

Il y a aussi le statut des malades chroniques. Cela concerne quelque 1 826 000 Belges atteints d'une maladie chronique reconnue. Toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas BIM pour autant. En 2020, 37,4 % des malades chroniques pouvaient bénéficier de l'intervention majorée.

Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec le total de 11 325 665 assurés sociaux en Belgique soumis à l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

QUEL ÉTAIT L'OBJECTIF INITIAL DU STATUT BIM ?

L'objectif initial de l'intervention majorée était d'empêcher le report des soins pour des raisons financières en offrant une réduction immédiate des frais médicaux.

Aucune étude n'a été menée à ce jour sur :

- L'atteinte de la finalité du droit à l'intervention majorée, en particulier la lutte contre le non-recours aux soins médicaux : la mesure a-t-elle permis d'atteindre cet objectif ? Réduire l'accessibilité financière des soins de santé à un niveau quasi nul ne signifie pas automatiquement que le bon groupe cible a été atteint.
- Contrôler le risque d'accès illégitime au statut attractif de bénéficiaire de l'intervention majorée et d'accès trop facilité aux soins de santé : les soins de santé n'ont-ils pas été injustement rendus extrêmement accessibles aux personnes dont la situation financière n'est pas précaire ? La présomption d'abus en dessous de 1,5 % n'a jamais été étudiée sur la base de chiffres.
- Vérifier le coût pour l'INAMI entre un patient BIM et un patient non BIM. Selon le document CSS_2022_235, « la différence de remboursement moyen par assuré entre un patient BIM et un patient non BIM est d'environ 3000 € ». Toutefois, cela concernait un groupe spécifique de personnes BIM de la communauté germanophone. Il n'existe pas d'études analogues en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie.
- Examiner les effets géographiques de l'introduction de l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les prestations INAMI ambulatoires, en particulier dans les soins médicaux spécialisés ambulatoires à Bruxelles. Cette mesure risque d'avoir un effet dissuasif sur l'installation de médecins et de réduire l'accès aux soins médicaux spécialisés dans les régions concernées. Cette situation conduit à l'insularité avec exode des patients non BIM vers des zones urbaines mieux desservies. Les parties isolées de la capitale présentent un risque de ghettoïsation. Nous constatons qu'à Bruxelles, les services d'urgence sont submergés par des demandes d'aide inutiles qui n'ont pas leur place dans un hôpital. Cela consomme de nombreuses et coûteuses ressources de recherche et provoque des listes d'attente et de la démotivation dans un secteur qui éprouve déjà des difficultés à trouver et à conserver du personnel de santé.

QUE COÛTE LE STATUT BIM ?

Il n'existe pas de chiffres sur le coût du statut BIM. On en connaît le coût seulement pour la Communauté germanophone, mais on ne sait pas si ces données peuvent être extrapolées. Ces données évoquent

un montant entre 3000 et 4000 euros par bénéficiaire et par an. Il convient de garder à l'esprit que lorsqu'un membre du ménage devient bénéficiaire, c'est toute la famille qui le devient.

PHÉNOMÈNE DE TOUT OU RIEN - PAS DE FOURCHETTE

Le statut d'intervention majorée n'est pas remis en cause en tant que tel. Il existe depuis 1963. On peut toutefois s'interroger sur l'égalité d'approche entre le premier groupe de patients éligibles visé par l'AR du 12 mars 2024 relatif à l'article 53 § 5 W (bénéficiaires d'un revenu d'intégration, de la garantie de revenus pour les personnes âgées, du revenu garanti pour les personnes âgées, d'une allocation pour personnes handicapées, d'une allocation pour enfants handicapés, orphelins ou mineurs étrangers non accompagnés, ainsi que les membres de leur ménage qui bénéficient de l'allocation majorée) et le deuxième groupe, de plus en plus nombreux, dont les caractéristiques sont totalement différentes. Un filet de sécurité sociale devrait également persister pour le premier groupe. Pour le second groupe, le filet de sécurité sociale se transforme de plus en plus en un piège social dont il devient de plus en plus difficile de sortir. Le groupe 1 a besoin de générosité, le groupe 2 a besoin de résilience, car ce groupe n'est pas malade, mais limité financièrement. Tous deux ont besoin de cohésion sociale. En période de disette, le groupe le plus méritant risque d'être sous-protégé en raison d'une vision étroite du second groupe. Le premier groupe présente des handicaps physiques ou mentaux ainsi qu'une capacité financière très limitée. Le second groupe n'a pas de handicap physique ou mental, mais dispose de revenus financiers limités. La question est de savoir dans quelle mesure le statut BIM avec tous les avantages annexes donne à la personne plus d'avantages à rester dans ce statut en tant que ménage qu'à travailler et ne plus être éligible au statut BIM, car cela peut avoir de nombreux effets indésirables : perte de logement social, perte de nombreux régimes préférentiels.

L'absence de fourchette autour du montant plafond signifie que les ménages qui se situent juste AU-DESSUS du plafond doivent encore supporter tous les coûts dont les patients BIM sont exemptés, ce qui les place bien EN-DESSOUS du revenu des BIM dont le revenu se situe juste en-dessous du montant plafond. Étant donné que le statut BIM concerne des avantages très substantiels, il s'agit d'une question vitale pour de nombreux ménages, car le fait de TRAVAILLER pour payer les avantages acquis grâce au statut BIM devient beaucoup plus désavantageux que le fait de NE PAS TRAVAILLER pour être en mesure de solliciter les avantages liés au statut BIM. C'est le piège de ce système d'assistance.

MÉDECINS ET INTERDICTION DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES POUR LES PATIENTS BIM

Compte tenu de l'interdiction des suppléments d'honoraires dans les services ambulatoires pour les patients BIM, les médecins des cabinets extra-muraux devront proposer des prestations médicales à des tarifs parfois déficitaires à partir du 01/01/2026 (cela concerne 10 % des prestations techniques dans certaines disciplines). Cette perte n'est pas supportée par l'INAMI, mais par les prestataires de soins individuels. Ce n'est pas un problème pour le groupe de bénéficiaires du statut BIM « avantage » (groupe 1), mais c'est un problème pour le 2^e groupe de personnes BIM.

L'idée n'est pas qu'un médecin doive avoir un bilan positif après chaque patient, mais que, pour chaque cabinet médical, la proportion de patients pour lesquels aucun bénéfice ne peut être atteint ne doit pas être déraisonnablement élevée. C'est le cas dans certaines disciplines de la pratique ambulatoire et surtout dans celles où la part hospitalière est limitée.

UNMET NEEDS (BESOINS NON SATISFAITS)

Le rapport 376 S1 du KCE traite du report des soins médicaux pour des raisons financières. Cela représente 0,9 % des jeunes de 16 ans et plus en Belgique, avec de grandes différences régionales. En Flandre, il ne s'agit que de 0,2 %, alors que ce chiffre atteint 2 % en Wallonie et 1,9 % à Bruxelles. Ces études sont toujours basées sur des questionnaires subjectifs que les personnes remplissent elles-mêmes (besoins non satisfaits autodéclarés). Le rapport du KCE établit un lien avec le taux de chômage élevé des jeunes bruxellois à Bruxelles. La question est de savoir dans quelle mesure les expériences déclarées sont exactes, qu'il s'agisse de soins médicaux ou dentaires.

DÉPENSES PERSONNELLES

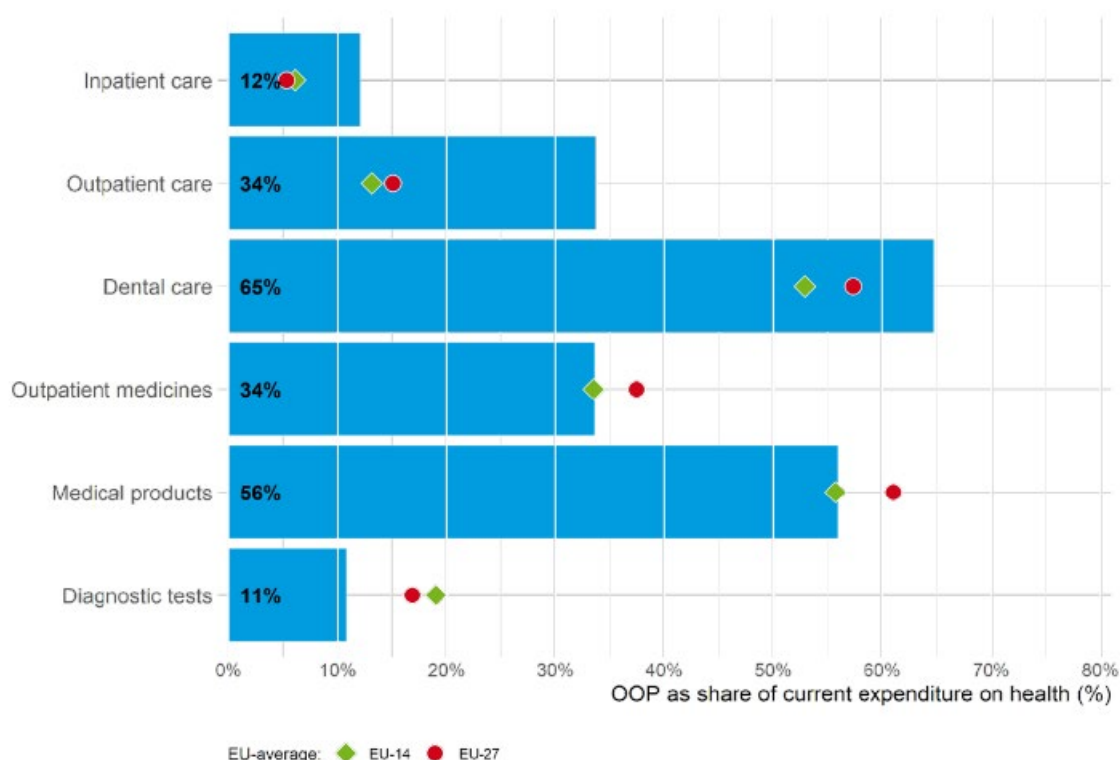
Le rapport 376 S1 du KCE examine quels types de coûts sont retenus comme dépenses de santé supportées par les ménages eux-mêmes. Ces types de coûts sont des catégories générales qui ne peuvent pas être simplement comparées d'un pays à l'autre.

On a beau chercher, on ne trouve pas de détails sur ces types de coûts. Par exemple, les frais de pharmacie comprennent-ils les aliments pour bébé ?

Les pourcentages sont composés d'un numérateur et d'un dénominateur. Là encore, il convient d'examiner attentivement les montants effectivement facturés. Le mieux est de consulter le tableau 65 à la page 248 du rapport du KCE.

