

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

23 maart 2026

ONTWERP VAN KADERWET (I)

Amendementen

Zie:

Doc 56 **1334/ (2025/2026)**:
001: Wetsontwerp.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

23 mars 2026

PROJET DE LOI-CADRE (I)

Amendements

Voir:

Doc 56 **1334/ (2025/2026)**:
001: Projet de loi.

03390

Nr. 1 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 3

In het ontworpen lid de woorden “met de opdrachtbrief bedoeld in artikel 39, eerste lid,” **weglaten.**

VERANTWOORDING

Het weglaten van de opdrachtbrief heeft tot doel de goede werking van het sociaal overleg in de gezondheidszorg te waarborgen. Het sociaal overleg is immers een pijler van de sociale democratie in België. Het gezamenlijk beheer van de gezondheidszorg door zorgverleners en verzekeringsinstellingen biedt de beste garantie voor doeltreffende maatregelen, gebaseerd op expertise op het terrein en inzicht in een complex gezondheidszorgstelsel.

De opdrachtbrief legt een eenzijdig en beperkend kader op nog voordat er overleg heeft plaatsgevonden, waardoor het initiatief van de actoren wordt ondermijnd en het moeilijker, zo niet onmogelijk wordt een consensus te bereiken. Die tussenkomst van de uitvoerende macht, nog voordat er overleg is geweest tussen de zorgverleners en de ziekenfondsen, ontnemt de actoren in het veld elke zeggenschap bij het vaststellen van de beleidslijnen, ondermijnt hun initiatiefrecht en maakt een politieke consensus tussen de actoren in het sociaal overleg moeilijker, zo niet onmogelijk.

N° 1 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 3

Dans l’alinéa proposé, supprimer les mots “, avec la lettre de mission visée à l’article 39, alinéa 1^{er}”.

JUSTIFICATION

La suppression de la lettre de mission vise à garantir le bon fonctionnement de la concertation sociale en santé, pilier de la démocratie sociale en Belgique. La cogestion des soins de santé par les prestataires de soins et les organismes assureurs constitue la meilleure garantie de mesures efficaces, reposant sur l’expertise du terrain et la compréhension d’un système de santé complexe.

La lettre de mission impose un cadre unilatéral et restrictif avant toute concertation, affaiblissant l’initiative des acteurs et rendant plus difficile, voire impossible, l’obtention d’un consensus. Cette intervention du pouvoir exécutif avant tout processus de concertation entre les prestataires et les mutualités, rend impuissants les acteurs de terrain dans la définition des orientations politiques, sape leur pouvoir d’initiative et rend plus difficile, voire impossible, la réalisation de consensus politiques entre les acteurs de la concertation sociale.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 2 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 7

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

Zie de verantwoording van amendement nr. 1.

N° 2 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 7

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

Voir la justification de l'amendement n° 1.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 3 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 16

In het ontworpen artikel 44 paragraaf 2 vervangen door:

“§ 2. Wat de huisbezoeken of verstrekkingen ten huize betreft, wordt in de akkoorden voor de reiskosten een forfaitair bedrag vastgesteld, dat door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt gedekt en dat de in § 1 bedoelde personen mogen aanrekenen wanneer de toestand van de rechthebbende thuiszorg vereist. Dat forfaitair bedrag mag verschillen volgens de streken.”

VERANTWOORDING

De wijziging van dit artikel heeft tot doel de patiënt te beschermen die, wegens een medische onmogelijkheid om zich te verplaatsen, ten onrechte de reiskosten in verband met een huisbezoek zou krijgen aangerekend. Het is niet gerechtvaardigd de patiënt een financiële last op te leggen die voortvloeit uit zijn onvermogen om zich te verplaatsen wegens ziekte. In dit amendement wordt voorgesteld dat de forfaitaire vergoeding wordt gedragen door de verplichte ziekteverzekering, volgens de in de akkoorden vastgelegde nadere regels.

N° 3 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 16

Dans l'article 44 proposé, remplacer le paragraphe 2 par ce qui suit:

“§ 2. En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent, pour les frais de déplacement, un montant forfaitaire pris en charge par l'assurance soins de santé obligatoire, que les personnes visées au paragraphe 1^{er} sont autorisées à réclamer, lorsque l'état du bénéficiaire nécessite la poursuite de soins à domicile. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions.”

JUSTIFICATION

La modification de cet article vise à protéger le patient qui, en raison d'une incapacité médicale à se déplacer, serait indûment facturé pour les frais de déplacement liés à une consultation à domicile. Il n'est pas justifié de faire supporter au patient une charge financière résultant de son incapacité à se déplacer pour cause de maladie. Cet amendement propose que l'intervention forfaitaire soit prise en charge par l'assurance maladie obligatoire selon les modalités définies par les accords.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 4 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 16

In het ontworpen artikel 44 paragraaf 4 weglaten.

VERANTWOORDING

Eenzijds zal de veralgemening van de regeling inzake “bijzondere eisen” een groter aantal zorgverleners in de mogelijkheid stellen de patiënten toeslagen aan te rekenen, terwijl de huidige regeling voor de zorgverleners die onder de akkoordencommissie artsen-ziekenfondsen en tandheelkundigen-ziekenfondsen vallen, ernstige leemten vertoont, meer bepaald een slecht afgebakend toepassingsgebied, moeizame controle door het RIZIV en risico’s op misbruik.

