

**Interpellation de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le mouvement de grève des médecins le lundi 7 juillet" (560001011)**

Monsieur le ministre, c'est du jamais vu depuis au moins 60 ans. Ce 7 juillet, un grand nombre de médecins, généralistes comme spécialistes, vont faire grève en laissant leur cabinet fermé et en n'assurant pas leurs consultations à l'hôpital, à cause de l'Arizona et à cause de votre avant-projet de loi-cadre jugé inacceptable. Ce qui frappe en première appréciation, c'est que le reproche ne concerne pas seulement le fond des mesures, mais aussi une absence de toute concertation jugée sérieuse et une vision jugée autoritaire des rapports entre État et professions médicales. Franchement, le mot autoritaire et le reproche d'autoritarisme en politique belge, on ne l'entend pas souvent. Même sous la loi pandémie et le Covid, je ne me souviens pas que le reproche ait été formulé. Vous conviendrez que soumettre volontairement cet avant-projet sans concertation auprès du monde médical et des prestataires de soins n'a guère de sens, si ce n'est brusquer sans vergogne les parties concernées. J'observe en outre que ce lundi, l'ensemble du Comité de l'assurance de l'INAMI s'est prononcé contre votre texte. Nous sommes donc dans une impasse, car quoi qu'on en dise, votre projet de réforme est brutal. D'abord, il y a évidemment la suppression du conventionnement partiel. Rappelons que celui-ci permet à des médecins de prêter deux types différents d'activités, des heures en milieu hospitalier et une activité complémentaire en externe, ce qui permet d'élargir les plages de consultation. Les syndicats médicaux craignent que la suppression de cette option de déconventionnement partiel incitera de nombreux médecins à supprimer ces plages élargies, avec le risque d'explosion des délais d'attente, ce qui conduira évidemment un grand nombre d'entre eux à se déconventionner totalement. Rappelons qu'aujourd'hui, le délai d'attente est actuellement de 81 jours pour un rendez-vous chez un spécialiste en Belgique. Dans un sondage récent du journal Le Spécialiste, près de la moitié des 5 000 médecins interrogés déclarent vouloir se déconventionner dans de telles conditions. Le déconventionnement partiel a pourtant la vertu de maintenir des soins abordables sans bloquer la flexibilité indispensable, surtout dans des grands hôpitaux et pour plusieurs spécialités en tension. De plus, dans le projet, seuls les médecins conventionnés pourront prétendre à certaines aides financières pourtant octroyées par l'INAMI, comme la prime télématique et la prime relative à l'organisation de la pratique des généralistes, destinée à couvrir des coûts réellement supportés. À l'avenir, toutes les primes et toutes les rémunérations forfaitaires pourraient donc être concernées. On voit sans difficultés le danger: les médecins déconventionnés risquent d'augmenter leurs tarifs en vue de compenser la perte de ces primes. L'autre grand grief est la limitation des suppléments d'honoraires. Je peux entendre qu'une réforme est nécessaire, notamment en termes de transparence. Je peux entendre qu'il faut que le patient soit pleinement informé de ce que vont financer d'éventuels suppléments. Est-ce pour du matériel médical, pour la rémunération des médecins? Mais ce que vous envisagez va achever un certain nombre d'hôpitaux sur le plan financier, surtout dans le sud du pays. Selon les calculs effectués par la fédération UNESSA, limiter les suppléments d'honoraires à 125 % en chambre individuelle en hospitalisation classique ou de jour, et à 25 % en ambulatoire, revient à plonger des hôpitaux dans une situation financière inextricable, et ce, dans un contexte où le secteur a enregistré depuis deux années consécutives un résultat d'exploitation négatif. En effet, sur les 690 millions d'euros de suppléments d'honoraires hospitaliers en chambre particulière, 300 millions d'euros

servent à financer les coûts de fonctionnement des hôpitaux. La fédération UNESSA dénonce même le caractère communautaire de pareilles décisions. Limiter les suppléments, comme vous l'envisagez, est une mesure qui aggrave les inégalités régionales. Les études de l'Agence InterMutualiste (AIM) démontrent que, vu les réalités immobilières hospitalières et sociales, les hôpitaux flamands ont la possibilité d'appliquer des suppléments d'honoraires sur une proportion plus élevée de leur population. Ainsi, pour obtenir un même montant total de financement hospitalier via les suppléments – 150 millions d'euros – les hôpitaux francophones doivent appliquer un pourcentage de suppléments plus élevé sur une population plus réduite. C'est ce qui explique qu'un plafonnement à 125 % se traduira par une perte pour les hôpitaux sur ce poste: moins 38 % pour la Wallonie, moins 58 % pour Bruxelles et seulement moins 17 % pour la Flandre.

Mes questions sont très simples, monsieur le ministre.