248	Performance of the Belgian health system – report 2024										KCE Report 376S1	
Table 65 – Out-of-pocket payments, current expenditure on health and final household consumption in Belgium (2010-2021)												
Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
OOP payments (in million €)	7 306.2	7 635.7	7 890.0	8 202.8	8 352.5	8 558.9	8 573.6	8 842.7	9 243.7	10 234.8	8 955.9	9 908.9
OOP long-term care (in million €)	341.1	243.8	320.9	336.7	389.3	366.4	383.9	428.0	617.8	855.6	1 075.8	1 261.5
Co-payments after maximum billing reimbursements (MAF) (in million €)*	1 702.0	1 706.0	1 774.7	1 765.4	1 789.7	1 819.5	1 821.7	1 844.8	1 924.4	1 939.1	1 710.5	1 952.6
Voluntary health insurance (in million €)	1 480.6	1 633.8	1 644.5	1 762.6	1 844.0	2 054.5	2 195.2	2 326.6	2 434.1	2 551.2	2 410.1	2 514.5
Public health insurance (in million €)	28 261.8	29 693.5	31 021.8	31 587.9	32 558.5	34 379.8	35 652.6	36 889.7	38 290.6	38 886.0	40 123.3	43 069.6
Current expenditure on health (in million €)	37 048.6	38 963.0	40 556.3	41 553.4	42 755.0	44 993.1	46 421.5	48 059.0	49 968.3	51 672.0	51 489.2	55 492.9
Final household consumption (in million €)	179 681.8	186 615.3	192 776.2	197 752.7	199 726.8	204 797.5	210 579.1	218 885.7	227 031.4	233 573.8	217 711.0	234 494.4
OOP payments as a share of current expenditure on health	19.7%	19.6%	19.5%	19.7%	19.5%	19.0%	18.5%	18.4%	18.5%	19.8%	17.4%	17.9%
Inpatient care (% OOP)	13.3%	13.8%	14.5%	14.4%	14.3%	13.8%	13.5%	13.4%	14.1%	14.8%	10.3%	12.1%
Outpatient care (% OOP)	41.0%	40.4%	39.9%	40.8%	38.6%	38.9%	38.1%	37.3%	35.4%	38.1%	34.7%	33.7%
Dental care (% OOP)	53.3%	54.6%	54.8%	54.8%	55.9%	59.4%	60.4%	63.2%	63.9%	65.2%	66.1%	64.7%
Outpatient medicines (% OOP)	37.8%	37.8%	37.0%	38.9%	38.0%	36.5%	35.4%	36.1%	35.5%	37.2%	34.6%	33.6%
Medical products (% OOP)	51.2%	50.7%	50.3%	52.9%	52.8%	58.2%	58.1%	59.0%	58.5%	59.4%	53.5%	55.9%
Diagnostic tests (% OOP)	10.9%	11.6%	10.6%	11.7%	13.1%	13.7%	13.8%	13.5%	10.9%	11.7%	12.2%	10.8%
OOP medical spending as a share of final household consumption	3.9%	4.0%	3.9%	4.0%	4.0%	4.0%	3.9%	3.8%	3.8%	4.0%	3.6%	3.7%
Notes: * Co-payments are no separate category in SHA, but were calculated based on information on health expenditure covered by the compulsory public health insurance from IMA – AIM atlas ¹⁰ and MAF reimbursements from RIZIV – INAMI.												
Source: OECD Health Statistics 2023 (SHA), Eurostat 2023 (national accounts), IMA-AIM Atlas (co-payments)												

Figure 82 – OOP payments as a share of current spending on health by type of care (2021)



The out-of-pocket share of current spending on health differs by type of care

Le rapport du KCE utilise toujours les chiffres basés sur les estimations de l'ICN concernant la consommation des ménages au cours des années précédentes. À la demande d'Eurostat, l'ICN a procédé à une révision approfondie de sa méthodologie, ce qui a entraîné des révisions jusqu'en 2009. Et les révisions ont en effet été assez radicales. Les dernières estimations sont disponibles sur le site web du SPF, ainsi que sur les sites web d'Eurostat et de l'OCDE.

Graphique Dépenses par source de financement 2021, en % des dépenses totales

■ Dépenses obligatoires ■ Assurances complémentaires et volontaires ■ Dépenses à charge du patient (OOP)

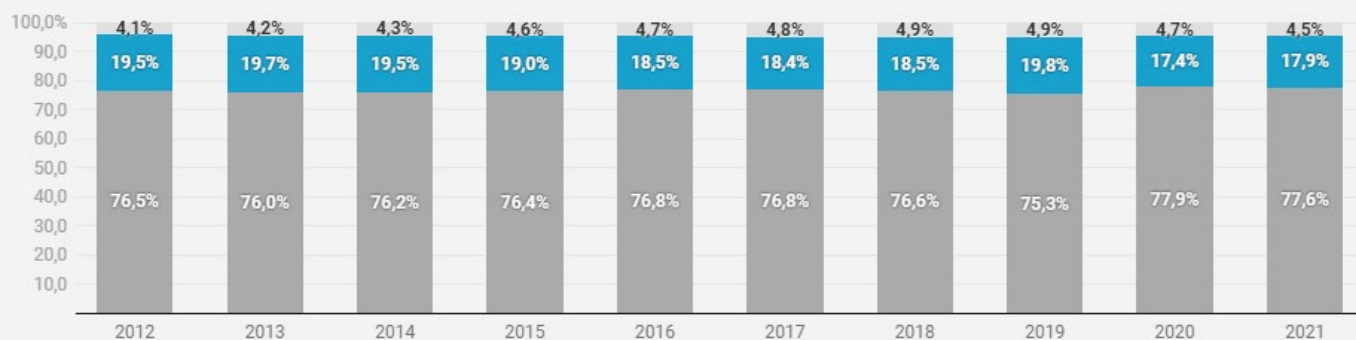


Chiffres au 02/02/2024 sur le site web d'Eurostat. Les pourcentages de l'UE27 sont provisoires.

Source: SPF Sécurité Sociale, Eurostat [hlth_sha11_hf] • [Récupérer les données](#) • Créé avec [Datawrapper](#)

Graphique Dépenses de santé par source de financement pour la période 2012 - 2021, en % des dépenses totales, en Belgique

■ Dépenses obligatoires ■ Dépenses à charge du patient (OOP) ■ Assurances complémentaires et volontaires



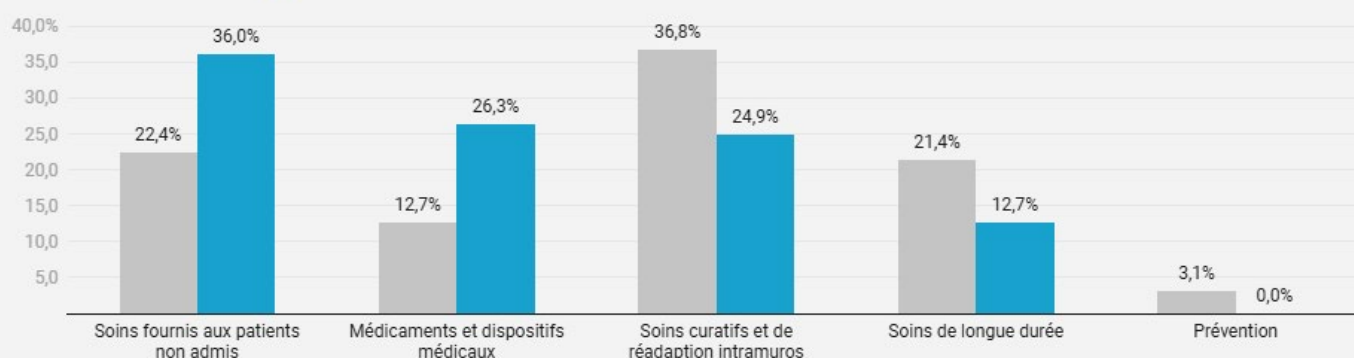
Chiffres au 02/02/2024 sur le site d'Eurostat

Source: SPF Sécurité sociale, Eurostat [hlth_sha11_hf] • [Récupérer les données](#) • Créé avec [Datawrapper](#)

Le pourcentage des dépenses supportées par les ménages s'est situé autour de 17,4 % et 17,9 % au cours des dernières années, mais la période 2020-2021 a été touchée par le Covid.

Graphique Dépenses (totales et à charge du patient) par fonction en 2021, pour la Belgique, en %

■ Dépenses totales de santé ■ Dépenses à charge du patient (OOP)



Les chiffres ci-dessus n'incluent pas les coûts administratifs. Ce sont également les chiffres du 02/02/2024 sur le site d'Eurostat.

Source: SPF Sécurité sociale, Eurostat [hlth_sha11_hchf] • Récupérer les données • Créé avec Datawrapper

Là encore, il convient de préciser que les pourcentages ne disent pas tout. Il faudrait connaître les montants en jeu et les éléments détaillés.

Sur le site web du SPF, ces graphiques font l'objet des commentaires suivants concernant la méthodologie. Il n'est pas tout à fait clair dans quelle mesure les dépenses facturées aux ménages reflètent des dépenses nécessaires (ou non). Lors des comparaisons avec d'autres pays, il convient de garder à l'esprit que les différences perçues peuvent également cacher des réalités différentes. Par exemple, les systèmes de remboursement peuvent varier considérablement, à la fois en fonction des services remboursables ou du taux de remboursement, et en fonction de la population assurée. L'effet des assurances complémentaires est également palpable : en Belgique, leur rôle est moins important que, par exemple, en France ou aux Pays-Bas. Il est également important de noter que l'estimation des tickets modérateurs n'est pas effectuée de la même manière dans tous les pays. En Belgique, le point de départ est l'estimation de la consommation finale des ménages par la Banque nationale, tandis que d'autres pays utilisent des enquêtes budgétaires ou d'autres sources encore. En outre, les estimations peuvent également être influencées par les hypothèses utilisées, par exemple par la mesure dans laquelle les produits non médicaux contribuent aux ventes des pharmacies ou par la consommation de services non médicaux dans les hôpitaux. Cela signifie que la marge d'erreur pour cette catégorie de dépenses peut être un peu plus élevée.

Pour effectuer une analyse substantielle, nous aurions besoin d'informations détaillées. Les soins dentaires comprennent-ils l'orthodontie avec appareil fixe et/ou les couronnes et bridges et/ou les implants dentaires ? Les frais de pharmacie comprennent-ils des produits non médicaux non remboursés ?

CODES DE TRANSPARENCE

DÉFINITION

Les codes de transparence sont neuf codes numériques à six chiffres utilisés pour communiquer les montants facturés aux patients pour les prestations ambulatoires pour lesquelles aucun remboursement du patient n'est fourni aux mutuelles dans le cadre de la facturation électronique. En dentisterie, il y a aussi des codes de transparence, mais là, ce n'est pas neuf, mais cent quatre-vingts.

BASE JURIDIQUE

L'obligation de communiquer des données complémentaires relatives aux services ambulatoires concerne la mise en application de l'arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1er, alinéas 1er, 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2023062806&caller=eli&&view_numac=2023062806nl).

HISTORIQUE

Depuis le 1er juillet 2015, il existe déjà une obligation de fournir une preuve de paiement au patient (obligation fiscale) dans le cas de **prestations remboursables et non remboursables cumulées**, pour autant que le transfert électronique soit disponible.

Depuis le 9 juin 2022, fournir la preuve au patient est également obligatoire pour les **prestations exclusivement non remboursables** (c'est-à-dire les prestations pour lesquelles l'assurance maladie obligatoire n'intervient pas).

Depuis le 1er septembre 2023, en plus du document justificatif au patient qui est obligatoire pour la facturation électronique, l'obligation de communiquer aux organismes assureurs le montant des **suppléments d'honoraires** facturés pour les **prestations ambulatoires remboursables** s'impose également.

Depuis le 1er octobre 2024, avec la facturation électronique, il est obligatoire de transmettre également des informations aux organismes assureurs pour les **prestations ambulatoires non remboursables**.

Depuis le 1er septembre 2025, les médecins doivent obligatoirement facturer par voie électronique, quel que soit leur statut de conventionnement.

Il s'agit en fait de la dernière étape d'un processus qui dure depuis le 01/07/2015.

AVANTAGES POUR LES PATIENTS

Le patient reçoit ainsi un reçu détaillé où la distinction entre les suppléments d'honoraires (catégorie 1) et les prestations non remboursables (catégories 2, 3 et 4) est claire. On peut ainsi établir une comparaison avec « l'offre » du consentement éclairé qui précède l'exécution de prestations pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont demandés ou pour des prestations non remboursables.

SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES VERSUS PRESTATIONS NON REMBOURSÉES

Les **suppléments d'honoraires** sont des montants qui sont facturés au patient en plus de l'honoraire légalement déterminé (sur des prestations de la nomenclature et des conventions et/ou du parcours de soins approuvés par le Comité de l'assurance) en plus du montant remboursable par l'INAMI et de la quote-part du patient. Ces montants font l'objet de codes de transparence de catégorie 1.

Les **prestations non remboursables** sont celles qui sont fournies (prestations, équipements, aides) et pour lesquelles aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance maladie obligatoire. Ces montants font l'objet des codes de transparence des catégories 2, 3 et 4.

CATÉGORIE 1, 2, 3, 4

« Transmission des données visées à l'article 53, § 1er/2, de la loi SSI aux organismes assureurs en cas de facturation électronique en vue de la transparence.

Catégorie 1

Le montant des suppléments pour les prestations qui entrent en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire.