Daarnaast dreigt de veralgemening ervan de bevattelijkheid en de tariefzekerheid te ondermijnen, doordat de kosten voor de patiënten stijgen als gevolg van het toenemend aantal geconventioneerde zorgverleners dat toeslagen mag aanrekenen.

Anderzijds leidt de veralgemening van de richttarieven tot een liberalisering van het conventioneringsmodel, waarbij de hogere medische honoraria worden bekostigd door hogere kosten ten laste van de patiënt. In sommige gevallen kan zulks ertoe leiden dat een geconventioneerde zorgverlener duurder is dan een niet-geconventioneerde zorgverlener.

De weglating van de bepalingen in kwestie strekt er aldus toe de transparantie, de bevattelijkheid en de tariefzekerheid van het stelsel te vrijwaren.

N° 4 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 16

Dans l’article 44 proposé, supprimer le paragraphe 4.

JUSTIFICATION

D’une part, la généralisation du dispositif des “exigences particulières” va permettre à un nombre élargi de prestataires de facturer des suppléments aux patients, alors même que le mécanisme actuel en vigueur pour les prestataires visés par la commission d’accord médico-mutualiste et dento-mutualiste présente de sérieuses lacunes: périmètre mal défini, contrôle difficile par l’INAMI, risques d’abus.

Sa généralisation risque, en outre, de nuire à la lisibilité et à la sécurité tarifaire, en augmentant le coût à charge des patients via la multiplication du nombre de prestataires conventionnés pouvant facturer des suppléments.

D’autre part, la généralisation des tarifs indicatifs libéralisent le modèle de conventionnement en faisant financer des augmentations d’honoraires médicaux via l’augmentation du prix à charge du patient. Il peut conduire, dans certains cas, à ce qu’un prestataire conventionné soit plus onéreux qu’un prestataire non conventionné.

Leur suppression vise donc à préserver la transparence, la lisibilité et la sécurité tarifaire du système.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 5 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 16

In het ontworpen artikel 44 paragraaf 5 weglaten.

VERANTWOORDING

De mogelijkheid om gedeeltelijk toe te treden tot de akkoorden doet afbreuk aan de bevattelijkheid van het gezondheidszorgstelsel als geheel. Zo kunnen de patiënten geen goed geïnformeerde keuzes maken. Bovendien wordt een gedeeltelijk geconventioneerde zorgverlener meegeteld in het totale aantal geconventioneerde zorgverleners, waardoor een vertekend beeld van de werkelijkheid ontstaat. De weglating van deze paragraaf beoogt meer tariefzekerheid en voorkomt een mechanisme waarvan is aangetoond dat het op termijn leidt tot volledige deconventionering.

N° 5 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 16

Dans l'article 44 proposé, supprimer le paragraphe 5.

JUSTIFICATION

La possibilité d'adhésion partielle aux accords nuit à la lisibilité de l'ensemble du système de santé. Elle empêche les patients d'opérer des choix éclairés. De plus, un prestataire partiellement conventionné est comptabilisé dans le taux global de conventionnement, créant une vision faussée de la réalité. Sa suppression renforce la sécurité tarifaire et évite un mécanisme dont il est démontré qu'il favorise, à terme, le déconventionnement total.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 6 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 28

In het ontworpen artikel 51/1, § 3, het eerste lid aanvullen met de volgende zin:

“Binnen een arrondissement treden de akkoorden en de documenten niet in werking wanneer meer dan 50 % van de zorgverleners die onder die akkoorden of documenten vallen, binnen het betreffende arrondissement, niet is toegetreden.”

VERANTWOORDING

Beoogd wordt te garanderen dat elke burger in de buurt van zijn woonplaats een minimale toegang heeft tot een geconventioneerde zorgverlener, met name in de landelijke gebieden, waar almaar minder geconventioneerde zorgverleners te vinden zijn.

N° 6 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 28

Dans l'article 51/1 proposé, dans le paragraphe 3, compléter l'alinéa 1^{er} par la phrase suivante:

“Au sein d'un arrondissement, les accords et les documents n'entrent pas en vigueur lorsque plus de 50 p.c. des dispensateurs de soins concernés par lesdits accords ou documents, au sein de l'arrondissement donné, n'y ont pas adhéré.”

JUSTIFICATION

L'objectif est de garantir à chaque citoyen un seuil minimum d'accessibilité à un prestataire conventionné à proximité de son lieu de résidence, en particulier dans les zones rurales souffrant d'une pénurie croissante de prestataires conventionnés.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 7 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 28

In het ontworpen artikel 51/1, § 3, het tweede lid aanvullen met de volgende zinnen:

“De akkoorden of documenten hebben op nationaal niveau geen uitwerking voor een bepaald specialisme wanneer ten minste 60 % van de artsen van dat specialisme er niet toe is toegetreden. De overige bepalingen van die overeenkomsten of documenten met betrekking tot de zorgverlening van de specialismen die de drempel van 60 % wel hebben bereikt, treden daarentegen wel in werking. Daarenboven hebben de akkoorden of documenten op het niveau van een arrondissement geen uitwerking voor een bepaald specialisme wanneer ten minste 50 % van de artsen van dat specialisme er binnen dat arrondissement niet toe is toegetreden. De overige bepalingen van die akkoorden of documenten met betrekking tot de zorgverlening van de specialismen die op het niveau van dat arrondissement de drempel van ten minste 50 % toetredingen hebben bereikt, treden daarentegen wel in werking.”

