

**VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS UN RÉSUMÉ DES LIGNES DE
FRACTURE DANS L'AVANT-PROJET DE LOI-CADRE REMIS AU
CABINET DU MINISTRE VANDENBROUCKE LE 20 JUIN 2025**

Violation du modèle de consultation

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, beaucoup de choses sont présentées comme de "simples".... clarifier" la loi actuelle et/ou d'égaliser le régime pour tous les secteurs (médecins, dentistes, kiné, etc.). Cependant, il est clair que le projet va bien plus loin que cela : de facto, il revient à ce que le gouvernement s'introduise dans le système de consultation.

Tout d'abord, elle s'insère dans le processus budgétaire. D'une part, au début du processus (juillet), le CGRS peut être chargé d'une lettre de mandat du conseil des ministres. D'autre part, à la fin du processus (octobre), un budget peut même être imposé par le conseil des ministres. (Art. X +4). Bien sûr, nous comprenons que le gouvernement veuille éviter qu'un budget ne déraile, mais n'est-il pas suffisant d'inscrire dans la loi des éléments qui pourraient l'en empêcher ? Maintenant, nous écrivons dans la loi que le remplissage du budget (c'est-à-dire le contenu) est fait par le gouvernement, tandis que la connaissance des besoins est sur le terrain.

→ Nous proposons donc de n'inclure que les mécanismes de contrôle.

D'autre part, les organes de consultation de l'INAMI sont parfois purement et simplement contournés, voir le TGR dans le cadre des adaptations de la nomenclature. Voir le TGR dans le cadre de l'adaptation de la nomenclature. X+ 40. Nous estimons que cela va beaucoup trop loin et que cela ne figure pas non plus dans l'accord de coalition.

→ Nous insistons pour qu'il soit supprimé.

Troisièmement, elle remet en question la philosophie du système de convention (libre choix d'adhérer ou non). Oui, sur le papier, un prestataire de soins de santé individuel a toujours le libre choix d'adhérer ou non, mais dans les faits, il ne l'a pas, en raison de la menace accrue d'introduction d'un système d'assurance maladie.

les redevances maximales (elles impliquent beaucoup plus d'hypothèses qu'auparavant et ne disent plus "le Roi PEUT" mais "le Roi TOUJOURS", de sorte que cela deviendra une possibilité beaucoup plus réelle qu'auparavant, où cela n'arrivait que rarement). Art. X + 28 §2.

Le système de ces droits maximums aura pour conséquence de pénaliser à la fois ceux qui n'ont pas adhéré à la nouvelle convention (ils n'ont pas adhéré et doivent encore respecter les droits imposés) et ceux qui ont adhéré à cette convention (ils ne bénéficient pas d'un statut social) si le pourcentage de la convention est insuffisant.

→ C'est pourquoi nous proposons trois autres scénarios :

1. Si aucun accord n'est conclu, approuvé ou accepté à 60 %, le
Les taux sont libres et seule la prime d'assurance est fixée par RD
2. S'il n'y a pas d'accord, approuvé ou accepté à 60%, le ministre soumet un document avec des tarifs sur lesquels les médecins peuvent dire oui ou non d'adhérer et cette étape est finale, c'est-à-dire que quel que soit le pourcentage d'adhésion, cette étape est contraignante pour déterminer qui est ou n'est pas convoqué.
3. L'imposition de tarifs maximaux ne devrait être autorisée qu'en dernier recours, comme l'a confirmé à plusieurs reprises le ministre lui-même dans ses réponses aux questions fréquemment posées. <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/nieuws/een-voorontwerp-van-wet-.about-reforms-the-health-care-many-asked-questions> : "Ce n'est qu'en cas d'échec de cette mesure dans le cadre de la procédure d'appel d'offres que les tarifs maximaux pourront être appliqués
Le ministre est alors informé par le Comité des assurances que c'est à lui de jouer. Il dispose alors d'un mois (ce délai est désormais clairement défini) pour soumettre une proposition aux différents médecins. Si plus de 40 % des médecins ne veulent pas suivre cette proposition, **c'est finalement au gouvernement (la loi parle alors du "Roi") de fixer les tarifs. C'est également le cas aujourd'hui : rien de nouveau sous le soleil...**"