Des sous-catégories peuvent être spécifiées par des codes d'enregistrement statistique qui reflètent la raison pour laquelle le supplément est facturé :

- 384075 : supplément attesté pour l'effort intellectuel supplémentaire
- 384090 : supplément attesté pour un coût directement lié à la prestation
- 384112 : supplément pour un coût indirect sans lien direct avec une seule prestation
- 384134 : autre : supplément sans aucune précision

Catégorie 2

Le montant total pour les prestations qui sont remboursables par l'assurance obligatoire, mais pour lesquelles les conditions de remboursement ne sont pas remplies.

- **384215** : La prestation, le matériel ou le dispositif sont connus sous un code de nomenclature spécifique ou un pseudocode assimilé et sont remboursés en tout ou en partie par une intervention de l'assurance maladie obligatoire dans la nomenclature, mais les conditions de remboursement d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire ne sont pas remplies.

Catégorie 3

Le montant total à charge du patient pour les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance obligatoire.

- **384230** : La prestation concerne une prestation effectuée par un dispensateur de soins et n'apparaît pas comme prestation en tant que code de nomenclature (y compris assimilé) ; il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie la prestation dispensée.

Catégorie 4

Le montant pour le matériel, la technique ou les instruments qui ne sont pas pris en compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est bien prise en considération pour le remboursement.

- **384156** : La prestation concerne un dispositif, du matériel ou un instrument fournis ou utilisés par un dispensateur de soins pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature (y compris assimilé) et il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie le dispositif, le matériel ou l'instrument fournis ou utilisés : le coût du matériel.
- **384171** : La prestation concerne un dispositif, du matériel ou un instrument fournis ou utilisés par un dispensateur de soins pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature (y compris assimilé) et il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie le dispositif, le matériel ou l'instrument fournis ou utilisés : le coût de l'anesthésie.
- **384193** : La prestation concerne un dispositif, du matériel ou un instrument fournis ou utilisés par un dispensateur de soins pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature (y compris assimilé) et il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie le dispositif, le matériel ou l'instrument fournis ou utilisés : le coût concernant le processing de la prestation. »

AUCUN CARACTÈRE NORMATIF

Les codes de transparence ne sont pas de nature normative. Ils ne remplacent pas les lois et règlements relatifs à la nomenclature. Ils assurent la transparence des pratiques tarifaires des médecins en ce qui concerne les suppléments d'honoraires et les prestations non remboursées.

Pour les médecins, cela signifie ce qui suit :

- Les codes de transparence ne constituent pas de « justification » d'un tarif, mais plutôt une « communication aux mutuelles » de la manière dont le médecin a facturé et des raisons pour lesquelles il l'a fait.
- Les codes de transparence ne constituent PAS une base réglementaire pour passer outre l'article 35 § 4, en d'autres termes, si l'article 35 § 4 de la loi SSI ne couvre pas les coûts et qu'il n'y a pas d'exception légale, les codes de transparence ne fourniront pas non plus de base juridique.

Pour les mutuelles, cela signifie ce qui suit :

- Les codes de transparence ne « justifient » pas les poursuites et les suspicions individuelles.
- La vue détaillée de la facturation avec tous les détails de facturation révèle beaucoup d'informations sur les patients et les médecins et doit donc être manipulée avec prudence afin de ne pas violer la vie privée des patients.

EFFET TROMPEUR DES CODES DE TRANSPARENCE

Le fait que les codes de transparence ressemblent exactement à des numéros de nomenclature avec 6 positions et une description par code, et qu'ils doivent en plus être introduits dans le même paquet de facturation que les numéros de nomenclature normaux entraîne une grande confusion sur le terrain. Les médecins interprètent souvent (à tort) les codes de transparence comme des « numéros de nomenclature » destinés à compenser l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée.

CODES DE TRANSPARENCE : PROBLÈMES PAR CATÉGORIE

Catégorie 1

- Les suppléments d'honoraires sont strictement réglementés et ne peuvent être facturés que lorsqu'ils sont légalement autorisés, y compris dans la pratique ambulatoire ; les codes de transparence s'appliquent en effet à la pratique ambulatoire.
- Pour les patients conventionnés, les suppléments d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas d'exigences particulières du patient. Les besoins particuliers des patients sont abordés dans l'article 50 § 6 de la loi SSI. Cette disposition fait référence à l'accord médico-mutualiste « Pour l'application du présent accord pour les médecins spécialistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :
 - 7.3.3.1. le séjour hospitalier en chambre particulière demandé par ou pour le bénéficiaire pour des raisons de convenances personnelles ;
 - 7.3.3.2 les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant ;
 - 7.3.3.3. les consultations aux patients ambulatoires réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés.

Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et jours.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière. Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

- Il ne peut être question de suppléments d'honoraires pour les actes hors nomenclature ; dans ce cas, les prestations ne sont pas remboursées (par l'INAMI) ; il ne peut y avoir de suppléments d'honoraires que pour les prestations remboursables par l'INAMI.
- Depuis le 1^{er} octobre 2024, la raison pour laquelle un supplément est facturé **peut** être indiquée en désignant un ou plusieurs codes de transparence :
 - 384075 pour un effort professionnel supplémentaire

- 384090 pour des coûts directement liés à la prestation (petit matériel et matériel de consommation à l'occasion d'une prestation technique, anesthésie, coûts de désinfection et stérilisation)
- 384112 pour des coûts indirects (coûts du local, frais de personnel)
- 384134 pour un supplément sans aucune précision
- Il suffit de sélectionner un ou plusieurs de ces numéros et d'indiquer le montant du supplément.
- Il n'y a pas d'obligation de fournir une interprétation plus détaillée (description du texte).
- L'argument selon lequel une prestation n'est pas couverte par les coûts dans la pratique ambulatoire n'est PAS UNE RAISON VALABLE pour que les médecins conventionnés facturent des suppléments d'honoraires. La base juridique de cette interdiction est l'article 35 § 4 de la loi SSI.

Catégorie 2

- Le code de transparence générique 384215 est prévu comme code de prestation pour les prestations de santé qui ne remplissent pas les conditions de remboursement. Outre ce code de transparence, le code de nomenclature de la prestation qui serait normalement attestée, si les conditions de remboursement étaient remplies, doit également être fourni.
- L'obligation de déclarer le « code de la nomenclature de référence » présuppose naturellement la connaissance de ce code. Cependant, la nomenclature est tellement vaste que personne ne peut la connaître par cœur. Il est alors probable que les gens classeront la prestation dans la catégorie 3 plutôt que dans la catégorie 2.
- Dans la catégorie 2, il n'y a pas de restriction sur le montant à facturer puisqu'il s'agit d'un service non remboursable. Remarque : en biologie clinique, il est interdit de facturer plus que le montant convenu (à 100 %).
- Comme toujours, le médecin doit informer le patient clairement, à l'avance et de manière exhaustive du prix (total) des soins à fournir et/ou du coût des traitements supplémentaires. L'acte médical doit être déontologique et réglementaire pour le médecin exécutant.

Catégorie 3

- Le Moniteur belge avec date de publication 18/07/2023 indique à la p. 60298 pour la catégorie 3 : « Le montant total à charge du patient pour les prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance soins de santé. »
- Le Moniteur belge avec date de publication 18/09/2024 spécifie en p. 108465 pour la catégorie 3 : « Le montant total à charge du patient pour les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance obligatoire. 384230 : La prestation concerne une prestation effectuée par un dispensateur de soins et n'apparaît pas comme prestation en tant que code de nomenclature (y compris assimilé) ; il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie la prestation dispensée. »
- La réglementation imposée par l'INAMI aux fournisseurs de logiciels prévoit un champ de texte libre dans les logiciels de facturation électronique.

- Il existe un désaccord entre l'INAMI et les médecins à ce sujet : les médecins ne pensent pas devoir divulguer les données du dossier médical des patients dans ce champ de texte libre : après tout, le patient et le dispensateur de soins, ainsi que le lieu et l'heure de la prestation sont tous connus lorsque ces données sont communiquées aux organismes assureurs. Les médecins affirment que cela pourrait violer la vie privée des patients et aller bien au-delà de la finalité de la mission des organismes assureurs. L'INAMI et les mutualités invoquent la loi pour faire valoir qu'elles ont tout à fait le droit d'avoir accès à ces données et qu'elles doivent disposer de ces informations pour pouvoir remplir leur mission de contrôle : il suffirait que le montant soit facturé comme une prestation non remboursable et qu'il y ait toutefois pour cela un numéro de nomenclature que le médecin aurait pu utiliser.
- Il n'est pas difficile de concevoir que, dans de nombreux cas, les patients n'apprécient pas que certaines informations soient tout bonnement transmises ouvertement par le médecin à l'administration de la mutuelle, qui traite les données de facturations : correction des lèvres, certaines opérations de phimosis, injections dans les lèvres, enlèvement de tatouages, certains tests de dépistage des IST après certains contacts sexuels... la liste est longue et appartient à juste titre, ou devrait appartenir, aux données personnelles secrètes du patient.
- À l'avenir, la jurisprudence produira sans aucun doute une meilleure pratique en la matière, conciliant l'obligation de transparence et le souhait des organismes assureurs et de l'INAMI de disposer de toutes les données privées relatives à la santé de chaque personne dans ce pays, AUSSI pour les prestations non remboursables par l'INAMI. Nous sommes extrêmement curieux de voir comment l'autorité belge de protection des données et la loi sur les droits des patients traiteront cette question.
- D'un point de vue fiscal, ce qui était l'intention initiale de la loi sur la transparence, mais aussi du point de vue de la transparence vis-à-vis du patient et de la société, le médecin a pleinement rempli son devoir, sous réserve d'un consentement préalable en connaissance de cause, s'il n'inscrit que le montant de la catégorie 3 avec ou sans une description très générale qui ne révèle pas d'autres informations sur le dossier médical.

Catégorie 4

- Pour la catégorie 4, le Moniteur belge, à la date de publication du 18/07/2023, indique à la page 60298 : « Le montant pour le matériel, la technique ou les instruments qui ne sont pas pris en compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est bien prise en considération pour le remboursement. » (c'est-à-dire que cela inclut les prestations ambulatoires).
- Pour la catégorie 4, le Moniteur belge, à la date de publication du 18/09/2024, indique à la page 108465 : « Le montant pour le matériel, la technique ou les instruments qui ne sont pas pris en compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est bien prise en considération pour le remboursement.
 - **384156** : La prestation concerne un dispositif, du matériel ou un instrument fourni ou utilisé par un dispensateur de soins pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature (y compris assimilé) et il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie le dispositif, le matériel ou l'instrument fournis ou utilisés : **le coût du matériel**.
 - **384171** : La prestation concerne un dispositif, du matériel ou un instrument fournis ou

utilisés par un dispensateur de soins pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature (y compris assimilé) et il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie le dispositif, le matériel ou l'instrument fournis ou utilisés : **le coût de l'anesthésie.**

- **384193** : La prestation concerne un dispositif, du matériel ou un instrument fournis ou utilisés par un dispensateur de soins pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature (y compris assimilé) et il n'y a pas d'intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire qui rembourse en tout ou en partie le dispositif, le matériel ou l'instrument fournis ou utilisés : **le coût concernant le processing de la prestation.** »

- Le caractère sensible de la confidentialité des données est beaucoup moins problématique dans la catégorie 4, où un champ de texte libre est également ajouté pour partager des informations sur le contenu avec les organismes assureurs.