VERANTWOORDING

Het is de bedoeling dat het minimumniveau van toetreding tot de overeenkomsten per specialisme geldt, teneinde overal in België een daadwerkelijke toegankelijkheid tot elk specialisme binnen het geconventioneerde stelsel te waarborgen. Thans wordt het conventioneringspercentage dat vereist is voor de inwerkingtreding van de akkoorden berekend op basis van het totale conventioneringspercentage van alle medische specialismen die in de akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn.

Hoewel de specialismen onder dezelfde akkoorden vallen, komen hun specifieke medische praktijken tegemoet aan onderscheiden essentiële behoeften op het gebied van de volksgezondheid. Daarom is het gerechtvaardigd in de wet te vermelden dat een minimumpercentage geldt per

N° 7 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 28

Dans l'article 51/1 proposé, dans le paragraphe 3, compléter l'alinéa 2 par les phrase suivantes:

“Les accords ou les documents ne produisent pas leurs effets au niveau national pour une spécialité donnée lorsque 60 p.c. au moins des médecins relevant de cette même spécialité n'y ont pas adhéré. Les autres dispositions desdits accords ou documents qui concernent les prestations de soin des spécialités ayant atteint le seuil de 60 p.c. entrent quant à elles en vigueur. En outre, les accords ou les documents ne produisent pas leurs effets au niveau d'un arrondissement pour une spécialité donnée lorsque 50 p.c. au moins des médecins relevant de cette même spécialité n'y ont pas adhéré au sein de ce même arrondissement. Les autres dispositions desdits accords ou documents qui concernent les prestations de soin des spécialités ayant atteint 50 p.c. au moins d'adhésion au niveau dudit arrondissement entrent quant à eux en vigueur.”

JUSTIFICATION

Le niveau minimal d'adhésion aux accords est fixé par spécialité, afin de garantir partout en Belgique une accessibilité effective à chacune d'elle en régime conventionné. Aujourd'hui, le taux de conventionnement nécessaire à l'entrée en vigueur des accords est calculé sur la base du taux de conventionnement global de toutes les spécialités médicales représentées par les accords médico-mutualiste.

Bien que ces spécialités relèvent des mêmes accords, la spécificité de leurs pratiques médicales répond à différents besoins essentiels en termes de santé publique. C'est pourquoi, il est justifié d'insérer dans la loi un taux de conventionnement minimal pour chaque spécialité médicale

medisch specialisme, teneinde de patiënten tariefzekerheid te bieden voor elke gezondheidsbehoefte waarmee zij worden geconfronteerd.

afin d'assurer une sécurité tarifaire aux patients pour chaque besoin de santé rencontré.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 8 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 36

In het tweede lid van het ontworpen artikel 52/1, § 1, de woorden “behoudens indien ze aan het Instituut via de in dat artikel beveiligde onlinetoepassing mededeling hebben gedaan van de tijdstippen waarop ze de in de akkoorden of de documenten vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen, zoals bedoeld in artikel 44, § 5” **weglaten.**

VERANTWOORDING

Deze bepaling wordt zonder voorwerp door de weglating van het mechanisme van gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. Zie eveneens de verantwoording van amendement nr. 5.

N° 8 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 36

Dans l'article 52/1 proposé, dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, supprimer les mots “, sauf s'ils ont communiqué à l'Institut, par le biais de l'application en ligne sécurisée visée à cet article, les moments pour lesquels ils n'appliqueront pas les montants des honoraires fixés dans les accord ou les documents, tel que visé à l'article 44, § 5”.

JUSTIFICATION

Cette disposition devient sans objet avec la suppression du mécanisme d'adhésion partielle aux accords. Voir aussi la justification de l'amendement n° 5.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 9 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 36

In het ontworpen artikel 52/1, § 1, het derde lid weglaten.

VERANTWOORDING

Deze bepaling wordt zonder voorwerp door de weglating van het mechanisme van gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. Zie eveneens de verantwoording van amendement nr. 5.

N° 9 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 36

Dans l'article 52/1 proposé, dans le paragraphe 1^{er}, supprimer l'alinéa 3.

JUSTIFICATION

Cette disposition devient sans objet avec la suppression du mécanisme d'adhésion partielle aux accords. Voir aussi la justification de l'amendement n° 5.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 10 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 37

In het ontworpen artikel 52/2 de volgende zin weglaten:

“Als de zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, bepaalt de Koning dat de financiële tegemoetkomingen pro rata worden toegekend.”

VERANTWOORDING

Deze bepaling wordt zonder voorwerp door de weglating van het mechanisme van gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. Zie eveneens de verantwoording van amendement nr. 5.

N° 10 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 37

Dans l'article 52/2 proposé, supprimer la phrase suivante:

“Si le dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, le Roi détermine que les interventions financières sont accordées au prorata.”

JUSTIFICATION

Cette disposition devient sans objet avec la suppression du mécanisme d'adhésion partielle aux accords. Voir aussi la justification de l'amendement n° 5.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 11 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 38

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

Deze bepaling wordt zonder voorwerp door de weglating van het mechanisme van de richttarieven. Zie eveneens de verantwoording van amendement nr. 4.

N° 11 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 38

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

Cette disposition devient sans objet avec la suppression du mécanisme des tarifs indicatifs. Voir aussi la justification de l'amendement n° 4.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 12 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 40

In het bepaalde onder 2° de ontworpen bepaling onder z) weglaten.

