

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandenbroucke

Loi de réforme approuvée en première lecture

« Pour que les soins restent abordables, accessibles et de qualité »

21 juillet 2025

L'avant-projet de la loi de réforme - qui réforme le modèle de conventionnement et entend mettre un frein aux suppléments d'honoraires excessifs, entre autres - a été approuvé par le Kern et peut être soumis en première lecture au Conseil des ministres. Le gouvernement fédéral resserre ainsi les rangs pour mettre en place un système de santé solide. « Chacun sait que nous devons réformer pour remettre plusieurs choses en ordre dans notre pays. Nous sommes montés au gouvernement avec Vooruit parce que nous voulons que ces réformes se fassent équitablement. Si nous voulons que nos soins de santé restent abordables, accessibles et de qualité à l'avenir, nous devons non seulement investir, mais aussi réformer », a déclaré Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

L'accord de gouvernement fédéral prévoit qu'avant fin 2025, un nouveau cadre doit être mis en place pour passer les accords – les « conventions » - avec les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes. Ce cadre est défini dans la loi de réforme sur laquelle le Conseil des ministres restreint est parvenu à un accord cette nuit. Un calendrier clair a également été fixé pour la réforme de la nomenclature des médecins et la réforme du financement des hôpitaux. Toutes ces réformes prévues dans l'accord de gouvernement sont considérées comme des réformes interdépendantes, qui seront mises en œuvre simultanément à partir du 1er janvier 2028.

La loi de réforme comprend les grands axes suivants :

- Faire en sorte qu'il soit plus attrayant pour les prestataires de soins de respecter des tarifs convenus et qu'il soit moins attrayant de ne pas les respecter. Ce qui permet de continuer à garantir des soins abordables pour tous et de donner **un coup de pouce supplémentaire aux prestataires de soins qui respectent les tarifs convenus**.
- Des primes de soutien (comme la prime de télématique, la prime de pratique, etc.) seront accordées uniquement à eux. Les prestataires de soins conventionnés auront également la possibilité, sur la base d'accords conclus, de déroger aux tarifs convenus dans des cas particuliers. Cela se fera au moyen de tarifs indicatifs qui devront garantir que l'innovation reste toujours accessible et que les honoraires restent à niveau.
- Et il y aura une modernisation du modèle de conventionnement, en définissant **des règles du jeu identiques pour tous les prestataires de soins** (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes, etc.) et en prévoyant un « plan B » pour le cas où les prestataires de soins et les mutualités ne parviendraient pas à conclure des accords tarifaires. Ce qui renforce la responsabilité de conclure de bons accords et évite le chaos des tarifs si les partenaires n'y arrivent pas.

- Si les commissions d'accord ne parviennent pas à conclure un accord avant la fin décembre, l'index ne pourra pas encore être accordé. La masse d'index restera toutefois garantie pour le secteur et pourra être accordée à un stade ultérieur. **Une meilleure affectation des ressources**, là où elles sont vraiment nécessaires, par exemple dans les soins de santé mentale et pour notre personnel de soins. C'est pourquoi nous réformons le processus budgétaire afin de mieux prendre en compte les objectifs de santé prioritaires et de mieux veiller à ce que les dépenses de soins de santé soient adaptées à temps s'il y a un risque de dérapage.
- Les instruments permettant de **rappeler à l'ordre les prestataires de soins qui commettent des abus et des fraudes avec les ressources de l'assurance maladie** seront renforcés. Les fraudeurs invétérés pourront perdre temporairement leur numéro INAMI. Ce qui nous permettra aussi d'éviter de prendre des mesures qui ennuiement les nombreux prestataires de soins qui agissent correctement.
- Accélérer la digitalisation des soins de santé. Pour que les citoyens ne doivent plus remettre toutes sortes d'attestations à leur mutualité, en **réduisant considérablement la paperasserie des prestataires de soins**.

Un volet important de la loi de réforme est le **plafonnement des suppléments d'honoraires sur lequel le Kern a dégagé un accord important**.

Les prestataires de soins et les mutualités concluent des accords tarifaires tous les deux ans. Ces tarifs sont fixes et c'est ce qu'un patient paie d'office. Chaque prestataire de soins peut ensuite décider individuellement de signer ou non la convention et de respecter les tarifs. S'il ne le fait pas, il est libre de facturer des suppléments. Aujourd'hui, ces suppléments ne sont pas limités. Certains hôpitaux disent aussi avoir besoin des suppléments des médecins comme source de financement supplémentaire. Ils demandent donc à leurs médecins de rétrocéder une partie de leurs suppléments d'honoraires à l'hôpital où ils travaillent. Mais les suppléments ont aussi fortement augmenté dans les soins ambulatoires. Il s'agit de patients qui consultent un spécialiste à l'hôpital (et rentrent ensuite chez eux) ou qui sont soignés dans un cabinet privé par des médecins, des dentistes, des kinésithérapeutes...

Les suppléments dans les soins de santé augmentent d'année en année, sans qu'il y ait vraiment de logique, et alourdissent la facture du patient. La question de savoir quand les suppléments sont facturés et quand ils ne le sont pas, à l'hôpital et en dehors, reste une question très complexe. Les informations sont également très incomplètes en ce qui concerne les suppléments que les patients paient pour des soins ambulatoires. Certains prestataires de soins facturent beaucoup, d'autres moins, beaucoup rien du tout, pour fournir le même travail. Cela peut conduire à des factures élevées et imprévisibles. Il s'agit d'un système peu transparent qui nuit à l'accessibilité financière et à la maîtrise des coûts des soins de santé. Nous nous attelons à résoudre ce problème.