- Le grand problème de la catégorie 4 est l'interprétation des médecins par rapport à celle des mutuelles et des pouvoirs publics :

- Position des pouvoirs publics et des mutuelles :
 - Les règlements et les accords doivent être appliqués strictement et ne permettent pas une liberté débridée si cela ne convient pas. Ainsi, une prestation telle que la 144605 (tamponnement nasal pour épistaxis K2 [valeur inférieure à 3 euros]) ne peut pas être effectuée de manière rentable à 3 euros lorsqu'un Merocel à 13 euros est utilisé. SEUL un médecin déconventionné peut facturer ce matériel si un supplément d'honoraires est autorisé, c'est-à-dire PAS pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée.
 - Un médecin conventionné ne peut facturer aucun supplément d'honoraires et ne peut contourner l'article 35 § 4. L'article 35 § 4, stipule que tous les coûts directs et indirects sont inclus dans l'honoraire, sauf disposition contraire de la loi. Pour la pratique extramuros, ce n'est le cas que si le libellé stipule explicitement que certains éléments de matériel ne sont pas compris dans l'honoraire.
- Position des médecins
 - Même pour les médecins conventionnés, il n'est pas possible de fournir de nombreuses prestations de manière rentable au tarif conventionné. L'article 35 § 4 restreint de manière irréaliste de nombreuses disciplines si elles veulent fournir des soins qui répondent à toutes les exigences de la loi sur la qualité.
 - Même les médecins non conventionnés considèrent qu'il n'est pas possible d'exécuter de nombreuses prestations de manière rentable si aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé aux patients BIM. Si, dans le cas des patients BIM, il n'est pas possible de facturer le matériel, les coûts de traitement ou l'anesthésie au patient, ces prestations médicales ne pourront pas être fournies. Ce mal pour un bien est acceptable et fonctionne dans les grandes organisations telles que les hôpitaux, mais pour les pratiques individuelles où de nombreuses prestations ne sont pas facturées à hauteur de leurs coûts et où de nombreux patients ont le statut BIM, ce n'est pas une situation tenable.

À QUI LES CODES DE TRANSPARENCE NE S'APPLIQUENT-ILS PAS ?

À partir du 01/09/2025, les codes de transparence ne peuvent être supprimés que si l'une des conditions suivantes est remplie :

1. Si la facturation a lieu en dehors du cabinet du médecin et que la facturation électronique est techniquement impossible
2. En cas de force majeure empêchant la facturation électronique
3. Si le médecin a atteint l'âge de 67 ans à la date du 1^{er} janvier 2023

QUESTIONS DÉRAISONNABLES EN MATIÈRE DE FACTURATION ÉLECTRONIQUE

Les hôpitaux peuvent post-facturer jusqu'à deux ans. Avec la facturation électronique, obligatoire à partir du 01/09/2025, le médecin est tenu d'envoyer l'attestation électronique à la date de délivrance. Les médecins ne peuvent donc plus envoyer de certificats pour des dates passées ou à venir. S'ils le font quand même, ils obtiendront toujours un refus. Une fois le numéro d'accusé de réception d'un certificat électronique reçu, il n'est plus possible de l'annuler ni de le corriger. Tout cela s'applique aux patients pour lesquels aucun TPO (tiers payant obligatoire) ne s'applique. (Information à retrouver sur le site web de l'INAMI, en date du 18/08/2025).

DÉCISION

Les codes de transparence seront obligatoires à partir du 01/09/2025. Les mutuelles et l'INAMI disposeront ainsi d'une source d'information extrêmement riche sur les suppléments d'honoraires et les prestations non remboursées dans la pratique ambulatoire. Outre les montants, les mutuelles recevront certainement une très grande quantité d'informations sensibles sur les patients, dont leur identité, le lieu de la prestation et bien d'autres détails connus. On peut voir cela de deux manières :

- Comme un outil de contrôle pur et simple pour détecter toute facturation « suspecte » et réprimander le dispensateur de soins individuel, demander un remboursement ou refuser certaines facturations.
- Comme un processus d'apprentissage permettant de voir où l'article 35 § 4, n'est pas adapté à la pratique ambulatoire et d'y apporter des corrections. C'est d'ailleurs le sens de la disposition 4.1.1.4 de l'accord médico-mutualiste de 2024-2025.

ARTICLE 35 § 4

POINT DE DÉPART : ARTICLE 35 § 4 DE LA LOI SSI

« Les frais compris dans les honoraires sont définis à l'article 35, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; Article 35 de la loi SSI : Article 35 § 4 : § 4. [Sauf disposition contraire dans ou en vertu de la présente loi, les honoraires couvrent **tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations visées à l'article 34**] Les modifications coordonnées en 2014, résultant des débats parlementaires, apportées à la loi susmentionnée stipulent que l'article 128 ajoute un nouveau paragraphe à l'article 35 de la loi. L'exposé des motifs 54K0672/001, article 128 : « L'article 128 ajoute un **nouveau paragraphe 4 à l'article 35 de la loi**. L'objectif est de rappeler formellement, à l'instar de ce qui est prévu dans la loi sur les hôpitaux, le principe selon lequel sont notamment compris dans les tarifs fixés par l'assurance obligatoire soins de santé, sauf exception prévue par ou en vertu de la loi, les frais de déplacement, les frais afférents au personnel, les frais afférents à l'utilisation de locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux ainsi que les frais administratifs et les frais liés à la délivrance de documents prévus par ou en vertu de la loi. »

QUELLES SONT LES EXCEPTIONS ?

Exception 1 : libellé

Les prestations de la nomenclature pour lesquelles certains éléments matériels sont explicitement inclus dans le libellé de la prestation ou dans les règles d'interprétation ou d'application.

Exemples où le matériel est explicitement inclus :

- Chirurgie des plaies : Suture par fils ou par colle tissulaire de plaies de la face, **y compris le matériel** (148013-148035-148094-148116)
- Remplissage d'une pompe programmable destinée à l'administration intrathécale de médicaments, **y compris** le coût du matériel [...] (354292)

Exemples où le matériel n'est explicitement **pas** inclus :

- « Les produits anesthésiques utilisés ainsi que les frais relatifs à l'appareillage et au personnel du bloc opératoire ne sont **pas compris** dans les honoraires pour l'anesthésie. » « Les [honoraires des] anesthésies locales ou régionales sont inclus[es] dans les honoraires de la prestation qui nécessitait cette anesthésie. » Cela signifie que les produits anesthésiques utilisés **ne sont pas compris** dans l'anesthésie locale ou régionale.
- HIPEC (244974) : le matériel à usage unique... n'est **pas compris**
- Distraction (312211 ; 312255 ; 312270) : « distracteur non compris »
- Néphrectomie laparoscopique vidéo assistée (318393) : « **non compris** le matériel de consommation endoscopique »

- Dilatations endovasculaires : « Les honoraires pour dilatations endovasculaires supplémentaires, avec ou sans placement de stent(s), y compris les manipulations et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, du ou des stent(s) éventuel(s), des produits pharmaceutiques et de contraste, sont compris dans les honoraires des prestations 589374589385, 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643 et 589654589665. »

Exception 2 : Forfaits INAMI

Une circulaire du 29/06/2007 adressée par l'INAMI aux hôpitaux généraux détaille ce qui est inclus et ce qui n'est pas inclus dans le forfait de l'INAMI.

RIZIV Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering		OMZENDBRIEF AAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN OMZ. ZH. 2007/10	
Dienst voor geneeskundige verzorging			
Correspondent: Lieselotte Huyghe Attaché			
Tel.: 02/739.78.74.		Fax: 02/739.73.52	
E-Mail: hospit@riziv.fgov.be			
Onze Referte: Omz-ziekenh-2007-10		Brussel, 29 -06- 2007	
Nieuwe nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2007)			

Cette circulaire précise explicitement ce que couvre le montant de l'intervention lorsque les services figurent dans les listes nominatives donnant lieu à un groupe forfaitaire 1-7. Le texte prévoit que les listes de prestations donnant lieu à un mini ou à un maxi forfait et les listes de prestations donnant lieu à un forfait A, B, C ou D sont supprimées et remplacées par une liste de sept nouveaux groupes. Il précise également que les conditions de base pour la facturation de ces forfaits ont été adaptées : par exemple, **« il n'est plus question d'occupation d'un lit d'hôpital ou d'utilisation d'une salle d'opération. »**

In artikel 6 wordt op een duidelijke wijze bepaald wat het bedrag van de tegemoetkoming dekt in de volgende situaties: • § 1: bij klassieke hospitalisatie van de patiënt in het ziekenhuis. • § 2: bij opname in dagziekenhuis (groepen 1 tot 7) en in de situaties waarbij een forfait voor chronische pijn wordt aangerekend • § 3: in de situaties waarbij een mini-, maxiforfait of forfait gipskamer wordt aangerekend.

La circulaire 2007/10 est accompagnée de l'annexe 1, à savoir la convention nationale entre infirmiers et organismes assureurs (HOP/2007) conclue le 18/07/2007.

À l'article 6 du chapitre V : « Intervention dans les frais d'hébergement au patient » mentionne explicitement les frais couverts par les forfaits de l'INAMI. Les forfaits de l'INAMI couvrent les frais résultant (d'une part) du séjour du bénéficiaire et (d'autre part) des soins prodigués dans l'établissement de soins pour les prestations visées aux annexes I et II :

- Les **frais généraux** et les **frais administratifs**

- Le confort des patients (frais de **litterie** et de **blanchisserie**)
- Les coûts liés à la charge des patients (**frais d'entretien** et **de chauffage**)
- Le **temps de l'activité infirmière** (préparation, rangement de la pièce, temps passé avec le patient pendant la préparation, l'intervention et le posttraitement)
- Les frais liés au **matériel d'anesthésie courant (pour tous les types d'anesthésie)**
- Les **frais liés au lieu de la prestation**, à la salle de réveil et à la chambre du patient (**le petit matériel ordinaire utilisé, à la fois à usage unique et stérilisable**)
- Les **boissons** et la **nourriture**

Il définit également très clairement ce qui n'est PAS compris. Ces montants ne comprennent pas les frais des spécialités pharmaceutiques, ainsi que les honoraires des dispensateurs de soins et les autres frais liés aux services médicaux énumérés ci-dessous :

- Les **soins médicaux ordinaires et les services techniques de diagnostic et de traitement fournis par les médecins généralistes et les spécialistes**
- Les soins prodigués par les kinésithérapeutes
- Les prestations visées respectivement à l'article 9, a) (obstétrique), à l'article 36 (logopédie), aux articles 5 et 141 (soins dentaires, stomatologie et prestations connexes) et aux articles 35 et 35bis (implants) de la nomenclature des prestations médicales
- La fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, d'appareils auditifs, d'appareils orthopédiques, de plâtres et matériaux similaires, d'autres prothèses, d'implants et d'autres produits ou équipements à visée thérapeutique, délivrés sur demande médicale et destinés à être emportés par le patient à sa sortie de l'hôpital pour la poursuite de son traitement à domicile
- Tous les soins et toutes les autres prestations nécessaires à la réadaptation et à la rééducation

C.-à-d. qu'une partie de ce qui figure à l'article 35 § 4, figure parmi les prestations réalisées dans l'enceinte de l'hôpital comprises dans les forfaits de l'INAMI. En dehors de l'hôpital, les forfaits de l'INAMI ne sont pas d'application et les mêmes frais ne sont donc pas remboursés, notamment les frais pour les produits d'anesthésie, le coût du lieu de la prestation, le petit matériel ordinaire utilisé, tant à usage unique que stérilisable.

Exception 3 : liste A

Les codes de nomenclature repris dans la **liste A** de la loi du 25/04/2002 (« liste A » au point 5 de l'annexe 3 de l'Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux) donnent lieu à un remboursement des frais de personnel et de matériel par le biais du BMF. Au 01/01/2023, la liste A comprend 551 codes de nomenclature. Parmi ceux-ci, 68 numéros de nomenclature ont une valeur < K120 et 88 numéros de nomenclature ont une valeur < N200.