Quatrièmement, le principe de la liberté de négociation d'une convention pour la les représentants des prestataires de soins de santé, minés par la menace d'une perte automatique de l'index. En effet, le projet de loi prévoit un automatisme selon lequel l'index sera perdu si aucun accord n'est conclu ou approuvé (>< dans la loi actuelle, un tel automatisme n'existe pas et l'index peut être conservé). Art. X + 28 §3. Il s'agit d'une sorte d'épée de Damoclès qui rend impossible la libre négociation.

→ L'accord de coalition ne prévoit pas non plus un tel mécanisme.
Nous demandons donc qu'elle soit supprimée.

Cinquièmement, les possibilités d'annuler l'accord sont réduites par rapport à ce qu'elles étaient auparavant.

A

Le comité d'entente ne pourra plus en déterminer un lui-même dans l'accord qu'il conclut, selon le projet de loi. Art. X + 27(3). Cependant, cela pourrait être très utile, étant donné que chaque secteur a son individualité.

→ Il s'agit également d'un point non prévu dans l'accord de coalition.
Nous demandons donc qu'elle soit supprimée.

Limitation des choix de la convention

Le projet de loi vise à abolir la convention partielle (MoT section X +1).

Les raisons invoquées pour justifier cette suppression sont doubles. Par exemple, on entend souvent dire que les médecins travailleraient à un endroit (hôpital) dans le cadre de la convention et à un autre endroit (cabinet privé) uniquement dans le cadre de la déconvention. Nous tenons à souligner qu'il existe dans la convention médecins-hôpitaux des verrous qui ne le permettent pas. Selon l'article 7.3.2.2.3, il faut offrir les deux options aux deux endroits. Un autre argument souvent avancé est que les patients ne sauraient pas clairement quand quelqu'un travaille ou ne travaille pas aux tarifs conventionnés. Cependant, la législation européenne prévoit déjà de nombreuses obligations dans ce domaine.

En ce qui nous concerne, ces obligations peuvent être contrôlées de manière plus stricte (= alternative), mais nous ne voulons pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Nous soulignons également que pour les Le déconventionnement des médecins universitaires employés à temps plein (VMS) n'est pas possible ; ils n'ont que l'option du déconventionnement partiel. C'est le moyen pour les patients d'avoir un rendez-vous privé obtenir auprès d'un membre du personnel de l'université. La suppression des rendez-vous privés dans les hôpitaux universitaires constituerait donc un appauvrissement de l'offre de soins.

Enfin, ce point n'est pas prévu dans l'accord de coalition. Nous demandons donc sa suppression.

Dispositions visant à augmenter le taux de convention

La déclaration du gouvernement indique que des initiatives sont nécessaires pour augmenter le taux de conventionnement. Nous sommes d'accord avec cela, mais cela doit se faire par le biais de l'instrument adéquat, à savoir le statut social de l'INAMI. Il vient d'être introduit à cette fin et doit donc être mis en œuvre par ce biais.

Toutefois, d'autres primes (par exemple, la prime de pratique intégrée) peuvent ne pas être liées au fait que le En effet, elles ont un objectif différent (promouvoir la numérisation). C'est pourtant ce que fait le projet de loi. Art. X + 33.

Nous tenons à souligner que le fait de lier les primes au statut de conventionné ne concernera que les médecins généralistes (prime à l'exercice intégré, prime au démarrage du GMD, indemnité pour la continuité des soins/indemnité pour la gestion du cabinet) et que les médecins généralistes sont déjà conventionnés à plus de 90%. Le taux de conventionnement ne sera donc pas modifié par cette mesure.

En outre, la liberté de conventionner ou non - qui, selon le ministre, continuera d'être garantie pour tous les médecins - devient pratiquement impossible pour les médecins généralistes en raison des implications financières.

cf Questions fréquentes : Les prestataires de soins de santé peuvent aujourd'hui choisir d'adhérer ou non à une convention. Cette liberté individuelle ne sera pas remise en cause. La conventionnalisation reste un choix individuel et ne sera pas imposée.

