UNESSA

Exposé des positions d'UNESSA

Contre la limitation des suppléments d'honoraires à 125%

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 dans un contexte où le secteur a enregistré depuis deux années consécutives un résultat d'exploitation négatif (-0,85%, MAHA 2024). Certes, le ministre Vandenbroucke rapporte que les suppléments d'honoraire rétrocédés au secteur hospitalier représentent peu dans leur résultat d'exploitation (1,5%). Mais creuser cette perte (-0,85 – 1,5 = 2,35%) « tuera » financièrement plus de la moitié des hôpitaux belges, particulièrement dans les régions francophones du pays, a pu calculer UNESSA.

En effet, environ 300 millions d'euros des 690 millions de suppléments d'honoraires hospitaliers en chambre particulière, servent à financer les coûts de fonctionnement des hôpitaux (données AIM 2023). Limiter les suppléments à 125% entraînerait, selon les calculs d'UNESSA, une perte financière estimée à 95,6 millions d'euros, équivalant à 1.250 ETP d'infirmiers non finançables, dans un secteur déjà en sous-effectifs et sous pression continue.

La situation actuelle des moyens publics ne permet pragmatiquement pas une compensation fédérale. Elle n'est d'ailleurs évoquée à aucun moment dans le document du Ministre. Il y a fort à craindre que les communes, les provinces voire les régions (via le CRAC ou d'autres actions) soient contraintes de financer des primes de rétention, voire le paiement des salaires ainsi que la compensation du déficit annuel des comptes de l'hôpital. C'est un des effets pervers sur les finances publiques locales ou régionales qu'une limitation des suppléments d'honoraires pourrait entraîner et qu'il faut anticiper.

Et finalement que veut le ministre avec cette mesure ?

- Payer moins les médecins : les médecins avec la part des 690 millions qu'ils conservent (490 Millions) sont-ils trop bien payés ? D'après la Revue belge de sécurité sociale (2015), les suppléments d'honoraires représentent, en moyenne, 10% des revenus des médecins belges. Tout est relatif lorsqu'on parle rémunération : les médecins de notre pays sont - en moyenne et dans la majorité des spécialités médicales - moins rémunérés que leurs voisins allemands, français ou néerlandais. Et nous ne parlons même pas du Luxembourg. Les sauts d'index répétés de ces dernières années (-100% en 2011, -66% en 2012, -100% en 2014, -100% en 2015, -100% en 2016, -66% en 2017) auxquels s'ajoute un retard d'indexation légal de 12 mois, y sont pour beaucoup. Toute réduction risque d'amplifier les écarts salariaux médicaux avec les pays voisins (Allemagne, France, Pays-Bas) et d'aggraver la fuite des médecins, particulièrement dans les régions frontalières et rurales (avec un risque de prolifération des déserts médicaux). Pour la Wallonie, ce serait une double peine (pensons à la Province du Luxembourg, au sud du Hainaut, …). On peut facilement imaginer une région rurale en pénurie de médecins qui sera également désertée vu la proximité d'une frontière.

- Augmenter l'accessibilité financière aux soins des patients : en 2022, le pourcentage de la population belge ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits s'élevait à 0,9% ce qui est 30% en dessous de la moyenne européenne (1,2% pour EU14).

- Contrairement aux idées reçues, un faible pourcentage des admissions hospitalières inclut des suppléments (12,3 % en 2022). De plus, ceux-ci ne concernent ni les urgences ni les soins intensifs, qui sont légalement tenus d'offrir des soins sans suppléments. Il est aussi important de rappeler que les suppléments d'honoraires sont d'ailleurs très majoritairement supportés par des assureurs privés ou des assurances mutualistes[1]. Leur réduction leur profiterait au premier chef, sans garantir une meilleure accessibilité financière de la population aux soins. A nouveau, dans ce projet de loi, rien n'est écrit sur une quelconque participation financière de ces assureurs qui seraient les réels grands gagnants du système, au contraire du patient.
  Enfin, certes, la part de contribution personnelle des ménages dans les dépenses de santé courantes est légèrement plus élevée en Belgique qu'en Europe (17,9%, contre 16,5% pour EU14) ; pour interpellant qu'ils soient, de tels chiffres ne peuvent être isolés du faisceau d'indicateurs duquel ils relèvent. Ainsi, ce pourcentage doit nécessairement être considéré en regard du fait que :

  a. Dans l'ensemble, la part des contributions personnelles dans les dépenses totales de santé a diminué d'environ 2% depuis 2010 ;
  b. Après être restée relativement stable autour de 3,9% entre 2010 et 2019, la part des contributions personnelles dans la consommation finale des ménages est tombée à 3,6% en 2020 (contre 2% pour l'alcool et le tabac et 14% pour les restaurants et les loisirs).
  c. La part des contributions personnelles dans les dépenses totales de santé varie considérablement selon le type de soins. Elle est particulièrement élevée pour les soins dentaires et les dispositifs médicaux (lunettes, appareils auditifs, etc.).