Exception 4 : implants et dispositifs médicaux invasifs (liste)

Dans l'énumération de ce qui n'est pas compris dans le BMF (budget des moyens financiers de l'hôpital) à l'article 102 de la loi sur les hôpitaux, un certain nombre d'implants et de dispositifs médicaux invasifs qui constituent une exception telle que visée à l'article 102 de la loi sur les hôpitaux sont mentionnés, comme dans l'article 35 § 4 : « dispositifs médicaux [...] lorsqu'ils font l'objet d'une intervention de

l'assurance obligatoire soins de santé [1 conformément aux modalités]1 de remboursement fixées ; []

(1)<W 2013-12-15/18, art. 24, 010 ;

En vigueur : 01-07-2014 ; voir AR 2014-06-25/03, art. 202, 3°> »

Exception 5 : loi qualité

L'article 15 de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé impose un certain nombre d'obligations au prestataire de soins de santé : « **Le professionnel des soins de santé s'assure que l'encadrement nécessaire est présent, lui permettant d'exécuter les soins de santé avec un niveau de qualité élevé. Cela inclut les conditions logistiques, techniques, structurelles et hygiéniques. Cela ne signifie pas que le professionnel des soins de santé doit disposer du matériel le plus récent, par exemple. Cependant, il doit disposer d'un équipement qui offre une qualité correspondant à l'état actuel de la technique. Le champ d'application de cette exigence est très large. Il va de la salle de consultation, de la salle d'attente et de la zone de stockage des produits à l'agencement et à la stérilité des salles d'opération, à l'équipement de stérilisation disponible et au système de chauffage, de purification de l'air et d'électricité. En particulier, il peut également inclure l'application, le contrôle et toute réglementation relative à la traçabilité et aux conditions de re-stérilisation et/ou de reconditionnement du matériel médical en vue d'une utilisation ultérieure.** » De plus : « **En outre, sur le terrain, les différentes associations professionnelles établissent déjà des directives complètes en matière de bonnes pratiques. Les avis du Conseil supérieur de la Santé et de la Plateforme Fédérale d'Hygiène Hospitalière, entre autres, sont également importants à cet égard. L'objectif est que les professionnels de la santé s'alignent également conformément à ces directives et à ces conseils.** »

« Section 4. - Encadrement

Art. 15. Le professionnel des soins de santé s'assure que l'encadrement nécessaire est présent lui permettant d'exécuter les soins de santé avec un niveau de qualité élevé. Le Roi peut, en ce qui concerne l'acte médical lui-même, fixer des conditions plus précises en matière d'encadrement. »

En ce qui concerne l'ophtalmologie, les dispositions sont très strictes et contraignantes : « Cette règle ne s'applique pas en cas de force majeure ni pour les prestations énumérées à l'article 14, h), de la nomenclature, **dans la mesure où ces actes sont effectués en ambulatoire dans un cadre extra-muros qui répond aux normes architecturales d'une fonction d'hospitalisation chirurgicale de jour telles que décrites aux articles 2 à 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée**, et si ces interventions sont réalisées sous anesthésie locale ou topique, ne nécessitent pas de sédation du patient et ne requièrent pas de soins infirmiers directs ou de soins postintervention. »

EXAMEN DES NUMÉROS DE NOMENCLATURE QUI POURRAIENT FAIRE L'OBJET D'UN PSEUDOCODE DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

Étape 1 du raisonnement :

L'interdiction des suppléments d'honoraires pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée ne s'applique qu'aux prestations ambulatoires.

Étape 2 du raisonnement :

Conformément à l'article 15 § 2, les prestations > K120 > N200 peuvent ne pas être couvertes par l'assurance maladie si elles sont exécutées en dehors de l'hôpital, à l'exception des prestations visées à l'article 14, h) (=ophtalmologie). Nous les excluons de la suite de la discussion, à l'exception de celles de l'article 14, h).

Les prestations d'une valeur < K120 ; < N200 peuvent être exécutées dans le cadre d'une pratique ambulatoire intra et extra-muros. Dans la mesure où les règles d'application sont respectées, une intervention est prévue.

Étape 3 du raisonnement :

Les prestations d'une valeur < K120 ; < N200 concernées par un forfait INAMI ou incluses dans la liste A sont couvertes par une bonne réglementation qu'il n'est pas nécessaire de changer.

Étape 4 du raisonnement :

Si l'on filtre ensuite toutes les prestations chirurgicales et/ou techniques des disciplines cliniques avec une valeur < K120 ; < N200 qui ne sont pas concernées par un forfait de l'INAMI ni incluses dans la liste A, il reste une liste de **251** codes de nomenclature avec une fréquence ambulatoire de **7 018 958** en 2022.

Étape 5 du raisonnement :

Pour des raisons de faisabilité, nous divisons ces 251 codes en une liste prioritaire A et une liste prioritaire B. Il s'agit principalement de matériel dont la base de remboursement ne correspond plus au coût actuel du matériel : tant l'évolution vers du matériel plus moderne que les exigences en matière de désinfection ou d'asepsie imposées par la loi qualité sont à la base de cette liste.

PRIORITÉ A

Si l'on ne considère que les prestations dont la fréquence est > 100 000/an, à l'exclusion de l'anesthésie, cela concerne 17 prestations avec une fréquence totale de 4 720 537/7 018 958 prestations. Ces 17 prestations représentent 67,3 % du total.

Propositions concrètes de changement : rouge = changement à apporter au libellé (proposition)

148013	148024	K 27	Suture par fils ou par colle tissulaire de plaies de la face, matériel NON compris ; Une ou deux plaies
148035	148046	K 45	Suture par fils ou par colle tissulaire de plaies de la face, matériel NON compris ; Trois ou plus de trois plaies
148094	148105	K 18	Suture par fils ou par colle tissulaire de plaies autres que celles de la face, matériel NON compris ; Une ou deux plaies
148116	148120	K 30	Suture par fils ou par colle tissulaire de plaies autres que celles de la face, matériel NON compris ; Trois ou plus de trois plaies

149612	149623	K 4	La réalisation d'un frottis cervico-vaginal à des fins de recherche de HPV à haut risque et/ou d'examen cytologique dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, matériel NON compris
149634	149645	K 4	La réalisation d'un frottis cervico-vaginal à des fins de recherche de HPV à haut risque et/ou d'examen cytologique dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique, matériel NON compris

351035	351046	K 30	Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique, DÉSINFECTION NON COMPRISE
353194	353205	K 5	Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par séance, matériel NON compris
353231	353242	K 26, 47	Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure, matériel NON compris

258834	258845	K 20	Endoscopie nasale avec ou sans biopsie à l'aide d'une optique droite ou angulaire ou d'un fibroscope explorant le cavum, les méats, les cornets et des voies de drainage des sinus maxillaires frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, y compris l'anesthésie locale éventuelle DÉSINFECTION NON COMPRISE
--------	--------	------	---

532630	532641	K 21,40	Ablation ou destruction quel que soit le procédé (chirurgical sans suture, électrocoagulation ou autre méthode) d'une tumeur superficielle de la peau bénigne ou maligne ou des muqueuses ou de toute autre lésion non traumatique directement accessible, matériel NON compris
--------	--------	---------	--

473174		K 141	Examen du côlon jusqu'à la valvule iléo-cæcale, par endoscopie DÉSINFECTION NON COMPRISE
473432		K 141	Examen de l'iléum par endoscopie, DÉSINFECTION NON COMPRISE

350055	350066	K 20	Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de prick tests avec des solutions allergiques et de contrôle commerciales aux pneumallergènes (minimum 10 tests) et/ou trophallergènes (minimum 8 tests) et/ou hyménoptères, avec rapport de synthèse matériel NON compris
--------	--------	------	--

258812	258823	K 6, 75	Tympanoscopie uni- ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois, DÉSINFECTION NON COMPRISE
--------	--------	---------	---

532416	532420	K 13	UVA et/ou UVB, grand (non cumulable avec la consultation), matériel NON compris
--------	--------	------	--

248334	248345	N 115	Injection intravitréenne effectuée dans des conditions d'asepsie stricte, réalisation de l'ASEPSIE non comprise
--------	--------	-------	--

PRIORITÉ B

Dans la liste prioritaire B, il s'agit souvent de situations aiguës traitées en ambulatoire et pour lesquelles il serait bon que ces dérogations restent possibles en ambulatoire, car elles surchargeraient le service des urgences si elles devaient être transférées en secteur intra-muros. Le fait qu'il existe également des dispositions de traitement en psychiatrie de l'enfant et de l'adulte qui souffrent de contraintes infrastructurelles spécifiques imposées par l'approche moderne des soins aux patients, centrée sur la famille ou l'environnement, n'est pas suffisamment abordé.

113013	113024	K 6	Incision d'abcès péri-urétral
112276	112280	K 6	Incision d'abcès de l'anus
113072	113083	K 10	Suture de la vulve ou du vagin pour traumatisme en dehors d'une manœuvre obstétricale
113094	113105	K 35	Excision de végétations dermiques, par cure
113131	113142	K 6	Incision d'abcès du périnée
113212	113223	K 6	Incision de la glande de Bartholin pour drainage
144513	144524	K 6	Incision d'abcès lingual
144535	144546	K 10	Paracentèse du ou des tympans
144550	144561	K 6	Incision d'abcès du septum nasal
144572	144583	K 25	Ablation ou électrocoagulation de polypes du nez, par narine et par cure
144594	144605	K 2	Tamponnement nasal pour épistaxis
144616	144620	K 4	Galvano-cautérisation nasale
144631	144642	K 6	Incision d'hématome du septum nasal
144653	144664	K 24	Tamponnement nasal postérieur
144675	144686	K 6	Galvano-cautérisation simple d'un cornet
144690	144701	K 6	Incision d'abcès amygdalien
144712	144723	K 6	Extraction de corps étrangers, non enclavés du pharynx ou du conduit auditif externe
145250	145261	K 12	Appareillage provisoire de contention effectué d'urgence en cas de fractures ou luxations (ne peut être porté en compte qu'une fois par cas)
145316		K 17	« Taping » de la cheville comme traitement d'une rupture ligamentaire, y compris le matériel utilisé. Cette prestation peut être facturée au maximum quatre fois par épisode de maladie
145272		K 2	Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues
145530	145541	K 20	Ablation d'ongle incarné
145552	145563	K 10	Incision d'un panaris de la pulpe

145574	145585	K 10	Incision de phlegmon superficiel
145596	145600	K 6	Incision d'abcès du sein
149015	149026	K 20	Curetage de fistule
114030	114041	K 4	La réalisation d'un frottis cervico-vaginal à des fins de recherche de HPV à haut risque et/ou d'examen cytologique dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
114170	114181	K 4	La réalisation d'un frottis cervico-vaginal à des fins de recherche de HPV à haut risque et/ou d'examen cytologique dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique
114052	114063	K 6	Fenestration de l'ongle
114074	114085	K 10	Excision importante de tissus nécrosés au niveau d'une ou plusieurs escarres de décubitus
472054	472065	K 20	Incision de thrombose hémorroïdaire
472150	472161	K 20	Ligature d'hémorroïdes
472511	472522	K 12	Rectoscopie
473476	473480		Coagulation à l'infrarouge ou photocoagulation ou cryothérapie d'hémorroïdes, par séance
355935	355946	K 12	Lavage d'un sinus par ponction et injection curative
221174	221185	K 90	Drainage de la cavité de Douglas par rectotomie ou par colpotomie
221196	221200	K 50	Excision de cicatrice vicieuse, suivie de suture
244134	244145	N 50	Traitement de l'imperforation anale par incision simple
244296	244300	N 30	Suture des plaies de l'anus et de la région anale
238070	238081	N 50	Ligature, fulguration (vein eraser) ou résection d'une veine variqueuse
239035	239046	N 33	Drainage des liquides d'œdème sous-cutané dans l'éléphantiasis
248054	248065	N 25	Corps étranger(s) incrusté(s) de la cornée : extraction sous contrôle biomicroscopique (non cumulable avec la consultation)
248076	248080	N 30	Ponction de la chambre antérieure avec injection thérapeutique éventuelle, intervention isolée
248091	248102	N 15	Injection rétro-bulbaire, intervention isolée
255813	255824	K 20	Extraction de corps étrangers du nez
275192	275203	N 60	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles
288050	288061	N 50	Incision et drainage d'un panaris du doigt

310516	310520	K 6	Incision d'abcès du plancher de la bouche
310531	310542	K 6	Ablation d'esquilles osseuses autres que celles situées dans la région gingivodentaire
311695	311706	K 25	Fermeture d'une fistule bucco-sinusale par avivement ou moyen médicamenteux, en un ou plusieurs temps
317192	317203	K 10	Incision intrabuccale d'abcès d'origine dentaire
531016	531020	K 6	Injection sclérosante pour angiomes
532652	532663	K 40	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture
532836	532840	K 50	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans
532851	532862	K 110	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une plastie
532733	532744	K 50	Traitement d'essai d'une tache lie de vin congénitale de la tête, du cou ou des mains, avec laser
532873	532884	K 105	Destruction de tache(s) lie de vin congénitale(s) d'une surface totale <= 200 cm ² sur la tête, le cou ou les mains, avec laser
257471	257482	K 70	Drainage prothétique transtympanal uni ou bilatéral
109513		N30	Séance d'un traitement psychothérapique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel
109631		N 30+ Q 90	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel
109675		N 40+ Q 90	Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie
109336		N 40	Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie

109653		N 20+ Q 45	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : deux personnes, par personne
--------	--	---------------	---

Le nombre total des 57 premiers codes ci-dessus était de 737 381 dans le secteur ambulatoire en 2022. Le nombre total des 5 derniers codes mentionnés cidessus était de 1 209 403 prestations en 2022. Un groupe de travail de l'INAMI est nécessaire pour affiner cette liste et déterminer les nombres exacts, car certains de ces services peuvent être effectués en ambulatoire, mais sous anesthésie générale, ce qui présuppose l'existence d'un maxi-forfait.