Quand on fait le compte, et qu'on voit ce que disent les médecins, les syndicats, les généralistes, les spécialistes, l'opposition, mais aussi vos partenaires politiques, qui soutient encore cette réforme? C'est une vraie question.

Quel est l'état de la concertation sur cet avantprojet de loi-cadre?

Quel calendrier souhaitez-vous appliquer à cette réforme si jamais vous persistez?

Que répondez-vous au fait que les mesures envisagées témoignent d'un climat de défiance totale entre vous et le secteur?

### **Réponse du Ministre**

Mijnheer de voorzitter, geachte Kamerleden, we zijn in deze regering gestapt omdat we willen hervormen in de arbeidsmarkt, de fiscaliteit, de pensioenen en de gezondheidszorg, en omdat we willen investeren, ook in de gezondheidszorg. Dat zullen we ook doen, met als de doelstelling de gezondheidszorg goed te houden en betaalbaarder te maken en om ongelijkheden te bestrijden, zowel wat betreft de patiënten als tussen zorgverstrekkers onderling, zodat we een robuust systeem voor de toekomst hebben. De methode is overigens heel duidelijk aangegeven in het regeerakkoord. Ik ben eigenlijk heel tevreden dat ik deze interpellaties heb gekregen omdat ze mij toelaten om alles nog even op een rijtje te zetten. Ik zal het eerst hebben over de kalender en het overleg. Het is absoluut noodzakelijk om de wijze waarop ziekenhuizen gefinancierd worden grondig te hervormen. Die financiering is duister, verkeerd, leidt tot overproductie en overconsumptie, is niet adequaat en zorgt voor conflicten tussen artsen en beheerders. Bovendien maakt de ziekenhuisfinanciering het niet mogelijk om te komen tot een eerlijk en correct systeem van zuivere vergoedingen voor artsen, waarop dan ook geen afdrachten meer geheven worden. We zijn de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur nu al drie jaar aan het voorbereiden, onder meer in focusgroepen van artsen-specialisten van het terrein, die discipline per discipline samen nadenken over hoe men hun taken en prestaties moet evalueren. We zijn daarin zeer ver gevorderd. Er is een werkgroep onder leiding van Jo De Cock, de oud-administrateur-generaal van het RIZIV. Hij overlegt al geruime tijd met de artsenvakbonden over de hervorming van de financiering en de vergoeding voor de consultaties, waarbij het echt gaat over de tijd die de arts investeert in de patiënt. De artsenvakbonden zitten in dat overleg mee aan tafel. Het zal resulteren in voorstellen die, overeenkomstig het regeerakkoord, tegen het einde van dit jaar klaar moeten zijn. Het regeerakkoord stelt dat er dan een jaar tijd is om alles af te ronden, om de nomenclatuur beter en eerlijker te maken voor de artsen en om de ziekenhuisfinanciering te hervormen in het belang van iedereen. Tevens stelt het regeerakkoord dat als daarover geen akkoord

bereikt wordt tussen de betrokkenen, artsenorganisaties, ziekenhuis– directies, ziekenhuiskoepels en mutualiteiten, de regering zelf knopen zal doorhakken voor het einde van 2026. In het regeerakkoord staat ook zeer uitdrukkelijk dat er een nieuw wetgevend kader moet zijn voor de totstandkoming en de inhoud van conventies voor het einde van dit jaar. Het regeerakkoord bepaalt letterlijk dat die nieuwe wetgeving voor het einde van dit jaar gepubliceerd moet zijn.