À ce titre, UNESSA se questionne sur les choix posés en matière de priorité : les suppléments d'honoraires en hôpital ne représentent qu'une partie limitée de la participation « out of the Pocket » (OOP) des patients en matière de soins de santé (6,4% de la part OOP totale). Il serait plus judicieux d'agir en priorité sur des niches plus impactantes et avec moins de conséquences sur l'offre de soins. Par exemple, il serait plus pertinent de réfléchir, en priorité, à des mesures pour diminuer la participation des patients dans les soins dentaires (65%, contre 53% EU 14, 11,7% OOP) et pour les produits pharmaceutiques en officine (20,3% OOP), ou dans les secteurs où les prix sont plus élevés qu'au sein l'UE (implants, lunettes, appareils auditifs, etc.). Ces domaines nécessitent une attention immédiate pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé si c'était réellement l'intention du ministre plutôt qu'une action purement démagogique ou idéologique.

[1] 75% des patients bénéficient d'une assurance + 20% bénéficiaires de l'intervention majorée - les BIM, sont exemptés de suppléments.

Le système des suppléments d'honoraires peut même être interprété comme un mécanisme de solidarité, maintenant un système de soins de santé accessible au plus grand nombre. Les épaules les plus larges ou les mieux assurées contribuent à maintenir notre système de soins sur pied. Ces suppléments financent, par exemple, le maintien de l'outil, les rénovations de bâtiments, l'amélioration de la qualité des soins et du bien-être des patients, le financement de l'innovation ou des projets hospitaliers essentiels (psychologues, soutien aux patients en chimiothérapie...), ce qui bénéficie à tous les patients et pas qu'à ceux qui paient les suppléments.

Limiter les suppléments est une mesure qui aggrave les inégalités régionales et protège l'électorat du ministre Vandenbroucke : les études de l'agence intermutualiste ont pu démontrer que, vu les réalités immobilières hospitalières (nombre de chambres seules) et sociales, les hôpitaux flamands ont la possibilité d'appliquer les 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 €), les hôpitaux francophones doivent appliquer un pourcentage de suppléments plus élevés sur une population plus réduite. C'est ce qui explique qu'un plafonnement à 125% se traduira par une perte des hôpitaux sur ce poste à -38% pour la Wallonie, -58% pour Bruxelles et seulement -17% pour la Flandre. Dans son interview à la VRT, le ministre lui-même rassure son opinion en précisant que la cible est essentiellement les hôpitaux francophones du pays (https://www.vrt.be/vrtmax/a-z/terzake/2025/terzake-d20250611/?ndl=true).

Et la situation pourrait encore être bien pire que cela : en effet, le moment que choisit le ministre est mal venu : en 2028, si l'administration ne prend aucun retard (on peut rêver), sera lancé une réforme totale à la fois du financement des médecins et à la fois du financement hospitalier. La fédération UNESSA souligne que dans tous les pays où de telles réformes ont été entreprises, il a fallu lancer en urgence des plans de sauvetage de certaines spécialités médicales lésées, de certains hôpitaux ou de certaines localités qui ont subi des effets pervers du système.

Sans suppléments d'honoraires adéquats, ces effets pervers seront amplifiés et les communes, localités et régions devront soit accepter de se retrouver totalement sans couverture desoins soit engager des dépenses imprévues en urgence.

Il est dès lors indispensable de lancer la réforme puis de prévoir une période tampon pour appréhender les maladies de jeunesse d'un nouveau système de financement – nomenclature et DRG - avant d'encore réduire le financement du système : Ne mettons pas la charrue avant les bœufs, sans quoi la charrue sera piétinée par les bœufs.

Proposition UNESSA :
Immuniser le système actuel des suppléments d'honoraires, Au terme d'une période de transition et d'évaluation de deux années suivant l'implémentation effective de la nouvelle nomenclature des honoraires médicaux, nous proposons de réévaluer la modération des suppléments d'honoraires compte-tenu des coûts et du nouveau financement hospitalier prospectif basé sur les pathologies. Dans l'intervalle, si des actions veulent être entreprises sur l'accessibilité financière aux soins, nous suggérons d'autres voies d'action (prix du matériel médical, usage rationnel du médicament, …)

UNESSA

Maintien du mécanisme de conventionnement partiel

Le conventionnement partiel permet à des médecins de prester deux types différents d'activités, par exemple des heures en milieu hospitalier (le plus souvent conventionnées) et une activité complémentaire en externe. Ce mécanisme couvre aussi des consultations en soirée et permet d'élargir les plages de consultations. Compte tenu de la pénibilité de ces horaires et du surcoût du personnel, de nombreux médecins optent pour un déconventionnement partiel durant ces heures.
En moyenne, le délai d'attente est actuellement de 81 jours pour un rendez-vous chez un spécialiste en Belgique (source Test-achats) ce qui est déjà problématique selon les déclarations du Ministre Vandenbroucke lors d'une interpellation à la chambre des représentants le 17/6/2025. Nous sommes convaincus que la suppression de cette option de déconventionnement partiel motivera de nombreux médecins à supprimer ces plages élargies, ce qui fera bondir les délais d'attente, et/ou les conduira à se déconventionner totalement. Dans un sondage récent du journal « le spécialiste », près de la moitié des 5000 médecins interrogés déclarent vouloir se déconventionner dans ces conditions.