VERANTWOORDING

Zie de verantwoording van amendement nr. 4.

N° 12 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 40

Dans le 2°, supprimer le z) proposé.

JUSTIFICATION

Voir la justification de l'amendement n° 4.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 13 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 48

In de ontworpen paragraaf 5, na de woorden “uiterlijk op 1 januari 2028 geplafonneerd.”, de volgende zinnen invoegen:

“Voor een patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen, wordt het maximumsupplement geplafonneerd op 125 % van het bedrag dat dient als berekeningsbasis voor de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekte zorg. Voor een patiënt die niet in het ziekenhuis is opgenomen, wordt het maximumsupplement geplafonneerd op 25 % van het bedrag dat dient als berekeningsbasis voor de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekte zorg.”

VERANTWOORDING

Door de ereloonsupplementen te plafonneren, blijft zorg betaalbaar voor de patiënten, zeker nu de beschikbaarheid van geconventioneerde artsen niet langer overal volkomen gewaarborgd is. Het feit dat de bezoldiging van zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde artsen grotendeels afhangt van overheidsfinanciering, maakt zulke begrenzing extra verdedigbaar. Zo blijft de billijkheid van het systeem immers overeind en worden patiënten niet gedwongen zorg uit te stellen.

De plafonnering van de erelonen moet in werking treden op hetzelfde tijdstip als de inwerkingtreding van twee voor het financiële overleven van de structuren en de zorgverleners essentiële hervormingen, namelijk de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuishervorming, beide gepland tegen het einde van zittingsperiode 56.

Met de nomenclatuurhervorming zou de ziekenhuisfinanciering worden losgekoppeld van de bezoldiging van artsen, waardoor de ereloonsupplementen kunnen worden geplafonneerd zonder weerslag op de financiering van ziekenhuisstructuren.

N° 13 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 48

Dans le paragraphe 5 proposé, après les mots “au plus tard le 1^{er} janvier 2028.” insérer la phrase suivante:

“Le supplément maximal est plafonné à 125 % du montant servant de base de calcul pour l’intervention de l’assurance pour les soins dispensés à un patient admis à l’hôpital. Le supplément maximal est plafonné à 25 % du montant servant de base de calcul pour l’intervention de l’assurance pour les soins dispensés à un patient non admis à l’hôpital.”

JUSTIFICATION

Le plafonnement des suppléments d’honoraires garantit l’accessibilité financière des soins aux patients, dans un contexte où la disponibilité de médecins conventionnés n’est pas pleinement assurée sur l’ensemble du territoire. Cette régulation est d’autant plus légitime que la rémunération des médecins, qu’ils soient conventionnés ou non, dépend majoritairement du financement public. Elle vise ainsi à préserver l’équité du système et à éviter que les patients ne soient contraints de reporter leurs soins.

L’entrée en vigueur du plafonnement des honoraires doit être concomitant avec l’entrée en vigueur de deux réformes fondamentales pour la viabilité financière des structures et des prestataires de soins: la réforme de la nomenclature et la réforme hospitalière; toutes les deux prévues pour la fin de cette législature 56.

L’entrée en vigueur de la réforme de la nomenclature déliant le financement de l’hôpital de la rémunération du médecin permettra de plafonner les suppléments d’honoraires sans que cela n’ait d’impact sur le financement des structures hospitalières.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 14 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 48

In de ontworpen paragraaf 5, zesde lid, de woorden “, met inbegrip van de toeslag ingeval van bijzondere eisen zoals vastgesteld door de betrokken akkoordencommissie” weglaten.

VERANTWOORDING

Deze bepaling wordt zonder voorwerp door de weglating van de toeslagen die zouden gelden bij bijzondere eisen. Zie eveneens de verantwoording van amendement nr. 4.

N° 14 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 48

Dans le paragraphe 5 proposé, dans l’alinéa 6, supprimer les mots “, en ce compris la majoration en cas d’exigences particulières telles que fixées par la commission d’accords concernée”.

JUSTIFICATION

Cette disposition devient sans objet avec la suppression des majorations liées aux exigences particulières. Voir aussi la justification de l’amendement n° 4.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 15 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 48

In de ontworpen paragraaf 5, zevende lid, *initio*, de volgende zin weglaten:

“De richttarieven worden niet als supplementen beschouwd.”

VERANTWOORDING

Deze bepaling wordt zonder voorwerp door de weglating van het mechanisme van de richttarieven. Zie eveneens de verantwoording van amendement nr. 4.

N° 15 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 48

Dans le paragraphe 5 proposé, dans l’alinéa 7, *initio*, supprimer la phrase suivante:

“Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments.”

JUSTIFICATION

Cette disposition devient sans objet avec la suppression du mécanisme des tarifs indicatifs. Voir aussi la justification de l’amendement n° 4.

Ludivine Dedonder (PS)

Caroline Désir (PS)

Nr. 16 van de dames **Dedonder** en **Désir**

Art. 58

In het ontworpen eerste lid, de volgende zin weglaten:

“Voor de artsen en de tandheekundigen die gedeeltelijk zijn toegetreden tot de akkoorden worden ook de tijdstippen vermeld waarvoor ze niet zijn toegetreden.”

VERANTWOORDING

Deze bepaling wordt zonder voorwerp door de weglating van het mechanisme van gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. Zie eveneens de verantwoording van amendement nr. 5.