Veel elementen daarvan worden in algemene termen aangegeven in het regeerakkoord, niet in detail. Als men dus zegt te zullen nadenken over een nieuw conventiemodel en als die wetgeving gepubliceerd moet zijn voor het einde van dit jaar, dan gaat het uiteraard ook over de ereloonsupplementen. Ook dat staat letterlijk in het regeerakkoord. In het regeerakkoord staat ook dat de ereloonsupplementen moeten worden beperkt en verminderd, in samenhang met de herziening van de nomenclatuur. Ik citeer letterlijk: "Intussen," dus zonder te wachten op eender wat, "moeten we de excessen aanpakken en de ereloonsupplementen harmoniseren." Intussen, onmiddellijk, nu. Dat staat in het regeerakkoord. In vergelijking daarmee is mijn aanpak veel voorzichtiger, ik neem meer tijd. Ja, dat is zo. Ik zie lachende reacties, maar het is niet om mee te lachen. Ik weet waarom ik dat doe. Ik doe dat omdat het delicaat is. Ik weet waarom ik dat doe, mijnheer Dermagne. U moet daar niet mee lachen. Ik doe dat omdat het delicaat is. In plaats van onmiddellijk maatregelen te nemen tegen excessen en meteen de harmonisering door te voeren, in plaats van te beslissen dat het nieuw conventiemodel onmiddellijk van toepassing moet zijn, zoals eigenlijk in het regeerakkoord staat, heb ik meteen gesteld dat we de taken uit het regeerakkoord zullen uitvoeren, maar dat alles betreffende het nieuw conventiemodel en de supplementen in de praktijk niet eerder dan in 2028 ingevoerd zal worden. Ook voor de bestrijding van excessen en de harmonisering ben ik voorzichtiger, omdat ik weet dat het delicaat is, hoewel in het regeerakkoord staat dat dat nu moet gebeuren. Ik neem meer tijd dan het regeerakkoord voorschrijft, namelijk pas in 2028. Dat is volgens mij belangrijk. Aangezien het regeerakkoord bepaalt dat die wetgeving er voor het einde van dit jaar moet liggen en omdat ik een actieplan tegen fraude moet hebben dat begin volgend jaar up and running is, ben ik al in april met de artsorganisaties en de ziekenfondsen beginnen te spreken. Ik heb in april alle krachtlijnen van het ontwerp – niet de details of de cijfers – uitgelegd en om reacties gevraagd. Op 3 juni heb ik dat herhaald voor alle actoren van het Verzekeringscomité. Ik heb hen daarbij ook de tekst met alle details bezorgd en gevraagd om op 23 juni in het Verzekeringscomité alle commentaren te verzamelen. Ik heb gevraagd om die opmerkingen schriftelijk in te dienen en heb die ook gekregen. Vervolgens zullen we daarover goed gestructureerd overleggen. Dat doen we gewoon; dat is de afspraak. Mevrouw Sneppe, als dusdanig heeft het Verzekeringscomité geen advies gegeven. Ik heb van iedereen talloze opmerkingen en kritieken gekregen, vaak in verschillende richtingen, wat ook normaal is. De opmerkingen van de mutualiteiten gaan een andere richting uit dan die van de artsorganisaties. Dat is normaal. Ik heb dat allemaal ontvangen. Vanavond ga ik bijvoorbeeld alles grondig doornemen met de vakbonden van de artsen en de tandartsen, omdat zij samen een eigen akkoordensysteem hebben, en de mutualiteiten. Dat gaat niet alleen over punten en komma's. Alles is bespreekbaar, maar wel op basis van goede argumenten en met inachtneming van de doelstellingen: betaalbaarheid, tariefzekerheid en een eerlijke verloning voor artsen. We gaan alles bekijken. Alles is bespreekbaar, maar wel met die duidelijke doelstelling. Dat overleg loopt dus. Ik zou heel tevreden zijn als we over de pensioenhervorming en de arbeidsmarktflexibiliteit een even grondig overleg konden voeren. Dat gezegd zijnde, wil ik graag voor enkele zaken die ik heb aangehaald, precies duiden wat ze betekenen. Om te beginnen, inzake de aanpak van excessen en de

harmonisering stelt het regeerakkoord dat we daar onmiddellijk mee moeten beginnen. Nu, onmiddellijk. Ik doe dat niet, ik wacht, ik neem mijn tijd. Hoe valt het nu uit te leggen dat voor een bevalling in het ene ziekenhuis ereloon-supplementen worden aangerekend van, laten we zeggen, 600 tot 660 euro bijkomend en in een ander ziekenhuis drie keer zoveel? De vraag is onbeantwoord, dus ik moet hem herhalen. Dat valt toch moeilijk uit te leggen. Het is maar een van de vele voorbeelden. Ik stel voor dat we met ingang van 2028, niet vroeger, in het kader van de harmonisering en de bestrijding van excessen, vastleggen dat er in ziekenhuizen een plafond moet zijn van 125 % boven op het officieel tarief. Dat is het dubbele en een kwart erbij. Dat ligt nog steeds boven het gemiddelde, aangezien het gemiddelde 106 % bedraagt. Ik stel dus meer dan het gemiddelde voor.