Dans la nouvelle loi, nous conservons le principe selon lequel les médecins et les autres prestataires de soins peuvent choisir de ne pas respecter les tarifs fixes, mais nous faisons en sorte qu'il soit possible de plafonner les suppléments qui peuvent être demandés. L'avant-projet inscrit dans la loi le principe selon lequel les plafonds maximums pour les suppléments d'honoraires seront applicables à partir du 1er janvier 2028, aussi bien dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire, et

ce pour tous les prestataires de soins. Il s'agit d'un principe très important, qui doit être mis en œuvre par arrêté royal (délibéré en Conseil des ministres).

Un rôle très important est confié ici au modèle de concertation. Les commissions d'accords (qui rassemblent les mutualités et les prestataires de soins - médecins, dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes, sages-femmes...) se voient confier la mission d'élaborer, pour le 31 juillet 2027, une proposition contenant les plafonds maximum de suppléments pour leur secteur. À cet effet, ils 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 maximum général pour leur secteur que faire une proposition détaillée avec application de différents plafonds maximum, en fonction par exemple de groupes de prestations, de numéros d'agrément... En matière de suppléments d'honoraires pour les patients admis à l'hôpital, un groupe de travail mixte avec médecins, hôpitaux et mutualités est créé pour alimenter la négociation.

Parallèlement, le ministre Vandenbroucke travaille sur la réforme de la nomenclature et la réforme des hôpitaux. Là aussi, il est prévu d'évoluer vers une scission entre la rémunération du travail professionnel du prestataire de soins et la rémunération des frais de fonctionnement (pour le matériel médical, entre autres). À l'avenir, il sera uniquement possible de demander un supplément sur la rémunération du travail professionnel. Désormais, les frais de fonctionnement des hôpitaux seront pris en charge de manière directe. Il a été convenu que le plafonnement des suppléments d'honoraires serait neutre sur le plan budgétaire, au niveau macro, pour le secteur hospitalier.

Encourager le conventionnement

Bien entendu, le meilleur scénario pour le patient est qu'un maximum de prestataires de soins respectent les tarifs convenus et ne demandent aucun supplément. Nous y travaillons également dans le cadre de la nouvelle loi de réforme.

Nous ferons en sorte qu'il soit plus intéressant pour les prestataires de soins de se conventionner et de suivre les tarifs fixes. Par exemple, certaines primes (comme la prime de télématique ou la prime de pratique) ne seront plus accordées qu'aux prestataires conventionnés. Cela devrait permettre aux prestataires de soins qui respectent les tarifs d'être mieux soutenus pour développer leur pratique et d'indemniser les frais consentis.

Nous voulons également offrir plus de flexibilité aux prestataires de soins conventionnés afin de ne pas freiner l'innovation ou d'apporter une réponse plus rapide s'il apparaît que les tarifs fixes ne sont plus suffisants pour assurer une bonne pratique. Pour ce faire, nous introduirons des tarifs indicatifs : les prestataires de soins et les mutualités seront autorisés à augmenter temporairement (et d'une manière convenue) les tarifs dans un cadre bien défini et les prestataires de soins conventionnés auront la liberté de pratiquer ces tarifs plus élevés. Cette augmentation temporaire sera incluse dans le maximum à facturer afin que les patients soient protégés contre les dépenses trop élevées.

Travailler ensemble à une bonne mise en œuvre

Ces derniers mois, l'avant-projet a fait l'objet de nombreuses réunions de concertation. Tant au sein des structures du Comité de l'assurance de l'INAMI qu'avec les parties prenantes séparément

(syndicats de médecins spécialistes, organisations de médecins (dentistes), organismes assureurs, organisations faïtières d'hôpitaux...). Cette concertation a donné lieu à des ajustements essentiels. La concertation se voit également confier une très grande responsabilité, tant dans la fixation des plafonds maximums des suppléments d'honoraires que dans l'examen d'éventuels tarifs indicatifs pour les prestataires de soins conventionnés. Le rôle des organes de concertation dans la confection du budget est également maintenu.

Le ministre espère que tous ces chantiers de réforme se feront en bonne intelligence. « *Un gouvernement fort défend le patient et veille à ce que l'accès aux soins soit abordable pour tous. Des soins appropriés ne doivent pas dépendre de votre portefeuille ou devenir soudainement beaucoup plus chers parce que vous êtes dans une chambre individuelle à l'hôpital. Cette loi de réforme constitue une nouvelle étape importante dans notre lutte contre les suppléments et pour des soins abordables. Dans la période à venir, nous en appellerons à la responsabilité de chacun. Mais il faudra aussi oser briser certains tabous. C'est la seule façon de garantir que notre système de soins de santé demeure intact et qu'il reste abordable et de qualité à l'avenir. Nous partageons tous le même objectif : le bien-être des personnes.* »

Le but poursuivi est que les trois grandes réformes (révision du modèle de conventionnement, rééquilibrage de la nomenclature et réforme du financement des hôpitaux) entrent en vigueur simultanément, le 1^{er} janvier 2028.