

Avant-projet de loi-cadre soins de santé

Section - Accord entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs

Analyse, points d'attention et propositions du CIN politique

1. Préambule

Le régime conventionnel est un mécanisme de concertation qui encadre la liberté tarifaire des prestataires de soins afin d'assurer une accessibilité financière suffisante aux soins de santé. Il s'agit d'un compromis entre l'Etat social et notre modèle de médecine libérale : grâce au régime conventionnel, les médecins ont pu conserver leur statut de profession libérale tout en s'inscrivant dans un cadre tarifaire négocié devant permettre d'assurer l'accessibilité financière aux soins – constitutif du droit fondamental à la protection de la santé.

Au cours des 15 dernières années, les taux d'adhésion aux accords et conventions ont sensiblement diminué pour certaines professions de soins et spécialités médicales, parfois même en dessous des seuils prévus par la loi pour leur entrée en vigueur.

Outre cette diminution tendancielle des taux d'adhésion, il est de plus en plus difficile de conclure de nouveaux accords et conventions avec les organisations professionnelles et il arrive de plus en plus fréquemment que ces dernières dénoncent les accords et conventions en cours de route sur base des multiples clauses de conventionnement qu'elles imposent lors de la négociation de ces accords.

Il y a un large consensus parmi les acteurs de l'assurance maladie pour considérer que le "compromis historique de 1964" ne permet plus d'assurer la sécurité tarifaire des patients dans toutes les régions du pays et pour toutes les professions de soins. Le statu quo n'est pas une option.

La réforme du conventionnement doit s'appuyer sur une bonne analyse de la situation sur le terrain et des rapports de force au sein du modèle actuel pour proposer des mesures fortes, susceptibles de freiner l'érosion des taux de conventionnement et d'assurer un niveau suffisant de sécurité tarifaire à tous les patients, dans toutes les régions du pays et pour tous les soins.

2. Analyse et points d'attention.

1. Plus de liberté tarifaire pour les conventionnés

- **Le modèle de « tarifs maximaux » ou « tarifs indicatifs » expérimenté chez les dentistes est pérennisé et élargi à tous les secteurs** y compris paramédicaux. Les tarifs indicatifs sont intégrés dans le maximum à facturer. Ils sont facturables aux patients BO (BIM matière CCA) par les prestataires de soins conventionnés. Chez les médecins et les dentistes les tarifs indicatifs remplacent le système de conventionnement partiel qui est supprimé

Analyse, points d'attention

Nous sommes favorables à la suppression du conventionnement partiel. Par contre nous estimons que la généralisation du mécanisme des tarifs indicatifs n'est pas la bonne piste pour freiner le déconventionnement et assurer la sécurité tarifaire des patients.

Nous pointons ci-dessous les risques que comporte cette extension des tarifs indicatifs.

1. Impact des « tarifs indicatifs » sur le taux de conventionnement

- Les « tarifs indicatifs » s'appuient sur l'hypothèse non démontrée que le déconventionnement serait le résultat des tarifs « insuffisants » de l'assurance maladie par rapport à la valeur de l'acte médical et aux coûts directs ou indirects qu'il induit.
- Comme l'a montré l'expérience des « tarifs maximaux » dans les soins dentaires, il n'y a aucune garantie qu'une revalorisation des honoraires pré-financée par les patients via les tarifs indicatifs, permettent de freiner l'érosion du taux de conventionnement et encore moins d'inciter des prestataires de soins déconventionnés d'adhérer à la convention. Au contraire, une fois expérimentée par le prestataire de soins conventionné, la possibilité de facturer des tarifs indicatifs pourrait bien être une étape vers le déconventionnement total (comme cela est le cas pour le conventionnement partiel chez les dentistes).

2. Impact des « tarifs indicatifs » sur la sécurité tarifaire des patients

- La généralisation des tarifs indicatifs à tous les secteurs de soins alors que le phénomène du déconventionnement reste limité à certaines professions/spécialités et localisés dans certaines provinces/régions/arrondissements présente le risque d'augmenter l'insécurité tarifaire pour les professions et/ou dans les régions où le taux de conventionnement reste très élevés.
- Les tarifs indicatifs combinés au plafonnement des suppléments d'honoraires (voir leur interdiction dans certains cas) et à la suppression de la règle des -25% chez les

paramédicaux déconventionnés auront comme conséquence que le prestataire de soins conventionnés sera plus cher pour le patient que le prestataire de soins non-conventionnés dans de nombreuses situations (cf. pour les patients BIM, les patients hospitalisés en chambre commune ou en chambre particulière pour raison de santé, si le tarif indicatif dépasse le plafond de supplément d'honoraire limité à 25%). Le système risque de devenir illisible pour le patient et le taux de conventionnement – valeur de référence pour l'entrée en vigueur des accords - risque de ne plus refléter correctement le niveau de sécurité tarifaire.