Mevrouw Eggermont, u hebt een bijzonder vreemde interpellatie gehouden. Men kan toch niet tegelijkertijd zeggen dat het een verschrikkelijk slecht idee is omdat de tarieven zagezegd zullen stijgen en tegelijk beweren dat ik de ziekenhuizen naar het faillissement zou drijven. Probeert u alstublieft een argument te kiezen. Kies eens een argument. Kiest u misschien vooral langs welke kant u wilt staan. Ik verkies de kant van de patiënt. Monsieur DéFI, vous voulez en faire un débat communautaire. Et ce n'est pas une bonne idée. Ce n'est pas un débat communautaire. Pas du tout! Toutefois, si vous voulez en faire un débat communautaire, essayez de trouver des arguments qui tiennent la route! Ce que vous avez dit ici ne tient pas du tout la route. Pas du tout! Ik zal me in het Nederlands uitdrukken, omdat ik het in het Nederlands voor me liggen heb. Dat is allemaal gepubliceerd. U zegt hier dat het een aanval is op de Franstalige en de Brusselse ziekenhuizen, omdat die minder gefortuneerde patiënten hebben en ze dus minder ereloon-supplementen kunnen vragen. De feiten zijn echter gepubliceerd. Bij hoeveel hospitalisaties wordt een ereloon-supplement gevraagd? In Brussel bij 18 %, in Vlaanderen bij 13 %. Dat is toch minder? In Wallonië gaat het om 11 %. Geen groot verschil dus. Uw argument is totaal naast de kwestie, dat klopt totaal niet. Daar is gewoon niets van aan. Als u er graag een communautair debat van maakt, kijk dan naar de feiten. Ik ben daar niet voor. Het is geen communautair debat. Voor mij is het een ander debat. Ik zal extremen noemen. We kunnen een globale statistiek opmaken. Wat is de verhouding tussen de massa aan officiële erelonen die gevraagd worden en de supplementen erbovenop? Wat is die verhouding voor alle hospitalisaties, van rijke patiënten en arme patiënten, van Vlamingen, Brusselaars en Walen? Wat is de verhouding? Wel, er is een ziekenhuis in België waar die verhouding 7 % is. Voor elke euro officieel ereloon is er 7 cent supplement. Er is ook een ziekenhuis, mevrouw Merckx, waar de verhouding 101 % is. Voor elke euro aan het officiële tarief is er 1 euro supplement. Zelfde systeem, zelfde financiering, mevrouw Eggermont. In het ene ziekenhuis is er voor elke euro officieel ereloon echter 7 cent supplement, in het andere ziekenhuis is er voor elke euro officieel ereloon een euro supplement. Dat is wel moeilijk uit te leggen. Voor mij is alles bespreekbaar. Alles. Geen punten en komma's. Alles. Grondig. Ik hoop dat dit ook voor andere hervormingen zo zal zijn.

Men moet echter wel met feiten komen en de argumenten moeten uitgelegd worden. Misschien is er een uitleg voor. Het zou kunnen. Er zijn ziekenhuizen waar het 60 cent per euro is. Er zijn ziekenhuizen waar het 50 cent per euro is, of 30 cent. Men moet dit echter uitleggen. Ik hoop dat men ook correct kan zijn over andere zaken. Ik moet op mijn spreektijd beginnen letten. Mevrouw Sneppe, waarover gaat dat, die RIZIVnummers? Ik kan u het voorbeeld geven van een zogenaamde thuisverpleegkundige die in werkelijkheid een oplichter is, iemand die prestaties factureert die nooit geleverd zijn. Wat gebeurt er dan? Er wordt de betrokkene gezegd dat dat niet gaat, dat hij of zij dat moet terugbetalen en er wordt een boete opgelegd. Het jaar daarna factureert hij echter opnieuw en het jaar daarna

opnieuw. Ik heb er nu de tijd niet voor, maar ik kan u concrete dossiers voorlezen van zorgverstrekkers die voor meer dan een miljoen euro aan valse prestaties hebben gefactureerd. Zij moeten dat bedrag terugbetalen, maar doen dat niet en blijven gewoon verder factureren, jaar na jaar. De administrateur-generaal van het RIZIV kan uiteraard niet naast de computer gaan staan om te controleren wat daar binnenkomt aan facturen, om alle namen te checken en zich te herinneren dat die bepaalde persoon iemand is die eerder al op fraude is betrapt, om hem of haar dan tegen te houden. Het is veel eenvoudiger: het nummer waarmee wordt gefactureerd wordt geschrapt. Dat is veel eenvoudiger. (...): (...) 21.07 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, dat kan niet. Daar is geen enkele wettelijke basis voor. Dat is vandaag totaal discretionair. Mevrouw Sneppe, ik wil dat allemaal verduidelijken. Ik heb er geen enkel probleem mee dat de tekst misschien slecht geschreven is. Dat gaat niet over (...). Ik ben bereid om dat te doen. Soms wordt echter zorgverleners terecht de mogelijkheid ontzegd om hun beroep uit te oefenen wegens ernstige wantoestanden, zoals verslaving of andere misbruiken. Niettemin blijven zij actief. Ik kan u meerdere gevallen tonen van dergelijke personen die bleven werken en patiënten bleven ontvangen. Die patiënten wisten dat niet.