N° 16 de Mmes **Dedonder** et **Désir**

Art. 58

Dans le premier alinéa proposé, supprimer la phrase suivante:

“Pour les médecins et praticiens de l’art dentaire qui ont adhéré partiellement aux accords, les moments pour lesquels ils n’ont pas adhéré sont également mentionnés.”

JUSTIFICATION

Cette disposition devient sans objet avec la suppression du mécanisme d’adhésion partielle aux accords. Voir aussi la justification de l’amendement n° 5.

Ludivine Dedonder (PS)
Caroline Désir (PS)

Nr. 17 van mevrouw **De Knop**

Art. 7

In de bepaling onder 1°, in het voorgestelde lid, na de eerste zin, de volgende zin invoegen:

“De brief bepaalt de beleidsprioriteiten en het budgettair kader waarvan de uitvoering bepaald en vastgesteld wordt in het Verzekeringscomité.”

VERANTWOORDING

Het is begrijpelijk dat de regering via de opdrachtenbrief bepaalt wat de beleidsprioriteiten zijn en binnen welk budgettair kader er moet worden gewerkt. De regering geeft met andere woorden het kader aan. Wij vinden dat het aan het Verzekeringscomité toekomt om de uitvoering te realiseren. De opdrachtenbrief moet niet al de maatregelen bevatten die invulling geeft aan die doelstellingen.

Irina De Knop (Anders.)

N° 17 de Mme **De Knop**

Art. 7

Dans le 1°, dans l’alinéa proposé, insérer la phrase suivante après la première phrase:

“La lettre définit les priorités politiques et le cadre budgétaire dont la mise en œuvre est déterminée et arrêtée par le Comité de l’assurance.”

JUSTIFICATION

Il est compréhensible que le gouvernement définisse au moyen de la lettre de mission les priorités politiques et le cadre budgétaire dans lequel il convient de travailler. En d’autres termes, le gouvernement fixe le cadre. Nous estimons qu’il appartient au Comité de l’assurance d’en assurer la mise en œuvre. La lettre de mission ne doit pas contenir toutes les mesures qui concrétiseront ces objectifs.

Nr. 18 van mevrouw **De Knop**

Art. 13

In het voorgestelde artikel 42, in het derde lid, na het woord “koning”, de woorden “bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad” invoegen.

Irina De Knop (Anders.)

N° 18 de Mme **De Knop**

Art. 13

Dans l'article 42 proposé, dans l'alinéa 3, insérer les mots “, par arrêté délibéré en Conseil des ministres,” entre les mots “le Roi régit” et les mots “les rapports financiers”.

Nr. 19 van mevrouw **De Knop**

Art. 28

In het voorgestelde artikel 51/1, in § 2, eerste lid, na de tweede zin, de volgende zin invoegen:

”Pas erkende artsen-specialisten en pas erkende huisartsen kunnen gedurende de looptijd van een akkoord binnen de dertig dagen na hun erkenning hun weigering tot toetreding tot een akkoord ter kennis brengen. Tot de datum van kennisgeving behouden zij pro-rata hun sociaal statuut.”

VERANTWOORDING

Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 2024-2025 heeft vastgesteld dat toe- en uittredingsvoorwaarden van de akkoorden onvoldoende rekening houden met de specifieke situatie van de artsen in opleiding. De thans bepaalde perioden voor toe- en uittreding lopen niet samen met de tijdstippen van de beëindiging van de opleiding en de toekenning van de erkenning van de overeenkomstige beroepstitel. Het lijkt logisch dat de betrokken artsen op een belangrijk keerpunt in hun carrière kunnen beschikken over de noodzakelijke vrijheid om een weloverwogen keuze te kunnen maken inzake conventionering. De NCAZ verzoekt de regering ter zake het bestaande wettelijke kader te verfijnen zodat pas erkende artsen-specialisten/huisartsen een mogelijkheid krijgen om kennis te geven van hun weigeren binnen de 30 dagen na de datum van hun erkenning met behoud (*pro rata*) van hun sociaal statuut tot de datum van kennisgeving.

We stellen vast dat deze wetgeving hiermee geen rekening houdt.

Irina De Knop (Anders.)

N° 19 de Mme **De Knop**

Art. 28

Dans l'article 51/1 proposé, dans le § 2, alinéa 1^{er}, insérer la phrase suivante après la deuxième phrase:

“Les médecins spécialistes et généralistes nouvellement reconnus disposent d'une possibilité de notifier leur refus dans un délai de 30 jours après la date de leur reconnaissance. Ils conservent leur statut social au prorata jusqu'à la date de notification.”

JUSTIFICATION

Dans l'accord médico-mutualiste 2024-2025, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a constaté que les conditions d'adhésion et de retrait des accords ne tenaient pas suffisamment compte de la situation spécifique des médecins en formation. Les périodes actuellement prévues pour l'adhésion et le retrait ne correspondent pas aux moments où la formation prend fin ni où le titre professionnel est reconnu. Il semble logique que les médecins concernés puissent disposer, à un moment charnière de leur carrière, de la liberté nécessaire pour opérer un choix bien réfléchi en matière de conventionnement. La CNMM demande au gouvernement d'affiner le cadre légal existant en la matière afin que les spécialistes/généralistes médecins nouvellement reconnus disposent d'une possibilité de notifier leur refus dans un délai de 30 jours après la date de leur reconnaissance tout en conservant – au prorata – leur statut social jusqu'à la date de notification.