Le projet prévoit **également** de lier le **financement des syndicats de médecins** au taux de convention. L'art. X + 46. La raison invoquée est que c'est la même chose dans d'autres secteurs (kiné, sages-femmes, etc.) et qu'on veut l'égaliser. Mais c'est comparer des pommes avec des oranges, car dans ces autres secteurs, le salaire est le même.

Dans certains secteurs, il n'y a pas d'élections et dans les médecins, il y en a. Or, la partie variable de notre financement dépend du résultat de ces élections et tant qu'il y a des élections, il est logique qu'il en soit ainsi.

Si l'on insiste pour établir un lien avec le taux de convention, nous suggérons de diviser la partie variable en deux parties : une partie reste séparée du taux de convention et continue à dépendre du taux d'intérêt de l'Union européenne, tandis que l'autre partie dépend du taux d'intérêt de l'Union européenne.

L'autre partie peut alors être liée au taux de la convention. Toutefois, la part totale variable ne devrait pas être augmentée par rapport à ce qu'elle est aujourd'hui.

Restriction via RD sur les suppléments d'honoraires

Le projet de loi prévoit des tarifs maximaux qui peuvent être imposés par le DR à l'hôpital et en ambulatoire.

Le pouvoir d'imposer des restrictions supplémentaires aux suppléments d'honoraires - même avant le 1er janvier 2028 - ne devrait en aucun cas être accordé par décret royal et devrait donc être explicitement supprimé de la loi de réforme. L'introduction de telles restrictions ne peut se faire que par le biais d'un amendement législatif formel, précédé d'une consultation structurée avec les représentants des médecins et avec l'implication et la participation totale du Parlement. Art. X + 42 et suivants.

En outre, la déclaration du gouvernement n'aborde ce sujet que dans la section relative aux soins hospitaliers, ce qui n'est pas le cas pour les soins de santé.

les soins ambulatoires. La mention relative au secteur ambulatoire devrait donc être définitivement supprimée de l'avant-projet de loi. Si ce n'est pas le cas, il faudrait au moins garantir des conditions de concurrence équitables entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

Cette question devrait également être examinée dans le cadre plus large de la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux, en trouvant également une solution pour les frais qui ne couvrent pas les coûts dans le cadre de l'article 35§4. Nous suggérons donc que l'histoire des suppléments ne soit pas retirée du projet de loi et discutée comme un ensemble cohérent (nomenclature, article 35§4, financement des hôpitaux).

Dans l'intervalle, il est toutefois possible d'agir sur les excès existants. Les dépassements sont des écarts irresponsables. Dans ce contexte, le ministre a déjà donné des ordres au NPCAZ et au groupe ad hoc sur la réforme des ZH. Des initiatives ont déjà été développées au sein de ces organes (notamment le gel de l'impôt sur le revenu des personnes âgées).

des suppléments). Ces organismes ont fait preuve d'une grande expertise et peuvent trouver des solutions dans ce domaine.

La fixation d'une date d'entrée en vigueur au 1er janvier 2028 n'est pas justifiée tant que des progrès tangibles n'ont pas été accomplis en ce qui concerne les mesures d'accompagnement nécessaires.

comme le financement des hôpitaux, la réforme de la nomenclature, l'introduction de la co-gouvernance, l'approche des pseudo-codes et l'indemnité de pratique.

Proposition d'amendement au projet de loi :

La date d'entrée en vigueur sera fixée par arrêté royal après consultation du Conseil des ministres et ne pourra pas être antérieure au 1er janvier 2028.

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

Retrait du numéro INAMI

Le projet de loi prévoit la possibilité de motifs "autres que l'exécution" via RD

Détermination du retrait d'un numéro NIHDI. Art. X+49. En outre, le projet de loi prévoit également la possibilité pour la DGEC de suspendre le numéro INAMI (au lieu d'infliger une amende administrative à l'INAMI).

laïque). Art. X+ 50.