Omdat zij een terugbetaling kregen van hun mutualiteit, meenden zij dat alles in orde was, terwijl het gevaarlijk was. Er is een heel eenvoudige oplossing: zet dat nummer stil. Eerlijk gezegd, wie is daar nu tegen? Bent u daar nu tegen? Meent u echt dat u tegen die stilzetting bent? Is er iemand die van mening is dat van iemand die jaar na jaar frauduleus factureert en zich bezighoudt met oplichting – dat zijn geen zorgverstrekkers – het RIZIV-nummer niet mag worden stopgezet? Menen wij dat nu? Dat kunnen wij toch niet menen als wij het menen met solidariteit, met een zorgvuldige omgang met het geld van de sociale zekerheid en met het doel dat geld te laten terechtkomen bij eerlijke artsen, eerlijke thuisverpleegkundigen en niet bij oplichters? Het is dus inderdaad nodig, denk ik, dat we daar eens grondig doorheen gaan. Collega's, we gaan hierover zeer grondig overleggen en dat allemaal goed bekijken, met iedereen – artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, de koepels van de ziekenhuizen – zoals het hoort. We bespreken dat ook in de regering en we zullen ons houden aan het regeerakkoord. Wat de timing betreft, ben ik voorzichtiger dan het regeerakkoord, maar ik hoop dat u mij dat niet kwalijk neemt. Ik voer overleg zoals er, hoop ik, ook overleg zal worden gepleegd over het ontwerp betreffende de pensioenen en het ontwerp rond arbeidsmarktflexibiliteit. Daar ga ik van uit. Het gaat niet over punten en komma's. Waar het wel over gaat, collega's, is goede gezondheidszorg die betaalbaar blijft voor de mensen. Het gaat over het bestrijden van fraude, over excessen en over dingen die niet uit te leggen zijn. Het gaat over een systeem van gezondheidszorg waarin zelfstandigen aan de slag zijn – prima, daaraan zullen we niets veranderen – en waarin mensen individueel kunnen kiezen om al dan niet toe te treden tot de conventie. Ook daaraan zullen we niets veranderen. Aan de besluitvormingsprincipes van de medicomut wordt niets veranderd. Gewoon niets, in tegenstelling tot allerlei dingen die daarover verteld zijn. Niets. Het gaat over een eerlijk en solidair systeem.

Donc, je le répète, nous devons investir dans les soins de santé, et nous le faisons. Toutefois, il faut aussi réformer pour qu'ils restent de qualité, accessibles et abordables à l'avenir. Le projet proposé respecte les axes et le calendrier dans une interprétation plus prudente, cela dit. Le calendrier est repris très précisément dans l'accord de gouvernement. Outre cette réforme, d'autres initiatives importantes sont également à l'ordre du jour, notamment pour maintenir le budget de l'assurance maladie-invalidité sur la bonne voie en 2026 et pour préserver la marge d'investissement nécessaire afin de répondre aux besoins

nouveaux d'une population vieillissante. En parallèle, la préparation de la réforme du financement des hôpitaux et de la nomenclature se poursuit en vue d'un débat approfondi en 2026. Donc, évidemment, je souhaite que tous ces chantiers de réforme se déroulent en étroite concertation et sans tabou. Nous en appelons à la responsabilité de tous, en espérant que chacun prendra ses responsabilités. C'est la seule façon de garantir que notre système de soins de santé reste viable. Cela étant, je suis optimiste parce que les gens que je rencontre dans d'autres réunions sont motivés par le bien-être de leurs patients. Eh bien, nous aussi. C'est là-dessus que nous allons nous trouver. Par conséquent, poursuivons de la manière qui a été très bien prévue par l'accord de gouvernement.

### **Traduction DEEP L de la réponse ministérielle dans sa partie en néerlandais**

*Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les députés, nous sommes entrés dans ce gouvernement parce que nous voulons réformer le marché du travail, la fiscalité, les pensions et les soins de santé, et parce que nous voulons investir, y compris dans les soins de santé. Nous le ferons également, avec l'objectif de maintenir la qualité des soins de santé et de les rendre plus abordables, et de lutter contre les inégalités, tant entre les patients qu'entre les prestataires de soins de santé, afin de disposer d'un système solide pour l'avenir. D'ailleurs, la méthode est très clairement énoncée dans l'accord de coalition. Je suis d'ailleurs très heureux d'avoir reçu ces interpellations parce qu'elles me permettent de mettre un peu plus d'ordre dans tout cela. Je parlerai d'abord du calendrier et des consultations. Il est absolument nécessaire de réformer en profondeur le mode de financement des hôpitaux. Ce financement est obscur, erroné, conduit à la surproduction et à la surconsommation, est inadéquat et crée des conflits entre médecins et administrateurs. En outre, le financement des hôpitaux ne permet pas de mettre en place un système juste et correct d'honoraires purs pour les médecins, sur lesquels les remises ne sont donc plus prélevées.*