DÉCISION

- Il est incontestable que de nombreux numéros de nomenclature ne couvrent pas (ou plus) les frais. Il se peut que d'autres aient été surévalués au fil du temps, mais il s'agit de disciplines complètement différentes et le principe du « mal pour un bien » ne s'applique donc pas du tout. Une révision de l'article 35 § 4, est nécessaire. En dentisterie, ce problème est résolu par une combinaison d'honoraires maximaux et de suppléments d'honoraires.
- On peut également affirmer qu'aucun changement majeur ne devrait intervenir maintenant que la nouvelle nomenclature est en cours d'élaboration. Cela devrait signifier un status quo pour l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les patients BIM pour les prestations ambulatoires dans l'attente de la nouvelle nomenclature. Dans la nouvelle nomenclature, la prestation intellectuelle sera séparée de la partie opérationnelle. Cette partie opérationnelle sera prise en charge par l'assurance maladie, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur hospitalier. Si les pouvoirs publics décident que les hôpitaux ne doivent pas absorber les frais de la partie opérationnelle, toute la médecine sera transférée aux hôpitaux, à moins que la charge des frais de fonctionnement ne soit absorbée par une autre entité, notamment le patient ou son assurance. Il est logique que les frais directs et indirects puissent différer pour la même prestation dans un hôpital par rapport à une pratique extra-muros, mais les frais liés aux pratiques extra-muros n'ont jamais été examinés dans la nouvelle nomenclature, ni pour le volet ACA ni pour le volet ATMCA. L'ouvrage de Guy Durant, Pol Leclercq et Magali Pirson, « Le financement des hôpitaux », p. 297/384, donne des exemples issus de l'étranger de pondération pour la composante coûts des honoraires : « (Bale 2004 : en cabinet médical = 0,96 CHF et en polyclinique hospitalière = 0,94 CHF. Zug 2004 : en cabinet médical = 0,85 CHF et en polyclinique hospitalière = 0,80 CHF). »

ÉLÉMENTS PERTURBATEURS

Au sein du groupe ATMC, la question clé est de savoir à quel niveau le compteur sera fixé entre l'honoraire pour la partie intellectuelle (partie professionnelle) et la partie opérationnelle. C'est l'enjeu du rééquilibrage horizontal entre la nomenclature et le financement des hôpitaux. Le taux de rétrocession national augmentera-t-il ? Comment cela se traduira-t-il au niveau de chaque hôpital, de chaque prestataire de soins ?

Dans le groupe ACA, le rééquilibrage vertical envisagé reste le plus problématique. Certains groupes réclament à cor et à cri des RVU distinctes et de nouvelles RVU pour des services qui sont aujourd'hui considérés comme « inclus » dans la prestation globale de services de ce groupe. D'autres groupes réclament des RVU « plus élevées » aussi bruyamment que d'autres groupes de médecins, en invoquant de nombreux arguments. Quel effet cela aura-t-il sur ceux qui auraient dû être les ultimes bénéficiaires du rééquilibrage vertical des salaires des médecins : pédiatrie, psychiatrie ambulatoire, gynécologie, gériatrie ?

Dans le groupe ATMAA, le principe d'une unité de temps comme paramètre pour les frais purs en biologie clinique n'est pas concluant. L'automatisation et la technologie font passer le biologiste clinique de la mesure du temps à la garantie de la rapidité, de la qualité constante, de l'interprétation correcte et de la traçabilité des mesures.

En médecine générale, l'idéologie politique n'est pas la bonne approche. Du point de vue de l'idéologie politique, la gestion de la population est la plateforme idéale pour se greffer sur la première ligne. Les maisons médicales adhèrent à cette proposition. Tous les autres médecins veillent également à la gestion de la population, mais ils considèrent avant tout que le traitement individuel adéquat pour le patient ou la famille qu'ils ont en face d'eux est leur principale mission. Ils veulent s'organiser comme ils le souhaitent et non selon les visions imposées par les pouvoirs publics.

En ce qui concerne les normes et les directives, le ministre estime que les centres de connaissances des pouvoirs publics sont déterminants pour la voie à suivre. C'est peut-être en partie le cas en médecine générale, car l'interprétation de Cebam, d'Evikey et d'autres organismes qui élaborent les directives s'est fortement concentrée sur la première ligne. En médecine spécialisée, c'est tout le contraire. Là, les directives de chaque spécialité continuent à régir le comportement de ces spécialités. Ces médecins disposent de leurs propres organes scientifiques, de leur propre littérature scientifique européenne et internationale et de leurs propres directives, dont 1/5 sont mises à jour presque tous les trois ans, voire tous les ans pour certaines d'entre elles. Les universités jouent un rôle crucial à cet égard. Aucune politique d'application ne peut ou ne veut inciter les médecins à faire dépendre leurs services aux patients individuels des directives gouvernementales lorsque celles-ci s'écartent des directives scientifiques de leur profession. Ce serait là la médecine d'État dans toute sa splendeur. Un patient n'est pas une moyenne, mais un individu.

En ce qui concerne la réforme du financement des hôpitaux, un certain nombre d'éléments pourraient s'avérer problématiques : le financement de l'innovation, de la construction, des polycliniques, la suppression progressive du financement actuel et l'introduction du nouveau financement. Le financement des hôpitaux est un immense navire qui ne peut pas changer de cap simplement avec un mécanisme *stop and go*. Concernant la nomenclature, ce sera un peu plus facile et l'INAMI y est préparé. Une réserve de 1,5 à 2 milliards (< 10 % du chiffre d'affaires annuel du secteur) n'est pas un luxe pour compenser les écarts négatifs non souhaités, sans encore aborder la question de la récupération des bonus

inattendus. Nous souhaitons rappeler la période 2001-2003, au cours de laquelle le nouveau financement des hôpitaux du 25 avril 2002 a été mis en place. Les investissements dans le financement des hôpitaux ont été beaucoup plus importants en peu de temps et la transition entre l'ancien et le nouveau financement s'est faite progressivement :

« L'évolution du budget global au cours des dernières années a été la suivante :

	<i>Millions BEF</i>	<i>Millions EUR</i>	<i>Évolution</i>
2000	165 697,40	4107,53	100
2001	173 505,50	4301,09	104,71
2002	188 573,93	4674,63	113,81
2003	205 455,07	5093,10	123,99

On constate donc une augmentation significative du budget au cours des dernières années. Tout cela est lié à l'introduction du concept de budget de trésorerie. En effet, avant l'introduction du nouveau financement, les budgets des hôpitaux devaient être ajustés rétrospectivement avec un ajustement pour les journées de soins effectuées "au-dessus ou en dessous du quota". Cela a invariablement donné lieu à d'importants montants de rattrapage (compléter les déficits ou récupérer les excédents a posteriori). Il a été décidé de calculer cette opération à l'avance lors de la mise en place du nouveau système. Cependant, cela a coûté beaucoup d'argent, d'où la forte augmentation du budget de 2001 à 2003. »

[...]

« Avec l'introduction de ce système, l'ancien système de journées justifiées et injustifiées (pénalisation ou récompense pour une période d'hospitalisation relativement longue ou courte) sera abandonné, bien qu'il soit toujours inclus dans le budget historique. En effet, le nouveau financement n'est pas introduit dans son intégralité, mais progressivement. Par exemple, en 2003, 80 % du budget B2 de l'hôpital était basé sur le budget des années précédentes. Seuls 20 % du nouveau budget sont appliqués. Et ce, afin d'éviter les fluctuations brusques. La part des nouveaux financements augmentera évidemment à l'avenir. »

Le financement DRG n'introduit pas un « nouveau » système. Aux États-Unis, le financement par DRG a été introduit dans le programme Medicare en 1983, et en Europe, plusieurs pays ont fait de même entre les années 1990 et le début des années 2000. L'Allemagne utilise le système DRG depuis 2003, la France, l'Angleterre et les Pays-Bas ont commencé à l'appliquer entre 2003 et 2005. Il est donc possible que ce choix se révèle rapidement obsolète. En effet, il contient des éléments contradictoires : la partie nomenclature est axée sur la prestation, la partie hospitalisation est axée sur le nombre de jours, ce qui l'assortit d'une incitation « perverse » à la prestation, cette fois-ci non pas auprès des médecins, mais auprès de l'hôpital.

La question du plafonnement n'est pas la bonne question à se poser quant aux suppléments d'honoraires. Si les honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, les principes ne doivent pas être différents : les honoraires doivent être justifiés, équitables et modérés. Il en va de même pour les suppléments d'honoraires. Ils ne doivent pas être demandés parce que c'est possible, mais parce qu'ils permettent d'apporter une valeur ajoutée. Le concept de chambre individuelle devrait être remis en question. L'idée que plusieurs disciplines médicales sont toujours privées de suppléments d'honoraires est problématique. Le concept selon lequel ce sont principalement les dispensateurs de soins conventionnés qui représentent la majeure partie des suppléments d'honoraires devrait être inclus au débat. Mais le débat doit avant tout porter sur le recouvrement des frais : il est impensable que, dans le cas d'une prestation individuelle de soins, les honoraires ne suffisent pas à couvrir les frais (directs et indirects) du service.

Le cantonnement continu des mutuelles en tant qu'organes de contrôle de l'INAMI et des pouvoirs publics est un élément perturbateur. Ce contrôle doit être considéré avant tout comme un contrôle de l'exécution du budget. Ces organisations profondément ancrées dans la société et qui existent légalement depuis le 3 avril 1851 ont un potentiel plus important que celui de servir de banques pour les transactions entre l'INAMI et le SPF et en tant qu'organismes de contrôle. Elles sont totalement absentes du volet préventif, alors que, selon Geert Messiaen (2012), c'est aussi l'une des fonctions des mutuelles. Geert Messiaen mentionne d'autres tâches pour les mutuelles, telles que l'assurance complémentaire, la promotion de la santé, la fonction sociale, la défense des membres, la collecte de données administratives et statistiques, les missions d'étude, en plus des tâches de l'assurance obligatoire pour les soins médicaux et les prestations. Ce qui est parfois étrange, c'est qu'il est toujours question d'offrir une « qualité supérieure » aux patients, ce qui est invariablement interprété par les patients comme la forme de soins « la plus chère » ; mais où sont les organismes qui encouragent les patients à utiliser les formes de soins les moins chères/moins onéreuses pouvant parfois aussi constituer un bon choix ? Cette responsabilité incombe-t-elle uniquement aux dispensateurs de soins ? Les mutuelles sont idéalement placées pour développer des services d'étude qui réaliseraient – en collaboration avec les médecins – des enquêtes de santé quasipermanentes auprès de leurs membres. Il est clair que les organisations de médecins ne peuvent y parvenir à elles seules au niveau national et que ces informations sont nécessaires pour obtenir un retour d'information affiné, mais aussi rapide, sur les soins prodigués au patient (PROMs). Les PREMs peuvent également être envisagés, à condition de garder en tête leurs limites : ils permettent d'évaluer les attentes des patients en plus de leur satisfaction, et pas nécessairement la qualité des soins fournis, mais plutôt l'écart entre l'expérience des patients en matière de soins et leur vision et leurs attentes d'une expérience de soins idéale. Dans la mesure où les mutuelles et les médecins ne s'occupent pas de ce domaine (en dehors du cadre de l'INAMI), le marché libre s'en chargera et le proposera comme produit payable dans le cadre du remboursement de l'INAMI en tant que modèle économique. Outre les enquêtes, les mutuelles peuvent collaborer avec les associations scientifiques de médecins généralistes/spécialistes pour mettre en place des informations sur les meilleures pratiques à l'intention des membres : la question est de savoir comment transmettre au mieux ces informations aux membres ayant un faible niveau d'alphabétisation.