Nous constatons que la législation en projet ne tient pas compte de cette recommandation.

Nr. 20 van mevrouw **De Knop**

Art. 32

In het voorgestelde artikel 51/5, paragrafen 3 en 4 weglaten.

VERANTWOORDING

1. Het regeerakkoord bevat de schrapping van de 25 %-regel "bij kinesisten en andere beroepen, zodat de patiënt niet twee keer financieel wordt gestraft voor de conventiestatus van de zorgverlener." De sanctie is ook niet logisch voor een beleid dat zegt de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt te willen verbeteren. Daarom laten wij paragraaf 3 weg.

2. Het inhouden van de indexmassa als er geen akkoord of document is, is niet gerechtvaardigd. We maken de indexering van lonen ook niet afhankelijk van het gedrag van werknemers of ambtenaren. De minister gebruikt het als een soort chantagemiddel ten aanzien van artsen. Bovendien weten we dat de marges die ontstaan door de index, bijna nooit volledig worden gebruikt voor de indexering van de prestaties, maar bijna altijd gedeeltelijk worden aangewend om nieuwe prestaties terugbetaalbaar te maken en dus zo de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten te vergroten.

Irina De Knop (Anders.)

N° 20 de Mme **De Knop**

Art. 32

Dans l'article 51/5 proposé, supprimer les §§ 3 et 4.

JUSTIFICATION

1. L'accord de gouvernement prévoit la suppression de la règle des 25 % "pour les kinésithérapeutes et autres professions afin que les patients ne soient pas doublement pénalisés financièrement par le statut de conventionnement du prestataire de soins". Cette sanction n'est d'ailleurs pas cohérente avec une politique qui prétend vouloir améliorer l'accessibilité des soins pour les patients. Nous supprimons dès lors le § 3.

2. La retenue de la masse d'index en l'absence d'accord ou de document n'est pas justifiée. Nous ne subordonnons pas non plus l'indexation des salaires au comportement des travailleurs ou des fonctionnaires. Le ministre s'en sert comme d'un moyen de pression à l'égard des médecins. De plus, nous savons que les marges créées par l'index ne sont presque jamais entièrement utilisées pour l'indexation des prestations: elles permettent presque toujours en partie le remboursement de nouvelles prestations, afin d'améliorer ainsi l'accessibilité des soins pour les patients.

Nr. 21 van mevrouw **De Knop**

Art. 37

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

De financiële tegemoetkomingen die de minister wil afschaffen voor wie niet geconventioneerd is, hebben betrekking op telematica, de organisatie van de praktijken, een vergoeding voor de administratieve lasten voor zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen en de opleidingspremie voor verpleegkundigen. Het zijn allemaal zaken die ondertussen essentieel zijn geworden voor een kwalitatieve gezondheidszorg. Het is dan ook niet verstandig deze voordelen af te schaffen voor wie niet geconventioneerd is.

Het is bijzonder pervers dat de toelichting de niet-geconventioneerde artsen suggereert het verlies van deze premies te compenseren via honorariumsupplementen, honorariumsupplementen die deze minister bovendien wil beperken.

Bovendien, we beschikken vandaag al over een instrument dat conventioneren beloont en dus niet-conventioneren afstraft, meer bepaald het sociaal statuut dat het RIZIV toekent aan wie geconventioneerd is. Die koppeling is evident want het raakt onmiddellijk aan de zorgverlener die zich niet conventioneert en raakt de patiënt niet, ook niet onrechtstreeks.

Irina De Knop (Anders.)

N° 21 de Mme **De Knop**

Art. 37

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

Les interventions financières que le ministre souhaite supprimer pour les prestataires non conventionnés concernent la télématicque, l'organisation des cabinets, une indemnité pour les charges administratives des infirmiers et des aides-soignants indépendants, ainsi que la prime de formation pour les infirmiers. Il s'agit d'éléments qui sont, entre-temps, devenus essentiels à la qualité des soins de santé. Il n'est dès lors pas judicieux de supprimer ces avantages pour les prestataires non conventionnés.

Il est particulièrement pervers que le dispositif suggère aux médecins non conventionnés de compenser la perte de ces primes par des suppléments d'honoraires, suppléments que le ministre entend d'ailleurs limiter.

De plus, nous disposons d'ores et déjà d'un instrument qui récompense le conventionnement et pénalise donc le non-conventionnement, à savoir le statut social que l'INAMI accorde aux prestataires conventionnés. Cette corrélation est évidente, en ce qu'elle touche directement le prestataire qui ne se conventionne pas et n'affecte pas le patient, même de manière indirecte.

Nr. 22 van mevrouw **De Knop**

Art. 38

Het voorgestelde lid aanvullen met de volgende woorden: *“ongeacht of de zorgverlener geconventioneerd is of niet”*.

VERANTWOORDING

De patiënt mag niet worden bestraft voor het al dan niet geconventioneerd zijn van de zorgverlener, ook niet voor wat betreft de uitgaven die worden opgenomen in de berekening van het maximum van remgelden in het kader van de maximumfactuur.

Irina De Knop (Anders.)

N° 22 de Mme **De Knop**

Art. 38

Compléter l’alinéa proposé par les mots suivants: *“, que le prestataire de soins soit conventionné ou non”*.

JUSTIFICATION

Le patient ne doit pas être pénalisé selon que le prestataire de soins est conventionné ou non, y compris en ce qui concerne les dépenses prises en compte dans le calcul du plafond des tickets modérateurs dans le cadre du maximum à facturer.