*Nous préparons depuis trois ans la réforme du financement des hôpitaux et de la nomenclature, y compris dans des groupes de réflexion de médecins spécialistes de terrain, qui réfléchissent ensemble, discipline par discipline, à l'évaluation de leurs tâches et de leurs performances. Nous sommes très avancés dans ce domaine. Il existe un groupe de travail dirigé par Jo De Cock, l'ancien administrateur général de l'INAMI. Il consulte les syndicats de médecins depuis un certain temps sur la réforme du financement et du remboursement des consultations, qui représentent en fait le temps que le médecin investit dans le patient. Les syndicats de médecins sont présents à la table de ces consultations. Elles déboucheront sur des propositions qui, conformément à l'accord de coalition, devraient être prêtes d'ici la fin de l'année. L'accord de coalition stipule qu'il y aura ensuite une année pour tout finaliser, pour améliorer la nomenclature et la rendre plus équitable pour les médecins et pour réformer le financement des hôpitaux dans l'intérêt de tous. L'accord de coalition prévoit également que si aucun accord n'est trouvé entre les parties prenantes, les organisations de médecins, les directions d'hôpitaux, les organisations faïtières d'hôpitaux et les mutualités, le gouvernement coupera lui-même les ponts avant la fin de l'année 2026. L'accord de coalition stipule également de manière très explicite qu'il doit y avoir un nouveau cadre législatif pour la création et le contenu des conventions d'ici la fin de l'année. L'accord de coalition stipule littéralement que cette nouvelle législation doit être publiée avant la fin de cette année.*

*De nombreux éléments sont énoncés en termes généraux dans l'accord de coalition, et non en détail. Ainsi, lorsqu'il dit qu'il envisagera un nouveau modèle de convention et que cette législation doit être publiée avant la fin de cette année, il parle évidemment aussi des*

suppléments d'honoraires. Cela aussi figure littéralement dans l'accord de coalition. L'accord de coalition stipule également que les suppléments d'honoraires doivent être limités et réduits, en conjonction avec la révision de la nomenclature. Je cite textuellement : "Entre-temps", donc sans attendre quoi que ce soit, "nous devons nous attaquer aux excès et harmoniser les suppléments d'honoraires". Entre-temps, tout de suite, maintenant. C'est ce que dit l'accord de coalition. En comparaison, mon approche est beaucoup plus prudente, je prends plus de temps. Oui, c'est vrai. Je vois des réactions souriantes, mais ce n'est pas pour rire. Je sais pourquoi je fais cela. Je le fais parce que c'est délicat. Je sais pourquoi je fais cela, Monsieur Dermagne. Il ne faut pas en rire.

Je le fais parce que c'est délicat. Au lieu de prendre immédiatement des mesures contre les excès et de mettre immédiatement en œuvre l'harmonisation, au lieu de décider que le nouveau modèle de convention doit s'appliquer immédiatement, comme le stipule en fait l'accord de coalition, j'ai immédiatement déclaré que nous accomplirons les tâches prévues dans l'accord de coalition, mais que tout ce qui concerne le nouveau modèle de convention et les suppléments ne sera pas mis en œuvre dans la pratique avant 2028. Je suis également plus prudent en ce qui concerne la lutte contre les excès et l'harmonisation, car je sais que c'est délicat, même si l'accord de coalition stipule qu'il faut le faire maintenant. Je prends plus de temps que ne l'exige l'accord de coalition, qui ne prévoit pas de délai avant 2028. Je pense que c'est important. Comme l'accord de coalition stipule que cette législation doit être mise en place pour la fin de cette année et que je dois disposer d'un plan d'action contre la fraude pour le début de l'année prochaine, j'ai commencé à discuter avec les organisations de médecins et les caisses d'assurance maladie dès le mois d'avril. En avril, j'ai expliqué toutes les grandes lignes du projet - pas les détails ni les chiffres - et j'ai demandé des réactions. Le 3 juin, j'ai répété cela à tous les acteurs du comité des assurances,

Ce faisant, je leur ai également fourni le texte avec tous les détails et je leur ai demandé de recueillir tous les commentaires lors de la réunion du comité des assurances le 23 juin. J'ai demandé et reçu ces commentaires par écrit. Nous en discuterons ensuite de manière bien structurée. C'est ce que nous ferons, c'est l'accord.

Madame Sneppe, en tant que tel, le comité des assurances n'a pas donné d'avis. J'ai reçu de nombreux commentaires et critiques de la part de tous, souvent dans des directions différentes, ce qui est également normal. Les commentaires des mutuelles vont dans un sens différent de ceux des organisations de médecins. C'est normal. J'ai reçu tout cela. Ce soir, par exemple, je vais tout passer en revue avec les syndicats de médecins et de dentistes, parce qu'ils ont ensemble leur propre système de conventionnement, et les mutuelles. Il ne s'agit pas seulement de points et de virgules. Tout est négociable, mais sur la base de bons arguments et dans le respect des objectifs : accessibilité financière, sécurité tarifaire et juste rémunération des médecins. Nous allons tout examiner. Tout est négociable, mais avec cet objectif clair. La consultation est donc en cours. Je serais très satisfait si nous pouvions avoir une consultation tout aussi approfondie sur la réforme des pensions et la flexibilité du marché du travail. Cela dit, je voudrais clarifier ce qu'elles signifient exactement pour certaines des questions que j'ai soulevées. Tout d'abord, en ce qui concerne la lutte contre les excès et l'harmonisation, l'accord de coalition stipule que nous devrions commencer à le faire immédiatement. Immédiatement. Je ne le fais pas, j'attends, je prends mon temps.