3. Impact des « tarifs indicatifs » sur la concertation

- Les « tarifs indicatifs » vont créer un appel d'air pour les organisations professionnelles de prestataires de soins qui voudront exploiter au maximum ce nouvel espace de liberté tarifaire mettant les mutualités sous pression dans le cadre de la négociation des accords.
- Une fois approuvés, l'intégration des prestations à « tarifs indicatifs » dans la nomenclature des soins de santé deviendra une priorité budgétaire des différentes commissions de convention ce qui risque de phagocyter les marges disponibles pour la revalorisation des honoraires des prestataires de soins au détriment de mesures en faveur de l'accessibilité et la qualité des soins.
- Le caractère « temporaire » des tarifs indicatifs n'est pas défini dans la loi car il est en réalité conditionné à la disponibilité de marges budgétaires. Si ces moyens budgétaires ne sont pas au rendez-vous, le caractère temporaire pourrait dès lors bien devenir « définitif » débouchant sur une forme de privatisation de l'assurance maladie.
- **Exigences particulières (aujourd'hui uniquement pour les médecins et les dentistes) généralisées à tous les secteurs.** Ces exigences particulières sont plafonnées. Parallèlement la possibilité prévue dans les accords pour les conventionnés de facturer des suppléments d'honoraires pour des prestations dispensés à des bénéficiaires dont les revenus annuels dépassent un certain montant à fixer dans les convention est supprimé.

Analyse, points d'attention

- En plus des « tarifs indicatifs », les paramédicaux conventionnés (cf. kinés, logo, soins à domicile, sages-femmes) pourront également facturer des suppléments d'honoraires pour exigences particulières du patient. La liberté de facturer des frais au patients pour les conventionnés est donc très fortement élargie par la réforme alors que – hormis les kinés – le taux de conventionnement est très élevés pour ces

professions de soins (cf. 82% loges, 85% sages-femmes, 99,8% infirmiers à domicile, 64% pour les kinés)

- Nous soutenons le plafonnement des exigences particulières à maximum 25% de l'honoraire

2. Moins de liberté tarifaire pour les non-conventionnés.

- **la loi donne compétence au Roi de limiter les suppléments d'honoraires en fixant un supplément maximal (en % max ou en montant maximal) à une date et pour des prestations qu'il détermine**
- **Un montant maximal facturable au bénéficiaire 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.

Analyse, points d'attention

- Nous soutenons le principe du plafonnement des suppléments d'honoraires à l'hôpital comme en ambulatoire. Nous sommes également favorable à limiter cette facturation à la partie professionnelle de l'honoraire comme annoncé dans la réforme du financement hospitalier.
- La limitation à un pourcentage maximal du montant des honoraires servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance ne nous semble toutefois pas suffisante pour protéger le patient de suppléments d'honoraires importants et n'est pas non plus une garantie de limitation globale des suppléments d'honoraires demandés aux patients.
- La loi fixe des seuils de 25% en ambulatoire et de 125%. Sur base de nos chiffres, les le taux de supplément moyen dans les hôpitaux flamands est 105%. A l'inverse, si le taux effectif de suppléments moyen est de 145% dans les hôpitaux wallons, en ambulatoire hospitalier ce sont les tarifs conventionnés qui sont généralement appliqués. Avec ces seuils, il y a donc des marges importantes d'ajustement vers le haut des suppléments d'honoraires à l'hôpital en Flandre et en ambulatoire en Wallonie.
- Enfin, la disposition ne s'appliquera qu'à partir du 1^{er} janvier 2028 parallèlement à la mise en route de la réforme de la nomenclature et du financement hospitalier. Or au niveau hospitalier, la loi ne précise pas non sur quelle partie de l'honoraire (professionnelle,

frais de fonctionnement) s'appliquera les seuils de 125% d'ores et déjà inscrit dans la loi. La réforme prévoyait de limiter la perception de suppléments d'honoraires à la partie professionnelle. Est-ce encore l'ambition ?