Nr. 23 van mevrouw **De Knop**

Art. 40

In de bepaling onder 2°, in de voorgestelde bepaling onder z), in fine, de woorden “voor de zorgverleners die tot die akkoorden of die documenten zijn toegetreten” weglaten.

VERANTWOORDING

Richttarieven worden toegekend omdat een prestatie vandaag onvoldoende wordt vergoed of voor innovaties die niet worden vergoed. Eigenlijk zijn richttarieven honorarium-supplementen die worden aangerekend met akkoord van het RIZIV, met dat verschil dat ze worden opgenomen in de maximumfactuur.

Eigenlijk zou het mogelijk moeten zijn om te werken met richttarieven ongeacht de conventiestatus van de zorgverlener. Het is een goed instrument om bij niet-geconventioneerde zorgverleners de honorariumsupplementen te beperken wat toch het doel is van de minister of zou moeten zijn.

Honorariumsupplementen vallen niet onder de maximumfactuur, de richttarieven wel. De patiënt wordt dus de dupe van deze maatregel. We weten dat er vandaag specialismen zijn waar het aantal geconventioneerde zorgverleners laag is, vaak omdat prestaties niet of onvoldoende worden vergoed. Richttarieven moeten volgens de toelichting beperkt worden toegekend. Dat wil zeggen dat deze zorgverleners voor één enkel richttarief zich niet gaan conventioneren als ze vandaag geconventioneerd zijn. En dat betekent dat de patiënt die weinig keuze heeft tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverleners hiervoor de rekening betaalt.

Irina De Knop (Anders.)

N° 23 de Mme **De Knop**

Art. 40

Dans le 2°, dans le z) proposé, in fine, supprimer les mots “; pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents”.

JUSTIFICATION

Les tarifs indicatifs sont accordés lorsque certaines prestations sont insuffisamment remboursées ou pour des innovations non encore prises en charge. En pratique, il s'agit de suppléments d'honoraires appliqués avec l'accord de l'INAMI, à la différence près qu'ils sont intégrés dans le maximum à facturer.

Il devrait en réalité être possible de recourir à ces tarifs indicatifs quel que soit le statut de conventionnement du dispensateur de soins. Ils constituent en effet un instrument utile pour limiter les suppléments d'honoraires chez les prestataires non conventionnés, ce qui est (ou devrait être) pourtant l'objectif du ministre.

Les suppléments d'honoraires ne sont pas pris en compte dans le maximum à facturer, contrairement aux tarifs indicatifs. C'est donc le patient qui pâtit de cette mesure. Nous savons qu'il existe aujourd'hui des spécialités dans lesquelles le nombre de prestataires de soins conventionnés est faible, souvent parce que les prestations ne sont pas ou insuffisamment remboursées. Selon l'exposé des motifs, les tarifs indicatifs doivent être accordés de manière limitée. Cela signifie que ces prestataires n'auront aucun intérêt à rester conventionnés pour un seul tarif de référence, et risquent dès lors de se déconventionner. Le patient, qui a peu de choix entre prestataires conventionnés et non conventionnés, en supportera les conséquences.

Nr. 24 van mevrouw **De Knop**

Art. 48

In de voorgestelde paragraaf 5, de volgende wijzigingen aanbrengen:

1° in het eerste lid:

a) de woorden “uiterlijk tegen 1 januari 2028” weglaten;

b) de woorden “of – bij ontstentenis hiervan – op voorstel van de minister” weglaten;

2° het vijfde lid vervangen als volgt:

“Het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige vertrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die hij aanduidt, kan bijkomend beperkt worden, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. In voorkomend geval zullen er geen afdrachten in de zin van artikel 155 gecoördineerde ziekenhuiswet meer mogelijk zijn op dit gedeelte van het bedrag of het honorarium noch op het aangerekende supplement op dit gedeelte.”.

VERANTWOORDING

Wij schrappen de datum van 1 januari 2028 omdat wij vinden dat er pas kan worden gesproken over de ereloon-supplementen indien de herijking van de nomenclatuur en de herziening van de ziekenhuisfinanciering beslist zijn. Het is niet verdedigbaar om de honorariumsupplementen te herzien zonder dat de impact van deze twee hervormingen kan worden ingeschat door de zorgverleners en de ziekenhuizen.

Een dergelijke beslissing moet worden genomen in overleg met de zorgverleners en de ziekenhuizen, niet door de minister op eigen houtje op basis van onduidelijke criteria.

Wij vragen ook dat zorgverleners één jaar de tijd krijgen om een dergelijk voorstel te formuleren. Verwachten dat men kan komen tot een gedegen en gedifferentieerd voorstel in zes maanden is onzinnig.

N° 24 de Mme **De Knop**

Art. 48

Dans le § 5 proposé, apporter les modifications suivantes:

1° dans l’alinéa 1^{er}:

a) supprimer les mots “au plus tard le 1^{er} janvier 2028”;

b) supprimer les mots “ou – à défaut – sur proposition du ministre”;

2° remplacer l’alinéa 5 par ce qui suit:

“La facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu’il désigne, peut en outre être limitée, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, à une partie du montant ou de l’honoraire servant de base de calcul pour l’intervention de l’assurance. Le cas échéant, les rétrocessions au sens de l’article 155 de la loi coordonnée sur les hôpitaux ne seront plus possibles sur cette partie du montant ou de l’honoraire, ni sur le supplément facturé sur cette partie.”.