Comment expliquer que, pour un accouchement dans un hôpital, il y ait un supplément de 600 à 660 euros, par exemple, et que dans un autre hôpital, ce supplément soit trois fois

plus élevé ? La question reste sans réponse, je dois donc la répéter. C'est certainement difficile à expliquer. Ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Je propose qu'à partir de 2028, et pas avant, dans le cadre de l'harmonisation et de la lutte contre les excès, nous stipulions que les hôpitaux doivent avoir un plafond de 125 % en plus du tarif officiel. C'est le double et le quart de plus. C'est encore au-dessus de la moyenne puisque la moyenne est de 106 %. Je propose donc plus que la moyenne.

Madame Eggermont, vous avez fait une interpellation particulièrement étrange. On ne peut pas à la fois dire que c'est une très mauvaise idée parce que les taux vont augmenter, pour ainsi dire, et prétendre que je conduirais les hôpitaux à la faillite. Essayez de choisir un argument, s'il vous plaît. Choisissez un argument. Et surtout, choisissez le camp dans lequel vous voulez être. Je préfère le côté du patient.

(,,,) Monsieur DéFI (,,,) (en français dans le texte)

Je m'exprimerai en néerlandais, parce que j'ai le texte en néerlandais sous les yeux. Tout cela a été publié. Vous dites ici qu'il s'agit d'une attaque contre les hôpitaux francophones et bruxellois, parce qu'ils ont des patients moins riches et qu'ils peuvent donc demander moins de suppléments d'honoraires. Mais les faits ont été publiés. A partir de combien d'hospitalisations un supplément d'honoraires est-il demandé ? À Bruxelles, 18 %, en Flandre, 13 %. C'est sûrement moins ? En Wallonie, il est de 11 %. La différence n'est donc pas énorme. Votre argument est totalement hors sujet, c'est totalement faux. Il n'y a tout simplement rien à faire. Si vous voulez en faire un débat communautaire, regardez les faits. Je n'y suis pas favorable. Ce n'est pas un débat communautaire. Pour moi, c'est un autre débat. J'évoquerai les extrêmes. Nous pouvons établir une statistique globale. Quel est le rapport entre la masse des tarifs officiels et les suppléments qui s'y ajoutent ? Quel est ce rapport pour l'ensemble des hospitalisations, des patients riches et des patients pauvres, des Flamands, des Bruxellois et des Wallons ? Quel est ce rapport ? Eh bien, il y a un hôpital en Belgique où ce ratio est de 7 %. Pour chaque euro de frais officiels, il y a 7 centimes de supplément. Il y a aussi un hôpital, Mme Merckx, où le ratio est de 101 %. Pour chaque euro du tarif officiel, il y a 1 euro de supplément.

Même système, même financement, Madame Eggermont. Toutefois, dans un hôpital, pour chaque euro de tarif officiel, il y a un supplément de 7 centimes, dans un autre hôpital, il y a un supplément d'un euro pour chaque euro de tarif officiel. Mais c'est difficile à expliquer. Pour moi, tout est négociable. Tout. Pas de points ni de virgules. Tout. Tout à fait. J'espère qu'il en sera de même pour d'autres réformes.

Mais il faut présenter des faits et expliquer les arguments. Peut-être y a-t-il une explication. Elle pourrait l'être. Il y a des hôpitaux où c'est 60 centimes d'euro. Il y a des hôpitaux où c'est 50 centimes d'euro, ou 30 centimes. Mais il faut l'expliquer. J'espère que l'on peut aussi être correct sur d'autres points. Je dois commencer à surveiller mon temps de parole.

Madame Sneppe, de quoi s'agit-il, ces chiffres de l'INAMI ? Je peux vous donner l'exemple d'une soi-disant infirmière à domicile qui est en réalité une escroc, quelqu'un qui facture des services qui n'ont jamais été fournis. Que se passe-t-il alors ? On lui dit que ce n'est pas acceptable, qu'elle doit rembourser et on lui inflige une amende. Mais l'année suivante, il refait des factures, et l'année d'après encore. Je n'ai pas le temps, mais je peux vous lire des dossiers de prestataires de soins de santé qui ont facturé pour plus d'un million d'euros

de faux services. Ils devraient rembourser cette somme mais ne le font pas et continuent à facturer, année après année.

Bien entendu, l'administrateur général de l'INAMI ne peut pas rester à côté de l'ordinateur pour vérifier les factures qui arrivent, vérifier tous les noms et se souvenir que cette personne est quelqu'un qui a déjà été pris en flagrant délit de fraude, puis les arrêter. C'est beaucoup plus simple : le numéro utilisé pour la facturation est supprimé. C'est beaucoup plus simple. (...) : (...)