On pourrait croire qu'avec seulement 8 à 12% de médecins partiellement conventionnés, l'impact d'une suppression serait marginal. C'est une erreur car la majorité de ces médecins travaillent en milieu universitaire. En effet, la pratique usuelle dans les CHUs est de proposer au médecin de travailler 80% de son temps sous statut salarié en mode conventionné et de compléter ses revenus en indépendant complémentaire déconventionné. Ce complément permet au CHU de combler l'écart de rémunération avec les autres options ouvertes au médecin. Sans ce complément, les CHUs craignent de voir leurs rangs se déserter.

De plus, dans plusieurs hôpitaux souhaitant proposer une activité totalement conventionnée, les services utilisent la formule partielle pour attirer des profils « seniors » fonctionnant la majorité de leur temps en mode déconventionné en externe mais acceptant un petit temps de travail de consultant (2-4 dixièmes) conventionné. Outre l'augmentation de l'offre hospitalière, cet accroissement du nombre de médecin permet d'augmenter le nombre de médecins disponibles pour organiser les rôles de garde. Sans eux, il faudrait augmenter les forfaits de garde ou fermer des services (maternités, urgences pédiatriques), ce qui engendrerait des conséquences indirectes en termes de santé publique et de financement hospitalier

Le déconventionnement partiel est donc une solution de compromis qui maintient des soins abordables sans bloquer la flexibilité indispensable, surtout dans les grands hôpitaux et pour plusieurs spécialités en tension.
En le supprimant, le ministre Vandenbroucke obtiendrait l'effet inverse de ce qu'il souhaite.

Proposition d'UNESSA :
Conserver le statut de conventionnement partiel des médecins.

UNESSA

Primes INAMI exclusivement liées aux objectifs visés

L'article 52/2 de l'avant-projet de loi précise que seuls les médecins conventionnés pourront prétendre à certaines aides financières octroyées par l'INAMI. Cette disposition concerne actuellement la prime télématique (actuel art. 36sexies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994) et la prime relative à l'organisation de la pratique (art. 36octies de la même loi) des généralistes. Ces primes sont destinées à couvrir des coûts réellement supportés.

À l'avenir toutes les primes et toutes les rémunérations forfaitaires pourraient donc être concernées. Selon UNESSA, les médecins déconventionnés risquent d'augmenter leurs tarifs en vue de compenser la perte de ces primes.

En outre, les primes constituent la contrepartie des coûts encourus et des efforts déployés et n'ont rien à voir avec le conventionnement en tant que tel. La prime télématique, par exemple, a pour but de financer l'informatisation du dossier médical. La conditionner à autre chose revient à accepter qu'un modèle dual se développe dans notre pays : des dossiers informatisés reliés aux autorités pour les conventionnés, d'une part, un système parallèle, opaque et non connecté, pour les déconventionnés, d'autre part. La mesure encouragera l'avènement d'un système dichotomique.

Proposition UNESSA :
Maintenir un système de prime où sont liés financement et objectif de santé recherché par la prime. C'est en effet, le seul moyen de pouvoir mesurer les retours sur investissement dans le cadre d'une gestion saine des moyens publics.

Refus de la non-indexation des honoraires en cas de désaccord des syndicats médicaux avec le ministre

Disposition rejetée dans sa globalité par l'ensemble du secteur, elle nécessite toutefois des précisions. Parle-t-on des honoraires participant au financement des frais de fonctionnement des institutions qui sont soumis à l'inflation des coûts du matériel et à l'indexation des salaires des personnels de soins ? Dans l'affirmative, cette mesure est à même de pousser à la faillite un grand nombre d'organisation de soins.

En 2023, selon l'étude MAHA, les honoraires dans leur ensemble représentaient 7,88 milliards EUR de recettes au sein des hôpitaux généraux belges, hors hôpitaux universitaires. De cette masse globale, on estime que 2,98 milliards EUR (38%) ont contribué au financement des frais de fonctionnement de ces hôpitaux. Sur cette base, une non-indexation de 2% correspondrait à une perte sèche pour les gestionnaires hospitaliers d'environ 65 millions EUR sur une année. Celle-ci viendrait détériorer encore un peu plus le résultat courant négatif des hôpitaux généraux belges.