JUSTIFICATION

Nous supprimons la date du 1^{er} janvier 2028, parce que nous estimons que l’on ne pourra discuter des suppléments d’honoraires que lorsque la réforme de la nomenclature et la révision du financement des hôpitaux auront été décidées. Il est injustifiable de revoir les suppléments d’honoraires sans que les prestataires de soins et les hôpitaux aient pu évaluer les conséquences de ces deux réformes.

Cette décision devra être prise en concertation avec les prestataires de soins et les hôpitaux, et non par le seul ministre sur la base de critères vagues.

Nous demandons également que les prestataires de soins disposent d’un délai d’un an pour formuler une proposition en la matière. On ne peut raisonnablement attendre qu’une proposition solide et différenciée soit formulée en six mois.

We verwachten dat als er wordt overgegaan tot de beperking van supplementen op een gedeelte van het bedrag of honorarium, dit moet gebeuren bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, en dat er in dat geval geen afdrachten meer mogelijk zijn op het bedrag of het honorarium, noch op de aangerekende supplementen op dit gedeelte.

Irina De Knop (Anders.)

Nous estimons que toute limitation des suppléments sur une partie du montant ou de l'honoraire doit être décidée par arrêté délibéré en Conseil des ministres et que, le cas échéant, les rétrocessions ne seront plus possibles sur le montant ou sur l'honoraire, ni sur les suppléments facturés sur cette partie.

Nr. 25 van mevrouw **De Knop**

Art. 51

A/ in hoofdorde

Dit artikel vervangen als volgt:

“Art. 51. Deze afdeling treedt in werking 1 jaar nadat de herijking van de nomenclatuur en de herziening van de financiering van de ziekenhuizen in werking is getreden.”;

B/ in ondergeschikte orde

In het tweede lid, de laatste zin vervangen als volgt:

“Hij kan tevens, in voorkomend geval, de datum bedoeld in artikel 48 bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum bedoeld in artikel 48 wijzigen.”.

VERANTWOORDING

Het uitstel tot 1 januari 2029 motiveren wij door de mogelijkheid dat de herijking van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet zal zijn afgerond. Er is geen garantie dat dit een feit zal zijn tegen 1 januari 2029.

In ondergeschikte orde vervangen we de aangeduide zin. Als ons amendement in hoofdorde wordt weggestemd, dan denken wij dat het logisch is dat bij een wijziging van de datum bepaald in artikel 48, er ook wordt beslist bij besluit na overleg in de Ministerraad aangezien ook een uitstel tot 1 januari 2029 zo wordt beslist.

Irina De Knop (Anders.)

N° 25 de Mme **De Knop**

Art. 51

A/ En ordre principal

Remplacer cet article par ce qui suit:

“Art. 51. La présente section entre en vigueur un an après l’entrée en vigueur de la révision de la nomenclature et de la réforme du financement des hôpitaux.”;

B/ En ordre subsidiaire

Dans l’alinéa 2, remplacer la dernière phrase par ce qui suit:

“Il peut également, le cas échéant, modifier la date visée à l’article 48 par arrêté délibéré en Conseil des ministres.”.

JUSTIFICATION

Le présent amendement tend à reporter la date d’entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2029, car la révision de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux risquent de ne pas être finalisées en temps voulu. Rien ne garantit en outre que ce sera fait le 1^{er} janvier 2029.

En ordre subsidiaire, le présent amendement tend à remplacer la phrase précitée. Au cas où l’amendement que nous présentons en ordre principal serait rejeté, nous estimons qu’il serait logique que toute modification de la date fixée à l’article 48 fasse également l’objet d’un arrêté délibéré en Conseil des ministres, puisque le report au 1^{er} janvier 2029 sera également décidé selon cette procédure.

Nr. 26 van mevrouw **De Knop**

Art. 52 en 53

Afdeling 8, luidende “Financiering representatieve beroepsorganisaties”, die de artikelen 52 en 53 bevat, weglaten.

VERANTWOORDING

Wij vinden het niet kunnen dat beroepsorganisaties worden afgestraft als hun leden zich niet conventioneren. Als zorgverleners zich niet conventioneren is het aan de bevoegde overheid om na te gaan waarom dat zo is, met andere woorden, in eigen boezem te kijken.

Irina De Knop (Anders.)

N° 26 de Mme **De Knop**

Art. 52 et 53

Supprimer la section 8 “Financement des organisations professionnelles représentatives” contenant les articles 52 et 53.

JUSTIFICATION

Nous estimons que les organisations professionnelles ne devraient pas être sanctionnées si leurs membres décident de ne pas se conventionner. Si certains dispensateurs de soins n'adhèrent pas aux conventions, il appartient à l'autorité compétente d'en déterminer les raisons. En d'autres termes, elle devrait alors balayer devant sa porte.

Nr. 27 van mevrouw **De Knop**

Art. 65

Dit artikel vervangen als volgt:

“Art. 65. Artikel 63 treedt in werking op 1 januari 2028.”

VERANTWOORDING

Zie verantwoording van amendement nr. 20.

Irina De Knop (Anders.)

N° 27 de Mme **De Knop**

Art. 65

Remplacer cet article par ce qui suit:

“Art. 65. L'article 63 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2028.”

JUSTIFICATION

Voir la justification de l'amendement n° 20.