En renforçant la polarité entre les médecins et les mutuelles, les pouvoirs publics ont changé les règles du jeu au détriment des médecins, des mutuelles et, en fin de compte, des patients. Le conflit d'intérêts des mutuelles dans le fonctionnement des établissements de santé est un facteur qui interfère fortement dans la qualité des soins. Il est difficile de comprendre que la proposition de loi-cadre ait fait l'impasse sur le principe de subsidiarité et que les mutuelles, ainsi que les représentants des employeurs et des travailleurs, l'aient suivie. (Le principe de subsidiarité signifie qu'une autorité ou une organisation publique supérieure ne doit pas interférer dans une tâche ou une décision si cette tâche peut être exécutée à un niveau inférieur, plus proche du citoyen.)

La réforme de la nomenclature est basée sur les travaux de Hsiao, qui datent de 1988 : Hsiao WC, Braun P, Yntema D, et al : *Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale*. N Engl J Med 1988;319:835-841. Les pays qui ont mis en œuvre cette réforme en connaissent les avantages et les inconvénients. Le système de nomenclature actuel a et a eu ses défauts, mais il tient bon depuis 1963 malgré les nombreuses mises à jour et modifications. Ce n'est pas aux pouvoirs publics, mais aux médecins qu'il faut reprocher que la réforme de la nomenclature soit perçue socialement comme une nécessité : la dispersion financière excessive entre les différentes disciplines médicales, qui se hiérarchisent de plus en plus, n'est pas acceptable. Procéder brusquement à une érosion totale des honoraires au lieu d'une correction graduelle avec un rapprochement modéré et progressif des deux extrêmes vers une fourchette socialement défendable pour tous les médecins pourrait être perçu comme disruptif.

Les questions éthiques se posent de manière plus nette tant pour la fin de vie que pour le début de vie. La question est de savoir si la fin de vie peut être considérée comme un concept médical. Il semblerait que la société ait choisi d'embrasser l'infinité de la vie et de chercher, de tous temps, à prolonger la vie, quel

qu'en soit le coût médical. L'utilisation des ressources en fin de vie a longtemps été considérée non pas comme un problème thérapeutique insoluble, mais comme une bonne pratique médicale. Il est parfaitement défendable de dépenser 80 000 euros ou plus en oncologie médicale pour prolonger la vie d'une personne pendant trois mois. Le rôle d'une fin de vie naturelle dans l'environnement naturel du patient, le rôle des soins palliatifs en médecine à domicile doivent être sortis du concept d'infériorité sociale. À l'aube de la pénurie, le débat éthique sur l'étendue des ressources à déployer pour la prolongation de la vie est un sujet difficile, notamment pour les médecins et les associations de patients. Des questions éthiques se poseront aussi à l'avenir concernant le début de la vie, sur l'acceptation de coûts de santé à vie alors qu'ils auraient pu être évités grâce à la planification familiale assistée. L'augmentation des possibilités génétiques, diagnostiques et thérapeutiques ouvre un horizon entièrement nouveau : la possibilité d'éviter les maladies héréditaires. En bref, maintenant que le cancer et les maladies rares ne sont plus des maladies mortelles, mais des maladies chroniques soumises à l'utilisation de médicaments chroniques coûteux, il faut faire des choix sociétaux. Le budget de l'assurance maladie en % du PIB n'a pas anticipé l'augmentation de la population, le vieillissement de celle-ci et la multiplication des options médicales. Des priorités et des choix sociétaux sont inévitables : jusqu'où peut aller l'assurance maladie obligatoire et à partir d'où faudra-t-il mettre en place un financement participatif ?

Le ministre Vandenbroucke a imposé une interdiction de suppléments d'honoraires sur les prestations ambulatoires pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. Cela attire très explicitement l'attention sur les deux groupes de patients bénéficiaires de l'intervention majorée. Le premier groupe, le groupe « avantage » qui comprend les personnes malades, handicapées, pauvres ou ayant des besoins spécifiques. Le deuxième groupe, le groupe « revenus » n'est ni malade ni handicapé, mais pauvre. Une fois qu'un membre du ménage obtient le statut BIM, toute la famille en bénéficie. Les avantages du statut BIM vont bien au-delà des soins de santé, dans la mesure où les citoyens considèrent l'assistance sociale comme un niveau de vie acceptable et ne peuvent plus être activés au travail à partir du piège de l'aide sociale. Le nombre croissant de citoyens BIM ainsi que la répartition géographique et la concentration dans certaines communes bruxelloises (que nous observons également dans les variations de pratiques) suggèrent qu'en plus de la migration professionnelle, la migration de bien-être s'installe progressivement en Belgique. Lorsqu'une population croissante doit être prise en charge dans un contexte budgétaire identique, voire en constante diminution, ce groupe de patients BIM sera considéré comme un réservoir d'activation du marché du travail plutôt que comme un réservoir de soutien. Le deuxième groupe de patients BIM a droit au statut BIM pour des raisons économiques, et donc pas pour des raisons de santé. Il semble donc surprenant qu'il revienne aux mutuelles et à l'assurance maladie d'accorder ce statut. Il serait beaucoup plus socialement correct de confier cette tâche à l'autre service du service public fédéral responsable de la politique de l'emploi : le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Dans un monde idéal, on veillerait à ce que chaque individu ne reçoive que des stimuli auditifs inoffensifs (tant sur le plan physique que sur le plan du contenu), à ce que chaque individu ne reçoive que des stimuli visuels inoffensifs (tant sur le plan physique que sur le plan du contenu), à ce que chaque individu ne consomme que des boissons et aliments inoffensifs (inoffensifs au sens large, aliments « sains », boissons « saines »), que chaque individu ne respire que de l'air sain, que chaque individu ne vive que sur un sol sain, que chaque individu se comporte de manière sûre, tant sur le plan social que sur le plan de la circulation, et que chaque individu puisse éviter les accidents, les conflits violents, les catastrophes naturelles, la faim et la pauvreté. Ce monde idéal n'existe pas. De plus en plus de stimuli et de choix d'aliments, de boissons, et même l'air deviennent problématiques pour la santé mentale et somatique. Il s'agit d'une observation selon laquelle la liberté humaine individuelle conduit à des choix conscients et inconscients qui ont une incidence négative sur la santé. Cela ne s'améliorera pas à l'avenir, et ce n'est pas nouveau, car le chemin de la moindre résistance est souvent le chemin le plus facile. Compenser les régimes alimentaires malsains qui conduisent à l'obésité par une flopée de médicaments amincissants d'Eli Lilly semble être la solution gagnante pour tout le monde. De plus en plus souvent, les possibilités de compensation sont à l'origine de comportements de moins en moins sains.

Cette liberté individuelle est indissociable d'une individualisation croissante de la société. L'univers physique des jeunes se rétrécit, mais s'élargit avec le temps passé devant un écran et les apports auditifs et visuels non sollicités qui ont des répercussions sur la santé somatique et mentale. Le rôle de la famille a changé du tout au tout. Les familles monoparentales, les familles où les grands-parents n'élèvent plus leurs petits-enfants, ne les emmènent plus à l'école et ne vont plus les chercher, les familles où les deux parents doivent travailler pour joindre les deux bouts, l'égalité des rôles sociaux entre les hommes et les femmes, entraînent une diminution du temps de compensation et de l'engagement à la fois pour les enfants, mais aussi pour les grands-parents. La société civile a été remplacée par des services professionnels de garde d'enfants, des services professionnels de soins informels, des maisons de repos ou de retraite pour personnes âgées, des maisons de repos et de soins et toutes les institutions intermédiaires. Jusqu'où s'étend la responsabilité de la sécurité sociale ? La réévaluation des soins informels familiaux et professionnels me semble au moins aussi importante que le nouveau projet de financement des hôpitaux : c'est une tâche qui incombe aux mutuelles et non à l'INAMI. Les soins ne pourraient pas être plus proches du patient, ce qui ne pourrait que favoriser les relations entre les mutuelles et les médecins.

Le marché libre a prouvé que l'industrie pharmaceutique était en mesure de produire des médicaments et des dispositifs invasifs à un rythme très élevé, dans le respect d'une législation très stricte, ce qui lui permet de transformer des affections autrefois mortelles en affections devenant chroniques, mais pour lesquelles les patients ne devraient pas être considérés comme « guéris ». C'est précisément ce qui la rend coûteuse : la dépendance continue à l'égard d'une perfusion industrielle sous forme de pilules, de seringues ou autres à un prix. Cette dépendance s'avère progressivement insoutenable, non seulement en raison du prix, mais aussi du volume. Des solutions existent désormais pour un nombre croissant d'affections : démence, problèmes articulaires, problèmes de vaisseaux sanguins, problèmes de valves cardiaques et toutes sortes de cancers. La vitesse à laquelle ces innovations arrivent sur le marché ne fait qu'augmenter. À l'avenir, il s'agira de tous les dispositifs portables qui collectent les mesures nécessaires sur le corps de l'individu lui-même et les transmettent via le réseau mobile à quiconque peut utiliser ces mesures pour agir en faveur du patient. Cette explosion imminente des coûts est considérée comme évidente dans le domaine de l'assurance maladie. La télésurveillance des patients en oncologie médicale, qui n'est assurée par une infirmière que pendant les heures de travail, mais pas la nuit ni les week-ends, est acceptée sans difficulté pour le remboursement. Encore une fois : quel autre soin doit laisser sa place ?

La persistance avec laquelle le ministre Vandenbroucke continue à qualifier la médecine extra-muros de médecine de villa n'a rien à voir avec la politique de santé, mais avec l'idéologie politique. Aucune preuve n'a été apportée selon laquelle la médecine extra-muros ambulatoire est inférieure ou plus dangereuse par rapport à toutes les procédures actuellement pratiquées en milieu hospitalier. Limiter l'assurance maladie au milieu hospitalier est un mauvais choix idéologique, car il s'agit d'une forme de médecine beaucoup plus chère pour la même qualité. En outre, la désignation des soins extra-muros comme relevant de la « médecine de villa » porte une atteinte à la réputation de dizaines de prestataires de soins – notamment dans le domaine des soins de santé mentale – qui ne peuvent en aucun cas être assimilés à de la médecine de villa. Le terme « médecine de villa » serait né d'un document intitulé « *Naar een patiënt-gerichte financiering van de algemene ziekenhuizen* » (Vers un financement des hôpitaux généraux axé sur le patient), commandé par Zorgnet Vlaanderen en 2014 et édité par les professeurs Dr. Johan Kips, Koen Michiels et Katrien Verschoren dans lequel on peut lire le passage suivant :

*« Dans le contexte des économies actuelles, certains acteurs suggèrent que les patients pourraient être traités à moindre coût en dehors de l'hôpital, dans des **cliniques dites commerciales**. Toutefois, des études montrent que ce n'est pas du tout le cas et que, dans certains cas, le rapport coût/efficacité est même réduit.(33)*

En outre, ces cabinets extra-muros ne participent (généralement) pas à un service de garde organisé. Cette évolution menace la continuité des services hospitaliers, tels que la surveillance des

patients hospitalisés et du personnel de garde. Afin que les patients puissent également bénéficier de soins de qualité en dehors des heures de bureau, Zorgnet Vlaanderen demande également la mise en place d'un système de santé et d'assurance solidaire qui demande à tous les médecins spécialistes, y compris ceux qui travaillent dans le privé, de contribuer à la continuité de la médecine de deuxième ou de troisième ligne. Par exemple, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) plaide également en faveur d'une licence d'exploitation obligatoire assortie de contrôles de qualité réguliers afin de garantir la qualité des pratiques extra-muros.(34) »

La référence utilisée en 2014 concernait une étude réalisée aux États-Unis comparant des données entre 1998 et 2004 : « In this paper we examined a highly policy-relevant question: whether physician-owned hospitals with services limited to cardiac, orthopedic, and SSHs are more cost efficient than full-service hospitals with whom they compete locally. » Pour l'instant, nous ne connaissons aucune clinique commerciale de taille américaine en Belgique qui pratique la chirurgie cardiaque, la chirurgie orthopédique ou d'autres interventions chirurgicales majeures. En Belgique, la structure extramuros est complètement différente, ce qui, soit dit en passant, ne doit pas empêcher les préoccupations légitimes concernant a) la qualité et b) la continuité des soins dans les hôpitaux ; toutefois, il s'agit de préoccupations pratiques qui peuvent facilement être résolues au fur et à mesure que les hôpitaux fusionnent pour former des entités plus grandes.