Et alors que se passera-t-il ? Des faillites ? Un sauvetage par les autorités locales condamnée à s'endetter pour compenser l'économie faite par le ministre de la Santé ? Une augmentation des coûts pour le patient ? Cette mesure est donc un bras de fer entre le Ministre et les syndicats médicaux où malheureusement ce seront d'autres qui se feront tordre le bras.

Proposition UNESSA :
Protéger au maximum l'indexation tant que la partie « frais de fonctionnement » n'est pas clairement définie.

Un risque majeur d'abus de pouvoir du ministre

Le texte donne un blanc-seing au Roi pour organiser le retrait du droit d'exercer (numéro INAMI) de tout médecin. Contrairement aux déclarations du ministre dans la presse, absolument aucun périmètre limitatif n'est placé dans cet avant-projet de loi.

Imaginez un monde où sans raison motivée, votre employeur pourrait vous liquider sans préavis et en plus vous interdire de trouver le même métier sur l'ensemble du pays. Accepteriez-vous cela ? C'est la porte ouverte aux faits du prince.

Ce dernier point porte l'estocade à la relation de confiance entre les acteurs de terrain et le ministre : le climat de défiance accentuera inévitablement tantôt les burnout (rappelons que selon l'ordre des médecins, 52 % des médecins interrogés en 2024 avaient envisagé d'arrêter – webinaire « médecins en difficultés ») tantôt l'exode vers le Luxembourg, les Pays-Bas ou l'industrie tantôt des actions par les syndicats médicaux risquant d'allonger les délais de prise en charge des patients.
UNESSA s'inquiète des risques d'un tel texte sur l'attractivité des métiers en pénurie, de plus en plus nombreux dans le domaine des soins.

Proposition UNESSA :
Définir avec le terrain des circonstances claires et univoques motivant un retrait du numéro INAMI. Prévoir une possibilité de recours de la décision.

Gouverner sans écouter, c'est garantir de se tromper

Par ailleurs, le projet de loi habilite le Roi, donc le Ministre, à prendre des mesures très impactantes, notamment pour limiter davantage les suppléments ou retirer des numéros INAMI sans concertation. Vu entre autres le risque d'un report de coût vers les régions et les pouvoirs locaux, UNESSA estime que ces décisions doivent être prises avec l'implication du Parlement, et au minimum après concertation au sein du gouvernement (AR délibéré en conseil des ministres) mais aussi avec le terrain (procédure de consultation du CFEH, de la médico-mut et du conseil général) sans quoi c'est le basculement vers une dictature.

Ce jeu de dupes où des technocrates ont pris toutes les fausses bonnes décisions depuis leur tour londonienne sans entendre le terrain est précisément ce qui a mené le NHS d'un des meilleurs systèmes de soins du monde jusqu'au système actuel que les politiciens britanniques ont unanimement déclaré comme étant un échec total.

UNESSA recommande la lecture du rapport parlementaire récent sur le NHS afin de comprendre que la même voie est actuellement prise. « Prendre le pouls du terrain est le seul moyen de savoir si le système de soin restera en vie. »

Alors que tout homme doté de bon sens comprend immédiatement les contre-effets majeurs de terrain lorsque le terrain les lui explique, l'absence de concertation et la méconnaissance du terrain de têtes pensantes du cabinet a précisément fait que le Ministre reste fier de présenter son projet alors qu'il est le pire jamais écrit depuis les années 60. Avant de devenir professeur, il faut savoir apprendre.

Proposition UNESSA :
Repenser les cheminements de décisions afin de préserver les enjeux inter-fédérés, démocratiques et assurer l'éclairage le plus optimal par le terrain de la décision.

La méthode utilisée par le ministre

Le ministre Vandenbroucke a déclaré au terrain avoir élaboré volontairement cet avant-projet sans concertation. Il laisse ensuite un temps réduit de dix jours au terrain pour apporter ses commentaires.

Cette méthode, de terreur par l'urgence, sans débat, sans concertation a toujours mené dans l'histoire à prendre de mauvaises décisions. En plus, elle a déclenché un conflit total entre les soignants et leur ministre qu'il sera difficile d'apaiser. On eut espéré mieux d'un vrai homme d'état.

Pour UNESSA, cette démarche pose une question de confiance/défiance. La concertation avec les parties concernées a toujours été une demande cardinale de la fédération afin de faire avancer les dossiers de la manière la plus fluide qui soit. Cette démarche en solo va complètement au rebours des attentes, surprend et sur le fond, se passe d'une expertise cruciale.

Proposition UNESSA : redémarrer ce projet d'une page blanche, en se laissant le temps de la réflexion concertée. Nous demandons donc que ce projet ne soit pas soumis au vote durant l'été.