21.07 Ministre Frank Vandenbroucke : Non, ce n'est pas possible. Il n'y a pas de base légale pour cela. C'est totalement discrétionnaire aujourd'hui. Madame Sneppe, je tiens à clarifier tout cela. Je ne vois aucun inconvénient à ce que le texte soit mal rédigé. Il ne s'agit pas de (...). Je suis prêt à le faire. Cependant, il arrive que des prestataires de soins de santé se voient refuser, à juste titre, la possibilité d'exercer leur profession en raison d'abus graves, tels que l'addiction ou d'autres abus. Néanmoins, ils restent actifs. Je peux vous montrer plusieurs cas de personnes qui ont continué à travailler et à recevoir des patients. Ces patients ne le savaient pas.

Parce qu'ils ont été remboursés par leur mutuelle, ils pensaient que tout allait bien, alors que c'était dangereux. Il y a une solution très simple : faire taire ce numéro. Honnêtement, qui est contre cela ? Êtes-vous contre maintenant ? Croyez-vous vraiment que vous êtes contre cette fermeture ? Y a-t-il quelqu'un qui pense que le numéro INAMI ne devrait pas être supprimé par quelqu'un qui facture frauduleusement et se livre à des escroqueries année après année - il ne s'agit pas de prestataires de soins de santé ? Sommes-nous sérieux à ce sujet ? Nous ne pouvons certainement pas être sérieux si nous sommes solidaires, si nous gérons avec prudence l'argent de la sécurité sociale et si nous voulons que cet argent aille à des médecins honnêtes, à des infirmières à domicile honnêtes et non à des escrocs. Je pense donc qu'il est nécessaire d'examiner cette question en profondeur.

Chers collègues, nous allons en discuter de manière très approfondie et examiner tout cela avec soin, avec tout le monde - médecins, dentistes, kinésithérapeutes, organisations faïtières des hôpitaux - comme il se doit. Nous en discutons également au sein du gouvernement et nous nous en tiendrons à l'accord de coalition. En termes de calendrier, je suis plus prudent que l'accord de coalition, mais j'espère que vous ne m'en voudrez pas. Je consulte car, je l'espère, il y aura également une consultation sur le projet relatif aux pensions et sur le projet relatif à la flexibilité du marché du travail. C'est ce que je suppose. Il ne s'agit pas de points et de virgules. Ce dont il s'agit, chers collègues, c'est de soins de santé de qualité qui restent abordables pour les citoyens. Il s'agit de lutter contre la fraude, les excès et les choses qui ne peuvent être expliquées. Il s'agit d'un système de soins de santé dans lequel les indépendants sont employés - très bien, nous ne changerons rien à cela - et dans lequel les gens peuvent choisir individuellement de s'affilier ou non à la convention. Nous ne changerons rien à cela non plus. Rien n'est changé non plus en ce qui concerne les principes de décision du medicomut. Rien du tout, contrairement à toutes sortes de choses qui ont été dites à ce sujet. Rien du tout. Il s'agit d'un système équitable et inclusif.

Donc je le répète (en français dans le texte)

## Réplique de François DE SMET

Monsieur le ministre, mijnheer Vooruit, je me demandais l'autre jour comment ce gouvernement était parvenu, en étant autant ancré au centre droit, à se mettre à dos les magistrats, et puis les médecins, aussi rapidement. Et, en vous écoutant, durant ces 10 à 15 minutes, je crois que j'ai compris. En fait, on ne vous comprend pas. Personne ne vous comprend. Nous errons tous dans les ténèbres, et vous êtes le seul à avoir accès à la vérité et à la lumière des idées du monde de Platon. C'est assez extraordinaire. Nous avons tous tort. Nous, c'est-à-dire évidemment l'opposition, les médecins spécialistes et généralistes, les syndicats de médecins, et même vos collègues de la majorité qui s'expriment régulièrement. Ils n'ont visiblement pas lu le même accord de gouvernement que vous. On vous a mal compris, en fait. Vous êtes même gentil, vous n'exécutez pas l'accord de gouvernement aussi rapidement qu'il devrait l'être. Vous consultez davantage que ce que vous ne devriez. Il n'y a rien de communautaire, même si des acteurs de terrain, qui comparent la situation des hôpitaux en Flandre, en Wallonie, à Bruxelles pour des raisons objectives, par exemple la question de l'immobilier, affirment le contraire. Si vous menez les concertations avec le même dédain que vous venez de montrer vis-à-vis des parlementaires, je comprends que cela ne fonctionne pas. Et je suis inquiet pour la suite de vos réformes. Je dépose, moi aussi, une motion qui invite le gouvernement à reprendre la main, à instaurer une véritable concertation parce que ces réformes – qui doivent avoir lieu, c'est indispensable – ne peuvent fonctionner avec ce ton-là, cette méthodologie-là et ce mépris-là.