Il reste à voir comment le ministre Vandenbroucke traitera les maisons médicales et Domus Medica. Avec le financement actuellement favorable, les maisons médicales seront-elles exclues de la nouvelle nomenclature ? Le financement de l'association de médecins Domus Medica (AADM) sera-t-il plus favorable avec le nouvel avant-projet de loi-cadre ? L'avenir nous le dira bientôt, car la proposition de loi-cadre prévoit que le nouveau financement des organismes professionnels prendra effet à partir du 01/01/2026.

POINTS À TRAVAILLER APRÈS LE COMITÉ MINISTÉRIEL RESTREINT (KERN)

Pour les médecins, il est important de continuer à faire pression pour obtenir un certain nombre d'améliorations dans l'avant-projet de loi-cadre :

- Le plafonnement des suppléments d'honoraires au 01/07/2026 n'est pas réaliste.
- Préciser que les rétrocessions sur les honoraires purs cesseront d'exister à partir de la nouvelle nomenclature.
- Financement des organisations professionnelles : formulation peu claire dans les textes actuels.
- Rôle CTM-CTD : maintenir leurs avis contraignants et pas facultatifs.
- Suspension du n° INAMI : supprimer l'article 173bis 4°
- L'interconnexion des données personnelles des patients n'est pas terminée.

CONCLUSION

Avec la décision du Kern, le Premier ministre a envoyé un message aux médecins et au ministre Vandembroucke. Un message clair a été adressé aux médecins (et aux dentistes) : c'est au ministre Vandembroucke de s'occuper de la loi-cadre et de la réforme et non aux médecins, mais il faut en revanche maintenir l'ordre de la réforme entamée telle qu'elle était envisagée en 2022, de préférence en bonne concertation avec les médecins et les dentistes. Il a été confirmé au ministre Vandembroucke qu'il pourrait tenir les rênes du projet, à condition de le mener à bien tant pour les patients que pour les dispensateurs de soins.

Bien que l'avant-projet de loi-cadre cherche à répondre à des éléments clairs de l'idéologie politique, la réforme de la nomenclature et celle du financement des hôpitaux en ont été épargnées pour l'instant. Je suis toutefois très curieux de savoir à quoi ressembleront les maisons médicales, la pratique extra-muros et le financement des organisations professionnelles. L'effacement du rôle du Conseil technique médical et du Conseil technique dentaire au profit d'entités facultatives qui ne devraient pas faire obstacle à la réforme et la réduction du Comité de l'assurance et du Conseil général au rang de béni-où-béni-oui protocolaire constituent la forme la plus pure de médecine d'État et un mépris pour des années d'expertise accumulée et de sérieux procédural. La suspension du numéro INAMI est également incompréhensible : il aurait suffi de ne pas mentionner le 4^e alinéa de l'article 73bis comme motif de suspension du numéro INAMI. Les médecins ne s'en seraient alors pas offusqués. Il n'est pas trop tard pour y remédier.

Le plafonnement des suppléments d'honoraires ne tient pas compte des questions essentielles. La politique d'application a fait fausse route avec les médecins : les médecins n'obéissent pas au doigt et à l'œil, mais restent au service des patients qu'ils traitent et de leurs familles.

Il est compréhensible que le ministre veuille imposer un calendrier serré pour achever la réforme de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux avant la fin de cette législature. Ces deux réformes devraient logiquement être achevées avant de parler de réglementation des suppléments.

La réforme de la nomenclature peut fonctionner grâce à une approche *stop and go*, mais cela s'avèrera plus difficile pour le financement des hôpitaux. Un fonds tampon et une bonne solution pour les patients ambulatoires, tant en intra-muros qu'en extra-muros, ainsi qu'une bonne solution pour l'innovation et la construction sont des conditions préalables importantes pour une transition réussie.

Hippocrate est mort il y a 25 siècles et la médecine est toujours bien vivante. Les médecins continuent à faire la différence pour les patients.

NOTE DE SYNTHÈSE DE L'AVANT-PROJET DE LA LOI-CADRE: ÉTAT DES LIEUX LE 07.02.2026

Le projet de loi-cadre, signé par le ministre Beenders, a été soumis au Conseil d'État et à l'Autorité de protection des données en juillet 2025. Un test de proportionnalité a également été réalisé, et l'INAMI a reçu 6500 réponses. Le ministre Vandenbroucke a indiqué que toutes les réponses avaient été traitées et que le texte était désormais prêt à être débattu au Parlement.

Aucune modification de fond n'a été apportée. L'avant-projet introduit des procédures budgétaires adaptées et redéfinit la concertation entre prestataires et pouvoirs publics (ex. introduction d'une lettre de mission au Comité de l'assurance et emprise renforcée du gouvernement sur le budget des soins de santé). Les procédures « fast track » intégrées affaiblissent la gestion paritaire traditionnelle et la participation des prestataires de soins. Le modèle de concertation paritaire risque d'être vidé de sa substance. L'accélération des procédures et l'introduction de mécanismes automatiques (ex. tarifs maximaux imposés par le Roi et refus d'accorder l'indexation en l'absence d'accord) sont perçues comme des mesures disproportionnées, non justifiées par les objectifs poursuivis.

L'avant-projet de loi-cadre vise à contraindre à un taux élevé de conventionnement en imposant des sanctions individuelles et collectives : les primes individuelles (ex. allocations de pratique ou avantages, hors primes liées à la qualité) sont refusées aux médecins non-conventionnés et, au niveau collectif, le financement des organisations professionnelles dépend du pourcentage de membres conventionnés.

La loi-cadre lie exclusivement les tarifs cibles aux dentistes conventionnés et crée ainsi une barrière pour les patients, surtout les bénéficiaires de l'intervention majorée. Les prestataires non-conventionnés ne peuvent appliquer ces tarifs, rendant les soins innovants financièrement inaccessibles pour ces patients. La mesure est disproportionnée et porte atteinte à la liberté de choix et à l'égalité d'accès à des soins innovants et de qualité.

L'intention de limiter ou de plafonner les suppléments d'honoraires pour les actes médicaux est maintenue et le résultat dépendra d'un accord entre les médecins et les organismes assureurs avant la date limite du 31 juillet 2027, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2028. Si aucun accord n'est conclu à cette date, le ministre soumettra sa propre proposition au Conseil des ministres. Les partis politiques ont également clairement indiqué que cette discussion devait désormais avoir lieu entre les médecins et les organismes assureurs. Les prestataires de soins ont fait part de leur inquiétude quant au fait que la limitation des suppléments d'honoraires, sans mesures supplémentaires, serait injuste et préjudiciable. Ils soulignent que, sans une réforme préalable de

la nomenclature des prestations médicales des médecins ou une compensation des coûts réels (frais de cabinet, matériel, etc.), un plafonnement affecterait principalement les praticiens ambulatoires et extra-muros indépendants. Le calendrier prévu dans la loi-cadre pose également problème : il se peut que les plafonds des suppléments d'honoraires soient fixés avant que les médecins ne sachent où ils en sont dans la nouvelle nomenclature et dans le nouveau financement des hôpitaux.

Le projet de réforme prévoit que le numéro INAMI des prestataires puisse être suspendu en cas de violation grave de la législation INAMI, et que cette suspension sera automatique pendant une période temporaire ou définitive d'interdiction d'exercer la profession. La suspension du numéro INAMI ne signifie pas une perte définitive, mais le prestataire ne peut facturer à l'assurance obligatoire soins de santé, pendant la période concernée (maximum 2 ans). La disposition vise les prestataires n'ayant pas de visa définitif ou temporaire, ou ceux pour lesquels les inspecteurs sociaux du SECM ont constaté une infraction sanctionnée par un collège administratif institué à l'INAMI. Sur avis du Conseil d'État, ces dispositions ont été retirées de la loi-cadre et reprises dans un arrêté royal distinct. Leur contenu est resté inchangé. La demande des médecins visant à ce que la suspension du numéro INAMI ne s'applique qu'en cas de fraude répétée et avérée et non pour des infractions sujettes à interprétation n'a pas été retenue.

La loi-cadre prévoit un élargissement de l'échange de données entre institutions (assureurs, mutualités, etc.) et un cadre d'application plus strict. Les préoccupations des prestataires de soins concernant la confidentialité des informations médicales ont été entendues par l'autorité chargée de la protection des données. Le couplage de diverses sources de données (par exemple, les données de facturation médicale, les codes de transparence, etc.) pourrait en effet permettre de remonter indirectement aux données individuelles des patients. Le projet a été soumis à l'APD et adapté aux remarques formulées par celle-ci.

La loi-cadre entraîne un changement de rôle des mutualités : passant ainsi du rôle d'acteurs de concertation à celui d'instances de contrôle. Les organismes assureurs risquent d'être « réduits à un rôle d'exécutants » des décisions venues d'en haut, au lieu d'agir en véritables codécideurs. Si leur rôle devient purement de contrôle et d'exécution, l'équilibre du pouvoir penche encore plus vers l'État.

Les médecins craignent un déséquilibre de la concertation au détriment des prestataires de soins (moins de paritarisme, plus de pilotage top-down) et ressentent la pression en matière de conventionnement et de limitation trop stricte des suppléments sans mesures d'accompagnement. Ils estiment que certains pouvoirs de sanction et de contrôle (suspension du numéro INAMI, couplage des données) sont insuffisamment motivés et potentiellement nuisibles à la confiance et à la vie privée.

Espérons que certaines préoccupations pourront encore être prises en compte lors du débat parlementaire. Le calendrier de plafonnement des suppléments d'honoraires doit être lié à l'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature et du nouveau financement hospitalier. Il faut éviter de porter atteinte de manière disproportionnée à la pratique

extra-murale. La suspension du numéro INAMI devrait être limitée aux fraudes répétées et avérées et ne pas s'appliquer aux infractions sujettes à interprétation.

L'accord de gouvernement comprend bien d'autres dispositions que celles qui sont prévues par la loi-cadre. La réforme du paysage hospitalier, la cogouvernance, la nouvelle nomenclature, le nouveau financement des hôpitaux, le transfert prévu des tâches entre prestataires de soins sont autant de dossiers qui contiennent des éléments susceptibles de modifier sensiblement la pratique médicale. La loi-cadre a montré que, dans certaines propositions, l'idéologie politique prime sur la politique de santé. Il appartient donc au Parlement d'avoir le dernier mot sur les soins de santé dont bénéficieront les citoyens belges.

AUTEUR

Stan Politis (Constantinus Politis) est professeur ordinaire émérite à la faculté de médecine de la KULeuven. Il a été chargé de cours à l'UHasselt et conférencier invité à l'EHSAL à Bruxelles. Il a obtenu un diplôme en médecine, chirurgie et obstétrique, un diplôme en sciences dentaires, puis s'est spécialisé en stomatologie et en chirurgie orale et maxillo-faciale. Il a été chef de service médical OMF à ZOL de 1989 à 2012 et ensuite chef de service médical OMF à l'UZLeuven jusqu'au 01/06/2023. Il est licencié en sciences médico-sociales et en politique hospitalière (KULeuven) et titulaire d'un master en gestions d'entreprises (UHasselt). Il a obtenu l'agrément en gestion des données de santé. Il a été maître de stage coordinateur pour la formation OMF (KULeuven, UGent), président de la Commission d'agrément des STO-OMF et président de l'association scientifique et professionnelle OMF.

Il a obtenu un doctorat en sciences biomédicales et a cofondé, avec le Professeur R. Jacobs, le groupe de recherche OMFS-IMPATH à la KULeuven.

Actif auprès du VAS depuis 1982, il est administrateur de l'ABSyM et a été élu président national du Groupement belge des médecins spécialistes (GBS).

Il participe à plusieurs groupes de travail et organes au sein de l'INAMI, notamment le Comité de l'assurance, le Conseil général, la Commission nationale médico-mutualiste, la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI).

Concordia