3. Lier davantage le financement des prestataires de soins au conventionnement

- **Primes et avantages réservés aux conventionnés** : Ceci comprend les interventions suivantes : l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes, prime télématique, coûts liés à l'organisation d'une pratique, prime informatique pour les pharmaciens, intervention pour les charges administratives aux infirmiers et aux aides-soignants, intervention pour les charges administratives aux infirmiers et aux aides-soignants. Si un accord ou un document ne peut pas entrer en vigueur, aucune intervention ne peut être accordée.

Analyse, points d'attention

- Nous soutenons le principe de conditionner toutes les primes et avantages au conventionnement. La sécurité sociale finance 82% des revenus des prestataires de soins indépendants, il est donc normal qu'une partie de ces moyens issus de la collectivité soient utilisés pour encourager le prestataire de soins à respecter les tarifs de l'assurance maladie et assurer l'accessibilité aux soins de la population.
- Question : pourquoi exclure l'accréditation des médecins des avantages octroyés aux seuls prestataires conventionnés alors que l'accréditation des dentistes serait bien conditionnée au conventionnement ? Par ailleurs, si on exclut l'accréditation, on se prive du seul levier pour encourager les médecins spécialistes à se conventionner les autres primes listées plus haut ne les concernant pas.
- **Financement des organisations professionnelles fonction du taux de conventionnement des affiliés**

Analyse, points d'attention

- Le principe de responsabiliser les organisations professionnelles de prestataires de soins sur les taux d'adhésion aux accords pourrait être un levier pour augmenter le taux de conventionnement. Mais lier le financement des organisations professionnels au taux de conventionnement ne devrait s'envisager que lorsqu'un accord a effectivement été conclu en commission de convention entre les organisations professionnelles et les organismes assureurs.

4. Suppression de la pénalisation financière pour paramédicaux non-conventionnés (cf. remboursement réduit de -25% pour BO si 60% d'adhésion)

Analyse, points d'attention

- La règle des -25% est un levier important qui permet d'assurer des taux de conventionnement élevés pour la plupart des professions paramédicales (cf. 82% logos, 85% sages-femmes, 99,8% infirmiers à domicile). La suppression de cette règle risque d'augmenter le déconventionnement dans ces professions.

5. **Harmonisations des conditions d'entrée en vigueur des accords** (ou documents soumis par le comité de l'assurance, Ministre si pas d'accord conclu) et **conséquences de non entrée en vigueur d'un accord** (ou documents soumis par le comité de l'assurance ou Ministre si pas d'accord conclu)

Conditions d'entrée en vigueur :

- **Si seuil minimum légal de 60% d'adhésion pas atteint au niveau national pas d'entrée en vigueur des accords**
- **Le recensement par région**, et par conséquent la possibilité qu'un accord n'entre en vigueur que dans certaines régions si le seuil de 60% d'adhésion n'est pas atteints, **est supprimé.**

Conséquences si accord n'entre pas en vigueur

- **Le Roi fixe les tarifs maximums des honoraires et la base de calcul de l'intervention de l'assurance maladie**

- **La masse d'indexation de l'année n'est pas octroyée.**

Analyse, points d'attention

- Nous sommes favorables de lier l'entrée en vigueur des accords à un seuil minimum légal de conventionnement (c'est déjà prévu dans la loi pour les accords mais pas pour les conventions). Si un accord tarifaire ne suscite pas suffisamment d'adhésion que pour assurer un niveau suffisant de sécurité tarifaire à la population, il n'atteint pas son objectif et ne peut donc entrer en vigueur. Il faut renégocier.
- Si un accord ne peut entrer en vigueur, il faut disposer d'un filet de sécurité qui garantit l'accessibilité financière aux soins dans toutes les régions du pays. Nous sommes dès lors favorables à la fixation automatique des tarifs maximums par le Roi en l'absence d'entrée en vigueur d'un accord.
- Par contre la suppression du recensement par région/arrondissement va avoir pour conséquence que ce filet de sécurité ne s'appliquera pas ou très rarement. En effet, mis à part quelques spécialités médicales (cf. dermatologues, ophtalmologues, gynécologues), les taux de conventionnement dépassent généralement les 60% au niveau national pour la grande majorité des professions de soins. Comme souligné plus haut, le déconventionnement reste un problème limité à certains professions et localisé à quelques arrondissements/provinces. Il nous semble dès lors paradoxal de durcir la fixation des tarifs au niveau légal et de supprimer parallèlement le recensement au niveau des arrondissements alors que la volonté doit être d'assurer une sécurité tarifaire suffisante des patients là où ils habitent.
- Nous sommes favorables à conditionner l'octroi de la masse d'indexation d'une année à l'entrée en vigueur d'un accord.

6. Des accords plus solides et plus stables.

Les conditions sous lesquelles un accord peut être dénoncé sont fixées par la loi et les motifs de dénonciation limité à des mesures discrétionnaires du Roi ou du Conseil général limitant les honoraires, en dehors des mesures prévues dans les nouveaux mécanismes de responsabilisation budgétaire.

Analyse, points d'attention

- Ces dernières années, certaines organisations professionnels ont imposés de multiples clauses de dénonciation fragilisant les accords et les conventions ce qui a créé une forte instabilité. Nous sommes donc favorables à ces dispositions.

3. Propositions

Le CINpol salue les mesures fortes reprises dans l'avant-projet de loi qui vont dans le sens d'un renforcement de la sécurité tarifaire des patients : le plafonnement des suppléments d'honoraires à l'hôpital et en ambulatoire, la suppression du conventionnement partiel, la volonté de réserver les primes et avantages financés par l'assurance maladie aux prestataires de soins conventionnés, le lien entre l'octroi de l'indexation des honoraires et l'entrée en vigueur des accords.

Par contre la généralisation du mécanisme des « tarifs indicatifs » - combinée à celle des exigences particulières – et la suppression du remboursement différencié présentent le risque d'augmenter l'insécurité tarifaire, en particulier pour les professions de soins et/ou dans les régions où les taux de conventionnement reste très élevés. Dans de nombreuses situations, le prestataire de soins conventionné deviendrait plus cher pour le patient que le prestataire de soins non conventionné rendant le système illisible pour le patient et déconnectant le taux de conventionnement – valeur de référence pour l'entrée en vigueur des accords – du niveau réel de sécurité tarifaire.

Nous formulons dès lors une alternative concrète et équilibrée à la généralisation des « tarifs indicatifs » avec une « carotte » mais aussi un « bâton » afin de répondre aux problèmes de déconventionnement observés sur le terrain.

1. Renforcer l'attractivité financière du conventionnement (sans la faire payer au patient)

Nous nous inscrivons dans la volonté de conditionner davantage le financement des prestataires de soins par l'assurance maladie au statut de conventionnement, mais nous proposons d'aller plus loin pour exercer un **véritable effet levier en faveur du conventionnement**. Concrètement, nous proposons

- **Réserver toutes les primes et avantages existants aux prestataires de soins conventionnés.** Les marges budgétaires dégagées permettraient d'augmenter les primes en question.
- **Octroyer l'indexation des honoraires si le seuil minimum légal de 60% d'adhésion est atteint et uniquement aux prestataires de soins conventionnés.** Les marges budgétaires dégagées chaque année seraient recyclées en une « **prime annuelle de conventionnement** » qui viendrait s'ajouter au statut social du prestataire de soins conventionné.

- **Augmenter significativement le montant du statut social des médecins et dentistes conventionnés** en recyclant le budget libéré par la suppression du statut de conventionnement partiel.
- Il est prévu de supprimer l'accréditation des médecins et d'utiliser le budget (soit 500 millions €) pour financer la réforme de la nomenclature. Pour encourager le conventionnement des médecins (en particulier des spécialistes), **nous proposons que la moitié du budget libéré par la suppression de l'accréditation (soit 250 millions €) soit allouée à une augmentation du statut social des médecins.**

2. Instaurer un « bouclier tarifaire »

Le « bouclier tarifaire » est un **mécanisme qui plafonnerait automatiquement les tarifs lorsque la sécurité tarifaire des patients n'est plus assurée.**

Ce « bouclier tarifaire s'appliquerait :

- **Au niveau national et régional** (arrondissement)
- **Par profession de soins et spécialité médicale.**
- Lorsque le taux de conventionnement des prestataires de soins tombe **en dessous du seuil minimum légal de 60%** calculé sur les **prestataires de soins réellement actifs.**